

logía tumoral benigna y maligna de los tegumentos y su topografía bilateral y simétrica definida; f), la noción de bilateralidad y la topografía de todos los procesos no inflamatorios, así como las reacciones de la glándula mamaria, y toda su patología neurotrófica, desde la piel hasta las incidencias histofisiológicas del último acini glandular, nos es revelada elocuentemente por la clínica; g), la bilateralidad de la patología no inflamatoria del ovario se rige a su vez por esa noción de bilateralidad, ostensible en forma ya simultánea, ya sucesiva en el tiempo y que reproduce el mismo proceso elemental de la glándula mamaria. Desde el proceso vascular bilateral, fluxionario y transitorio, hasta las organizaciones conjuntivas que son su consecuencia, como las distrofias y como los tumores conjuntivos y epiteliales nos confirman elocuentemente esta afirmación de fisiopatología, que por ofrecer excepciones no deja de tener el valor de un hecho verdadero e indiscutible; h), por último, experimentalmente hemos obtenido la confirmación de la noción de centros tróficos que rigen con topografías perfectamente definidas la vida tisular, ya sea en segmentos de ubicación mediana o bilateral, independientemente en su forma y topografía a las topografías conocidas nerviosas o vasculares; i), es una topografía que hemos demostrado corresponde a centros vegetativos y cuya ubicación es en el neuro eje.

La patología ósea nos muestra al través del caso del Dr. Soto, un hecho que junto a otros, nos induce a aceptar la acción trófica bilateral de centros axiales vegetativos sobre limitados segmentos simétricos de un hueso largo como lo es el fémur.

No es del caso extendernos sobre este inmenso concepto, recondando la fisiopatología del traumatismo, y el reflejo trófico controlateral que hemos descubierto clínica y experimentalmente y cuya aplicación en patología quirúrgica es tan vasta como fecunda, a la vez que desconsiderada y hasta desconocida por el cirujano general.

Megacolon. Operación en tres tiempos

Por los doctores García Lagos, V. Pérez Fontana, Armand Ugón, O. Colombo y E. Castro

OBS. N.º 1.—Doroteo N., 56 años, uruguayo, es enviado al Servicio por el Jefe de Clínica Dr. O. Colombo, con el diagnóstico de megacolon.

Antecedentes.—Los antecedentes anteriores a su enfermedad actual sin importancia.

Enfermedad actual.—Se inicia hace dos años con un accidente agudo de distensión de vientre acompañada de constipación. Este accidente cesó después de lavaje intestinal seguido de una copiosa "debacle". A los tres meses, nuevo accidente igual

al anterior, que cedió en la misma forma. Como era portador de una hernia inguinal izquierda, su médico relacionó estos episodios dolorosos con aquella lesión y aconsejó la intervención, que le fué practicada. Después de intervenido continuó con idénticas crisis, aumentándose gradualmente la constipación.

En los seis últimos meses, el vientre tomó las dimensiones que presenta al ingresar a la sala San Luis, 29 de Diciembre de 1931.

Hace 27 días que no nueve su intestino, a pesar de purgantes y lavajes.

Examen del enfermo.—Vientre distendido con balonamiento cólico. En el hemiventre izquierdo, desde el pubis hasta el reborde costal, se aprecia una tumoración ovoidea, de contornos bastante regulares, poco dolorosa, movilizable y que a la presión digital se deja deprimir, conservando la deformación (signo de Gernusy).

El polo inferior se aprecia a través de la túnica rectal, por el tacto rectal. Pulso, 100; apirético. Presión arterial: 14 Mx. y 10 Mn. Urea, 0gr.35. Orinas, normales. Reacción de Wassermann: H⁸.

1.ª intervención (Diciembre 31|931).—Dr. García Lagos, ayuda Dr. Colombo.—Anestesia general, éter. Incisión mediana infraumbilical. Se exterioriza una enorme asa sigmoidea conteniendo un fecaloma del tamaño de una cabeza de niño. Su mesenterio presenta una torsión de 180° en el sentido de la aguja de reloj. Se fija al peritoneo parietal. Se transfixia su meso, que se inserta en la línea media. Cierre parcial. Se mantiene con curación apropiada para evitar su arrancamiento.

A las 48 horas, con el termocauterio se incinde la bandeleta longitudinal, en toda la extensión, extracción de las materias fecales. Evolución sin complicaciones.

2.ª intervención (Enero 15).—Anestesia, éter. Se reseca toda el asa exteriorizada y se abocan los dos cabos a la piel, previa sutura, para facilitar su cierre.

El enfermo mejora progresivamente y pide el alta para reingresar oportunamente para el cierre de su ano ilíaco.

3.ª intervención (en Junio 2 de 1932).—García Lagos - Colombo.—Cierre por vía intraperitoneal del ano ilíaco. Hace un flemón parietal que obliga a desunir algunos puntos parietales. Luego se complica con una ligera evisceración, que obligó al Jefe de Clínica a reintervenir para curar la pared. **Curación.**

Examen histológico.—Mucosa: Epitelio normal, conservado. Glándulas de tamaño y número sensiblemente normal, en hipersecreción, señalada por la gran cantidad de células en cáliz. Corion con discreta infiltración de células a granos eosinófilos. Muscularis - mucosa algo más notable que lo normal; en general, está en fascículos; en algunos sitios se dispone en dos planos.

Submucosa: Muy engrosada, alcanza 6 mm. de espesor. Está transformada en tejido mucoso típico: contiene algunos vasos sanguíneos y linfáticos pequeños. Infiltración leucocitaria difusa, poco marcada.

Capa muscular: Disposición en dos planos continuos, circular y longitudinal. Espesor aumentado a 8 mm.

La capa de tejido perimuscular y del mesocolon, muy abundante, es también un tejido de aspecto mucoso. Contiene vasos sanguíneos medianos, permeables y vasos linfáticos grandes. Hay infiltración leucocitaria. Se encuentra un ganglio pequeño con éxtesis linfático. Hacia la parte que fué cauterizada hay una gruesa capa de tejido de granulación. Se encuentran algunas células gigantes de cuerpo extraño. (E. Castro).

OBS. N.º 2.—Pedro S., uruguayo, 24 años, soltero, procedente del Dpto. de Colonia.

Antecedentes personales.—Ha sido completamente sano hasta hace cuatro años, sin tener el menor trastorno de evacuación intestinal. Desde esa época inicia crisis abdominales agudas, muy dolorosas, acompañadas de constipación y epilgadas por “debacles” diarreicas.

Entre las crisis la constipación se hace permanente y se agrava progresivamente, haciéndose rebelde a purgantes y lavajes. Cuando ingresa al hospital hace 22 días que no evacúa su intestino.

Examen del enfermo.—Se queja desde hace dos días de violentísimos cólicos abdominales que se visualizan por ondas peristálticas. Tiene sudores fríos, constipación absoluta. Estado general mediocre, de nutrición bueno, ojos excavados, piel seca y deshidratada.

El vientre muy balonado presenta una asimetría marcada en el hemiventre izquierdo, siendo más proeminente ese levantamiento a nivel del reborde costal izquierdo.

Se aprecia a la palpación una tumoración del tamaño de una cabeza de adulto, de consistencia firme, pero con la depresibilidad característica del fecaloma. Esta masa es móvil, indolora, llena el hipogastrio y pelvis, delimitándose bien con la palpación combinada al tacto rectal, que permite apreciar bien el polo inferior, a través de las tunicas rectales. Al desplazar la masa del fecaloma, se aprecian roces intestinales muy netos. Pulso 110. Temperatura 37°. Como procede de campaña y que llega de un largo viaje, resolvimos hidratarlo y clorurarle antes de intervenirlo.

Intervención (16 de Marzo de 1932).—Drs. Armand Ugón, Pérez Fontana, Otero.—Raquianestesia entre 11 y 12 dorsal, se inyectan 15 centigramos novocaína. Anestesia buena sin incidentes. Laparatomía mediana infra y supraumbilical. Sale líquido citrino del peritoneo en escasa cantidad. Se exterioriza una enorme asa sigmoidea del tamaño de un muslo. Está torcida 180° en el sentido de las agujas de reloj. Presenta en su interior un fecaloma que la llena casi totalmente. Se destuerce el asa, se colocan algunos puntos sobre su piel para iniciar caño de escopeta y facilitar el cierre ulterior del ano. Este plano es imperfecto porque las tunicas edematosas desgarran con facilidad. El mesosigma presenta inserción mediana. Se cierra el orificio entre el mesocolon y pared lateral del abdomen izquierdo. Se cierra parcialmente la laparatomía, fijando el mesenterio al peritoneo por puntos separados. Se punciona el asa en su parte próxima para evacuar los gases, cerrando el orificio, obtenido el aplastamiento del balonamiento.

Al 2.º día, con termocauterío seccionose longitudinalmente toda el asa exteriorizada, para evacuar el fecaloma y las materias.

2.ª intervención (14 Marzo).—Anestesia al éter. Se reseca el intestino, afrontando los dos cabos por surjet total, dejando pronto para colocar el enterostomo. Hemostasis del meso.

Después de esta resección hace un episodio pulmonar agudo, que cura sin incidentes.

Al mes de resecado y ya retraído el meso se coloca el enterostomo de Dupuytren, que cae a los 12 días, habiendo desaparecido el espolón.

El ano artificial se estrecha paulatinamente. El enfermo se va de alta a su pedido para reingresar dentro de unas semanas si persistiera la fístula intestinal, para cerrarla oportunamente.

Examen histológico.—Mucosa: Epitelio de aspecto normal. Glándulas algo hiper-

trofiadas en tamaño. En algunos sitios su proliferación da un aspecto papilomatoso incipiente. Corion infiltrado por células a granos eosinófilos. Muscularis-mucosa algo engrosada, en fascículos.

Submucosa: Transformada en tejido mucoso, espesa, de 5 mm., con numerosos vasos sanguíneos pequeños y algunos vasos linfáticos. Infiltración leucocitaria escasa.

Muscular: En dos capas musculares continuas, gruesa de 8 mm.

El tejido conjuntivo subperitoneal y de la raíz del meso muy edematoso, con infiltración leucocitaria muy marcada. Vasos sanguíneos de tamaño mediano. Hay una arteria trombosada. Vasos linfáticos.

Por fuera, ancha capa de tejido de granulación que corresponde a la superficie cauterizada. Se ven en ella células gigantes de cuerpo extraño. (E. Castro).

A propósito de estos dos casos de megacolon, tratados durante este semestre en la clínica, hemos creído oportuno llamar la atención sobre un punto todavía en litigio, que es el referente a la patogenia de esta curiosa lesión.

Desde que Hirschsprung en sus dos memorias de 1888 y 1896 dió a conocer los caracteres generales de esta lesión, sólo dos contribuciones se han agregado, tendientes a esclarecer su origen. Myer señala el carácter congénito de la enfermedad en 1894 y el Prof. Navarro señala, en 1913, la falta de acolamiento de los mesos como substractum anatómico de la lesión. La comunicación de Navarro es referente a el megacolon total; pero, en una nota complementaria, insertada en su libro "Recherches de Chirurgie Clinique et Experimentale", 1927, relaciona el desarrollo de los megacolon segmentarios, megasigmoideos, por lo común con la falta de acolamiento de los mesos. Como en nuestras dos observaciones hemos podido verificar la inserción mediana del colon iliopélvico y la torsión en el sentido de las agujas de reloj de este segmento intestinal coexistiendo con la aparición de un megacolon tardío, nos ha parecido lógico relacionar, la falta de acolamiento de los mesos con los episodios clínicos de torsión y el desarrollo consecutivo del megasigmoide, que aparece así como una lesión adquirida a expensas de la persistencia de una formación embrionaria. En apoyo de esta tesis, sustentada por el Prof. Navarro, está el examen histológico de las piezas extirpadas, donde no ha sido posible señalar ninguna causa embriológica u anatómica que explique su origen por una enteropatía congénita o adquirida, originada en las tunicas del tubo intestinal. (V. Pérez Fontana y V. Armand Ugon).

CONDUCTA TERAPEUTICA: 1er. tiempo: Exteriorización con detorsión.

2.º tiempo: Incisión del intestino al termocauterio sobre una bandeleta.

3.º tiempo: Resección del asa con ligadura individual de cada elemento vascular del meso y sutura del espolón.

4.º tiempo: Enterotomo de Dupuytren completada por una intervención plástica, si fuese necesaria para el cierre de la fístula estecoral.

Hay un acuerdo casi completo sobre el tratamiento del megacolon sigmoideo.

Si el tratamiento médico es eficaz no se recurrirá a la operación; si el tratamiento médico no es eficaz y la enfermedad es recidivante se puede pensar en una dilatación manual del segmento pélvico del colon a la manera de Lardennois y Aubourg, pero si aun esta maniobra no diera resultado todo el mundo acepta la resección del asa con o sin derivación externa o interna de las materias, por ano cecal o ceco-rectostomía.

La ceco rectostomía no me parece aceptable por múltiples razones. prefiero el ano cecal si el caso lo exige, pero creo preferible la operación de resección en dos tiempos que propone la escuela francesa con Lecene, Leriche, etc., y la alemana siguiendo las ideas de Miculickz.

Pero los que han operado megacolon saben muy bien la enorme diferencia que hay entre operar el megacolon en frío, evacuado, y la de operar el megacolon sigmoideo en crisis de oclusión, después de veinte o veintisiete días de constipación.

Cuando, además, hay torsión o vólvulus, las maniobras operatorias son aún más delicadas.

Acepto la operación en un tiempo para los megacolon operados en frío y creo que, en algunos casos, aún esta variedad puede ser operada por resección en dos tiempos, es decir, resección en el primer tiempo y cura del ano contra natura en el segundo tiempo.

Cuando, por el contrario, el megacolon está lleno y la constipación, oclusión incompleta y estercoremia duran desde hace muchos días o hay cuadro de vólvulus, etc., sería peligroso hacer una operación en dos tiempos. La experiencia ha demostrado que la mortalidad de la operación en dos tiempos es grande.

Las causas de insucesos en estas se deben, a los fenómenos de oclusión y a las dificultades de manejar y operar un asa tan enormemente distendida y tan pronta a estallar por cualquier maniobra defectuosa. *Además la evacuación del asa es peligrosa e infectante.*

En dos casos recientes hemos aplicado en la clínica un método que constituye una modificación de la operación en dos tiempos y que podemos llamar operación en tres tiempos. Esta conducta no es otra que la operación de Miculickz para los tumores malignos exteriorizables del colon descendente.

En el primer tiempo hemos exteriorizado el asa y suturado la pared abdominal sobre los dos cabos aferente y eferente del asa. El peritoneo parietal se ha fijado con uno o dos puntos al peritoneo del mesosigmoideo y se ha pasado un tubo de goma al través del meso, para impedir su retracción ulterior.

Si el estado del enfermo lo permite, esa asa exteoriada y protegida con compresas y untada de parafina o vaselina, se deja sin abrir. Si hay motivos de oclusión grave, etc., se abre el ciego y no el asa.

De modo que no se reseca el asa ni se abre. Las razones por las que procedo así, es porque la simple abertura del asa no conjura la oclusión y si hay que conjurar la oclusión es más eficaz abrir el ciego. No acepto como ideal la desviación interna por ceco rectostomía, pues creo que no es momento para hacer esa operación sin peligro para el asa de megacolon que está pronta a es'allar y que más de una vez he encontrado recubierta con algunas falsas membranas que traducen el estado infectado de la pared cólica distendida al extremo, ulcerada en su cara mucosa y pronto para producir una peritonitis generalizada.

Exteriorizada el asa, protegida por compresas y saturado el vientre, abro recién después de 24 o 48 horas, con termocauterío el asa del megacolon, abriendo toda la longitud de la bandeleta marginal. El objeto de esta enorme abertura es sacar su block o el contenido sólido del asa sin mayor traumatismo.

El primer tiempo operatorio es simple y dura poco. La abertura del asa no se puede considerar una operación, forma parte del primer tiempo.

Ocho días después reseco el asa exteriorizada, que ha disminuído de volumen y queda constituído un ano subumbilical a dos cabos.

Este tiempo operatorio puede hacerse con anestesia local y es la hemostasis del meso, con sus gruesos vasos hipertrofiados lo que hay que hacer con cuidado. Esa resección extraabdominal del asa hecha a los ocho días no es grave. Se saca el tubo de goma que se había colocado al través del meso sigmoideo y desde este momento el meso e retrae y al retraerse, los bordes mesocólicos se acercan tendiendo a la cura espontánea del ano contra natura. Uno o más meses después, cuando el estado general del enfermo es excelente y el estado local

es favorable, hago una cura intraperitoneal del ano, lo que permite al intestino alejarse de la pared y funcionar sin codos que pudieran ser causa de fracaso de este tercer tiempo o de un nuevo megacolon por estenosis o acodamiento.

Hemos probado la colocación del enteróstomo, pero creo preferible la operación regular intraperitoneal.

En el primer tiempo se puede corregir el vólvulus para dejar las cosas en su sitio y se puede hacer algún punto de acolamiento de ambas asas, aferente y eferente.

En el caso que operé no corregí el vólvulus y esto no tuvo inconvenientes; en el segundo caso se tentó un acolamiento, pero dado el estado del intestino y el peligro de que esas puntadas sean causa de desgarró, no creo aceptable el limitarse a corregir el vólvulus, que fué lo que hicieron con éxito mis colaboradores.

Cuando hablo de anastomosis de la semi circunferencia anterior del ano, quiero decir, que respeto la continuidad de la semi circunferencia posterior, que se ha producido sola, gracias a la retracción del meso.

Para hacer esta cura aconsejo disecar una "collerette" de piel y una vez movilizada el asa, reseca esa "collerette" que ha servido de punto de tracción sólido para las pinzas.

Hecha la anastomosis de la semi circunferencia anterior y reconstituído el canal intestinal aplico el epiplón a esa sutura para punto de apoyo y para protección.

Toda la dificultad de la operación está en el cierre del ano. Dificultad que domina todo cirujano especializado. Gastergut o hilo de seda o de lino. **Tres planos no perforantes** y protección con epiplón de la sutura. Luego cierre de la pared que correrá el riesgo de infectarse como toda sutura que ha sido hecha donde las materias fecales han estado tanto tiempo.

En resumen, dado el peligro de manejar el asa del megacolon durante la crisis de oclusión; dado el peligro de hacer una operación traumatizante en un enfermo profundamente intoxicado, exteriorizo el asa sin abrirla y sin resecarla. Recién la abro al día siguiente en toda la longitud y recién la reseco a los ocho días. El resto es la cura de un ano contra natura.

La derivación externa por cecostomía, si el caso lo exige, la creo preferible a los peligros operatorios de una derivación interna durante la crisis.

Dr. García Lagos.—Quisiera agregar el caso de una enferma: una chica que nació con imperforación anal; la operación da lugar a un mal ano, estrecho. Funcionó mal hasta llegar a producir un cuadro típico de estancamiento de materias fecales. Se evacúa con anestesia local. Se reproduce este cuadro varias veces y hay que evacuar el fecaloma bajo anestesia general. Finalmente, tuve que hacer una laparatomía y constaté el megacolon sigmoideo. Hice una anastomosis latero-lateral del delgado con el megacolon en una extensión de 50 ctms., transformando este megacolon en un lago abierto para que las materias líquidas se encontraran en esta zona como medio de impedir materias secas. En resumen: 1.º) Megacolon producido por estrechez anal; 2.º) Laparatomía y anastomosis. Resultado admirable; obra perfectamente. El año pasado tiene apendicitis. En la operación noté que **había desaparecido el megacolon** y era difícil ver la anastomosis entre el delgado y el colon. El asa de megacolon es enorme en general, pero hecha esa gran anastomosis se achica como se achican los grandes megacolon cuando una vez exteriorizada el asa se la abre en toda su longitud.

Dr. Stajano.—Había traído un caso de dolico colon con una serie de consideraciones interesantes, diagnósticas, terapéuticas y de evolución a largo plazo, creyendo que podrían interesar a la Sociedad con motivo de la comunicación presentada, pero al no ser así, quedará para mejor oportunidad.

Dr. García Lagos.—Pido al Dr. Stajano exponga esas observaciones por considerarlas de interés, desde que tienen relación con el tema presentado.

Dr. Stajano.—Se trata de una enferma vista en 1921, por una constipación tenaz (12 y 15 días), deprimida, intoxicada. Drenado por lavajes su intestino, el radiólogo nos muestra un enorme colon móvil y largo, planteando el diagnóstico de megacolon. Un nuevo estudio radioscópico y radiográfico nos muestra que no es un megacolon, sino un dolico colon que al adosarse, simula un megacolon. Preparada en forma, procedo en un primer tiempo a una cecosigmoidostomía, fácilmente realizable dado la movilidad de los mesos, por incompleta coalescencia a la pared posterior, hecho puesto en evidencia por nuestro maestro el Prof. Navarro. La mejoría fué notable en los primeros meses post operación, pero poco después empiezan dolores de vientre a tipo cólico acompañados de distensión. Interpretamos por la clínica y por los rayos X, que los dolores tienen su punto de origen en el colon

excluído, y procedo a una colectomía subtotal (colon ascendente, transverso y parte del descendente). Han pasado varios años; la enferma se ha transformado, hoy es una persona gruesa, aunque sigue siendo constipada, pero en forma discreta.

La última radiografía (reciente) muestra una incontinencia de la válvula íleocecal y una dilatación retrógrada del asa ileal, que simula en un primer momento al colon y desorienta al observador. Hago notar que la cecosigmoidostomía fué realizada con preferencia a la íleo-sigmoidostomía, precisamente para evitar la dilatación retrógrada del asa ileal; y este caso demuestra que la dilatación y la colonización del ileón se hizo a pesar de todo, con un representante clínico de dolores discretos e intermitentes. Han pasado once años de su primera intervención.

Resección típica del codo por artritis purulenta.

Resultado funcional.

Por el doctor P. Larghero Ibarz

Por creerlo de interés, presentamos a la Sociedad de Cirugía el resultado obtenido por la resección amplia, típica en una artritis purulenta del codo.

El enfermo que fué operado hace 10 meses, ha tenido la amabilidad de responder a mi lladado para mostrar este resultado. Como la evolución clínica del caso fué un tanto accidentada y por lo mismo muy instructiva me voy a permitir relatarla en sus etapas fundamentales.

Carmelo Martínez, de 25 años de edad, ingresa al Hospital Pasteur el 13 de Julio de 1931 por un flegmón en la cara posterior del brazo izquierdo en su tercio inferior.

Su enfermedad se inició hace un mes, por una pequeña herida en la yema del dedo pulgar derecho, herida que fué traumatizada (el enfermo toca la guitarra).

Estaba en vías de cicatrización, cuando empezó a doler le dedo con gran tumefacción de la yema extendida hacia la raíz y fiebre elevada. El panadizo se abrió espontáneamente dando abundante pus; esta supuración se ha tarado hace 10 días.

Pero hace 15 días comenzó a sentir dolor en la cara posterior del brazo en su tercio inferior a unos 4 traveses de dedo por encima del codo.

Al mismo tiempo fiebre, chuchos de frío, sudores profusos, decaimiento, manteniéndose el codo inmovilizado en la extensión completa. Los dolores eran más intensos en la noche. 5 o 6 días más tarde apareció en esa región una tumefacción dolorosa, difusa, caliente, que creció poco a poco. El estado febril se mantuvo en los alrededores de 38 grados, acompañado por marcada inapetencia, oliguria, sudores y sed intensa. El dolor creciente y la acentuación de los fenómenos generales lo obligan a ingresar al Hospital.