

SUMARIO

Úlcera simple del colon ascendente. por el Dr. P. Larghero Ibarz.

Quiste del pancreas, Fístula pancreática, por el Dr. Raul del Campo.

Pseudo litiasis biliar por quiste hidático del hígado, por el Dr. B. Varela Fuentes.

Úlcera simple del intestino delgado. por el Dr Enrique Lamas; Dr. J. C. del Campo, relator.

Presentado en la sesión del 11 de Noviembre de 1931

Preside el Dr. D. Prat

Úlcera simple del colon ascendente.

Por el Dr. P. LARGHERO IBARZ

El caso que presentamos a consideración de la Sociedad de Cirugía, ha sido rotulado por nosotros úlcera simple del colon, porque él responde a las condiciones exigidas para llamarlo así, de acuerdo con la definición que Quenu y Duval dieron de esta afección en el trabajo fundamental publicado en la "Revista de Cirugía". (Año 1902. Tomo XXVI. Págs. 672-692).

Dice así la definición: por úlcera simple del colon, especificamos que se trata del grupo de lesiones ulcerosas no causadas por ningún microbio específico, ni de la acción local de ningún agente químico y que no son secundarias a una lesión inicial (ulceraciones supraestructurales, ulceración de tumores, de megacolon, de colitis en general y colitis ulcerosas en particular).

Así entendido el tema, se limita y las observaciones, aunque no muy raras merecen, sin embargo, ser relatadas.

Observación clínica.—Petrona M. de Y., 38 años, uruguaya, casada. Ingresa al Hospital Pasteur el 25 de Diciembre de 1930, a la hora 14, enviada para ser operada de apendicitis aguda. Su enfermedad comenzó el martes de madrugada (hoy jueves), habiéndose despertado con dolores bastante intensos en la fosa ilíaca derecha, un poco altos, al nivel y algo hacia afuera del ombligo. No tuvo vómitos, ni náuseas.

A pesar de los dolores se levantó e hizo sus tareas habituales. Por la tarde, como el dolor continuara, se hizo aplicaciones calientes que exacerbaron sus sufrimientos. Pasó la noche algo más calmada y evacuó el vientre normalmente. Ayer el dolor continuó con los mismos caracteres, no siendo acompañados de vómitos ni náuseas. Tampoco tuvo trastornos urinarios.

Vista en la tarde por médico, que aconseja la aplicación de hielo, lo

que alivia pronto su dolor. Sin embargo, en el día de hoy, pese a que la bolsa de hielo no ha sido descuidada, sus dolores vuelven, por lo que se decide a ingresar.

Interrogada por sus antecedentes alejados e inmediatos, nos refiere que hace doce días, tuvo después de cenar, sensación de malestar gástrico y dolores en el bajo vientre, acompañados de vómitos alimenticios. Al día siguiente tomó purgante y no volvió a sentir molestias.

Examen.—Facies rosado. Lengua saburral. Temperatura $37^{\circ} \frac{1}{2}$ axi-

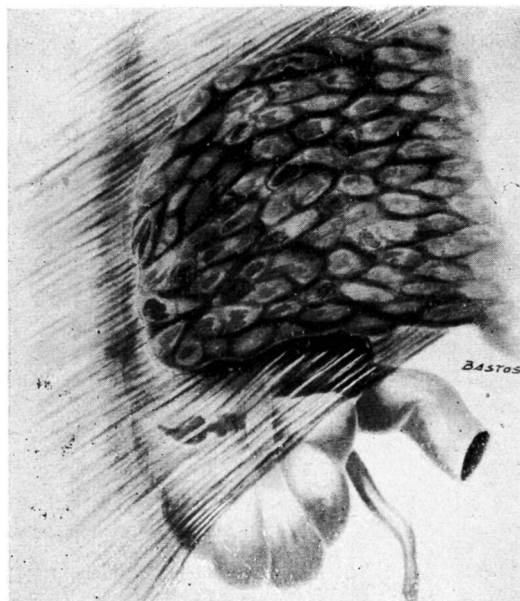


Fig. 1 Papuete de epiploitis crónica aplicado sobre la cara anterior del colón.

lar. Pulso 104. Vientre grueso, poco móvil con la respiración. En la fosa ilíaca derecha mancha eritematosa (hielo). A la palpación se despierta dolor exquisito en la parte alta y externa de la fosa ilíaca derecha, un poco por encima de la línea espinoumbilical; también duele bastante el flanco derecho. Dolor violento a la decompresión. Contractura violenta de los músculos de la pared, especialmente del flanco. Fosas lumbares libres. Lo mismo el resto del vientre.

Examen genital: Cuello duro, entreabierto. Utero en anteverso-flexión, no aumentado, indoloro. Fondos de saco vaginales libres.

Tacto rectal: Ampolla llena de materias. Douglas indoloro.

Cardio-pulmonar normal. Presión arterial 12, 7 $\frac{1}{2}$.

Diagnóstico: Apendicitis aguda.

Intervención.—Dr. Larghero. Ayuda el Interno de Guardia, señor

Morador.—Raquianestesia 0gr.09 novocaína entre 12.^a D. y 1.^a L. Bien. Incisión Jalaguier. Abierta la vaina del recto se constata edema del tejido celular subperitoneal. Abierto el peritoneo viene serosidad sanguinolenta en cantidad mediana. Se introduce una mano para explorar y se encuentra hacia arriba y adherente al peritoneo anterior una masa del tamaño de un puño, aplastada, constituida por nódulos del tamaño de un grano de maíz al de un garbanzo, unos amarillos, otros de color oscuro, infiltrados por sangre. Se agranda la incisión hacia arriba y se despega con facilidad la masa del peritoneo anterior, que en la parte su cara profunda.

Alrededor de la placa se encuentran tres franjas grasosas gruesas, adherente y circunvecinas está rojo-violáceo y depulido. Se exterioriza la masa y se constata que con ella viene el colon ascendente; en efecto, la masa está constituida por un paquete de epiploítis de aspecto tumoral, de consistencia dura y con abundantes focos hemorrágicos. Ella adhiere a la cara anterior del colon ascendente a partir de unos 2 ctms. por encima del borde superior de la última asa ileal. Se despega con facilidad el epiplón del colon y se constata: sobre la cara anterior del colon, al nivel de la bandeleta anterior se observá una superficie de unos 5 ctms. de largo por 3 ctms. de ancho, espesa, infiltrada en placa dura, de bordes bastante bien limitados, placa constituida por un proceso productivo de la serosa de la cara anterior del colon.

Esta placa numular, tiene el aspecto de la lesión peritoneal, que es de observación corriente en las úlceras gástricas, sobre todo perforadas. Sin embargo, la palpación no nos permite apreciar cráter, por infiltradas y duras al tacto. Ninguna de ellas está, sin embargo, perforada, ni presenta indicio de inflamación o torsión.

El colon ascendente en su conjunto está envuelto en una membrana de Jackson espesa sobre su cara anterior, delgada afuera, sin caracteres inflamatorios crónicos, pero muy infiltrada de edema, que le da un aspecto gelatinoso. Se explora el apéndice, que está completamente normal, al menos por su aspecto exterior, y en posición descendente. No lo extirpamos porque él no parece en causa en el proceso actual. Se reseca por ligaduras en cadena el paquete epiploico. Doble sutura en bolsa de la cara anterior del colon y membrana de Jackson encapuchando la placa inflamatoria, fondo de la úlcera. Se restituye el colon a su lugar y ratificamos que la parte enferma responde bien a la cara anterior del colon ascendente juxtacecal.

Cierre de la pared en tres planos.

La evolución post operatoria se hizo sin accidentes. Evacuación espontánea del intestino al tercer día.

Alta curada, el 5 de Enero de 1931.

El examen de materias fecales fué completamente negativo del punto de vista de la investigación de parásitos, flora microbiana anormal y angré.

Un mes después de la operación hicimos con el doctor Juan Cunha, un examen radiológico de tubo digestivo. Estómago normal. En el intestino se constató un ligero retardo de la evacuación cólica (es una constipada habitual). No se observaron divertículos.

La enferma se encuentra perfectamente bien en la actualidad, la

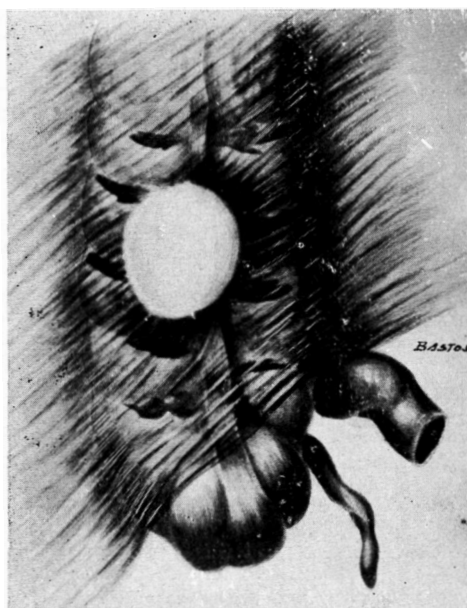


Fig. 2—Aspecto de la lesión una vez despegado el epiplón.
Placa acartonada blanca de la úlcera, velo edematoso

nemos vuelto a ver hace unos tres meses, sin ningún trastorno intestinal.

En resumen, en nuestro caso la sintomatología se traduce por dos episodios agudos dolorosos abdominales, no existiendo en los antecedentes ni el estado actual, nada que indique la evolución de procesos infecciosos generales con lesiones intestinales (por ejemplo, tifoidea), ni colitis agudas o crónicas banales o específicas, ni trastornos del tránsito intestinal (megacolon, estenosis de cualquier naturaleza). Las investigaciones parasitarias y microbianas en las materias fecales fueron negativas y el examen radioscóptico y radiográfico no mostró otra

cosa que un ligero retardo de la evacuación cólica explicable en una constipada habitual.

Se trata, pues, por el aspecto anatómico y por la evolución de una úlcera simple del colon ascendente, caracterizada por un ataque agudo de vientre derecho que diagnosticamos apendicitis, porque era perfectamente lógico, aunque nos llamó un poco la atención la situación un poco alta del máximum de síntomas y que del punto de vista anatómico, aunque el examen haya sido incompleto, pues sólo pudimos ver la cara peritoneal, se traducía por una lesión limitada de espesamiento parietal (peritonitis plástica, con epiploítis de protección, traduciendo probablemente una perforación cubierta de la úlcera. De la sintomatología nos parece de interés hacer notar la evolución en dos tiempos, hecho ya señalado en algunas observaciones del trabajo de Soupault, "Revista de Cirugía", 1920.

En cuanto al diagnóstico él no fué hecho en nuestro caso como tampoco se hizo en otros y creemos que sólo en condiciones muy especiales pueda plantearse antes de la intervención. Sin embargo, el conocimiento de esta lesión, la noción de su comienzo a menudo súbito, traduciendo su perforación amplia o cubierta y la evolución rápida con los caracteres de una peritonitis localizada o generalizada, es particularmente útil cuando abierto el vientre el cirujano busca la causa del proceso peritoneal.

Esta noción hemos tenido oportunidad de aplicarla hace unos días frente a un enfermo, que ingresó en la guardia del Hospital Pasteur, con un síndrome de peritonitis generalizada cuya causa encontramos en una triple lesión ulcerosa aguda del colon transverso, caso que será objeto de una comunicación cuando el estudio completo nos permita llegar a alguna conclusión sobre la causa del proceso ulceroso cólico.

Presentado en la sesión del 11 de Noviembre de 1931

Preside el Dr. D. Prat

Quiste del páncreas. - Fístula pancreática.

Por el Dr. RAUL DEL CAMPO

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—No hay antecedentes de importancia.

Niño de nueve años que ingresa al Servicio de Medicina por un proceso pulmonar. Curado su proceso pulmonar es enviado a Cirugía, porque presenta un tumor del abdomen.