

terna. Marcada impotencia funcional. No destaca el talón; flexión y abducción posibles pero dolorosas y limitadas. Dolor exquisito en la cara anterior, parte externa de la articulación.

**Radiografía:** Fractura intercervico-trocantérea completa sin desviación. Fig. 4.

**Tratamiento:** Al tercer día calzón enyesado corto de Böhler. Marcha a las 24 horas. Es indolora y libre a la semana. Al tercer mes se retira el yeso. Cadera indolora y flexible. Marcha normal. No hay acortamiento. Revisto el 14 de mayo de 1935 (a los 6 meses) el resultado funcional es excelente. **Radiografía** Fig. 5.

### OBSERVACION III

A. A., 14 años, argentino. Ficha 8439. Hospital Argerich. Antecedentes sin importancia.

**Enfermedad actual:** Cae de una escalera sobre su cadera izquierda el 26 de abril de este año. Dolor marcado e impotencia funcional; no puede dar un paso. Es traído a la Guardia.

**Estado actual:** No hay acortamiento alguno, ni ascenso trocantéreo ni rotación externa. Con dificultad llega a destacar el talón del plano de la cama. Dolor intenso en cara anterior articular.

**Radiografía:** Fractura transcervical del cuello del fémur subperióstica? sin desviación. Angulo cérico diafisario conservado. Fig. 6.

**Tratamiento:** Al 4º día calzón enyesado corto de Böhler. Marcha inmediata que es indolora y sin apoyo al 10º día. Alta a los 12 días, con su yeso. Sigue en observación.

### *Apropósito de una observación de sinistocolia de primer grado.*

por el Prof. ADOLFO F. LANDIVAR y doctor CESAR A. LEONI IPARRAGUIRE

Las anomalías de posición del intestino grueso de origen congénito son en no pocas ocasiones fuente de dificultades diagnósticas y sobre todo, si no han sido diagnosticadas previamente, fuente de dificultades operatorias al alterar en forma notable la situación de los distintos segmentos del colon dentro de la cavidad abdominal.

Dejando de lado las anomalías de posición adquiridas, debidas a desplazamiento de porciones más o menos extensas del intestino grueso por tumores o procesos inflamatorios, las anomalías de posición congénitas reconocen como origen detenciones del proceso normal de rotación que sufre el asa vitelina o intestinal primitiva o perversiones de este proceso, que se desarrolla en sentido inverso.

Para encasillar la observación que traemos, dentro de la profusa variedad de las distopías congénitas, haremos una rápida incursión por el terreno de la embriología, deteniéndonos luego en la clasificación de estas anomalías.

En el feto de 6 semanas, el tubo intestinal primitivo que sigue al estómago, orientado mediana y sagitalmente, forma a manera de una V cuyo vértice antero inferior da inserción al canal vitelino; la rama an-

terior superior y descendente de la V, que va del estómago al canal vitelino, dará origen al duodeno y la mayor parte del yeyuno - ileón; la rama posterior, inferior y ascendente de la V, que va a continuarse previa acodadura con la porción terminal del tubo digestivo, dará origen al fin del ileon, al ciego, colon ascendente y a parte del transverso. El ciego se esboza a esta altura del desarrollo embrionario como un pequeño mamelon sacular.

Así como el estómago primitivo está unido a la pared posterior por un mesogastrio, el intestino primitivo está unido a la pared pos-

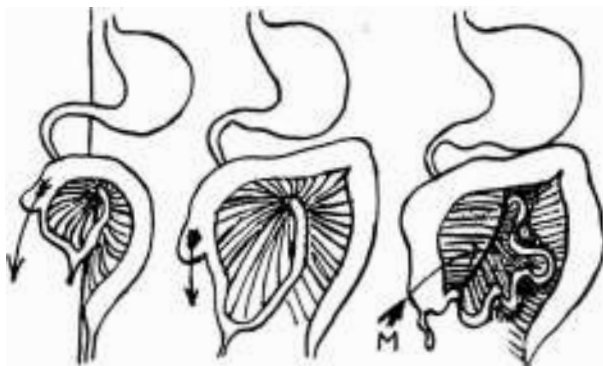


Figura N.º 1

terior por un mesenterio común (tanto para lo que más tarde será intestino delgado como intestino grueso) conocido con el nombre de mesenterio del asa umbilical de Toldt.

La arteria mesentérica superior irriga ese sistema, y será con el canal vitelino que va al vértice de la V, el eje del movimiento de torsión, que comienza al fin de la sexta semana (ver fig. 1) y se desenvuelve en sentido contrario al de las agujas del reloj. En virtud de este movimiento, la rama inferior o ascendente de la V, con la ampolla cecal, se dirige primeramente a la izquierda, luego hacia arriba y adelante, para cruzar la línea media por delante de la rama superior (o descendente) alcanzando a colocarse a la derecha, debajo del hígado; por último el ciego desciende por la derecha y alcanza su posición normal en F. I. D. a mediados del tercer mes. Este movimiento de rotación es ininterrumpido y en su transcurso, la ampolla cecal recorre un arco de círculo de 270° (ver fig. 2).

Veamos lo que concomitantemente ocurre con la rama superior o descendente de la V (que originará al duodeno y la mayor parte del yeyuno - ileón).

Se desplaza primero a la derecha, luego hacia abajo y atrás y por

último asciende hacia la izquierda y contra el plano posterior, para fijarse a la izquierda de la columna lumbar formando allí el acodamiento o ángulo duodeno - yeyunal, cuya posición es capital en el sentir de Vogt y Gerlach, constituyendo la clave para clasificar las anomalías de torsión.

En este interin, el intestino delgado se alarga notablemente, para una vez finalizado el movimiento de torsión, quedar circunscripto por el marco del intestino grueso, tal como se ve en el hombre normal.

A esta altura del desarrollo todavía es común el mesenterio del intestino delgado e intestino grueso; pendiendo el canal intestinal en masa de un solo punto de la pared abdominal posterior; poco después el mesenterio se fija a la pared abdominal posterior según una línea oblicua que va del origen de la arteria mesentérica superior, eje de

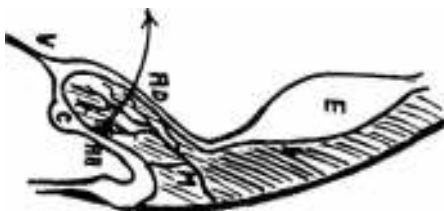


Figura N.º 2

movimiento de torsión, a la fosa ilíaca derecha, donde se encuentra y el ciego (ver M, fig. 2), individualizándose el mesenterio del intestino delgado, del correspondiente al intestino grueso. Este último hacia el 5º mes, comienza la coalescencia o adherencia de ciertas porciones (ciego, colon ascendente y colon descendente) a la pared posterior adoptando entonces el tipo definitivo.

El movimiento normal de rotación en el sentido contrario a la aguja del reloj, que hemos bosquejado, puede detenerse a distintas alturas, o realizarse en sentido inverso, vale decir, como las manecillas del reloj. Cada uno de estos casos puede esquematizarse dentro de la clasificación de los autores alemanes (De Quervain, Vogt, Gerlach) en la siguiente forma:

A) Ausencia del movimiento de rotación.

El intestino delgado (rama descendente de la V) queda anterior al intestino grueso (rama ascendente) permanece posterior con meso libre o adherente a la pared posterior; es cruzado por el intestino delgado. Esta anomalía que corresponde al detenimiento en el período más primitivo del desarrollo ontogénico, se conoce con el nombre retrocolia; es la más rara de las anomalías de torsión, existiendo una interesante observación uruguaya del Dr. Juan C. del Campo. En nue

tro país los Dres. Ceballos y Taubenschlag han operado con éxito un caso similar que se presentó con el cuadro de una oclusión intestinal por vólvulus.

**B) Detención del movimiento de rotación en sentido normal.**

Si esta detención se produce cuando el ciego ha descrito un arco de solo  $90^\circ$  a la izquierda, dará lugar a la denominada sinistrocólia de primer grado; toda la masa intestinal delgada queda a la derecha y la totalidad del intestino grueso a la izquierda de la línea media.

Si se detiene en un momento evolutivo más adelantado de la embriogénesis, a los  $180^\circ$  grados de rotación, se originará la sinistrocólia

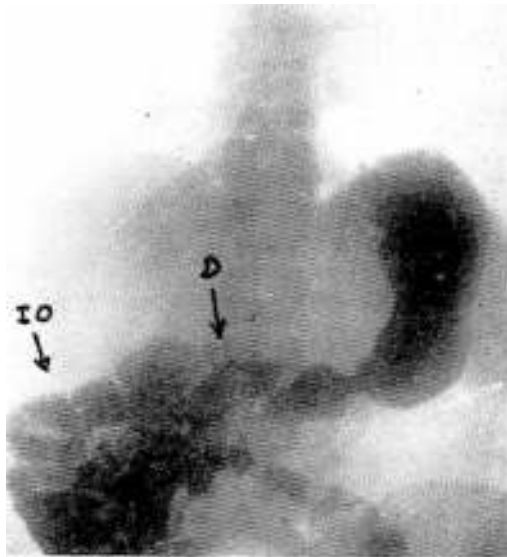


Figura N.º 3

de segundo grado en la que el intestino delgado está en la línea media y a la derecha, siendo posterior con respecto al intestino grueso que está a la izquierda, adelante, en vías de pasar el ciego al hemiabdomen derecho.

**C) Perversión del movimiento de rotación que se ejecuta en sentido inverso.**

1º Si la rotación inversa es parcial se puede encontrar: a) la dextrocólia de primer grado, en la que el ciego rotó sólo  $90^\circ$  a la derecha, encontrándose el tubo entérico en disposición simétricamente opuesta a la descripta ya como sinistrocólia de primer grado; b) la dextrocólia de segundo grado se observa cuando el ciego rota  $180^\circ$  en sentido inverso y hace "pendant" con la sinistrocólia de segundo grado.

2º Si la rotación inversa es total ( $270^\circ$ ), encontraremos el situs

inversus que puede comprometer sólo al intestino o a todas las vísceras.

Con los elementos que anteceden podemos ya pasar a clasificar nuestra observación. Resumiremos brevemente su historial, para detenernos en el aspecto radiológico y en la descripción del protocolo operatorio, que dan la pauta de la anomalía.

R. G., argentino, 33 años. Ficha 8365. Hospital Argerich.

**Antecedentes hereditarios y personales:** sin importancia.

**Enfermedad actual:** desde hace 8 años, arcadas y a veces vómitos agrios en ayunas. Frecuentes cefaleas; no es constipado. Ha perdido 11 kgrs. de peso.

**Estado actual:** solo mencionaremos un dolor a la presión, subumbilical y algo a la derecha de la línea media y una manifiesta hipoquilia con mucus abundante en el líquido de sondaje gástrico.



Figura N.º 4  
Radiografía por ingestión

**Diagnóstico:** Gastritis crónica hipoquímica. ¿Apendicitis crónica?

Se solicita examen radiológico completo del tubo gastro intestinal, con el siguiente resultado (ver figuras 3, 4 y 5):

**Estómago** colocado totalmente a la izquierda de la línea media, tono y peristaltismo normales. Tamaño normal; indoloro, flexible. Bordes nítidos.

**Duodeno:** Bulbo rellena bien, indoloro; se continúa con una segunda porción normal, pero faltan tercera y cuarta porción y ángulo duodeno-yeyunal; la segunda porción se continúa sin diferenciación con el yeyuno, hacia la derecha, formando dos primeras porciones duodenales y la primer asa yeyunal, a la manera de una itálica acostada.

**Intestino delgado:** totalmente a la derecha de la línea media, ocupando hipocóndrio, flanco y fosa ilíaca derechos.

**Intestino grueso:** a la sexta hora, la columna opaca ocuya ya el ciego y colon ascendente; éstos se encuentran a la izquierda de la línea media. Ligero dolor sobre el ciego, frente al promontorio. A las 24 horas se observa la totalidad del colon (ciego casi vacío) a la izquierda de la línea media. No hay ángulo cólico derecho, no pudiéndose tampoco individualizar un colon transverso propiamente dicho; sólo se distingue un colon ascendente, con acodaduras (pudiendo considerarse la más notable de ellas como el ángulo mesentérico de Balantiz) y otro descendente e ilio-pélvico, formando un ángulo esplénico con sus ramas superpuestas en el sentido anteroposterior. La radiografía por enema opaco confirma el examen colónico antedicho.

Con el objeto de realizar una apendicectomía y observar de paso la disposición intestinal, se opera el 24 de abril de 1935.



Figura N.º 5  
Radiografía por enema

**Operación:** anestesia. Eter + CO<sub>2</sub> con la máscara de Ombredanne modificada. Laparatomía mediana supra e infraumbilical. Se rechazan las asas delgadas que se ofrecen a la vista, hacia la derecha y arriba y se visualiza ciego y ascendente, a la izquierda de la línea media; apéndice pelviano, libre y macroscópicamente normal; se extirpa haciéndose jareta. El ciego y ascendente gozan de movilidad merced a un meso que se continúa indistintamente con el del ileón; el descendente corre a la izquierda del ascendente, con un breve meso; el ángulo esplénico, en cañón de fusil, continuándose con el yeyuno sin formar ángulo de Treitz, tercera ni cuarta porción. Cierre por planos. Cicatrización "per primam"; alta a los 12 días.

De acuerdo a la descripción radiológica y a su integral confirmación operatoria podemos clasificar la anomalía de nuestro enfermo, como sinistrocólia de primer grado, debida al detenimiento de la rotación normal del asa vitelina a los 90° de iniciada.

Nos fundamos en las siguientes razones: 1°) Duodeno a la derecha de la línea media, sin cuarta porción diferenciada ni ángulo duodeno-yeyunal izquierdo. (Este último detalle es fundamental para Vogt); 2°) Masa intestinal delgada a la derecha de la línea media; 3°) Intestino grueso a la izquierda de la misma línea y ausencia del ángulo cólico derecho o subhepático. Esta premisa no es absoluta, pues en ciertos decúbitos, el colon grávido por el enema que lo ocupa puede por la simple acción de la pesantez y gracias a su amplio meso común con el yeyunoileon, invadir parcialmente el hemiabdomen derecho; 4°) En la comprobación operatoria de la anomalía duodenal y del mesenterium commune.

Como es de corriente observación en estas anomalías congénitas el enfermo no experimentaba trastorno alguno imputable a su sinistrocólia; la sistemática investigación radiológica que realizamos en todo gástrico o en todo apendicular antes de llevarlo a la mesa operatoria nos permitió diagnosticar la distopia y planear una vía de acceso y una conducta quirúrgica adecuada. Descartamos toda tentativa de colopexia por considerarla innecesaria desde que la anomalía en sí era perfectamente tolerable.

Sin embargo conviene recordar que estas distopias son capaces de engendrar cuadros mórbidos. Schiassi, citado por Bonorino Udaondo y Maissa las inculpa de provocar fenómenos de neurosis vegetativa: predominio vagal. Pero el principal peligro reside en la exagerada movilidad del paquete intestinal, que sin coalescencia alguna pende de mesenterium commune. En estas circunstancias es dado observar y sean cuadros recidivantes de volvulus y suboclusión, ya volvulus grave con oclusión total y gangrena de las asas comprometidas.

Se han descripto también casos en que la extensa acodadura e cañón de fusil, del ángulo cólico izquierdo fijada por bridas y membranas de pericolicitis, ha producido dificultades para el tránsito de contenido intestinal.

Para finalizar enunciaremos dos conclusiones de orden práctico que dimanen de lo que antecede:

Toda intervención por apendicitis crónica o enfriada, será precedida por un examen radiológico del tractus intestinal. Aparte de otras numerosas ventajas, es el único medio de ponerse a cubierto de la ingrata sorpresa operatoria de una distopia.

En todo enfermo abdominal con crisis repetidas de obstrucción:

recordar la posibilidad de que el cuadro sea debido a una distopia con mesenterium commune. El examen radiológico intestinal, permitirá certificar este diagnóstico.

### *Radiografía de la mama*

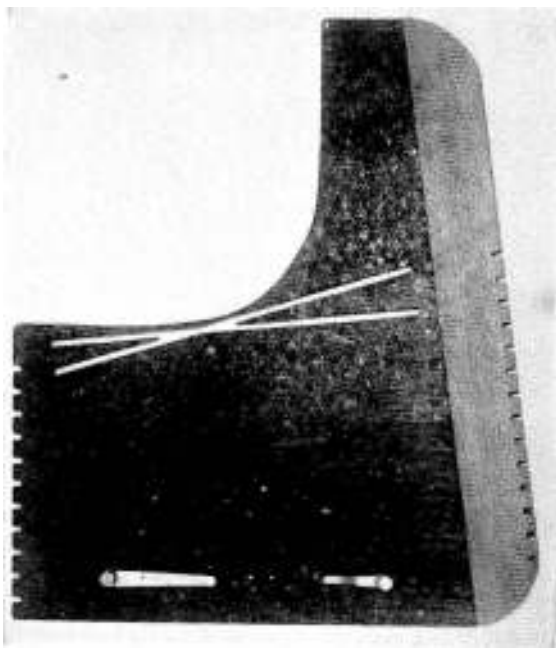
por el doctor CARLOS MARIA DOMINGUEZ

#### I

Señores cirujanos:

Personalmente, el estudio radio-anatómico de la mama fué una consecuencia del estudio-radioanatómico de piezas.

El móvil principal de este trabajo, iniciado desde hace ya varios años, ha sido la frecuencia de la observación de cánceres mamarios, venidos al Laboratorio de Anatomía Patológica en forma de piezas - Halsted; a veces como simples resecciones parciales, extirpadas con el diagnóstico clínico de adenomas o quistomas o cistomas; también en calidad de biopsias extemporáneas para terminar la lista de la obser-



N.º 1. — Repisa torácica para obtener una o la doble imagen en la "placa tangencial inferior". Si se quiere sacar la doble imagen la "placa tangencial inferior" debe pasar por una de las ranuras de la repisa quedando la mitad arriba, horizontal, y, la otra mitad, abajo, vertical.

vación anatómica de las neoplasias malignas de la mama, aunque esto muy excepcionalmente, en la mesa de autopsias.

Hoy en día esta frecuencia crece por grados y a tal punto estos