

CORRELATO.

MANEJO Y CIERRE DE LA COLOSTOMIA

Dr AQUILES LANZA

I) MANEJO DE UNA COLOSTOMIA

El paciente colostomizado no debe ser considerado un inválido. Se puede conseguir una adaptación más o menos rápida a sus nuevas condiciones de vida si se le educa adecuadamente, si se le ofrece la oportunidad de discutir y aclarar sus dudas con su médico, estimulando así el sentido de cooperación evidente que muestran estos enfermos.

Milligan dice: la misma libertad que da una función rectal normal puede ser obtenida por una colostomía. Para ello se necesita tiempo, paciencia y comprensión mutua en el equipo formado por el enfermo, su familia y el médico.

Es así que creemos muy importante se dedique tiempo suficiente al paciente colostomizado, que debe ser oído con atención, interés y simpatía, dándole todas las explicaciones necesarias para que comprenda mejor el funcionamiento de su aparato digestivo.

Es evidente que el manejo de estos enfermos varía fundamentalmente en sus proyecciones si se trata de colostomías temporarias o definitivas. En aquéllos, el problema es menor, el paciente sabe que se restaurará su tránsito intestinal normal y recuperará sus funciones esfinterianas. En ellos, el manejo de la colostomía se reduce a asegurar las mejores condiciones de funcionamiento y adecuarla para el cierre.

Los problemas más importantes de adaptación se presentan en los que llevarán una colostomía definitiva. A ellos nos referiremos preferentemente.

1) PREOPERATORIO

Insistimos en este punto, pues salvo las indicaciones de urgencia, a veces imprevisibles, el enfermo debe ser advertido y claramente explicadas las nuevas condiciones a que va a ser sometido. La cooperación del paciente será mayor por una mejor adaptación síquica, si se cumple adecuadamente esta etapa. Si está en condiciones de entenderlo, se le deben dar algunas nociones de fisiología del colon, así como de la anatomía de la colostomía, explicándole los caracteres y funcionamiento de las bocas colostómicas.

2) POSTOPERATORIO

A) *Inmediato*

a) *Protección del asa exteriorizada.*— Se debe proteger el intestino exteriorizado por medio de gasas envaselinadas, así como se debe utilizar el mismo procedimiento para proteger el celular subcutáneo, insinuando las gasas alrededor de la colostomía y dejándolos sin quitar por espacio de cinco o seis días.

b) *Abertura de la colostomía.*— En el momento actual se prefiere abrirla precozmente, en cuanto el asa adquiere cierta adherencia a la pared. Se puede realizar en uno o dos tiempos, el primero de función esencialmente descompresora, y el segundo derivante.

La abertura del colon se debe realizar por sección transversal respetando la pared posterior, preferentemente con bisturí eléctrico por una mejor hemostasis. La sección longitudinal siguiendo la cintilla, no interrumpe las ondas peristálticas, no desfuncionalizando así el cabo distal en forma adecuada. Por otra parte tiene tendencia a cerrarse.

c) *Primeras evacuaciones.*— Se deben evitar medicamentos que pueden causar salida de materias líquidas, como los purgantes enérgicos. Si al cabo de dos o tres días la colostomía no ha comenzado a funcionar, Gabriel recomienda el uso de laxantes suaves, del tipo de la vaselina líquida.

B) Postoperatorio alejado

Desde que se pone en contacto con el exterior una mucosa que no está preparada para ello y se pierden las funciones esfinterianas del tubo digestivo íntegro, surgen una serie de fenómenos de mayor o menor intensidad, algunos de los que se presentan en forma preponderante. Dentro de la parte del tema que nos ha tocado desarrollar nos ocuparemos especialmente de los problemas de la piel y de los suscitados por el control de las evacuaciones.

Cuidados de la piel.—Las complicaciones cutáneas son las más frecuentes en las colostomías y si bien muchas veces se reducen a formas benignas que responden bien el tratamiento, otras, sobre todo en las colostomías más altas, pueden adquirir caracteres de gravedad inusitada con verdaderas mutilaciones de la pared abdominal. En una estadística hecha el año pasado por el Dr. P. Gibert, de enfermos de la Clínica Quirúrgica "B", se señaló la presencia de dermatitis en alrededor de un 50 % de los casos de sigmoidostomía y transversostomía y en 3 de 4 cecostomías.

Se producen por la acción irritante del contenido intestinal y están por lo tanto en íntima relación con los caracteres de éste.

El tratamiento debe ser esencialmente profiláctico, destacándose en ese sentido el régimen de alimentos y el estado psíquico del paciente.

Sobre la importancia del régimen hemos de volver más tarde al referirnos al control de las evacuaciones, pero desde ya diremos que las materias líquidas, de rápido pasaje intestinal pueden ser altamente irritantes, observando los propios pacientes que la eliminación de ciertos alimentos determina una neta mejoría de las lesiones dérmicas. *

Algunos autores dan también fundamental importancia al factor síquico en su repercusión sobre el tránsito y por lo tanto determinando la llegada al exterior de materias fecales no bien toleradas.

En verdad, hemos tenido ocasión de comprobarlo personalmente, sobre todo en pacientes ansiosos, en los que el retirarse

momentáneamente de su actividad habitual, determinaba una neta mejoría. En este sentido pueden ser útiles los sedantes del tipo del meprobamato o similares.

El tratamiento curativo estará dirigido pues a modificar los caracteres del contenido intestinal y a proteger la piel. La medida más aceptada en general, es la de usar pomadas de aluminio, que forman una fina capa protectora, resistente e hidrófuga que hace escurrir las secreciones sin dañar la piel.

También se utiliza frecuentemente el óxido de zinc, cuyos resultados parecen inferiores a la anterior.

Control de las evacuaciones.— Este punto es fundamental en el manejo de los enfermos colostomizados y es necesario insistir en todas las causas que pueden provocarles molestias, pues algunas veces viven atormentados, siendo relativamente fácil resolver su problema.

Si bien, la colostomía no controla la salida de materias y gases, puede ser controlable por el paciente y el médico. En el sentido patológico lo más habitual es la presencia de diarreas, que en general no constituyen un problema grave. La constipación es mucho menos frecuente y controlable con agregado de algunos alimentos con residuo y la vaselina líquida.

En el intento de controlar las evacuaciones normales se ha atravesado por una serie de etapas evolutivas.

Así, en determinado momento prevaleció el concepto de usar aparatos de prótesis de variados tipos, que presentan inconvenientes de distinta importancia.

En general, como lo hace notar Samp en una encuesta realizada en 92 pacientes, los que se quejaban de mal olor y restringían por ello su actividad eran aquellos que usaban aparatos de prótesis. Por otra parte dejan filtrar materias que ensucian las ropas y sobre todo se les acusa de ser los responsables de prolapso y eventraciones.

La nueva tendencia es a irlos abandonando, reservándolos algunos pacientes para usarlos durante la noche en la cama y para aquellos casos en que no se ha logrado el control de las evacuaciones a un ritmo satisfactorio.

En el momento actual, las personas de mayor experiencia en esta materia se plantean el problema de decidir si el pacien-

te va a tener evacuaciones espontáneas, tratando de adquirir el ritmo normal de una evacuación por día o si se procederá a efectuar lavajes diarios.

La mayoría parecen inclinarse por la solución más vecina a la normalidad y más práctica, que es propender al control espontáneo.

Gabriel señala los siguientes inconvenientes al uso de lavajes diarios:

1º) Es innecesario, pues se puede lograr una situación satisfactoria con buena función y dieta adecuada.

2º) Es dañoso, pues se somete a la mucosa colónica a una irritación permanente, agravada por el uso de algunas sustancias como jabón, sal, etc., que pueden provocar un edema crónico y tendencia a la estenosis.

3º) Es peligroso. En este punto enfatiza el autor su experiencia de 9 casos de perforaciones del colon por el uso de material inadecuado, que perfora directamente la pared o por traumas repetidos que van creando una zona de menor resistencia que finalmente puede perforarse.

4º) Puede provocar molestias, dolores abdominales tipo cólico, dependiendo de la fuerza de la inyección.

5º) Crea una especie de culto de la colostomía, pues obliga a dedicarle mucho tiempo, en algunos casos, según Samp, varias horas. Eso determina, en hogares modestos, situaciones desagradables por el prolongado uso del baño por una persona. Por otra parte, restringe su actividad y en casos de viajes obliga a transportar una serie de implementos que crean dificultades diversas.

La tendencia predominante en el momento actual es a controlar la función de la colostomía por medio del régimen, manejándose el enfermo sencillamente con apósitos de gasa, papel absorbente y láminas de material plástico, mantenidos en su sitio simplemente con un cinturón.

En este sentido se deben valorizar el temperamento del enfermo y sus hábitos intestinales previos. Ya hicimos referencia a la influencia que los estados síquicos tienen sobre la función intestinal. De la misma manera, si el paciente presentaba un ritmo regular previo, es probable que sea relativamente fácil controlarlo sólo con régimen. Distinto es si presentaba los ca-

racteres de un colon irritable, en cuyo caso es probable sea necesario agregar medicación sedante, antiespasmódicos, bismuto y excepcionalmente opiáceos.

Con respecto a las dietas reguladoras, se recomienda cumplir una serie de etapas. En el primer período, de adaptación, en el que será fundamental la cooperación del enfermo, el médico y la dietista, Bargen y Victor, recomiendan:

- 1) Alimentos sin residuos, líquidos escasos, no más de un litro diario.
- 2) Hacer solamente las comidas regulares, evitando las ingestas entre ellas, que pueden provocar deposiciones.

Se logra así, en general, constipar al paciente, suprimiéndole en absoluto las frutas crudas y las verduras. Luego se pueden ir haciendo agregados diversos, ajustándose un régimen con ciertas variaciones para no aburrir y en el que el propio paciente es el que va encontrando las mejores fórmulas.

Así, aquellos que han cedido a la tentación y han comido vegetales o frutas crudas, han pagado su tributo de diarrea, gases fétidos, y muchas veces complicaciones cutáneas más o menos graves.

Como ejemplo podemos señalar los alimentos permitidos, confeccionándose dietas que variarán de acuerdo al medio, condición social del paciente y a la repercusión sobre su tránsito intestinal.

Entre los vegetales, se podrán utilizar: papa y zanahoria hervida, papillas de arvejas, remolacha, puntas de espárrago. Pan blanco, maizena y pastas como tallarines, espaguetis, macarrones, leche hervida, queso no fermentado, poca manteca. Huevos, pollo y carne bien cocida y sin tendones. Como postre, frutas cocidas, manzanas o peras, sin cáscara ni semillas. Además jaleas chirles, gelatinas de fruta, budines, tortas simples. Té claro, chocolate y cocoa chirles, café sin cafeína.

Se deben evitar aperitivos, café y cigarrillos y con respecto al alcohol, Gabriel sostiene que se toleran mejor coñac o whisky que la cerveza, sobre todo en aquellos que los ingerían sin inconvenientes anteriormente.

Como sostiene Corbett, el cuidado de la colostomía comienza con la cocina.

Si no se logra el control apetecido y es necesario recurrir al uso de lavajes, será muy importante instruir adecuadamente al paciente.

La mayoría de los pacientes investigados por Samp se practicaban lavajes diarios, otros cada 48 horas, un pequeño número hacía una limpieza a fondo una vez por semana, que le insumía varias horas. En general, prefieren hacerlo por la mañana, saliendo a sus tareas más seguros. Pero se deben cumplir los siguientes requisitos:

- 1) usar un catéter de goma suave, no tubos rígidos, que pueden provocar perforaciones;
- 2) es preferible usar agua sola, tibia, a unos 22° aproximadamente. Como hace notar Miles, el agua más caliente puede provocar una inercia del colon y que la evacuación se realice varias horas después del lavaje, cuando ya el paciente está fuera de su casa;
- 3) hay que introducir suavemente el catéter unos 15 a 20 cms. pues si queda muy superficial el agua sale de inmediato, siendo inútil la maniobra;
- 4) no se debe hacer a mucha presión la inyección de agua, mediante una pera de goma u otros procedimientos, pues puede provocar dolores u otros accidentes más graves.

Otro elemento a controlar muy importante, es la tendencia a la estenosis. En este sentido algunos hacen responsable al trauma diario del lavaje, pero lo importante es instruir al paciente para que haga la profilaxis de esta complicación mediante suaves masajes unidigitales diarios al principio, durante uno o dos meses, para luego irlos espaciando progresivamente.

Con respecto al mal olor, que crea a veces serios trastornos síquicos, está en gran parte determinado por el uso de aparato de prótesis y su eliminación, si es posible, mejora notoriamente este aspecto. Es importante también el régimen libre de productos fermentescibles y el uso de medicamentos clásicos como el carbón vegetal. Algunos autores refieren experiencia favorable

con el uso de cloroformo por vía oral o localmente, mencionando Samp que en su encuesta algunas personas utilizaban los antisudorales de uso común. No tenemos experiencia con estos productos.

Hay que vigilar atentamente a estos enfermos desde el punto de vista urinario, pues algunos autores señalan la presencia relativamente frecuente de infecciones urinarias.

En la esfera síquica es conveniente plantear francamente el problema sexual.

Es muy interesante en este sentido la estadística de Samp, que muestra un porcentaje relativamente alto que han tenido problemas de uno u otro orden. Es indudable que conviene considerar la edad de estos pacientes, pero aquellos que estaban en edad genital activa acusan dificultades diversas pero la mayoría atribuible a fenómenos derivados de la propia intervención y no a inhibiciones de orden síquico.

Es importante señalar la pregunta planteada por una mujer de 40 años, referente a la posibilidad de una esterilización concomitante, pues, que siendo el embarazo posible, las condiciones físicas derivadas de la intervención, falta de piso pelviano, crearían problemas durante la gravidez. Es una muestra de que los propios pacientes colostomizados han creado muchas veces mecanismos útiles para resolver los problemas que se les han planteado y que muchas veces el médico mismo no podría resolver mejor.

Con respecto a la repercusión en el resto de su vida, tenemos la impresión de que la mayoría logra restituirse a sus tareas y a una actividad social normal, especialmente al controlar sus evacuaciones, evitar la formación de gases en exceso y los malos olores.

Conservan un vigor aceptable y muchos de ellos aumentan muchos kilos, necesitando a veces moderar sus ingestas.

En síntesis, en este capítulo destacamos como factores fundamentales:

- La necesidad de que el médico dedique tiempo suficiente al colostomizado.
- Hacerle mirar su nueva condición, no como una invalidez insuperable, sino como una situación a la que se irá adaptando progresivamente, pudiendo llegar a su vida normal.

- Puede ser útil ponerlo en contacto con pacientes colostomizados conformes con su situación. Es muy importante también la colaboración familiar, especialmente del cónyuge.
- La importancia de la dieta controlada y progresiva.
 - La posibilidad de llegar a un ritmo de evacuaciones intestinales regular, que no interfiera con su vida normal y lo libere de la necesidad del lavaje diario.
 - La tendencia a eliminar los aparatos de prótesis, fuente de una serie de inconvenientes y complicaciones.

II) CIERRE. DE LA COLOSTOMIA

Existen diferentes técnicas de cierre en relación con los distintos tipos de colostomía y con la preferencia de los autores.

Pero hay una serie de normas generales que se aplican para todos los casos y que consideraremos en primer término.

En el momento actual, se acepta, como lo señala Turell, la necesidad de tratar quirúrgicamente la lesión que motivó la colostomía, antes de proceder al cierre de la misma. Esta premisa fundamental tiende a evitar las recidivas y complicaciones postoperatorias de la colostomía. En efecto, pese a la aparente inactividad de las lesiones de tipo inflamatorio tan frecuentes en el colon izquierdo, al cerrar la colostomía se notó frecuentemente la aparición de empujes inflamatorios a veces graves. Es así que el tratamiento de la lesión primitiva, que todos aceptan en el caso del cáncer, debe también extenderse a otras lesiones que, para algunos, sólo necesitarían tratamiento médico y que de acuerdo a la tendencia actual parece preferible sean tratadas quirúrgicamente, para asegurar la curación definitiva y el éxito del restablecimiento del tránsito intestinal.

1) PREOPERATORIO

Las preocupaciones fundamentales irán dirigidas a los siguientes puntos:

a) *Preparación de la piel.*—Es muy importante que esté sana para la intervención, poniendo en práctica las medidas ya indicadas y procediendo a un aseo cuidadoso con agua y jabón los días previos.

b) *Preparación del intestino.*— Es fundamental asegurar la vacuidad del colon y la ausencia de estenosis. Se procederá así a un estudio obligatorio, por medio de la radiología del estado del intestino por debajo de la colostomía, controlando el estado de la zona operatoria o de la lesión primitiva si ésta no ha sido tratada quirúrgicamente, lo que no nos parece adecuado. Hay que evitar todas las causas de hipertensión intestinal que pueden hacer fallar las suturas. Es necesario proceder a un examen digital de ambas bocas, para reconocer el estado local.

Se debe instituir un régimen alimenticio similar al de toda intervención sobre el colon, con escaso residuo.

Se efectuarán lavados por la porción distal, así como también por el ano natural, con pequeñas cantidades de agua en la que se pueden disolver 1 ó 2 gramos de ef-tiazol o similares. La porción proximal se preparará con laxantes suaves y con pequeños lavados. En esta parte de la preparación se deben extremar las precauciones pues el éxito o el fracaso dependen, como en toda la cirugía del colon, de una rigurosa preparación para asegurar un intestino vacío.

Se debe pretender además la antisepsis intestinal por los medios habituales.

En nuestra clínica usamos ef-tiazol en dosis de 6 gramos diarios desde tres días antes y 24 horas antes le agregamos un antibiótico de amplio espectro del tipo de la terramicina en dosis de 1 gramo. En la actualidad en otros medios se utilizan otros antibióticos, como la neomicina y la bacitracina, que no se han ofrecido a nuestro alcance.

De todos modos la preparación que se obtiene de esa manera es satisfactoria y ha contribuido grandemente al éxito de la cirugía del colon.

2) TÉCNICA DEL CIERRE

Métodos extra e intraperitoneales.— El mejor conocimiento del modo adecuado de preparar estos pacientes, ha desplazado en los últimos tiempos la preferencia hacia los métodos intraperitoneales, que permiten una técnica más adecuada para el cierre, evitando sobre todo la tensión de la sutura, no dejando puntos débiles en la pared abdominal, como lo determina el método extraperitoneal, que deja al colon por fuera del peritoneo

y dificulta la función parietal abdominal. Garat señala además un hecho no despreciable y es que al no realizarse la destrucción del espolón por aplastamiento, evita los riesgos de esa maniobra.

En síntesis, podemos señalar los siguientes métodos que son los que se utilizan habitualmente:

- a) Sección del espolón de colostomía en cañón de escopeta, que se puede hacer por aplastamiento con enterotomo, si el tabique es largo y deshabitado. Es una intervención que se practica poco en la actualidad, pues presenta riesgos evidentes. Puede ir o no seguido del cierre quirúrgico por vía extraperitoneal.
- b) Supresión de colostomía con anatomía de fístula intestinal mediante excisión y sutura. Se aplica fundamentalmente en la cecostomía.
- c) Supresión de la colostomía mediante resección y anastomosis.

Se puede realizar por laparotomía en la vecindad del ano artificial o lejos del mismo. Es preferible el primer método siempre que sea posible por evitar un mayor debilitamiento parietal. Después de abrir el peritoneo, se desprenden las dos ramas intestinales hasta liberarlas de sus adherencias parietales, con el epiplón o con las asas vecinas, hasta disponer de segmentos sanos y bien irrigados para practicar la sección y anastomosis. Esta se puede realizar término-terminal o mediante el método de Pauchet que es látero-término-lateral. De cualquier modo se deben obtener bordes intestinales finos, reseccando el anillo intestinal adherido al borde cutáneo aponeurótico.

A esta técnica, además de las ventajas señaladas se le anotan las siguientes:

- ahorra el tiempo de sección del espolón;
- las resecciones intestinales se realizan fuera de la cavidad peritoneal por la liberación previa;
- es una técnica adaptable a colostomía deformada;
- asegura buena luz.

En el postoperatorio se seguirán las directivas habituales de la cirugía del colon.

Complicaciones del cierre

a) *En la destrucción del espolón:*

- Compresión de vasos del meso.
- De asas intestinales.
- Del uréter.
- Hemorragias.

Es por este motivo que se ha ido abandonando y si se practica se debe efectuar extremando precauciones, controlando digitalmente la extensión del tabique y las posibilidades de estar habitado. Frente a cualquier duda es conveniente el cierre a cielo abierto.

b) *Falla del cierre.*—En este punto se apoyan los partidarios del cierre extraperitoneal, pues las complicaciones de este tipo darán por resultado fenómenos locales o la reproducción de la colostomía, en cambio el cierre intraperitoneal puede dar lugar a una peritonitis. Es evidente que un ajustado cumplimiento de las normas expresadas anteriormente dan buena seguridad en el cierre y se ven poco este tipo de complicaciones.

c) *Eventración.*—Relativamente frecuente en los cierres extraperitoneales por mayor debilidad parietal.

d) *Estenosis.*—No es frecuente si se realizan adecuadamente distintas maniobras quirúrgicas.

e) *Supuración parietal.*—Una buena preparación de la piel y el intestino harán excepcional su aparición.

Por lo tanto, en este capítulo destacaremos:

- La importancia de la preparación previa, solucionando la lesión que obligó a la colostomía, controlando la ausencia de obstáculos al tránsito intestinal, asegurando la vacuidad del intestino y la preparación con antisépticos.
- La necesidad de esperar el tiempo necesario para que se cumplan estas premisas.
- Elegir el método de cierre adecuado al paciente y al tipo de colostomía. Sin proscribir los métodos extraperitoneales, señalamos la tendencia actual a preferir los cierres por vía intraperitoneal.
- Señalamos las complicaciones más frecuentes después del cierre de la colostomía.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUIRRE MAC KAY, Leonidas.—“Colostomías”. Editorial del Pacífico S. A., 1955.
2. CORBETT, R. S.—Discussion on the management of a permanent colostomy. “Proc. Roy. Soc. Med.”, 38: 695; 1945.
3. DUKES, C. E.; Management of a permanent colostomy. “Lancet”, 253: 12; 1947.
4. GABRIEL, W. M.—Discussion on the management of a permanent colostomy. “Proc. Roy. Soc. Med.”, 38: 692; 1945.
5. GABRIEL, W. B.—“The principles and practice of Rectal Surgery”. H. K. Lewis and Co. London, 1949.
6. GORDON WATSON, C.—Discussion on the management of a permanent colostomy. “Proc. Roy. Soc. Med.”, 38: 692; 1945.
7. KIRSCHNER, M.; GULEKE, N. y ZENKER, R.—“Tratado de técnica operatoria general y especial”, tomo VII, 1ª parte. Edit. Labor S. A., 1954.
8. MAYO, Charles W.—“Cirugía intestinal. Manual de Cirugía operatoria”. Editorial Interamericana S. A., 1956.
9. MILLIGAN, E. T. C.—Discussion on the management of a permanent colostomy. “Proc. Roy. Soc. Med.”, 38: 694; 1945.
10. PAUCHET, V.—“La Practique Chirurgicale Illustrée”, fascículo XIX, pág. 131. G. Doin et Cie. Paris. 1934.
11. SAMP, R. J.—The results of a Questionnaire Survey of Colostomy patients. “Surg. Gynec. Obst.”, 105: 491; 1957.
12. TURELL, R. et al.—Colonie and anorectal function and disease. “Int. Abst. Surg.”, 96: 434; 1953.

INDICE DEL TOMO I

Comité Ejecutivo del 10º Congreso Uruguayo de Cirugía	3.
Sociedad de Cirugía del Uruguay. Comisión Directiva. Año 1959	5.
Comité de Honor	7.
Socios Honorarios de la Sociedad de Cirugía	8.
Tribunal de Honor del 10º Congreso Uruguayo de Cirugía	8
Presidentes de los Congresos Uruguayos de Cirugía	9
Dr. Oscar Bermúdez.—Relato: Decorticación pulmonar. Indicaciones y resultados	13'
Dr. A. Ruiz Liard.—Correlato: Anatomía quirúrgica de la decorticación pulmonar. (Pleuras. Fascia endotorácica. Domo pleural)	101
Dra. Sélka Picvano.—Correlato: Decorticaciones pulmonares	120
Dr. Hamlet Suárez.—Correlato: Decorticación pulmonar en tuberculosis	157
Dr. Raúl Burgos.—Correlato: Estudio funcional respiratorio en la decorticación pulmonar	175
Dr. Juan E. Cendán Alfonzo.—Relato: Colostomías	195.
Dr. Albertc Valls.—Correlato: Anatomía del colon y principios de técnica en relación a la colostomía	243.
Dr. Abel Chifflet.—Correlato: El colon desfuncionalizado	259
Dr. Abel Chifflet.—Correlato: Las claudicaciones orificiales en la colostomía. Hernias, prolapsos, etc.	268
Dr. Pierre Gilbert.—Correlato: Estadística. Colostomías realizadas en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", en los cinco años comprendidos entre 1954 y 1959	276
Dr. Aquiles Lanza — Correlato: Manejo y cierre de la colostomía	283.

SE TERMINO DE IMPRIMIR EL DIA
28 DE NOVIEMBRE DE 1959, EN LA
"IMP. ROSGAL-HILARIO ROSILLO",
CALLE EJIDO, 1624 - MONTEVIDEO
(URUGUAY)