



Año 1916

No. 3174

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PERICOLITIS MEMBRANOSA DE JACKSON

Y

ACODADURA ILEAL DE LANE

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

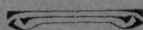
POR

OSCAR I. FRANCO

Ex-Director de la Catedra de Anatomía (1911-12-13-14)

Ex-Practicante menor del Hospital Rivadavia (por concurso) 1913-14

Ex-Practicante mayor del Hospital Rivadavia (por concurso) 1914-15-16

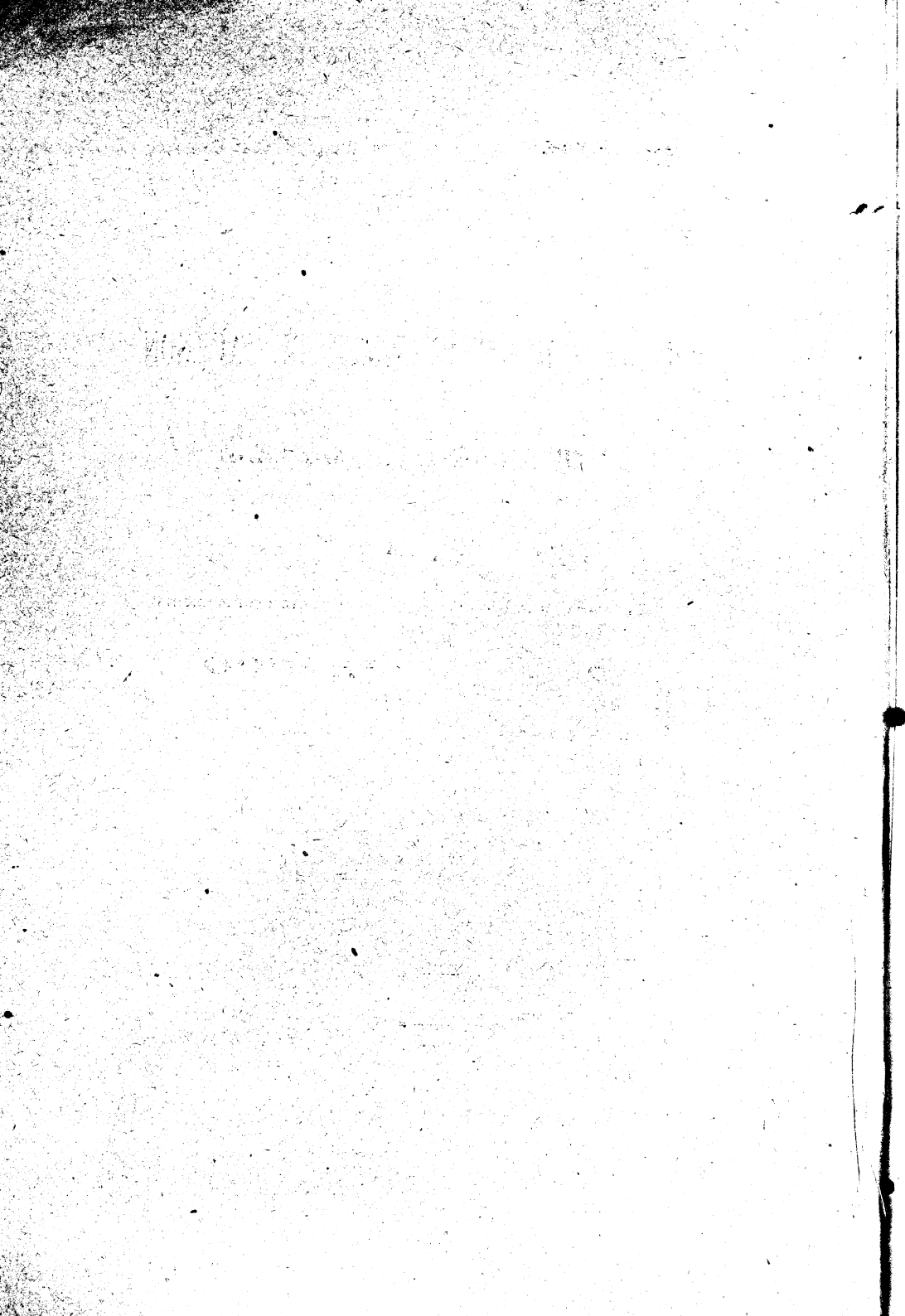


: CASA EDITORA : :

VITULLO OSORIO HNOS

: : 2132 - ARAOZ - 2132 : :





PERICOLITIS MEMBRANOSA DE JACKSON
Y
ACODADURA ILEAL DE LANE

Año 1916

No. 3174

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PERICOLITIS MEMBRANOSA DE JACKSON
Y
ACODADURA ILEAL DE LANE

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

OSCAR I. FRANCO

Ex-Director de la Catedra de Anatomía (1911-12-13-14)

Ex-Practicante menor del Hospital Rivadavia (por concurso) 1913-14

Ex-Practicante mayor del Hospital Rivadavia (por concurso) 1914-15-16



: CASA EDITORA : :

VITULLO OSORIO HNOS

: : 2132 - ARNOZ - 2132 : :



La Facultad no se hace solidaria de
las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la P.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

DR. DOMINGO CABRED

Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " PEDRO LAGLEYZE
5. " " JOSÉ PENNA
6. " " LUIS GÜEMES
7. " " ELISEO CANTÓN
8. " " ANTONIO C. GANDOLFO
9. " " ENRIQUE BAZTERRICA
10. " " DANIEL J. CRANWELL
11. " " HORACIO G. PISERO
12. " " JUAN A. BOERI
13. " " ÁNGEL GALLARDO
14. " " CARLOS MALBRÁN
15. " " M. HERRERA VEGAS
16. " " ÁNGEL M. CENTENO
17. " " FRANCISCO A. SICARDI
18. " " DIÓGENES DECOUR
19. " " BALDOMERO SOMMER
20. " " DESIDERIO F. DAVEL
21. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. " " DOMINGO CABRED
23. " " ÁBEL AYERZA
24. " " EDUARDO OBEJERO

Secretario

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
" " MARCELINO HERRERA VAGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONTI
3. " " OLINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO VIDAL
5. " " OSVALDO CRUZ

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GUEMES

„ „ ENRIQUE BAZTERRICA
„ „ ENRIQUE ZARATE
„ „ PEDRO LACAVERA
„ „ ELISEO CANTON
„ „ ANGEL M. CENTENO
„ „ DOMINGO CABRED
„ „ MARCIAL V. QUIROGA
„ „ JOSÉ ARCE
„ „ ABEL EYERZA
„ „ EUFEMIO UBALLES (con lic.)
„ „ DANIEL J. CRANWELL
„ „ CARLOS MALBRAN
„ „ JOSÉ F. MOLINARI
„ „ MIGUEL PUIGGARI
„ „ ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)

„ JUAN A. GABASTOR (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Profesores Honorarios

DR. ROBERTO WERNICKE

„ J. Z. ARCE

„ PEDRO N. ARATA

„ FRANCISCO DE VEIGA

„ ELICEO CANTON

„ JUAN A. BOERI

„ FRANCISCO A. SICARDI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO BURÑONA
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva	„ JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	„ PEDRO BELOU
Química Médica	„ ATANASIO QUIROGA
Histología	„ RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	„ ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	„ HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	„ CARLOS MAEBARN
Química Médica y Biológica	„ PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	„ RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	„ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	„ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	„ AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	„ TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	„ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	„ LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	„ BALDOMERO SOMMER
„ Gènito-Urinas	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	„ JOSE PENNA
„ Oto-rino-laringológica	„ EDUARDO OBEJERO
Patología interna	„ MARCIAL B. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	„ PEDRO LAGLEYZE
„ Médica	„ LUIS GÜEMES
„ Médica	„ LUIS AGOTE
„ Médica	„ IGNACIO ALLENDE
„ Médica	„ ABEL AYERZA
„ Quirúrgica	„ PASCUAL PALMA
„ Quirúrgica	„ DIOGENES DECOUD
„ Quirúrgica	„ ANTONIO C. GANDOLFO
	„ MARCELO T. VÍAS
„ Neurológica	„ JOSE A. ESTEVEZ
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZARATE
„ Obstétrica	„ SAMUEL MOLINA
„ Pedriática	„ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	„ DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	„ ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedraticos extraordinarios
Zoología Médica	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Histología	„ JULIO G FERNANDEZ.
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	(„ JUAN CARLOS DELFINO
	(„ LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	„ JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica.....	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	„ PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica.....	(„ JOSÉ R. SEMPRUN
	(„ MARIANO ALURRALDE
Clinica Psiquiátrica	„ BENJAMIN T. SOLARI
Clinica Pediátrica	(„ ANTONIO F. PIÑERO
	(„ MANUEL A. SANTAS
Clinica Quirúrgica.....	„ FRANCISCO LLOBET
„ Quirúrgica.....	„ MARCELINO HERRERA VEGA
Patología interna	„ RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica..	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica.....	„„ JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Botánica médica	Dr. ODOLFO ENRIQUEZ
Zoología id.	Dr. GUILLERMO SEIBER
id. id.	Dr. SILVIO E. PARODI
Anatomía descriptiva	Dr. EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana	Dr. FRANK L. SOLER
" " " "	Dr. BERNARDO HOUSSAY
Bacteriología	Dr. RODOLFO RIVAROLA
" " " "	Dr. ALDO BACHMANN
Química Biológica	Dr. GERMAN ANCHUTZ
Higiene médica	Dr. BENJAMIN GALARCE
" " " "	Dr. FELIPE A. JUSTO
Semiología y ejercicios clínicos	Dr. MANUEL B. CARBONELL
" " " "	Dr. CARLOS BONORINO UDAONDO
Anatomía Patológica	Dr. ALFREDO VITON
" " " "	Dr. JOAQUIN LLAMBIAS
Materia médica y Terapia	Dr. ANGEL H. ROFFO
Medicina Operatoria	Dr. JOSE MORENO
Patología externa	Dr. ENRIQUE FINOCCHETTO
" " " "	Dr. CARLOS ROBERTSON
" " " "	Dr. FRANCISCO P. CASTRO
Clinica Dermato-sifilográfica	Dr. CASTELFORT LUGONES
" " " "	Dr. NICOLAS V. GRECO
" " " "	Dr. PEDRO L. BALINA
" " " "	Dr. BERNARDINO MARAINI
" " " "	Dr. JOAQUIN N. ROSADAS
" " " "	Dr. FERNANDO R. TORRES
" " " "	Dr. ENRIQUE B. DEMARIA
" " " "	Dr. ADOLFO NOCETTI
" " " "	Dr. JUAN DE LA CRUZ CORREA
Patología Interna	Dr. MARTIN CASTRO ENCALADA
" " " "	Dr. PEDRO LABAQUI
" " " "	Dr. LEONIDAS JORGE FACIO
" " " "	Dr. PABLO M. BARLARO
Clinica Quirúrgica	Dr. EDUARDO MARINO
" " " "	Dr. JOSE ARCE
" " " "	Dr. ARMANDO R. MAROTTA
" " " "	Dr. LUIS A. TAMINI
" " " "	Dr. MIGUEL SUSSINI
" " " "	Dr. ROBERTO SOLE
" " " "	Dr. PEDRO CHUTRO
" " " "	Dr. JOSE M. JORGE H.
" " " "	Dr. OSCAR COPELLO
" " " "	Dr. ADOLFO F. LANDIVAR
" " " "	Dr. JUAN JOSÉ VITON
" " " "	Dr. PABLO J. MORSALINE
" " " "	Dr. RAFAEL A. BULLRICH
" " " "	Dr. IGNACIO IMAZ
" " " "	Dr. PEDRO ESCUDERO
" " " "	Dr. MARIANO R. CASTEN
" " " "	Dr. PEDRO J. GARCIA
" " " "	Dr. JOSE DESTEFANO
" " " "	Dr. JUAN R. GOYENA
" " " "	Dr. JACOBO SPAGEMBERG
" " " "	Dr. MAMERTO ACUNA
" " " "	Dr. GENARO SISTO
" " " "	Dr. PEDRO DE ELIZALDE
" " " "	Dr. FERNANDO SCHWEIZER
" " " "	Dr. JUAN CARLOS NAVARRO
" " " "	Dr. JAIME SALVADOR
" " " "	Dr. TORIBIO PICCARDO
" " " "	Dr. CARLOS R. CIRIO
" " " "	Dr. OSBALDO L. BOTTARO
Clinica obstétrica	Dr. ARTURO ENRIQUEZ
" " " "	Dr. ALBERTO PERALTA RAMOS
" " " "	Dr. FAUSTINO J. TRONGE
" " " "	Dr. JUAN B. GONZALEZ
" " " "	Dr. JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
" " " "	Dr. JUAN A. GABASTOU
" " " "	Dr. VICENTE DI MIERI
" " " "	Dr. ROMULO CHIAFORI
" " " "	Dr. JOAQUIN V. GNOCO
Medicina legal	Dr. JAVIER BRANDAN
" " " "	Dr. ANTONIO PODESTA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada
 Botánica y Mineralogía
 Química inorgánica aplicada
 Química orgánica aplicada
 Farmagconosia y posologia razonadas
 Física Farmacéutica
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso)
 Técnica Farmacéutica
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso) ensayo y determinacion de drogas
 Higiene, legislacion y etica farmacéut.

Catedráticos titulares

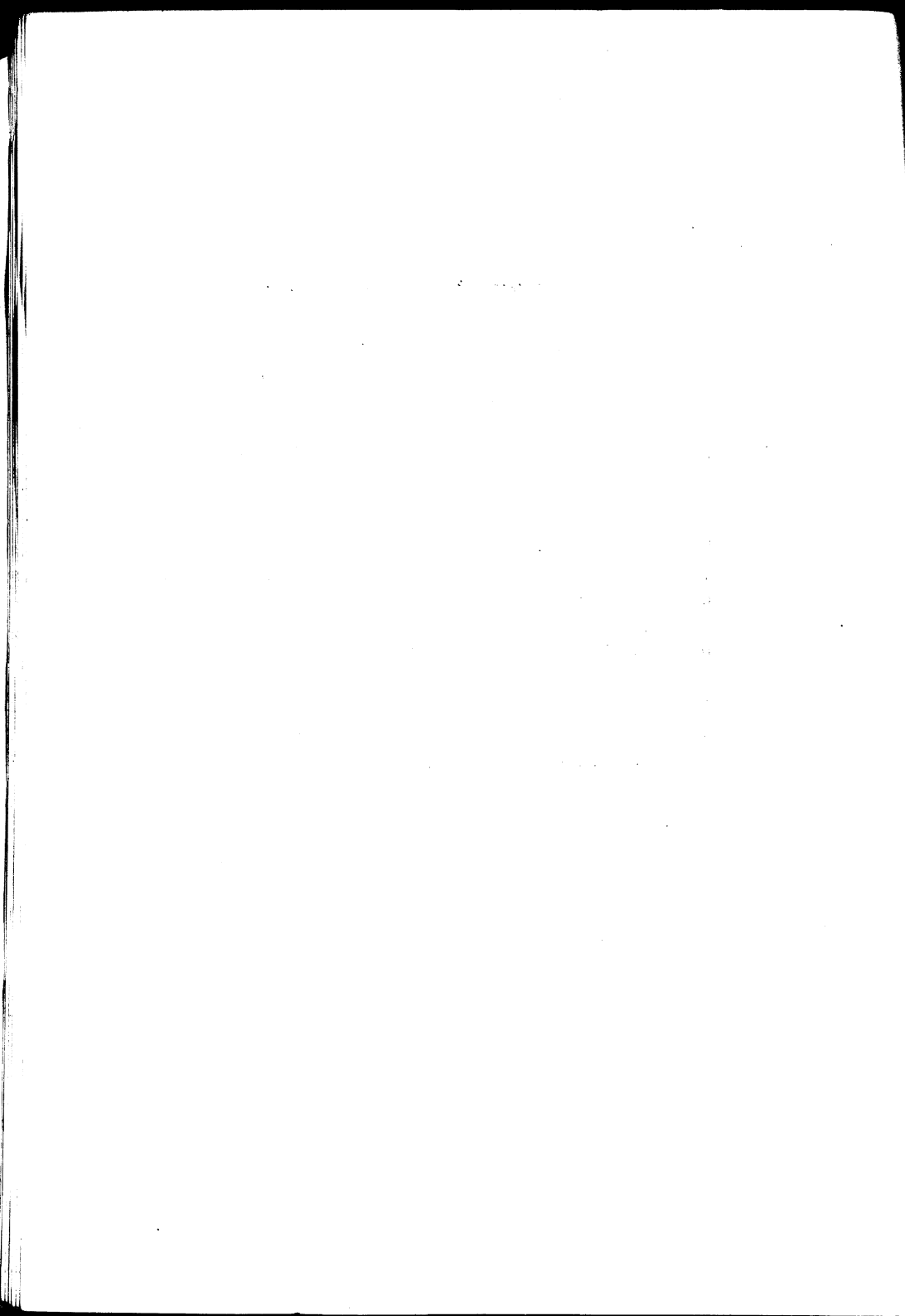
DR. ANGEL GALLARDO
 „ ADOLFO MUGICA
 „ MIGUEL PUIGGARI
 „ FRANCISCO C. BARRAZA
 SR. JUAN R. DOMINGUEZ
 DR. JULIO J. GATTI
 „ FRANCISCO P. LAVALLE
 „ J. MANUEL IBIZAR
 „ FRANCISCO P. LAVALLE
 „ RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Técnica Farmacéutica
 Farmagnosia y posologia razonadas
 Física Farmaceutica
 Química orgánica
 Química analítica
 Química inorgánica

Catedráticos sustitutos

(SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
 („ PASCUAL CORTI
 „ OSCAR MIALOCK
 DR. TOMAS J. RUMI
 (SR. PEDRO J. MESIGOS
 („ LUIS OVALIÁMELLI
 DR. JUAN SANCHEZ
 „ ANGELO SABATINI
 „ EMILIO M. FLORES



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catédricos titulares
1 ^{er} año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	„ LEÓN PEREYRA
3 ^{re} año.....	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
„ TOMÁS S VARELA (2^o año)
„ JUAN U. CARREA (Protesis)

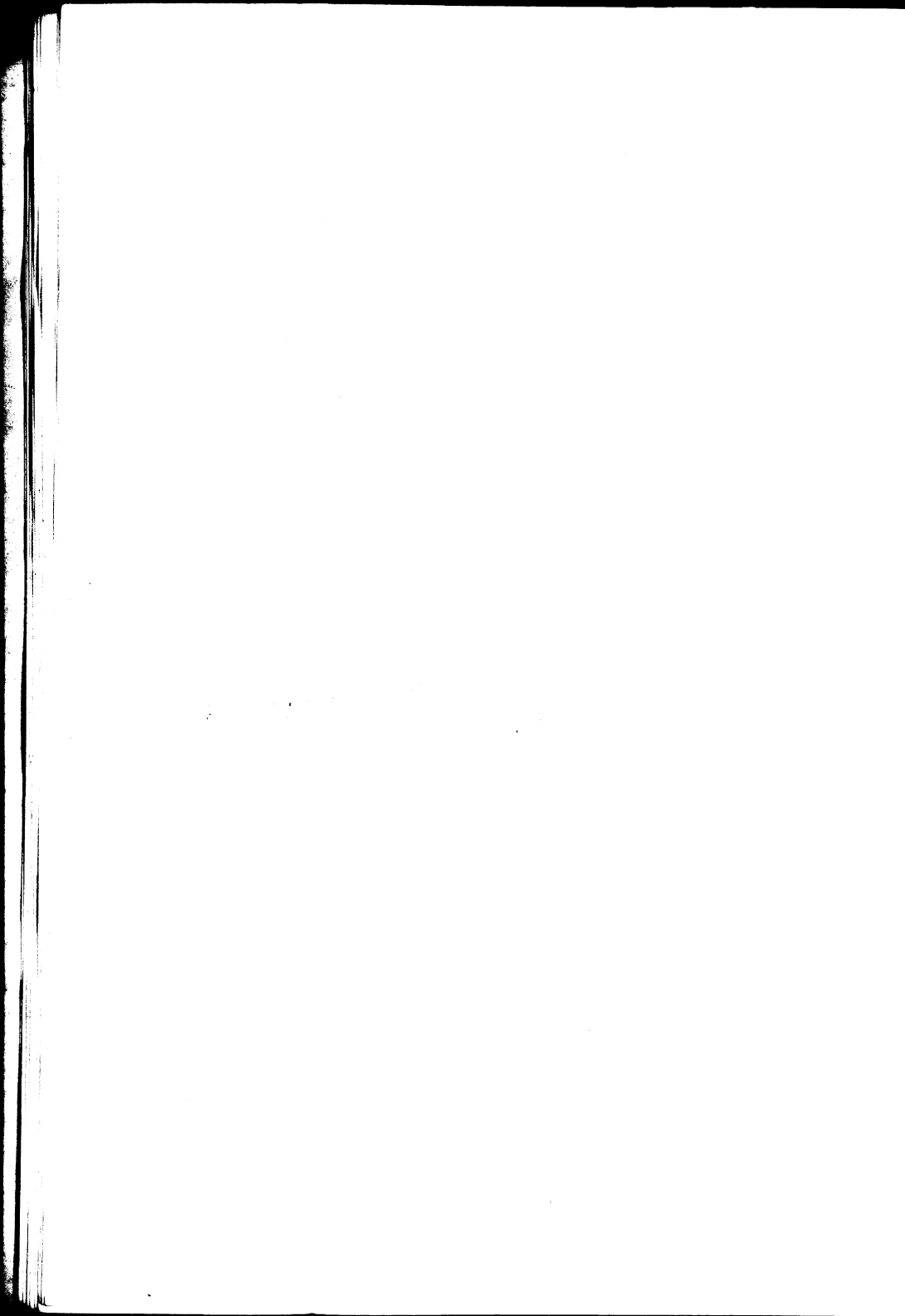
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc...	DR. JUAN C. LLAMES MASSIN
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	.. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica	.. FANOR VELARDE
Puericultura :	.. UBALDO FERNANDEZ

PADRINO DE TESIS:

Dr. Joaquín V. Gnecco

Prof. suplente de medicina legal



A LA MEMORIA DE MI PADRE

Dr. Edelmiro R. Franco

A mi madre

A mis hermanos

AL SEÑOR

Publio C. Massini

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Cumpliendo con una prescripción reglamentaria de nuestra facultad, para alcanzar el título de doctor en medicina; someto al a consideración de vuestro elevado criterio el presente trabajo, que sin pretenciones de originalidad, solo aspira a reflejar las opiniones reinantes sobre la Pericolicitis y la acodadura ileal y los principios y conclusiones a que he podido llegar de la observación, de los enfermos a mi alcance.

Antes de abandonar las aulas de la escuela de Medicina, debo agradecer a mis ilustrados maestros el caudal científico que recibí de sus enseñanzas; así como sus sabios consejos. Si bien es cierto, que todos vosotros habeis contribuido para que pueda desempeñarme sino con ciencia, por lo menos con honradez en la ruda tarea profesional, no debo ser ingrato omitiendo el nombre de aquellos con quienes, por circunstancias especiales, tuve oportunidad de hallarme mas en contacto.

Son ellos el Doctor Joaquin V. Gnecco a quien agradezco por el honor de acompañarme en este trabajo, lo mismo que por haberme sugerido el tema.

A los Doctores Eduardo Fox y Enrique Thwaites Lastra que no perdieron la oportunidad, para transmitirme durante la labor diaria los principios de sus sólidos conocimientos; son motivos estos para que les manifieste mi profundo reconocimiento y les ofrezca mi mas sincera amistad.

A los médicos del Hospital Rivadavia que fué mi escuela práctica y a los Doctores J. A. Bengolea y G. Perez Ruiz gratitud por la amistad que me honraron.

A mi amigo y compañero de estudio Doctor Leopoldo Sanchez Moreno eterna amistad.

Y por ultimo con verdadero cariño quiero recordar a mis compañeros de Hospital por cuya prosperidad hago votos.

HISTORIA

Sentado el precepto de practicar la apendicectomía en frío, los cirujanos pudieron reseca el apéndice, fuera de toda inflamación aguda y por consiguiente pudieron explorar minuciosamente la región ileocecal y color ascendente. Es en estas condiciones, que se llega a descubrir lesiones anatomo-patológicas que antes eran desconocidas o no se les había dado importancia patológica.

En esta época es, cuando comienzan a aparecer cuestiones nuevas relacionadas a la patología de la última porción del ileón, ciego, apéndice y color ascendente, cuya importancia clínica y quirúrgica es grandísima.

Estas cuestiones se relacionan al ciego móvil de Wilms; a la titlatoñia de Fischler; a la pericolicitis membranosa de Jackson y a la acoadura ileal de Lane.

Dejaré de lado las dos primeras cuestiones, para ocuparme exclusivamente de la pericolititis y de la acodadura ileal.

La presencia de adherencias precicólicas a forma de membranas, es un hecho frecuente señalado desde largo tiempo por Virchow, quien las había encontrado sobre todo al nivel del color ascendente y las atribuyo a una inflamación crónica, mas o menos extendida del intestino grueso a una colitis y durante largo tiempo el fenómeno de pericolititis y peritífritis, fueron aplicados indistintamente a todas las peritonitis que se localizaban a ese nivel.

Es a la existencia de estas membranas, que se atribuyen los dolores o disturbios digestivos de que se quejan los enfermos que sufren en la región cecal.

Mas tarde el rol del apéndice inflamado, en la producción de estos fenómenos, hace olvidar los términos de pericolititis y peritífritis, y es al apéndice al que se hace responsable de las adherencias que se sitúan en la parte inicial del intestino grueso y se considera los disturbios que he señalado más arriba como el resultado de una apendicitis crónica.

A esta manera de interpretar la patogenia por demás exclusivista, Dieulafoy opone aquella

de la enterocolitis muco-membranosa; a su turno Tripier y Paviot la sustituyen por la de la peritonitis sub-hepática de origen vesicular.

Pero la atención de los cirujanos no se fija en dichas adherencias, sinó mas tarde; cuando Jabez N. Jackson, cirujano de Kansas publica en 1909 numerosos casos de membranas pericólicas y asigna a una importancia clínica especial, a las adherencias por el encontradas al derredor del colon ascendente, individualizándolas como una entidad patológica especial a la cual da el nombre de «pericolitis membranosa».

La publicación de Jackson, parece no haber llamado la atención al principio, pero mas tarde las observaciones se multiplican y encontramos los casos publicados por P. Duval, J. Ch. Roux, Lenormant, Lardennois, Delore y Alamartine, Lejars, Cotte, etc. en Francia. Crossen, Connell, Pilcher, Ch. Mayo, etc. en Norte América; Hofmeister y otros en Alemania; Leotta Taddei, etc., en Italia, lo que contribuye a que se vulgarice las ideas de Jackson, ya que todos los cirujanos se preocupen en vuscar la pericolitis membranosa en sus laparatomias, especialmente en las laterales derechas.

En nuestro país el Dr. Finochietto comunica en 1912 a la Sociedad Médica Argentina, las

primeras observaciones hechas en Buenos Aires de acodadura ileal y de pericolicitis.

En 1913, el Dr. A. Zeno, hizo una comunicación análoga al Círculo Médico de Rosario. En 1914, V. Pérez Balderiote, publica su tesis sobre este tema y O. Mazzia, publica «La Semana Médica», algunos casos por él observados.

Ultimamente H. Taubenschlag, presenta un trabajo a la Asociación Médica Argentina con el título de «Perienteritis membranosa» y creo poder decir sin ser exagerado, que todo cirujano, ha visto en su práctica operatoria, la llamada «pericolicitis de Jackson».

Durante sus estudios sobre el extasis intestinal crónico, Arbuthnot Lane, encontró muchas veces al nivel de la porción terminal del ileon un repliegue, un verdadero ligamento, el cual acodaba el ansa intestinal y era según lo interpretó el autor en un principio; el factor de muchas constipaciones crónicas.

Esta acodadura conocida bajo el nombre de «acodaduro de Lane» (Lane Skink), ha sido observada por muchos cirujanos, especialmente en N. América, donde se la vuzca sistemáticamente,

hallándosela con una frecuencia realmente digna de mención.

Entre los cirujanos que mas han contribuido a vulgarizar esta noción, hay que citar a Ch. Mayo, F. Martin, Connell. Jordan quien demostró radiograficamente su existencia. A estos trabajos fundamentales le han seguido muchos otros y hoy son muchos los cirujanos que se ocupan de ella.

CARACTERES DE LAS MEMBRANAS

Lejars describe las membranas pericólicas en los siguientes términos: «Esta membrana descien- de oblicuamente del ángulo hepático del colon al encuentro del colon ascendente y del ciego a los que recubre como un velo fino, trasparente, estria- do de vasos, hacia afuera se fija el peritoneo pa- rietal con el que parece continuarse, hacia aden- tro embuelve al intestino grueso y se une comun- mente al epiplón.

«Ella contiene vasos longitudinales u obli- cuos, que contrastan por su dirección con las ra- mas vasculares de la pared cólica subyacente; esta igualmente recorrida por pequeñas vandeletas fi- brosas que vienen a fijarse en abanico sobre el colon. Ella se deja plegar, se desliza sobre la su- perficie del colon del que parece estar separada, por una capa edematosa que recuerda el edema aracnoidea doblando la dura madre en los cere- bros alcohólicos. El colon parece incluído en un saco trasparente, demasiado estrecho para conte- nerlo sin arrugarlo «Jachson». Ella no se prolon- ga de ordinario hasta el apéndice que queda li- bre así como una parte variable de la ampolla

cecal; una descripción análoga hacen muchos autores.»

Hofmeister por su parte dice: que el ciego, una porción más o menos extensa del colon ascendente, está recubierto de una envoltura conjuntiva, fina, velamentosa, hiperémica que se deja levantar plegada por una pinza, seccionada en una de estos plegues formados aparece la serosa debajo.

Este velo es de extensión variable; puede formar un verdadero saco alrededor del ciego y descender sobre el apéndice y meso; hacia arriba se prolonga comunmente hasta el ángulo sub hepático, hacia afuera se continúa con el peritoneo parietal borrando algunas veces el ángulo de reflexión.

Esta membrana es algunas veces tan delgada, que es necesario una investigación minuciosa y prevenida para poderla descubrir; en otros casos ella está sembrada de tractus cicatrizales resistentes que deprimen el intestino. No se dá bien cuenta de estas bridas y de estas depreciones, más que tirando del ciego por debajo, no se apreciaba comunmente su modo de acción más que después de haberla seccionado; el colon se distiende y se alarga bruscamente.

Hofmeister señala además la presencia frecuente de ganglios hipertrofiados en la cara pos-

terior del ciego, en el ángulo ileocecal y en la raíz del mesenterio.

En los casos que he tenido oportunidad de observar en el Hospital Rivadavia, las membranas se presentaban como velos membranosos, delgados, brillantes y vasculares en algunos casos, menos en otros; suscadas de vasos paralelos de dirección oblicua.

Ellas están lejos de tener una estructura uniforme, pues trayendo el ciego y el colon ascendente hacia adentro; se vé una serie de vandeletas fibrosas que partiendo de la pared peterolateral del abdomen, vienen por su extremidad declive a fijarse sobre el intestino, determinando al nivel de este una serie de entenosís incompletas.

Esta membrana es poco adherente a la superficie intestinal, desprendiéndosela como relativa facilidad y parece estar constituida por una serie de láminas superpuestas.

En algunos casos estas membranas no disminuyen la luz intestinal; en otros, después de haberlas seccionado, se advierte que el intestino se destiende; demostrando que la luz intestinal es disminuida por su influencia.

En algunas observaciones la membrana parte del meso colon o del peritóneo parietal del que no parece ser más que una prolongación y dirigiéndose hacia adelante, adentro y abajo cu-

bre el colon ascendente desde su límite con el ciego; hasta el ángulo hepático perdiéndose luego insensiblemente en la cara anterior é interna del colon ascendente.

Por debajo de su borde inferior el ciego está libre y dilatado. Lámina I.

Otras véces la membrana cubre el ciego y colon ascendente hasta su ángulo hepático o no llega hasta él y se pierde en la cara interna de ambos, dejando completamente libre el apéndice,

Esta membrana, siendo relativamente gruesa al nivel del colon, se adelgasa paulatinamente a medida que se aproxima al ciego. Lámina II

Estas dos disposiciones parecen ser las más frecuentes.

En la Obs. VIII el ciego y el colon ascendente estaban recubiertos por la membrana. El colon transverso muy descendido y colocado por delante del ciego, está fijo á este por una haz fibrosa que produce un acodamiento pronunciado. El gran epiplán se fijaba sobre la membrana al nivel de la cara anterior del colon ascendente en su tercio superior. Lámina III. En el caso IX la membrana comenzaba en la cara posterior del colon ascendente se dirigía hacia adelante y adentro, cubriendo la cara anterior y parte de la cara interna del colon ascendente, así como el colon transverso, el cual se encontraba muy descendido

y próximo, al ascendente. (dispuesto en caño de fusil). En una de mis últimas observaciones noté, que el epiplón mayor en lugar de terminar al nivel del ángulo hepático, descendía en una extensión de 10 a 15 cms. sobre el colon ascendente y luego se continuaba paulatinamente con una membrana tenue, vascular, a vasos verticales, que cubría el colon y el ciego.

En todas mis observaciones, el apéndice está sano, no observándose en algunos casos más que una ligera congestión de la mucosa y en algunos casos hemos hallado ganglios retro-cecales y mesentéricos, atacados de inflamación sub-aguda o crónica.

La codadura ileal se presenta según los diferentes autores que la han observado en las siguientes formas: Al querer llevar el ciego y la última porción del ileón hacia arriba, se nota que éste está fijo por un repliegue membranoso que insertándose en el borde libre del ileón, en la vecindad de su desembocadura en el ciego; se dirige hacia abajo y un poco hacia afuera, cruza los vasos iliacos y termina en el peritonio de la fosa iliaca derecha. Cuando esta membrana por su retracción, tracciona el ileón; éste se encurva, se

adosa por su cara mesenterica produciendo una acodadura más ó menos apretada de vértice dirigido hácia abajo. En otros casos la acodadura ileal es producida por una membrana que partiendo del mesentrio o del ciego cruza a la manera de un puente el ángulo cecoiliaco para venir a fijarse sobre el ileon cerca de su desembocadura en el ciego. Se comprende fácilmente que si el ciego y la última porción del ileón tienden a caer en la pelvis el ileón fijo por dicha membrana no podrá seguirlo y se producirá necesariamente una acodadura de vértice superior; cuya rama izquierda está unida al ciego.

PATOGENIA

¿Cuál es el origen de estas membranas pericólicas y de la acodadura ileal?

Hay casos en los cuales la respuesta es fácil. El apéndice, es ciertamente la causa más frecuente, y aquellas observaciones, en las cuales las adherencias engloban el fondo del ciego y el apéndice no pueden ser interpretadas de otra manera.

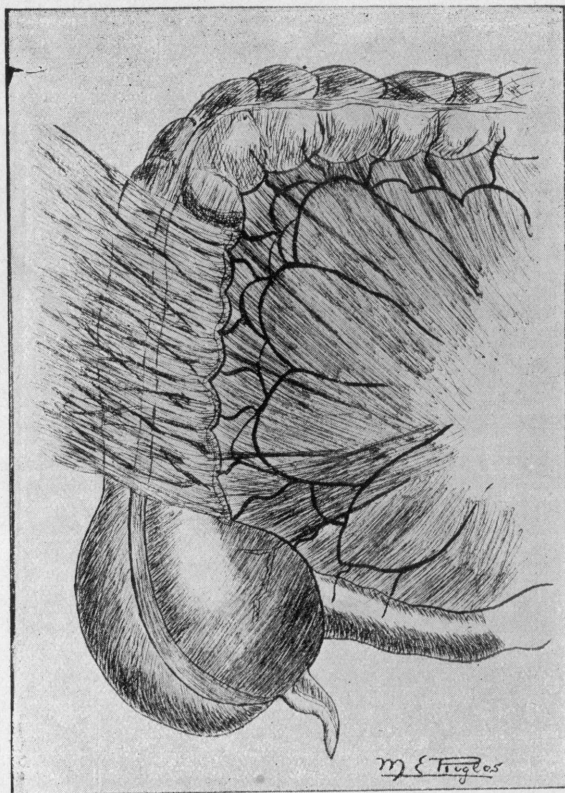
La vesícula biliar o el duodeno, es igualmente la causa de adherencias localizadas en el ángulo hepático del colon y Tripier y Paviot han descrito adherencias peri-intestinales que acompañan la colicistitis y a las úlceras duodenales. Hay igualmente adherencias pericólicas de origen aneural o traumático, como aquel caso descrito por Duval, que tenía por origen la penetración de una aguja que encontró en el epiplón.

Pero estas adherencias, localizadas alrededor del órgano primitivamente inflamado, no corresponden al tipo descrito por Jackson; las cuales

coexisten con una integridad perfecta del apéndice y de la vesícula: y es para esta variedad de adherencias que la patogenia es muy discutida.

Para facilitar el estudio se puede dividir en tres grupos las distintas teorías emitidas: mecánica, congénita e inflamatoria.

LAMINA I.



OBSERVACION 6.

TEORÍA MECÁNICA

TEORÍA DE LA TRACCIÓN DE M. A. LANE

Este autor dice: que el hombre primitivamente cuadrúpedo, termina por enderessarse y vivir de pié o sentado, durante la mayor parte del día: esta posición vertical determina la caída de todos los órganos abdominales, especialmente el intestino grueso: ciertos hábitos le son particularmente perjudiciales; especialmente la posición sentada durante los esfuerzos de la defecación.

La posición agachada de las razas primitivas, durante la defecación y aún durante la micción, expone mucho menos a la ptosis, porque "la aplicación de los muslos contra la pared abdominal mantiene en su sitio al ciego, colón transverso, riñón y las demás víceras, comprime el ansa sigmoidea, que es una ansa muy móvil y la lleva hacia arriba, de suerte que el recto se endereza y permite el fácil pasage de las materias: en esta posición los órganos abdominales sufren

una presión más fuerte y más eficaz, que aquella que le imprime la sola contracción de los músculos abdominales en la posición sentado."

La mujer es más predispuesta que el hombre; por la altura relativamente más grande del abdomen, por la mayor anchura de la parte inferior del torax, por el abuso del corset, y los embarazos repetidos, todo lo cual contribuye a que la ptosis visceral se produzca. Para oponerse a esa ptosis, se ve desarrollarse en los puntos particularmente amenazados, adherencias, ligamentos, que no son de origen inflamatorio sino que se desenvuelven de una manera mecánica.

Estos ligamentos o adherencias, son al principio simples repliegues peritoneales, pero a medida que el esfuerzo que ellos ejecutan aumenta, se desenvuelve, se transforman en un repliegue fibroso; a veces completamente separado del peritoneo que le ha dado nacimiento.

La porción del ciego y colón ascendente situado encima del resorde pelviano es mantenido por adherencias que se desarrollan en la cara posterior y la pared abdominal, adherencias que son reemplazadas en los casos avanzados por un meso que contiene vasos de cierta importancia. Estas adherencias, fijan el colón ascendente, pero disminuyen su calibre y producen fenómenos de obstrucción.

LAMINA II.



OBSERVACION. 11

LAMINA III.

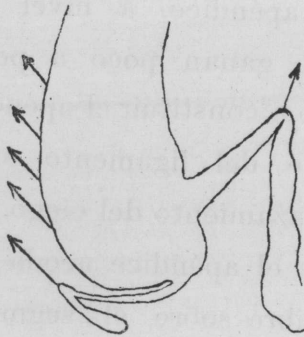


OBSERVACION. 8

Para luchar con la tracción del ciego se forman dos grupos de adherencias: la una por afuera y la otra por dentro de él.

Estas adherencias son muy importantes, las más inferiores del grupo externo, alcanzan comúnmente el apéndice, a nivel de su base al principio, luego ganan poco a poco la porción media viniendo a constituir el apéndice, la porción más importante del ligamento externo que se opone al desplazamiento del ciego. El ciego, traccionando sobre el apéndice acoda su porción distal, que está libre sobre el segmento proximal, que juega ahora el rol de ligamento y la luz del apéndice es así más o menos obturada.

Esta tracción se ejerce al principio en la estación vertical solamente; pero cuando el ciego está muy dilatado y ocupa la pequeña pelvis, esta fracción se ejerce aún en la posición acostado. La cavidad apendicular está entonces constantemente cerrada, lo que constituye una condición favorable al estallido de una apendicitis.



(A. Lane. "The kink of the ileum in chronic intestinal stasis").

"Este esquema representa el ciego distendido y cargado que tiende a caer en la pequeña pelvis y tira sobre las líneas de resistencia desenvueltas para oponerse a su desplazamiento.

Hacia afuera, las flechas muestran la dirección de las líneas de resistencia formadas por los ligamentos, las adherencias y las formaciones peritoneales.

Las más inferiores alcanzan el apéndice, que en este caso está acodado: hacia adentro, se ve la manera como se acoda el ileon en su punto fijo, el mecanismo de la acodadura ileal.

El descenso del ciego, tiende a arrastrar el fin del ileón; pero él está en parte fijo a la pared abdominal; resiste y se ve formarse un ligamento interno con relación al ciego que retiene la última porción del ileón.

“A dos pulgadas” más o menos de su desembocadura en el ciego.

Cuando el sujeto está de pié el ciego desciende y este ligamento interno se tiende y una acodadura ileal se forma a una distancia variable entre diez o quince centímetros del ciego.

Esta es la “Lane’s kink” como la llaman Ch. Mayo, Franklin, Martín, F. G. Conell.

Cuando el sujeto se acuesta, la acodadura ileal se borra, a menos que el ciego muy dilatado continúe ocupando la pequeña pelvis.

El obstáculo a la circulación de las materias fecales produce necesariamente un éxtasis, que vá seguido luego de inflamación de las paredes y gana luego el peritoneo que lo rodea: A las lesiones primeramente mecánicas del principio, se agregan lesiones inflamatorias de pericolicitis que no hacen más que agravar las cosas. La colitis propiamente dicho toma nacimiento: a los largos periodos de constipación suceden debacles diarreicos mezclados de mucus y pus.

TEORÍA DE LA PTOSIS RENAL DE ALGLAVE

Efectuando investigaciones sobre la anatomía del segmento ileo cecal del intestino, fué impresionado por el aspecto de una pieza de sexo femenino encontrada al azahar; en la cual existía una voluminosa dilatación del ciego, una acodadura apretada en caño de fusil del ángulo hepático del colón y lesiones intensas de pericolitis, con bridas dispuestas alrededor de este ángulo y del colón ascendente: buscando por la disección cual podría ser la causa de semejante disposición, le pareció que ella había sido creada a no dudar por la ptosis del riñón derecho.

Con objeto de aclarar esta cuestión, hizo un gran número de autopsias en cadáveres de ambos sexos, en los cuales examinaba la forma y volumen del ciego, las lesiones de pericolitis del colón ascendente y del ángulo hepático y buscaba cual era el mecanismo por el cual podrían haberse desarrollado; así como sus relaciones con el

riñón ectópico o no. Antes de continuar haré recordar que Alglave reconoce tres estados o grados de ptosis renal con relación a puntos fijos del esqueleto que rodea el riñón.

Admitiendo que el riñón de volumen normal y normalmente colocado no sobrepasa las falsas costillas; considera como ptosis del primer grado, aquella que desborda las falsas costillas pero no alcanza la cresta iliaca; como de segundo grado cuando alcanza la cresta iliaca; de tercer grado cuando pasa la cresta iliaca y se aloja en la fosa iliaca interna; en esta forma la movilidad renal puede ser conservada o al contrario puede estar disminuida y aparecer fijo el riñón en posición baja; por adherencias que se forman alrededor de él, bajo la forma de perinefritis más o menos densa y que en ciertos casos desborda su atmósfera adiposa y se extiende a las porciones del peritoneo y del intestino que están en relación con él.

Los hechos constatados por Alglave en sus investigaciones son los siguientes:

“1°. —La ptosis renal derecha de primero y segundo grado se encuentran en el cadáver de la mujer, en el 20 % de los sujetos y aquellas de tercer grado en un 10 %.

En el hombre la ptosis de 1° y 2° en el 6 %.

de los sujetos, pero no se encuentra la ptosis en 3º grado o a lo menos debe ser muy rara.”

“2º.—La dilatación del ciego de volumen importante, no se encuentra más que en la mujer y coincide generalmente con una ptosis de tercer grado.

Es excepcional encontrar un ciego grueso sin ptosis renal, pero esta puede existir sin aumento notable del volumen del ciego.”

“3º.—Las adherencias pericólicas alrededor del colón ascendente y de su ángulo hepático y las lesiones de estenosis supra cecal, coinciden ordinariamente con la ptosis renal y son tanto más marcadas cuanto más acentuada es la ectopia.

No obstante Alglave ha encontrado estas lesiones varias veces sin ptosis.”

“4º.—Al mismo tiempo que el ciego, colón ascendente y ángulo hepático, puede ser interesado por la ptosis, el duodeno pero siempre en menor grado que el colón.”

“5º.—Estas lesiones intestinales, que se encuentran de cuando en cuando y en diversos grados al azahar de las autopsias en las mujeres, en las diferentes edades de la vida, deben ser raras en el hombre; si es que existen, porque no las he encontrado, lo cual lo atribuyo al hecho

de que la ptosis renal muy acentuada se observa raramente en el sexo masculino.”

De estas constataciones llega a la conclusión: De que la ptosis renal puede ser la causa de dicha formación, puesto que el intestino acodado y comprimido, es lentamente asiento de fenómenos inflamatorios, lentos y crónicos, que determinan a su vez, la formación de adherencias pericólicas.

TEORÍA CONGÉNITA

Marshal Flint, ha encontrado disecando fetos y niños recién nacidos velos membranosos idénticos a las membranas pericólicas y cuya naturaleza congénita no podía ser discutida. Dichos velos membranosos representarían las ataduras del intestino grueso al peritoneo parietal o del gran epiploon al ciego más extensas que de ordinario.

Después de la rotación del intestino, el ciego se coloca bajo el hígado, se fija a la pared posterior del abdomen por adherencias más o menos extensas; cuando el ciego desciende, las adherencias se estiran como un velo delgado que encierra vasos paralelos de largo trayecto. El epiploon anormalmente adherido al colon, sigue al ciego en su descenso y puede luego continuarse con este velo membranoso. Ha encontrado igualmente la membrana de Lane, ya sola, ya acompañada de velos embrionarios sobre el ciego y colon ascendente.

Esta membrana sería debido a la fusión que se produce entre el intestino que ya ha rotado y el peritoneo parietal. Esta fusión no es directa. Cuando en los embriones de mesenterio corto se produce una adherencia entre la hoja posterior del mesenterio y el peritoneo parietal, mientras que el ángulo ileo-cecal se encuentra todavía en posición sub-hepática, el descenso subsiguiente podría tender a causa del punto de fijación, a acortar la hoja posterior del mesenterio y a arrojar el intestino sobre sí mismo.

Mayo opina más o menos de la misma manera.

Connell dice que el segmento ileo-cecal sufre durante la vida embrionaria tres cambios de posición: migración, rotación y fijación, uno o más de los cuales puede ser efectuado de una manera imperfecta; y explica que la formación de la membrana pericólica puede ser debido ya a una excesiva rotación yá a una migración retardada, y á a una fijación precóz o anormal. En cuanto a la acodadura ileal sería debido a una fijación excesiva o anormal y el ciego móvil a la ausencia de fijación.

Leveuf estudia sobre cadáveres de fetos y de recién nacidos las membranas pericólicas descritas en el adulto para ver si era posible considerarlas como debidas a una causa congénita y llega a las siguientes conclusiones:

No solo las membranas de Jackson, bajo los aspectos más diferentes, sinó también las bridas del ángulo sub-hepático, las adherencias con la vesícula biliar y el piloro se explican con la persistencia de un segmento del divertículo epiploico derecho (en conexión con un ligamento cístico-duodeno-epiploico en estos últimos casos).

No quiero por eso decir que todas las adherencias que se encuentran en la parte derecha, cerca del colón deban ser sistemáticamente consideradas como una persistencia del epiplón cólico del feto, pero cuando éstas se presentan bajo formas de láminas serosas y homogéneas no pueden ser consideradas como adherencias inflamatorias antiguas que tienen una disposición particularmente caprichosa. Es en estos casos en que el origen congénito de estas diferentes formaciones llega a ser extremadamente verosímil sino en todo cierto, Keiller de Galveston escribe a Jackson sobre la posibilidad de que las membranas pericólicas no fueran más que una prolongación del borde del gran epiplón, el cual se insertaría en el colón ascendente antes de su completa rotación y sería luego atraído hácia abajo en el momento del descenso y se quedaría como una hoja aislada del peritoneo. Esta hipótesis sería confirmada por la disposición paralela de los vasos como en el epiplón por el hecho de que la

membrana aparece tan amenudo ir al colón ascendente desde arriba y por una frecuente unión con el borde derecho del gran epiplón.

Formaciones membranosas análogas han sido encontradas por J. R. Eastman, Rezanoff y Thwaites Lastra en el Hospital Rivadavia; lo cual nos demuestra que estas membranas son relativamente frecuentes en el feto fuera de toda peritonitis fetal.

TEORÍA INFLAMATORIA

La teoría inflamatoria es la que tiene mayor número de defensores.

Para Cotte la pericolitis de Jackson «no es una entidad patológica, sino un modo de reacción del peritoneo cólico alrededor del intestino más o menos alterado y no representaría más que una variedad de esta reacción peritoneal, del mismo modo que a nivel del ansa sigmoidea hay sigmoiditis agudas o crónicas con o sin peri-sigmoiditis; al nivel del colón ascendente puede haber colitis agudas o crónicas, con o sin pericolitis. Estas pericolitis según su intensidad, según la naturaleza del proceso que le ha dado nacimiento, puede ir en las formas agudas, desde la simple exudación peritoneal hasta el absceso más o menos enquistado, hasta la peritonitis difusa, más o menos generalizada».

«En las formas crónicas ella puede estar representada por algunos tractus fibrosos o por una

membrana más o menos análoga a aquella descrita por Jackson».

«Por último en las formas más severas ellas, pueden conducir a la pericolitis adhesiva estenosante de Potherat, de Delangre y pueden dar lugar a tumores inflamatorios análogos a aquellos descritos por Hartmann y Okinkzyc, Bettorf, etc.»

«Delore y Alamartine creen que no hay ninguna razón para ver en un apéndice en apariencia sano, el punto de partida de la pericolitis membranosa y creen que es menester ser más explícito para explicar el origen de la inflamación que: partiendo de la luz intestinal ha provocado a continuación lesiones de perienteritis y la invasión del mesentero. Los trabajos sobre sigmoiditis y en particular de diverticulitis, demuestran que todo el intestino grueso puede ser asiento de lesiones inflamatorias que evolucionan de la misma manera que la apendicitis aguda o crónica».

«Además parece que en ciertos casos las lesiones de pericolitis tienen un punto extra-intestinal y recuerdan que Tripier y Paviot han insistido muchas veces sobre la peritonitis infra-hepática de origen vesicular y las lesiones que ellos han descrito se parece punto por punto, a la pericolitis del colón ascendente». De la misma manera Kuss ha demostrado la frecuencia de la

pericolitis de origen anexial. En definitiva cuando se trata de pericolitis membranosa o acodadura ileal o de retracción mesentérica, todos estos procesos deben ser mirados, no como lesiones primitivas sino como los términos de una inflamación a punto de partida apendicular, cólico y puede ser vesicular o anexial».

«La lesión inicial queda silenciosa, puede ser que haya curado y estas son sus propagaciones, que por los disturbios mecánicos que ellas producen llaman la atención del clínico y necesitan la intervención del cirujano».

Tabel ha emitido la hipótesis de que la tuberculosis y principalmente su forma inflamatoria, sería la responsable del nombre de pericolitis membranosa, post apendicular o sintomática de una colitis crónica. Esto lo hace recordando a M. Poncet que ha demostrado como la tuberculosis inflamatoria es responsable de lesiones parecidas y en apariencia cicatriciales.

Leotta dice que es innegable la relación que hay entre las adherencias pericólicas y pericecales a la existencia de una tiflitis y colitis primitiva.

El ciego se puede enfermar, del mismo modo que la porción del colón que le sigue y por lo tanto, en el ciego como en el colón, pueden existir lesiones inflamatorias de la pared de in-

tensidad variable, desde la forma más simple, consistiendo en una simple descamación epitelial de la mucosa hasta la forma ulcerosa grave.

Basta el éxtasis fecal que se produce en la constipación obstinada para determinar esta forma ligera de tiflitis y colitis primitiva.

De todas las porciones del intestino grueso es el ciego y colón ascendente los que más expuestos están a estas lesiones inflamatorias producidas por el éxtasis fecal.

En el intestino grueso debemos distinguir dos porciones separadas por el ángulo esplénico. La primera desempeña un importante papel en la fisiología digestiva: pues en él se absorven una gran parte de los líquidos y una pequeña parte de los sólidos. La segunda porción no tiene más que un mínimo poder absorbente y se le puede considerar como la ante cámara de la sigmoidea cólica, la cual es una especie de depósito de la masa fecal, las cuales deben pararse aquí así como en el recto.

En los casos de constipación por retardo en el curso de las materias contenidas en la primera porción, hay una acumulación de materia fecal, en el ciego y colón ascendente, que normalmente no debería tener lugar. Esta estancación determina de una parte: absorción de toxinas y por otra parte la dilatación de la luz intestinal,

lesiones mecánicas de la mucosa, exaltación de la virulencia de la habitual flora microbiana é inflamación relativa de las paredes; tiflitis y colitis que luego por la reacción del peritoneo circundante determinan peritiflitis y pericolitis: las cuales producirán como terminación las adherencias pericólicas y pericecales, que una vez establecidas agravarán el estado de cosas preexistentes por la mayor dilatación y talvez por el alargamiento de algunas porciones del segmento intestinal atacado y el estrechamiento de otras; adherencias que son de una parte consecuencia de la inflamación crónica del ciego y del colón y de otra la causa determinante del mantenimiento de la tiflitis y colitis. Esto explica la formación de nuevas adherencias. Además de la constipación puede actuar por el mismo mecanismo, ciertos trastornos de la musculatura intestinal y ciertas anomalías como: vicios de posición, anomalías de longitud del colón trasverso, etc.

En conclusión Leotta cree, que ninguna de las varias formas de adherencias que rodean las distintas porciones del intestino, excepción hecha talvez de algunos tipos de repliegue de Lane, deba ser considerada como una entidad patológica especial: sino, que todas serian la explicación de la reacción peritoneal alrededor de una porción de intestinos más o menos alterada; en otros

términos que se trata siempre de una reacción inflamatoria pura y simple del peritoneo.

Hofmeister ha defendido igualmente esta teoría inflamatoria y hace notar que se encuentra habitualmente asociada a la pericolitís, una hipertrofia de los ganglios retro cecales, iliocecales y mesentéricos, es decir; una lesión cuya naturaleza inflamatoria es evidente.

Isaacs piensa que las membranas pericólicas son secundarias a lesiones ulcerosas gastro-intestinales y su localización más frecuente es; aquellos puntos donde las afecciones ulcerosas es más común; tales como el apéndice, el intestino grueso (colitis) la porción terminal del ileón (fiebre tifoidea) región duodeno pilórica (úlcera) vecindad de la vesícula liliar (litiasis).

Entre nosotros el doctor Taubenschlag ha publicado recientemente un artículo con el nombre de prerienteritis membranosa en el cual explica la formación de las membranas pericólicas en estos términos:

«Todo sujeto posee normalmente en su abdomen, una serie de ligamentos o repliegues embrionarios persistentes, muy ténues, casi invisibles a simple vista, los cuales por causas de órganos ptosicos o por procesos inflamatorios, se irritan, se congestionan y se hacen evidentes y esto debido a bacterios intestinales o toxinas prove-

nientes de los órganos causales: apéndice, ciego, colón, duodeno, anexos, etc.»

«Si el proceso inflamatorio no pasa de una simple irritación, la membrana puede entrar en retrogradación completa, sin dejar rastro y si ha sido intenso, produce una membrana más espesa, capaz de producir complicaciones estrechando ó acodando el intestino. Si el proceso es más intenso aún, puede llegar a los tumores inflamatorios, a los flemones periviscerales, etc. Pero no se tiene la oportunidad de observar los comienzos de la perienteritis y solo se opera cuando existe una consecuencia de un proceso largo y patológico».

«Estas membranas que se pueden formar en cualquier punto de la cavidad abdominal, tienen ciertas partes de predilección bien estudiadas, que constituye los puntos llamados preexistentes y además se le observa con más frecuencia, en las regiones que sufren más frecuentemente procesos inflamatorios, (fosa iliaca)».

«El comienzo en puntos preexistentes de ligamentos normales, lo demuestra la formación de membranas sobre el ligamento hepatocólico, membrana que se puede desprender con facilidad».

«Si la formación membranosa se efectúa en otro punto de los indicados, inmediatamente se sobrepone e incorpora a un ligamento. La super-

posición dice Gerter puede tener lugar muy bien y no hay ninguna razón en contra, pues habiendo empezado el proceso en cualquier punto, se extiende hacia arriba y hacia abajo: así se ven casos en que se nota la unión de las nuevas formaciones hepáticas y cecales, llegando a formar una sábana sobre todo en el lado derecho del abdomen.

En resumen son membranas embrionarias, es verdad, pero que para ser puestas en evidencia y producir malestar o perturbaciones, necesitan de un suave grado de inflamación progresiva causada por un proceso infeccioso, tóxico, irritativo mecánico (ptosis) o compresivo; proceso que puede prevenir del riñón, de las víceras huecas o sólidas de la cavidad abdominal o quizás del peritoneo.

Se ve fácilmente la diversidad de ideas que existe respecto a patogenea de las membranas pericólicas entre los diversos autores que se han ocupado de ellas.

Por mi parte creo por lo que he podido observar, que en algunos casos se presenta al espíritu de una manera muy alagadora la teoría congénita, como el caso en el cual la inserción del gran epiplón en lugar de terminar en el ángulo hepático del colón transversal descendía en una extensión de 10 a 15 cms. sobre el colon ascen-

dente y se continuaba luego de una manera insensible con un delgado velo membranoso que cubría el colón ascendente y ciego no pareciendo ser más que una continuación del gran epiploon y se hallaba surcado de numerosos vasos de dirección paralela.

Pero en la inmensa mayoría de los casos es la teoría inflamatoria, la más aceptable y me explicarían su formación de la siguiente manera:

Las inflamaciones intestinales tan frecuentes en la infancia y la fiebre tifoidea, etc., dejan en la mucosa intestinal una inflamación crónica especial: la ptosis venal derecha tan común produce una acodadura en el ángulo cólico derecho lo mismo que la ptosis del colon transversal; acodadura que obstaculiza aunque se de un modo ligero el curso de las materias intestinales y determinando un estasis ciego-cólico el cual produce un aumento, de la verulencia de la habitual flora microbiana, de las fermentaciones intestinales todo lo cual establece una imitación de la mucosa intestinal, es decir se establece una colitis y tiflitis, las cuales determinarán una reacción del peritoneo ambierte, es decir una pericolicitis.

Esta reacción peritoneal se va formando de una manera lenta y una vez constituida no haría más que agravar las cosas preexistentes.

SINTOMATOLOGIA

Los síntomas provocados por la existencia de membranas pericolicas y de la acodadura ileal, no tienen nada de característico; siendo a veces extremadamente difícil llegar a establecer un diagnóstico en la cabecera del enfermo.

Los síntomas por lo cual ellas se manifiestan son:

- 1.º—Fenómenos de extasis fecal (constipación).
- 2.º—Dolor abdominal.
- 3.º—Disturbios digestivos.
- 4.º—Fenómenos del estado general.
- 5.º—Fenómenos objetivos.

1.º.—Los fenómenos de éxtasis fecal se revela por la constipación habitual, constituyendo un signo capital.

Esta constipación, es revelde a todo tratamiento y lo más comunmente estas enfermas no tienen deposiciones más que a continuación de enemas y purgantes repetidos. Interrogando con cuidado se vé que esta constipación se remonta

a la infancia: al principio ella es poco marcada pero a medida que la afección avanza, ella adquiere un carácter más pertinaz: las evacuaciones provocadas por los enemas o purgantes producen al principio un alivio pero por último tienen poco o ningún resultado terapéutico llegando los enfermos a no mover su vientre, sino cada cinco o seis días y aún más en los casos muy característicos. Las materias son escasas, duras y al ser expulsadas suelen ocasionar dolor. De tiempo en tiempo esta constipación es interrumpida por crisis dolorosas, que sobrevienen sin causa apreciable o después de una comida abundante o de un paseo en automóvil, estas crisis terminan generalmente por una abundante diarrea produciendo un alivio a la enferma.

La diarrea es de ordinario mucosa y casi nunca hay sangre en las deyecciones.

2º.—DOLOR ABDOMINAL.— Es el síntoma más importante y no le vemos faltar en ninguna de las observaciones de los diferentes autores, ni en las nuestras y es el que decide a las enfermas presentarse al médico.

El asiento de este dolor no tiene nada de preciso y es muy variable, es casi siempre una sensación vaga, extendido a todo el abdomen, no siéndoles posible a las enfermas indicar un punto máximo, otras veces por el contrario las enfermas

lo refieren ya al ciego, ya al colon ascendente, ya al nivel de la duodécima costilla; otras veces por el contrario pueden residir en el nivel del ombligo o del epigástrico; llevando la atención del cirujano, ya hacia el apéndice, al ciego, colon ascendente; hacia una colicistitis hacia órganos más alejados todavía.

Este dolor presenta oscilaciones durante el día y por un atento interrogatorio se puede llegar a establecer que se exacerba o que se determina en el último período de la digestión, a veces sin causa apreciable o por una causa acasional de lo más sutil, el dolor llega ser fuerte, determinando una crisis dolorosa; son estos, dolores punsantes, de tortura, de estirón, de asiento mal definido; situados en general más bajos del punto de Mac Burney, a veces más hacia afuera, cerca de la espina iliaca antero superior o bien ocupan todo el flanco derecho; en este momento el decúbito lateral derecho es penoso mientras el decúbito izquierdo y el decúbito ventral producen un alivio y la enferma toma instintivamente esta posición; estos accidentes duran a veces muchas horas o algunas días y durante él, la temperatura puede subir algunas décimas de grado y el pulso se acelera un poco. Estas crisis desaparecen lentamente y dejan un dolor fijo en la región cecal o en una zona más o menos vecina.

3°.—**DISTURBIOS GÁSTRICOS.**—Son ellos frecuentes y en algunos casos llegan a ser tan pronunciados que pueden hacernos creer que son motivados por una gastritis o por una úlcera.

Estos disturbios sin ser ninguno de ellos característicos consisten en lengua saburral; digestión penosa, hay una sensación de plenitud o malestar despues de las comidas, flatulencia, erutos, etc. pero las verdaderas indigestiones no se encuentran más que en la codadura ileal de Lane, en la cual el obstáculo mecánico existe al nivel de la última porción de ileón por lo cual da lugar a que se note frecuentemente el reflejo gástrico de toda obstrucción que se encuentre a cualquier altura en el intestino delgado.—(C. J. Mayo).

Hay crisis nauseosas seguidas a veces de vómitos, disminución constante del apetito y aliento fétido; después de las comidas copiosas o indigestas, hay comunmente sensación de tensión en la fosa iliaca derecha esta incomodidad penosa dura de algunos minutos a un cuarto de hora, a veces más; la región cecal, es asiento de gorgorismos, después todo pasa con ocasión de un movimiento o de un cambio de actitud o aflojamiento de los vestidos, etc.

4°.—**FENÓMENOS GENERALES.**—El éxtasis fecal produciéndose en la porción de intestino grueso en el cual se absorve la mayor parte de los li-

quidos, los cuales se han vuelto muy tóxicos a causa de las fermentaciones bacterianas favorecidas por esta éxtasis, determinan forzosamente fenómenos de intoxicación general. Estos serán tanto más acentuados cuanto más alto se encuentre el obstáculo mecánico; en efecto: estos fenómenos tóxicos serán menos acentuados cuando el obstáculo a la circulación fecal residan en el colon descendente, más comarcados en el colon transverso y más aún en el colon ascendente e ileon.

La absorción de tanto material tóxico junto con la anorexia, determinan el adelgazamiento, la fatiga muscular, la pérdida de fuerzas, la denutrición progresiva, el tinto amarillo terroso o subictérico, insomnios, dolores de cabeza frecuentes y muy tenaces y fenómenos de debilidad nerviosa; todo lo cual hace de la paciente una inválida y muchas veces una neurasténica.

5°.—FENÓMENOS OBJETIVOS.—El resultado del exámen es variable según se efectúe durante las crisis dolorosas o en sus intervalos.

Durante las crisis se encuentra algunas veces una ligera defensa abdominal en la fosa iliaca derecha, la cual nunca es tan clara, ni manifiesta, como la que acompaña la inflamación apendicular.

Haciendo presión, se exagera el dolor espontáneo, pero si esta presión se hace en un punto

muy bajo; por debajo del punto de Mac Burney y se vá remontando lentamente, este dolor se atenúa. El ciego da a la palpación la sensación de un tumor blando, fluctuante, que está en contacto con la pared abdominal inmediatamente por encima de la arcada crural; es sub-mate y asiento de gorgoteo.

En el intervalo de las crisis se puede provocar dolor en el punto de Mac Burney, en el punto de Lanz; pero observando atentamente se nota, que este dolor no está localizado a los puntos clásicos de la apendicitis sino que se extiende más ó menos hácia las regiones vecinas, especialmente hácia el colón ascendente.

Nosotros hemos observado que el máximo del dolor se despierta en un punto situado a dos dedos por debajo y a la derecha del ombligo y esto de una manera casi constante en la mayor parte de los casos por nosotros observados. Otras veces, el dolor provocado es más acentuado al nivel del ombligo o del colón ascendente que a nivel del punto apendicular; además este dolor es variable en su asiento: así vemos que efectuada la palpación nos revela un máximo de dolor en el punto de Mac Murney pero si repetimos la misma operación al día siguiente, este maximum debe estar al nivel del ciego o del colón ascen-

dente; lo cual es probablemente debido al diverso grado de distensión ciega cólica.

Lardennois considera como un signo de gran importancia al dolor provocado en la región del ciego cuando se rechaza el contenido del colón transversal y ascendente hacia él, signo que hemos constatado en algunos casos.

DIAGNÓSTICO

Debiendo fundarse el diagnóstico de la pericolicitis membranosa o de la acodadura ileal en elementos muy generales, tales como disturbios digestivos dolor espontáneo más o menos difuso o localizada en la fosa ilíaca, dolor provocado a la palpación del ciego o de su vecindad, y en fenómenos de intoxicación general; ninguno de los cuales es patognomónico de la afección que estudiamos; se comprenderá fácilmente cuán difícil ha de ser llegar a establecer dicho diagnóstico, fundándose solo en los síntomas clínicos.

De todas las afecciones abdominales hay sobretodo una de la cual es más difícil establecer el diagnóstico diferencial; ésta es la apendicitis crónica.

En algunos casos con frecuencia existe simultáneamente ambas afecciones y como se comprende fácilmente en éstas condiciones el diagnóstico clínico es imposible; pero aún en ausencia de toda apendicitis este diagnóstico diferen-

cial es comúnmente de los más difícil. En efecto para establecer el diagnóstico de la apendicitis crónica, es necesario basarse en el dolor espontáneo, en el dolor provocado y en los trastornos dispépticos.

El dolor espontáneo es muy variable: en algunos sujetos es casi continuo, sordo, que se exacerba al menor esfuerzo con ocasión de una marcha, etc. y se traduce en forma de punzadas o de molestias. Este dolor está a veces localizado en la fosa iliaca derecha; otras veces difundido por todo el abdomen.

El dolor provocado asienta en un punto fijo el cual puede ser engañable e infiel, (punto de Mac Burney de Lanz).

Los trastornos dispépticos son variables, pero constantes; sensación de pesadez en el epigastrio inmediatamente después de la ingestión de los alimentos distensión del intestino, borborismo ruidoso, estreñimiento pertinaz con alternativas de diarrea.

Ninguno de éstos síntomas es característico, pues son síntomas indirectos y de ninguna manera propio de la apendicitis. Tampoco son característicos los síntomas generales, anorexia, adelgazamiento, pérdida de fuerzas, debilidad intelectual y el tinte terroso, etc.

Anteriormente he descripto la misma sinto-

matología para las adherencias pericólicas, de ahí la dificultad diagnóstica entre ambas afecciones y que a veces resulta imposible, lo que nos explica el error diagnóstico de la mayor parte de los casos publicados y que fueron llevados con el diagnóstico de apendicitis crónica a la operación, la cual demostró que se trataba de pericolititis membranosa.

¿Debemos deducir de ésto, que es necesario renunciar a fijar el diagnóstico de adherencias pericólicas?

Nada de esto; por lo contrario creo que muchas veces es posible sentar el diagnóstico fundándose:

- 1°. En el dolor espontáneo.
- 2°. En el dolor provocado.
- 3°. En los fenómenos de éxtasis ciego cólica.
- 4°. En el examen radiográfico.

1°.—El dolor espontáneo es en general más acentuado, más superficial y más difuso en las adherencias pericólicas que en las apendicitis en la cual es por lo contrario, más profundo, más localizado y menos intenso. Además en las adherencias pericólicas éste dolor aumenta de intensidad con los movimientos y las contracciones intestinales y mantiene el mismo carácter durante meses y aún años constituyendo un gran elemento de diagnóstico.

2°.—El dolor provocado por la palpación presenta caracteres diferenciales muy importantes, los cuales deben ser buscados con gran atención.

Es necesario no limitarse a una sola observación sinó que es preciso repetir el exámen y hacerlo en las diversas fases de la digestión.

En éstas condiciones se encuentra constantemente la existencia de dolor en el punto de Mac Burney ejerciendo una palpación profunda, lo cual nos hace pensar en la apendicitis.

En la pericolicitis por el contrario el dolor no está localizado en el punto de Mac Burney sino un poco más lejos y este dolor tiende a ser llevado, hácia arriba, hácia el colón ascendente, además en un punto situado a 2 traveses de dedo por debajo y a la derecha del ombligo la palpación despierta un vivo dolor, hecho constatado en la mayoría de nuestras observaciones.

Por otra parte rechazando hácia el ciego el contenido del colón transverso y descendente; se provoca dolor en la región derecha de la pelvis; rechazando en sentido contrario el contenido del ciego, el dolor desaparece. Esto constituiría según Lardennois un signo patognomónico.

3°—Los fenómenos de éxtasis ciego cólico, que se traducen por signos de ligera obstrucción intestinal o por constipación pertináz, interrumpida de vez en cuando por crisis diarreicas, por dis-

tensión cecal, etc., son siempre más marcados en la pericolicitis que en la apendicitis.

Estos fenómenos unidos a la ausencia del punto de Mac Burney tiene gran importancia diagnóstica.

4º.—Es solamente con la ayuda de los rayos X que se puede llegar a confirmar en muchos casos el diagnóstico, pues él nos dá datos precisos sobre la existencia del ileon, ciego o colon ascendente de alguna inflexión o estrechez, su localización, la forma, y la extensión y en ausencia de inflexión o de estrechez ileal o cólica la radiografía nos mostrará la retención de materia fecal en el ciego dilatado.

En la apendicitis por lo contrario el examen radiográfico no da ningun resultado o un resultado relativo; pero nunca provatorio de la existencia de una enfermedad apendicular. El puede indicar la presencia de cuerpos extraños o de concreciones calcareas o que se trata un apéndice más o menos largo, pero nunca que se trata de un apéndice sano o enfermo.

¿Cuál es la técnica a seguir en este examen del tubo digestivo?

Lo más comúnmente se sirve del carbonato de bismuto, pudiéndose servirse igualmente el sulfato de bario o el oxocloruro de bismuto siendo entonces necesario usar mayores cantidades.

El carbonato de bismuto es una sustancia poco tóxica pudiéndose hacer absorber dosis considerable de 150 a 200 gramos y aún más sin dar lugar a fenómenos de intoxicación como aquellos que han sido observados con el sub-nitrato de bismuto.

El carbonato puede suministrarse por vía digestiva o vía rectal. En nuestras observaciones hemos adoptado la ingestión de 90 gramos de carbonato de bismuto mezclado con leche, dividiendo la crema resultante en tres tomas que son ingeridas en la víspera del exámen, a medio día, a las 4 de la tarde y a las 8 de la noche en el momento de las comidas; haciendo el exámen 10 o 12 horas después de la última ingestión.

Este procedimiento permite ver todo el intestino grueso delineado por el bismuto con su calibre casi exacto su ptosis, su movilidad (adherencia del colo transversal con los órganos de la pequeña pelvis). Este exámen se hace estando el enfermo sucesivamente en posición vertical y después en decúbito dorsal.

El primero que efectuó la exploración del intestino grueso fué Schule pero empleó poco bismuto; Tuffier y Soubourg son los que han puesto en boga el uso de las enemas con grandes

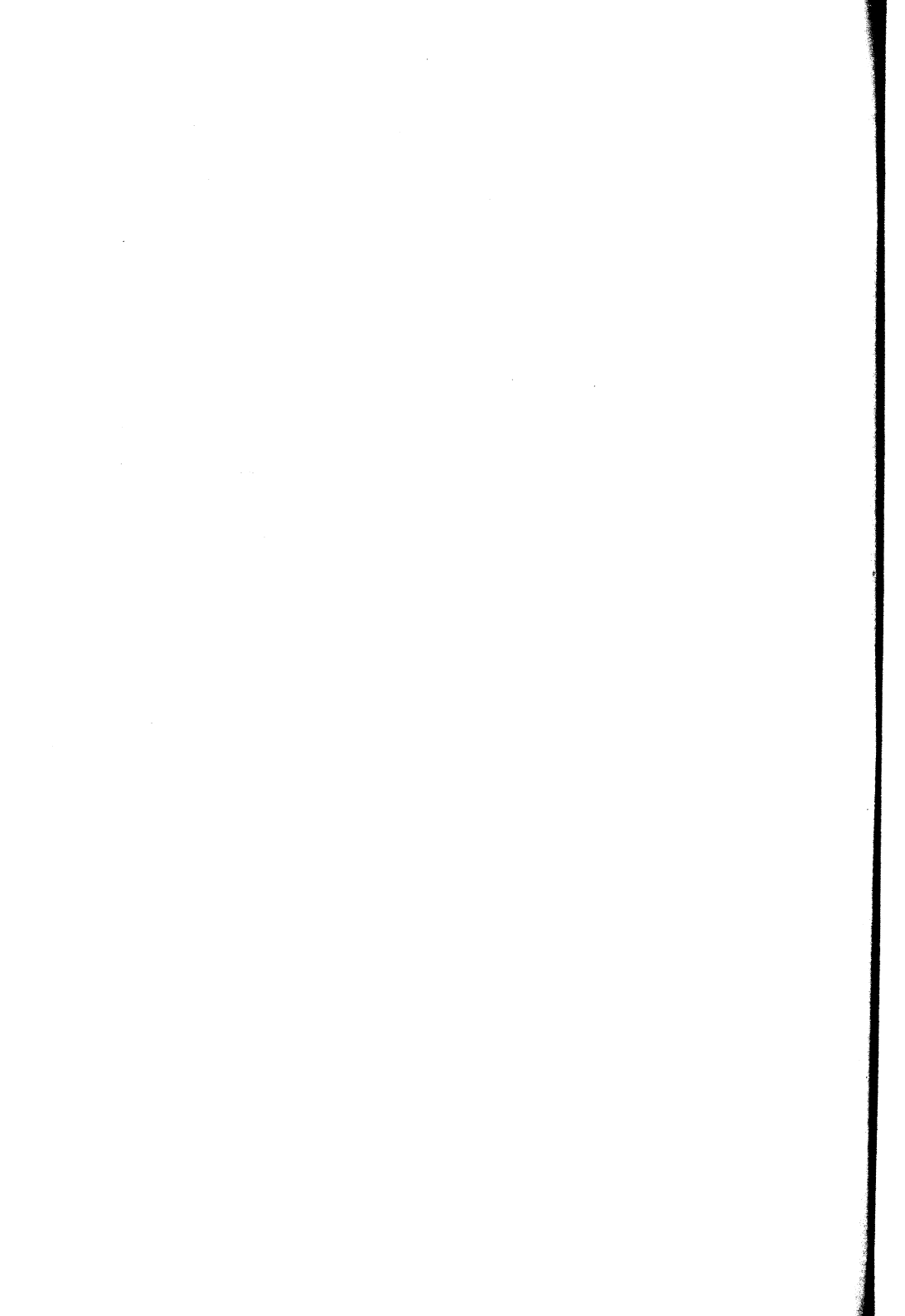
dosis de bismuto (100 gramos de bismuto en un litro de agua).

La enema es administrada estando la enferma acostada sobre la espalda y un poco declive tardándose cinco minutos en llenarse el intestino grueso en su totalidad.

Es inútil y doloroso hacerlo a fuerte presión porque se ha observado que esta manera de proceder implica el riesgo de producir espasmo en donde no hay estenosis y además distiende exageradamente el intestino y modifica su forma comprometiendo de esta manera el resultado del método.

La enema por sí sola es insuficiente para el exámen porque si bien es cierto que llega hasta la válvula de Bahuin y se puede examinar todo el intestino grueso, queda no obstante sin examinarse la última porción de ileón siendo por consiguiente un grave defecto.

En conclusión debemos suministrar el bismuto por vía digestiva y no emplear la enema sinó como complemento y efectuar siempre el exámen radioscópico.



TRATAMIENTO

Siendo las pericolititis la consecuencia de una reacción peritoneal debido a una inflamación cólica es lógico suponer que sean susceptible de un tratamiento médico.

En los casos que no son muy avanzados éste suele dar un excelente resultado. La base de este tratamiento es el reposo, la dietética, los laxantes, el masaje abdominal y la ginnasia.

Las fatigas diarias, los excesos violentos y el cansancio físico debe ser suprimido y se aconsejará en cambio una vida regular y tranquila siendo necesario en algunos casos el reposo en cama.

Durante los paroxismos debe ser puesta la paciente a un régimen lácteo, pero durante los períodos de calma la leche cuyo uso prolongado produce el estreñimiento no dá siempre buenos resultados, siendo conveniente prescribir un régimen lácteo mixto evitando las especies y sustancias irritantes.

Se permitirán las pastas, los caldos de harina lacteada, los huevos poco cocidos, la fécula de papas, pescados blancos cocidos y no fritos, gallinas asadas, legumbres secas o verdes a condición de que estén en puré, frutas cocidas en compotas, el pan tostado a pequeñas cantidades no siendo recomendable los vinos.

El agua está indicada a la que se puede agregar extracto de malta. El café, té y licores deben prohibirse en absoluto.

Siendo la constipación uno de sus principales síntomas es necesario combatirla por medio de los laxantes. Los purgantes no deben ser prescritos puesto que pasado su acción el intestino queda de nuevo en reposo y entonces se tendrán que recurrir a su administración frecuentemente. Son los laxantes suaves los que deben de ser suministrados con preferencia siendo éstos tales como la cáscara sagrada, la fenolftaleína, la parafina líquida, la magnesia y el agaragar. El aceite de risino puede darse a pequeñas dosis y puede ser asociado a la belladona porque ejerce una a la vez antiespasmódica y laxante. El la gimnasia abdominal es un excelente mismo que la faja ortopé-

des de ser seguido.

durante dos o tres meses no dá ningún resultado así como también en los casos graves es necesario recurrir al tratamiento quirúrgico.

Este tratamiento ha sido resuelto en diversas maneras por los cirujanos.

Por lo que se refiere a la acodadura ileal M. A. Lane procede de la siguiente manera.

Utiliza una incisión de Jalaguier grande con la cual dice obtener una amplia luz sobre la región cecal y ejecuta primeramente la ablación de la apéndice y hundimiento de su miñón y meso por un surjet. Una vez hecho esto el ayudante separa el ciego con una mano mientras que con la otra toma el ansa ileal por dentro del punto que está fijo (diez a quince centímetros de la válvula ileocecal). Pone de esta manera tensa la lámina ligamentosa mientras que él pasa el dedo entre la lámina y el mesenterio propiamente dicho y secciona la brida a tijera. Hecho esto esconde el corte para evitar la formación de nuevas adherencias.

M. Ch. Mayo utiliza una técnica idéntica y recomienda untar con vaselina esterilizada la superficie cruenta que no se deja peritonizar.

Lackardt Mummery insiste mucho sobre las precauciones siguientes: «La sección o la rotura de las adherencias ha de ser seguido de una peritonización completa de la superficie a la cual

se implantaban, las asepsias y la hemostasia deberán ser absolutas, los hilos deberán ser muy finos; se evitará todo frotamiento brusco del peritoneo; con estas precauciones no se tendrá la residiva de las adherencias.

M. Franklin Martin practica la sección de la membrana colocando la enferma en la posición Tredelemburg y rechaza hácia arriba toda la masa intestinal y el ciego, y una vez seccionada la membrana baja el gran epiplón lo más bajo posible en la pelvis para que sirva de colchón a la masa intestinal: hecho esto cierra el vientre y aplica una cura compresiva en la región suprapuviana; y mantiene luego a la enferma cabeza abajo hasta la curación completa. Al levantarse la enferma le hace llevar una faja ortopédica que levante la masa abdominal.

Todas estas opecauciones tienen por fin oponerse a la ptosis ulterior que colocaría al ileón terminal en condiciones favorables a las residivar.

Los resultados inmediatos obtenidos por estos procedimientos parecen ser muy buenos según dichos autores pues se vé desaparecer la constipación y por lo tanto los síntomas de auto-intoxicación.

No existe estadística en cuanto a los resultados lejanos y Lane la considera muy buena lo

misimo que los autores americanos. Según Lockardt Mummery en ocho casos operados por él en cinco obtuvo resultados favorables y en dos una mejoría muy pronunciada, en un solo fracasó.

En lo que se refiere al procedimiento seguido por Mayo no todos los autores están de acuerdo, así tenemos a Delore y a Lamartine que creen más teórico que práctico la vaselina utilizada por Mayo y en cuanto al procedimiento seguido por Martin, consideran inútil las torturas múltiples infligidas a sus enfermas.

En lo que se refiere a las membranas pericólicas se ha practicado desde la simple sección de éstas, hasta las resecciones del colón.

La simple sección de las membranas ha sido aconsejado por Mayo, Jackson, Flint, etc.

Thwaites Lastra en el Hospital Rivadavia ha practicado en nuestra observación VI la simple sección de las membranas perpendicularmente a su dirección seguido de ligaduras de los dos cabos: precaución que es necesario tomar por la hemorragia bastante considerable que sigue a esta sección.

Si bien es cierto que Mayo, Duval, Lardenois, dicen que la simple sección no es suficiente porque ellas vuelven a rehacerse y Mayo haya

propuesto la vaselina esterilizada para oponerse a la reproducción, nosotros podemos decir que los resultados inmediatos son excelentes.

Después de la sección los dolores desaparecen así como la constipación, defecando la enferma regularmente todos los días y esto hasta mes y medio después de la operación (última vez que vimos la enferma).

La resección de las membranas ha sido practicada por Hofmeister, Jackson, M. Crossen que publica tres casos, M. G. Conell 16 casos, M. Duval señala tres casos, el Dr. Fox y Thwaites Lastra han igualmente practicado no menos de veinte resecciones de membranas.

La técnica seguida por todos estos cirujanos es casi siempre la misma. La membrana desprendida primeramente en el borde externo peritoneal y luego levantándola se continúa este desprendimiento de afuera hacia adentro teniendo cuidado de seccionar y reseca todas las bridas y dejar el intestino en completa libertad. No obstante M. Conell modifica algo esta técnica; pues cree preferible no reseca la membrana disecada, sino que es mejor conservarla para hacer de ella una especie de ligamento suspensor para lo cual la deja adherida abajo y adentro sobre el intestino, la tuerce y fija luego su extremidad libre a los músculos de la pared abdominal. El ha recurrido ocho

veces a esta maniobra y se considera muy satisfecho.

En lo que se refiere a los resultados inmediatos e esta intervención son buenos pues el estado general se mejora, la constipación cesa o a lo menos disminuye, los dolores desaparecen o son atenuados y en cuanto a los resultados alejados son muy buenos, pues ellos persisten dos años, tres y aún cinco, como los tres casos operados por Duval, casos en los cuales se puede considerar como curados, así como nuestra observación operada por el Dr. Fox la cual data de tres años; pero no se puede decir la última palabra para aquellos casos en que el acto operatorio data de poco tiempo, por lo tanto no se puede asegurar que el peligro de que dichas adherencias se reproduzcan haya desaparecido: pues no en todos los casos la simple extirpación de las adherencias dan resultados estables como lo demuestran los fracasos y las residivas lamentables de Lane, de Hofmeister, Chaple y Michel, los cuales han debido reintervenir practicando un anastómosis intestinal.

En vista de esta falta de éxito con la simple deliberación de las adherencias, los cirujanos han creído poder resolver el problema curativo excluyendo la porción de intestino en que asientan dichas adherencias para lo cual desvían la

circulación intestinal merced a diferentes anastomosis.

Wilms practica con este fin la ileotransversostomía la cual es la conducta seguida por Quervain, Delore, Alamartine y Mitchel en la cual se excluye el ciego y el colón ascendente merced a la sección del ileón inmediatamente por arriba de la válvula ileocecal, cerrando el cabo distal y abocando el cabo aproximal en el colón transverso por una anastómosis término lateral.

Para evitar el reflujo de las materias en el segmento aislado, Quervain completa la intervención por una plegadura transversal del ciego y una acodadura del ángulo hepático por medio de suturas mesentéricas.

La gravedad operatoria inmediata según los relatan Stierlin de los casos operados por Wilms y Quervain no parecen ser grandes, pues la curación es siempre obtenida.

Una o dos semanas después de la intervención sobrevienen evacuaciones espontáneas y al cabo de cuatro semanas más o menos las enfermas tienen todos los días o cada dos una deposición normal y abundante al mismo tiempo que el estado general es muy mejorado.

De las siete enfermas operadas por Quervain cinco han sido tratadas por la simple anastómosis con la exclusión del lado cecal, en otros dos

había hecho la plegadura del ciego, todas están completamente curadas salvo una que ha sido solamente mejorada y estas curaciones se mantienen en un tiempo variable entre ocho y trece meses; apesar de esta plegadura se nota a veces los signos de reflujo en el intestino excluido por lo cual Quervain, en los cuatro últimos casos operados por él, ha efectuado además de la ileotransversostomía la resección del ciego y colón ascendente. Este mismo reflujo ha sido notado por Delore y Pattel así como también por Lane.

Es igualmente a la resección del ciego y colón ascendente a que ha debido recurrir M. Delbet en una enferma en la cual él había practicado una ileotransversostomía por haber notado poco tiempo después los signos de reflujo intestinal, igualmente M. Mauclaire relata un caso análogo.

En aquellos casos en que las adherencias pericólicas son muy extendidas y resistentes Hofmeister no se limita a excindir estas membranas pues él no está seguro de que ellas no se reproduzcan y cree más seguro en semejante condición practicar la anastómosis de la porción inicial del colón ascendente con el colón transversal, es decir la tíflotransversostomía. El ha practicado dos veces esta operación y declara que los resultados inmediatos han sido excelentes. En

mo-
Las inv-
cadas en el pero-
sobre la exclusión, la

cuanto a los resultados lejanos y definitivos no se pronuncia aún, no obstante creer que esta operación no es aplicable a todos los casos sino a aquellos en los cuales existe ptosis del colón transverso con o sin ptosis del ciego. En las condiciones normales de posición del intestino grueso la operación no sería posible sin ejercer estiramientos del meso los cuales son muy dañosos, pero la ptosis del colón transverso o del ciego requerida para esta operación exige muy frecuentemente la intervención quirúrgica y es acompañada de especisimas adherencias pericólicas y en estas condiciones la tiflotransversostomía sería la operación de elección siempre que la porción del colón periférico se encuentre en condiciones anatómicas y funcionales buenas.

Según Wilms, De Quervain, Hofmeister, Stierlin y Delbet, esta tiflotransversostomía tendría sobre la ileosigmoidostomía la gran ventaja de conservar una porción bastante considerable del intestino grueso que no es absolutamente inútil. Objeción: en efecto la diarrea que es consumamente frecuente en la ileosigmoidostomía.

importantes practi-
por M. Alglave
grueso intes-

tino y el anatomo ileosigmoideana, parecen confirmar esta manera de ver.

La ileosigmoidostomía ha sido practicada por Mansell-Moulín por primera vez, luego por M. Lane, por Franke, Quervain y después por un gran número de operadores, esta ileosigmoidostomía puede ser látero-lateral o término-lateral.

La látero-lateral no produce una exclusión completa del intestino y la derivación total completa de las materias no se obtiene más que en el caso en que exista un obstáculo en su curso normal de donde resulta que cuando se propone excluir un segmento del tubo digestivo las anastómosis látero-lateral resulta insuficiente. Se ha ensayado de hacer un estrechamiento valvular del ileón (Nanotti) el plegamiento de las extremidades (Mosetig-Moorhof) de crear una válvula por invaginación (Marro Kellogg) estas maniobras como dice Lane son insuficientes para desviar completamente las materias.

En cuanto a la ileosigmoidostomía término-lateral es mucho más frecuentemente practicada.

Se ha discutido mucho sobre el punto en el cual se debe abocar el ileón en vista de la diarrea consecutiva a esta intervención y es por esto que Wilms, De Quervain y M. Delbet practican la ileosigmoidostomía.

Franke efectúa esta anastómosis a nivel de

la parte media del ansa sigmoidea por temor a la diarrea. Drucbert opina que cuando se suprime el funcionamiento del intestino grueso por una ileosigmoidostomia término lateral éste se retrae y el ileo vierte todo su contenido en el recto el cual lo vierte al exterior, de ahí la diarrea; pero al cabo de pocos días la porción del intestino grueso situada por encima de la anastómosis se deja dilatar y las materias se acumularían en él perdiendo su parte líquida y transformándose en sólida.

Este reflujo debido al movimiento antiperistáltico puede llegar hasta el ciego, por lo tanto según Drucbert la ileosigmoidostomia no suprime el funcionamiento del intestino grueso; y si esta supresión fuese real la diarrea existiría de una manera permanente.

M. A. Lane no cree en la diarrea permanente después de la exclusión del ciego ni después de la ablación del colón y él efectúa la anastómosis lo más bajo posible, casi sobre el recto por debajo de la última acodadura sigmoidea, es decir una ileorectostomia y dá a este hecho mucha importancia porque cree que de esta manera puede evitarse el reflujo de las materias fecales y que la porción del recto al cabo de un cierto tiempo es suficiente para impedir la diarrea.

La técnica seguida por M. Lane es la siguiente: Media hora antes de la operación a efectuar inyecta suero a la enferma bajo la piel de la axila y continúa durante toda la operación; la cantidad de suero inyectado, es considerable, cuatro litros y aún más. Lane da mucha importancia a la absorción de esta gran cantidad de suero, no solo porque contribuye a disminuir el shock sino también porque impide los vómitos interiores que son frecuentes, dolorosos y muy peligrosos en estas intervenciones. Se hace igualmente antes de la intervención una inyección hipodérmica de un 1/6 de «grano» de morfina y de 1/100 de grano de atropina y como anestésico el éter.

Incisión vertical pasando a través del músculo recto izquierdo la cual debe ser suficientemente larga para permitir explorar completamente el abdomen. Se hace la sección del ileon a poca distancia del ciego en un punto donde posea un meso muy largo; luego aplasta y liga seguido de hundimiento el cabo cecal. El cabo aproximal, apretado con un clamp es inmediatamente rodeado de gasas. Se busca el punto donde se vá a bocar el ileón: es este el fin del ansa sigmoidea y el comienzo del recto que siendo muy movibles se dejan muy facilmente atraer. Se coloca luego un clamp tomando una porción de la circunferen-

cia del intestino por debajo de la última curva del ansa sigmoidea; la extremidad ileal es aproximada y por debajo de los dos clamp así juntos se coloca un impermeable. Lane hace entonces la implantación ileorectal; la anastómosis término-lateral por el procedimiento habitual: Dos puntos reparan las estremidades, surget sero seroso posterior surget total posterior y anterior y luego surget sero seroso anterior. El usa hilo de lino y aguja de costurera curva.

Se aproxima cuidadosamente el mesenterio ileal al meso recto por puntos de sutura tan numerosos como sea necesario.

Una sonda es introducida en el recto que pasando la anastómosis llega hasta el ileon. Se vé entonces al meso extenderse en verdadero abanico y se agregará algunos puntos si se creyera necesario; la sonda se fija al periné por un hilo; se sutura la pared en varios planos.

Todas las suturas las hace de hilo de lino y con agujas de costurera de diferentes grosores excepto la sutura de piel que es hecha con catgut.

Lane considera esta intervención como de una gravedad mínima y de resultados inmediatos muy buenos, desapareciendo la constipación y los signos de auto-intoxicación y apesar de que los primeros días hay diarrea ésta pronto desaparece.

las deyecciones se moldean y reaparece la buena salud.

No todos los autores están de acuerdo sobre los resultados remotos de la ileosigmo dostomía pues dicen que en algunos casos puede existir reflujo retrógrado de la materia fecal, lo cual es un grave inconveniente que obligaría muchas veces ha hacer una cescotomía de descarga.

La cescotomía debe ser rechazada como medio de tratamiento pues ella deja una enfermedad incómoda que precisamente los otros medios operatorios tienden a evitar; pero se puede utilizar como complemento o necesidad en los casos de reflujo retrógrado en las anastómosis intestinales.

Exactamente lo mismo puede decirse de la apendicostomía.

La tiflosigmoidostomía es una intervención que ha sido practicada por muchos cirujanos tales como Hartman, Roux y Giordano, Lardennois, Tuffier, Brin, Leotta, etc. y según este último autor sería la operación de elección en los casos de extasis cólica; porque establece una canalización perfecta del intestino permitiendo las evacuaciones de las materias contenidas en el ciego en la sigmoidea y no deja divertículo alguno y tiene además la ventaja de conservar la válvula ileo cecal, la cual sería un freno al rápido pro-

greso del contenido del ileo y así como la última porción del ileo en el cual la absorción es muy intensa.

G. Lardenois y J. Okinczyk habiendo practicado una tiflosigmoidostomía simple en un hombre afectado de pericolitis membranosa y ciego voluminoso y habiendo obtenido una curación clínica perfecta efectuaron para control un examen radiográfico el cual mostró que funcionaba de un modo imperfecto la nueva boca; pues llegando a ella las materias una parte pasaban directamente a la sigmoidea y otra seguía por el colon ascendente y transversal. Con el fin de obtener mejor resultado idearon la tiflosigmoidostomía látero lateral con resección del fondo del ciego que aseguraba una boca más amplia y después la tiflosigmoidostomía en Y con resección del fondo del ciego la cual les ha dado un éxito completo en una mujer de 32 años atacada de oclusión progresiva muy grave del ángulo hepático del colon con pericolitis membranosa. La técnica por ellos es la siguiente:

«Puesta la enferma en posición de Trendelenburg hace una insición mediana hasta el ombligo, coloca una válvula supra pubiana de Doyen y explora rapidamente el colon reconociendo las lesiones que se han descubierto al examen clínico y radioscópico; examina la terminación del

ileon, para ver si hay bridas, acodaduras que contra indiquen esta operación».

1º.—«EXTERIORIZACIÓN DEL CIEGO Y DE LA S ILÍACA.—El ciego y la S iliaca son traídos fuera del vientre. En general en las enfermas que está indicado la tiflosigmoidostomía el ciego está flotante y dilatado, la S iliaca movable con su largo meso. Sería fácil por otra parte movilizar el colon pelviano para traerlo sin tracción a ponerlo en contacto con el ciego. La pelvis es vaciada por rechazamiento de las ansas delgadas, el promontorio es bien expuesto; se colocan compresas sobre las ansas delgadas y una en la pelvis, protegiendo la vejiga y el Douglas».

2º.—«COLOCACIÓN EN SU SITIO DE UN HILO DE AFROTAMIENTO DE LOS MESOS Y DE CIERRE DE LA GOTERA FORMADA POR EL MESENTERIO, EL PERITONEO PARIETAL POSTERIOR Y MESO COLON PELVIANO».—

«A ejemplo de Lane dice hilvanamos una seda que toma sucesivamente la cara derecha del mesenterio pelviano, después el peritoneo parietal posterior delante del promontorio y en fin la cara izquierda del mesenterio en su terminación ceco-cecal. Se evita todo encuentro de vasos en esta maniobra, y se tiene cuidado de pinzar delicadamente y de levantar suficientemente la hoja peritoneal que se vá a tomar en el hilo. Este hilo cuyos cabos serán reparados por una pinza, no

será apretado más que una vez que se haya terminado la anastomosis, con el fin de dejar una movilidad suficiente a los segmentos intestinales. El cerrará todo espacio comprendido detrás de la anastomosis, cerrando esta ruta al intestino delgado. De otro modo correría el riesgo de estrangularse en este collar o por su distensión rechazaría hacia adelante la parte anastomosada estirándola. La operación terminada, el intestino delgado se coloca delante de la anastomosis inferior sigmo-sigmoideana».

3º.—«**ABLACIÓN DEL APÉNDICE.**—Esta ablación será ejecutada rápidamente, la experiencia muestra que el apéndice en estas circunstancias está en general esclerosado, atrofiado. El escondimiento intracecal sería embarazoso para la ejecución de la tiflosigmoidostomia por lo cual es preferible esconderlo bajo la franja grasosa subileal».

4º.—«**RECHAZAMIENTO DEL CONTENIDO CECAL, COLOCACIÓN DE UN CLAMP DE COPROSTASI POR ENCIMA DEL FONDO DEL CIEGO.**».

«El clamp limitará la parte inferior (más declive) de ciego que debe ser resecaado. El fijará durante la sutura las dimensiones de la boca secal, que demasiado fácilmente se deja distender; su empleo es muy importante».

5º.—«**RECHAZAMIENTO DEL CONTENIDO EN LA**

ANSA SIGMOIDEA; COLOCACIÓN EN SU LUGAR DE DON CLAMP DE COPROSTASIA».

«La sección del colon pelviano debe ser efectuado muy alto sobre el ansa. La Y debe ser en efecto dispuesta de tal modo que la rama derecha ciego sigmoidea sea un poco más larga y más flotante que la rama izquierda colosigmoidea; esta disposición permite poner alguna distancia entre las dos bocas anatómicas. Además un exceso de longitud del ansa colosigmoidea invertiría la Y de donde la posibilidad de circulación viciosa».

«Los clamp deben ser muy largos para pasar largamente sobre el meso colon. La implantación sigmoideana exige una movilidad suficiente de los dos segmentos, el uno sobre el otro una sección del meso muy larga».

6º.—«SECCIÓN DE LA SILIACA Y DEL MESO».

Para mayor seguridad se práctica la sección del colon, coproctasiado a distancia por los clamp entre dos pinzas largas de Kocher; esta se hará a termo-cauterio carbonizado el corte a ras de las pinzas para asegurar una manipulación tan aseptica como sea posible de los dos segmentos del ansa. El meso colon será seccionado en la prolongación exacta de la sección intestinal hasta la extremidad de los clamp que aseguran la hemostasia del corte. Los dos cortes de sección mesocólica serán inmediatamente hemostasiados y bordeados por un surjet a catgut».

«La extremidad superior de la S iliaca es cuidadosamente envuelta de compresas fijadas por una pinza y rechazadas sobre el lado izquierdo de la incisión abdominal será mantenida y vigilada por un ayudante».

7º.—«SURJET SERO-SEROSO POSTERIOR TIFLOSIGMOIDEO.»

El cabo inferior de la S iliaca siempre protegido por una pinza de Kocher que cierra herméticamente el corte es puesta en contacto con el ciego. El afrontamiento es asegurado por un surjet sero-seroso fino, que une la base de la bolsa cecal a la serosa del cabo inferior de la S iliaca.»

8º.—«RESECCIÓN DE LA EXTREMIDAD DEL CIEGO Y ABOCAMIENTO TIFLOSIGMOIDEO.»

Terminado el surjet sero-seroso se practica la resección de la bolsa cecal (entre el clamp y una pinza de Kocher) después se aviva el corte del cabo inferior de la S iliaca resecando por debajo de la pinza de Kocher. Surjet total posterior y anterior.»

«Separación de uno de los clamp cecal o sigmoideo inferior, surjei sero-seroso anterior.»

9º. «SIMO-SIGMOIDEA».

«El cabo superior de la S iliaca es separado de las compresas que lo aislan. Se elige el punto de implatación sobre el ansa eferente muy bajo para tener a buena distancia la implantación

colo cecal, y muy alta para que la anastomosis se pueda hacer completamente fuera del vientre. Es en este momento que se aprecia la precaución tomada de dejar al ansa tiflosigmoidea (parte derecha de la Y) una longitud suficiente. Esta implanción colo cólica no presenta nada de particular.—Afortunadamente las enfermas beneficiables por la tiflosigmoidostomia, son enfermas delgadas a meso flaco, a franjas raras y delgadas y el tualmente del intestino ante de la anastomosis es fácil».

«Surjet sero-seroso posterior. Avivamiento del corte carbonizado; surjet total posterior y anterior: levantamiento del clamp sigmoideo: surjet sero-seroso anterior. Colocación de dos hilos de aproximación en los ángulos de la Y: ajuste de los de tabicamiento peritoneal, colocado al principio de la operación.—La masa del intestino delgado se coloca delante de la anastomosis y se extiende el gran epliplón y luego se cierra el vientre.»

Según Lardennois y Okinczye sería esta la operación de elección en los casos de pericolicitis graves: y si bien es cierto que ella es el doble más larga que la tiflosigmoidosíamía lateral y exige mucha vigilancia y atención en las maniobras de protección y asepsia, sus resultados son perfectos.

No obstante se reprocha esta intervención de ser su técnica muy delicada, de no poner en reposo al grueso intestino, de no excluirlo realmente y de no ser aplicable a los casos de pericolicitis con acodadura ileal. Esta última observación puede ser aplicable a la tiflosigmoidostomía lateral.

La colectomía ha sido practicada muchas veces por Lane quien ha notado en los enfermos a los cuales les había practicado una iliosigmoidostomía se quejaban pocos meses después de la presencia de masas duras y secas en el ciego y que si bien era cierto que no producían síntomas de intoxicación, la molestia que les ocasionaba eran suficientemente intensas para hacerlo decidir a practicar la extirpación del intestino grueso hasta el ángulo esplénico; lo que es igualmente preconizado por Delbet después de la iliotransversostomía.

Las citadas masas duras dice Lane no eran debidas a un retroceso de las materias fecales sino probablemente a productos de secreción del mismo intestino grueso mas tarde comprueba que si por encima de la anastomosis iliosigmoidea se deja una porción de intestino grueso, ésta tiende a dilatarse por las materias fecales o los gases dificultando la regular evacuación del intestino y produciendo molestias y dolores, por lo

qual se resuelve a practicar la extirpación del intestino grueso, hasta la región que se ha establecido la anastomosis con el ileon. La técnica seguida por Lane en esta colectomía es la siguiente:

«Secciona el ileon a una distancia proximalmente de cinco a seis pulgadas del ciego. Esta sección puede verificarse rápidamente y con seguridad colocando en el ileon un angiotribo que reduzca todas las tunicas intestinales a un minimun. Al retirar la pinza la porción extrangulada del intestino se cierra con una ligadura bien fuerte. Inmediatamente por fuera de la ligadura se corta el ileon con termocauterio. Luego se encierra el muñon en el extremo proximal del anza por medio de una sutura en bolsa de tabaco que rodee el intestino a unos tres cuartos de pulgada por encima de la extremidad ligada, de modo que la oclusión resulta absolutamente segura: la sutura en bolsa, solo debe interesar la túnica muscular y peritoneal del intestino. Las adherencias adquiridas y el peritoneo que une el ciego y el colón ascendente a la pared abdominal se secciona por fuera y se levanta el intestino hasta descubrir y poner bien a la vista sus vasos nutricios. Estos vasos se cojen primero con pinzas y luego se ligan. Del mismo modo se tratan los vasos que irrigan el

colon trasverso y por último se estirpa el colon descendente y el ansa sigmoidea tratando el recto o porción inferior de la S iliaca del mismo modo que ha sido el ileon.

Por regla general me he contentado con seccionar el colon trasverso al nivel de la flexura esplénica cerrando su extremo distal del modo ya descrito. pero las razones que he expuesto antes, actualmente extirpo también el colon descendente y la S. iliaca cerrando el intestino grueso al nivel del recto o inmediatamente por encima de su unión al recto.

La extremidad del ilion y la porción adyacente del recto cerradas se colocan una junta a la otra de un modo conveniente y se practica una anastómosis lateral perfectamente segura y permeable por medio de una sutura continua doble, la primera de las cuales comprende todas las túnicas de las paredes del intestino mientras que la segunda no penetra en la luz del tubo.

Si el cirujano lo prefiere dice Lane puede practicar una anastómosis término terminal entre ileo y recto. Este es el mejor método pues así se evita la tendencia a la formación de bolsas que se observa en los casos de anastomosis laterales.

Otros autores han igualmente practicado la coelectomía secundariamente a una ileosigmoidos-

tomía tales como Quervain, Duval, Pauchety según Lane sería la operación de elección y él la practica en todos los casos donde la simple liberación de las bridas no es suficiente..

Los resultados publicados parecen ser bastante buenos.

Segun Chapple de 16 casos operados por Lane desde Junio de 1909 a Junio tuvo solo 1 muerto; y Lane considera la colectomía total como una operación no muy grave cuando el estado del enfermo es aún bueno,

Duval señala 1 caso seguido de curación y M. Ito y Soyessinnece han reunido 21 caso con 14 buenos resultado 5 muertos de la operación 1 muerto consecutivamente (diarrea) y caso sin mejoría).

Lowensten en su estadística sobre 44 casos da 21 muerto 2 sin mejoría, 6 mejorados 15 curados.

Pauchet después de haberla practicado en 3 casos renuncia a ella por los siguientes inconvenientes:

1º. Persistencia de los trastornos funcionales.

2º Existencia de una sensación de baloteo penosa acusado por los enfermos y que resulta de la movilidad excesiva del intestino delgado y el mismo Lane la ha abandonado últimamente en parte y ha demostrado que el aumento del últi-

mo ángulo de la S iliaca cuando es muy marcado es suficiente en la mayoría de los casos para evitar el reflujo y es únicamente cuando esto no se obtiene que el practica la colectomía.

OBSERVACION I

M. C. S. de 22 años, casada, argentina, entra al Hospital Rivadavia, Pabellón Cobo, el 14 de Marzo de 1915, cama 63.—A. P. Sarampión y escarlatina en su infancia.

Enfermedad actual.—Hace cinco años que siente una puntada en la fosa iliaca derecha que le molesta mucho; desde hace ocho meses dicho dolor ha aumentado de intensidad y sufre de una manera interminante, crisis dolorosa, acompañada de ligera temperatura: después de la comida siente pesadéz en el epigastrio y dice ser constipada desde hace mucho tiempo y haber disminuido mucho de peso;

Estado actual.—Mujer bien constituida, escaso panículo adiposo, piel y mucosas bien coloreadas: lengua saburral y anorexia.

Abdomen.—La fosa iliaca derecha está doloroso y en el punto de Mac Burney se despierte un vivo dolor a la palpación; se toca el colon en todo su trayecto y muy doloroso; el estómago está dilatado y desendido.

El riñon derecho: Está descendido y se palpa integro en las inspiraciones.

24 de Marzo Operación.—Incisión de Jalaguier; el apéndice está sano y solo contiene algunos cálculos estercorales; se estirpa.

El ciego y el colón ascendente están recubiertos en su cara anterior y lateral interna por un velo membranoso muy vascular que se prolonga hasta el meso colón. En el meso colon ascendente cerca del ángulo hepático se encuentra un gánglio grande como una nuez; en el mesenterio cerca de su inserción parietal se vé una serie de gánglios linfáticos. El Colon trasverso está muy descendido.

Es dada de alta el 5 de Abril, encontrándose muy bien.

OBSERVACION II

F. B. 23 años, casada, entra al Hospital Rivadavia, Pabellón Cobo, el 19 de Marzo 1915 cama 57.

Enfermedad actual.—Hace más de 5 años que sufre de un modo intermitente crisis dolorosas en el abdomen que principiando en el estómago se propagan al colón trasverso y se radican en la fosa iliaca derecha y de allí van a la

pierna lo que le dificulta la marcha. Sufre sensación de pesadez y de plenitud en el epigástrico y vómitos durante su crisis y en sus intervalos. La crisis dolorosas son muy intensas y le duran diez a veinte días, teniendo que guardar cama. Dice ser ligeramente constipada.

Estado actual.—Mujer regularmente constituida, escaso panículo adiposo, piel y mucosas pálidas.

Abdomen.—La fosa iliaca derecha es dolorosa y se nota un ligero empastamiento los anexos derechos están muy dolorosos al tacto.

Es operada el 2 de Abril; incisión de Jalagnier, se encuentra el apéndice sano que se estirpá; el colon ascendente y el ciego están cubiertos de membranas velamentosas muy vasculares que partiendo de la vandeleta anterior se dirigen oblicuamente hacia arriba y hacia afuera y se inserta en el peritoneo parietal; se efectua la estirpación de estas membranas: se encuentra un glánglio en el mesenterico el cual se estirpa.

El 4 de Abril se inocular un centímetro cúbico de maserado de glánglio mesentérico a un cobayo.

El 4 de Mayo se sacrifica el coballo, no se observan lecciones tuberculosas de ninguna especie.

Las membranas presentan todos los caran-

teres de las membranas inflamatorias.

Alta.—el 18 de Abril muy mejorada.

OBSERVACION III

M. S. 17 años, argentina, entra al Hospital Rivadavia,
Pabellón Cobo, el 12 de Abril de 1915, cama 57.

Enfermedad actual.—Hace dos años que empieza a sentir dolores en la fosa iliaca derecha; estos dolores desaparecen cuando está acostada y se exacerban en la posición de pié con la marcha y los esfuerzos. Son independientes de la digestión; dice tener frecuentes vómitos en el comienzo de las comidas ó después de ellas y que sus digestiones son penosas, es constipada siendo frecuentemente interrumpida esta constipación por diarrea.

Estado actual.—Enferma en buen estado de nutrición, escaso padículo adiposo, piel de tinte terroso y mucosas bien coloreadas.

Abdomen.—La fosa iliaca derecha es dolorosa; en el punto de Mac Burney es doloroso y hay ligera defensa muscular. El colon ascendente es doloroso; el máximo de este dolor radica en un punto situado a dos traveses de dedo por debajo y fuera del ombligo; hay diarrea.

Operada.—El 17 de Abril; apéndice sano, se

estirpa: el colon ascendente está cubierto de membranas muy vasculares las cuales se estiran igualmente; se encuentran algunos gánglios en la raíz del mesenterio.

Análisis de los gánglios mesentericos, membranas pericólicas y apéndice.

Resultado.

Congestión de la mucosa pendicular. Membranas inflamatorias, Gánglios atacados de lesiones inflamatorias subagudas. La enferma sale del hospital el 5 de Mayo completamente curada.

OBSERVACION IV

F. N. 22 años, argentina, soltera, entra al Hospital Rivadavia Pabellón Cobo el 29 de Septiembre de 1914, cama 66.—A. P. Escarlatina a los 11 y sarampión a los 17 años.

Enfermedad actual.—Hace 3 meses que empieza a sentir dolor en el hipocondrio derecho; este dolor acentuándose hasta un limite soportable por la enferma decrecia después y desaparecía para comenzar luego de nuevo; la enferma dice haber tenido vómitos en el momento de este dolor y náuseas frecuentemente, tiene anorexia y ha disminuido mucho de peso y es ligeramente constipada, no ha tenido nunca icterisia.

Estado actual.—Mujer bien constituida, en buen estado de nutrición y mucosas bien coloreadas.

Abdomen.—En el hipocondrio derecho siente un dolor localizado en el lóbulo derecho del hígado que se acentúa a la presión y se propaga hacia la espalda y cintura del mismo lado; la fosa ilíaca derecha es ligeramente dolorosa así como el colon ascendente; el riñón derecho está caído.

Operada el 20 de Octubre.—La vesícula biliar sana y el colon ascendente se encuentra cubierto de una membrana muy vascular que partiendo de la cara interna se dirige hacia arriba y hacia afuera: el colon trasverso se encuentra muy descendido.

Estirpación de las membranas.—La enferma sale el 15 de Noviembre completamente sana.

OBSERVACION V

F. C. 31 años. española, casada, entra al Hospital Rivadavia, Pabellón Cobo el 15 de Diciembre de 1915, cama 60.—A. P. Sarampión y viruela en

su infancia, ha tenido 4 hijos, partos y puerperio normal; hace cuatro meses fué operada de apendicitis.

Enfermedad actual.—Apesar de la operación que sufrió, continúa con dolores en el lado derecho del vientre y en la región epigástrica, con vómitos y digestiones penosas: dice ser constipada desde hace mucho tiempo.

Estado actual.—Mujer de talla mediana, buen estado de nutrición, piel trigueña, mucosas rosadas, lengua húmeda y saburral, apetito escaso.

Estómago.—Experimenta dolores poco después de la comida y manifiesta intolerancia para las carnes.

Intestinos.—Es constipada, solo mueve su vientre con enemas o laxantes.

El riñón derecho.—Se toca la palpación, sobre la línea espinoumbilical se presenta un punto doloroso que irradia en el trayecto del colon ascendente.

Operada.—El 18 de Diciembre. Se encuentra el ciego y parte del colon ascendente recubierto por una membrana muy vascular la cual se estirpa; es dada de alta el 30 de Diciembre encontrándose en buen estado.

OBSERVACION VI

J. R. 18 años, argentina, soltera, ingresa al Hospita
Rivadavia Pabellón Cobo el 1º de Mayo de 1916,
cama 59.—A. P. sarampión en su infancia.

Enfermedad actual.—Hace 3 años tuvo por primera vez un fuerte dolor en la fosa iliaca derecha que se propagaba al epigástrico y región lumbar, Este dolor era acompañado de dilatación del vientre, temperatura ligera, cefalea, y fué seguido de diarrea. Al año siguiente tiene un nuevo ataque con identica sintomatología aún que de intensidad algo menor. Estos ataques se han ido repitiendo cada vez mas con mayor frecuencia haciendo tres meses que tuvo lugar el último. Dice la enferma que hace muchos años que es constipada, no defecando sino cada tres a seis días y aveces cada nueve días, y que entre ataque y ataque le queda un dolor sorda en la fosa iliaca derecha que la marcha aumenta la intensidad y se extiende a todo el vientre.

Estado actual.—Enferma bien constituida, regular padicula adiposo y ligero tinte terroso, len-

güa saburral, aliento fétido, anorexia y constipación.

Abdomen. — La fosa iliaca derecha está dolorosa, a la palpación el punto de Mac Burney está ligeramente doloroso. El maximun de este dolor está un poco por encima de él y se propaga a lo largo del colon escedente. El ciego está dilatado, movable y doloroso. Hay gorteo cecal.

La maniobra de Lardennois despierta dolor en la fosa iliaca derecha. Se opera el 3 de Mayo. Incisio de Jalaguier. El apéndice no acusa maseroscopicamente lesión alguna, se estirpa. el ciego está muy dilatado y móvil: el colon ascendente está recubierto de una membrana muy vascular que es seccionada entre dos ligaduras.

La enferma sale del hospital el 15 de Mayo el dolor ha desaparecido así como la constipación, defecando regularmente todos los dias, el 14 de Junio es vuelta a ver encontrándose completamente sana.

OBSERVACIÓN VII

A. F. 30 años, española, soltera entra al Hospital Rivadavia, Pabellón Cobo, el 8 de Julio de 1915, cama 77.—A. P. Sarampión en la infancia, tifoides a los 10 años.

Enfermedad actual.—Ingresa al hospital con un dolor agudo en la región cecal acompañado de un poco de fiebre. Este dolor irradia hacia la pierna derecha. La enferma se quejaba desde mucho tiempo anterior a su enfermedad, de constipación y dolor de cabeza y pérdida de apetito, pasaba hasta 8 días sin mover el vientre y ha tenido cólicos intestinales.

Estado actual.—Mujer bien constituida, en regular estado de nutrición, y mucosas ligeramente coloreadas.

Aparato digestivo.—Lengua saburreal, pérdida del apetito y el alimento que toma la causa náuseas, a la palpación hay sensibilidad en el epigastrio, hace cinco días que no mueve el vientre la región de la ampolla cecal siente un dolor más ó menos intenso exacerbadado por la palpación, hay defensa muscular bien característica. Operada el 8 de Julio. Incisión de de Jalaguier. El

apéndice al examen microscópico se presenta normal y el colón se encuentra rodeado de gruesas membranas vasculares. Se extirpa el apéndice por el procedimiento habitual y se resecan todas las membranas pericolicas. El exámen microscópico el apéndice revela únicamente una ligera congestión folicular; la enferma sale el 21 de Julio completamente sana.

OBSERVACION VIII

M. G. 25 años, española, casada, entra al Hospital Rivadavia, Pabellón Cobo el 13 de Agosto de 1914, cama 15.

Enfermedad actual.—Hace tres años sintió durante tres días seguidos fuertes dolores en todo el abdomen que sedieron al tratamiento médico (hielo) hace tres meses comienza a sentir fuertes dolores en la fosa iliaca derecha que se propagan a la región lumbar e irradian a la pierna derecha; dolor que persiste aún, aunque algo menos intenso. Dice ser constipada desde hace mucho tiempo y haber delgazado mucho en estos tres últimos meses de enfermedad.

Estado actual.—Mujer bien constituida, escaso padículo adiposo y mucosa bien coloreada.

Abdomen.—Se notan las tres primeras porciones del colon endurecido haciendo la impresión de una cuerda tensa muy doloroso. El punto de Mac Burney presenta una sensibilidad especial; el riñón derecho está descendido y movable con la respiración. En la orina hay vestigios de indicación. Operada el 25 de Agosto. Incisión de J. J. Laguer. El apéndice sano; el ciego y colon ascendente cubierto de una membrana muy vascular. El colon trasverso muy descendido y adherido al ciego en la forma que indica la F.g. N^o. 3.—Recepción de todas las membranas y apendiceptomía. La enferma sale del hospital el 2 de Setiembre muy mejorada y se le receta faja abdominal. A los 8 meses la enferma es vuelta a ver encontrándose completamente sana.

OBSERVACIÓN IX

R. M. 19 años, argentina, casada, entra al Hospital Rivadavia, Pabellon Cobo el 20 de Setiembre de 1915, cama 62.

A. P. Sarampion complicado de bronquitis neumonia doble en su infancia, a los 9 años reumatismo poliarticular agudo intenso con complicaciones cardiacas. 3 hijos con parto y puerperio

normal; un aborto hace un año; su último embarazo fué acompañado de vómitos repetidos e imposibilidad completa para toda alimentación. Hace 4 meses siente un dolor en el flanco derecho que aumenta progresivamente de intensidad para alcanzar a los 15 minutos un carácter intolerable, dolor que se propaga a los lomos derechos y es acompañado de escalofríos, sudor abundante, temperatura elevada, vómitos mucosos primero, biliosos después, intolerancia gástrica y constipación. Siente sus extremidades frías este ataque se repite con intervalos de 10 a 20 días durante los cuales su estado es inmejorable, Hace 2 meses que fué tratada como dispeptica.

Estado actual.—Buen estado de nutrición, buen desarrollo muscular, mucosas bien coloreadas.

Abdomen.—Paredes flásidas, a la palpación se nota un empastamiento en el flanco derecho que se hace dolorosa a la inspiraciones profundas. El borde anterior del hígado es palpable. El superior se encuentra en el quinto espacio intercostal. En el punto visiclar hay un ligero dolor. El colon ascendente y trasverso y descendente se palpa bajo la forma de cordones que se deslizan bajo la mano y se hacen dolorosos a la presión sobre todo el ascendente y el trasverso. Se encuentra un punto muy sensible a dos dedos a

la derecha y por debajo del ombligo; en la orina se encuentra albumina, 0.05-o/oo, Operación el 25. Incisión siguiendo el borde externo del recto de 10 centímetros por encima de la línea umbilicoespinosa. Se encuentra el ciego y el colon ascendente recubierto de una membrana surcada por una red a gruesas mayas de finos vasos que cubriendo la cara anterior e interna de ambos va a adherirse al meso colon y se encuentra muy espesada al nivel del ángulo hepático. El apéndice es normal. El colon trasverso muy descendido y la vesícula viliar normal.

Apendisectomía.—La enferma sale el 22 de Octubre de 1915, muy bien.

OBSERVACION. X

A. D. 22 años. argentina, casada, entra al Hospital Rivadavia, Pabellón Cobo el 23 de Abril de 1915, cama 61.

Estado actual.—Hace un mes que sintió dolor en el epigástrico y en la fosa iliaca derecha acompañada de vómitos y fiebre; refiere que sentía un tumor en la fosa iliaca derecha que era dolorosa a la palpación y el dolor irradiaba hacia el muslo derecho, se le puso hielo al vientro

y se le prescribió dieta hidrica; estuvo una semana en la cama y dice ser constipada de hace mucho tiempo y que sufre con frecuencia trastornos dispepticos.

Estado actual;—Es bueno,

Abdomen.—Paredes blandas, depresibles, en todas sus zonas. Se nota la palpación profunda un punto doloroso al nivel de la fosa iliaca que no coincide con el punto de Mac Burney. Se opera el 29 de Abril y se encuentra el apéndice sano y el colon ascendente y ciego recubiertos de membranas vasculares y glándulos en el mesenterio. Se estirpan dichos glándulos, las membranas y se hace la apendisectomía. El análisis de apéndices y glándulos, dice: Apéndice normal, glándulos presentan lesiones inflamatorias sub-agudas. Es dada de alta el 14 de Junio bastante mejorada.

OBSERVACION XI

A. B. 17 años, argentina, soltera, ingresa al Hospital Rivadavia, Pabellon Cobo el 17 de Octubre de 1915, cama 52.

Enfermedad actual.—Hace dos años sintió un dolor más o menos intenso en el flanco de-

recho que duró 15 días pudiendo soportarlo en pie. Este dolor sígelo apareciendo por periodos de 2 a 3 meses de duración y 2 a 4 meses de intervalos y que desaparecen con un purgante. Estos dolores sobrevienen después de un largo periodo de constipación: hace 8 meses tuvo un violento ataque sin temperatura con vómitos mucosos y alimenticio y le duró cuatro días, quince días hace tuvo un amago de ataque con ligero dolor en la fosa iliaca derecha y náuseas. Su constipación data de mucho tiempo atrás.

Estado actual.—Mujer bien constituida, regular estado de nutrición, mucosas pálidas, lengua saburral y anorexia.

Abdomen.—La fosa iliaca derecha es dolorosa, la palpación despierta dolor en el punto de Mac Burney en el cual hay un ligero empastamiento este dolor se propaga hacia el colon ascendente: el máximun de este dolor se encuentra localizado en un punto situado a dos dedos por debajo y a dos a la derecha del ombligo. El borde del hígado es sensible a la palpación profunda. Operada el 21 de Octubre incisión de Jallaguiet, se encuentra un apéndice largo y sano que se estirpa. El colon ascendente y el ciego se encuentran cubiertos en la cara anterior y lateral evterna por un velo velamentosos muy vascular que relativamente grueso a nivel del colon.

ascendente es ténue a nivel del ciego. Se estirpa esta membrana pericólica y se nota que el colon se distiende al ser libertado de esta cubierta adventicia. En el mesenterio se observa algunos gánglios hipertrofiados. La enferma sale del hospital el 4 de Noviembre muy mejorada.

OBSERVACION XII

M. M. 19 años, española, soltera, entra al Hospital Rivadavia, Pabellón Cobo el 17 de Enero de 1916, cama 67.

Enfermedad actual.—Comienza hace 15 días con dolores agudos en la fosa iliaca derecha, con irradiaciones hacia el estómago, con vómitos y ligera fiebre.

Dice ser constipada desde hace mucho tiempo.

Estado actual.—Buen estado general, peco pánico adiposo, mucosas bien coloreadas, constipación.

Abdomen.—la fosa iliaca está dolorosa y el ciego dilatado, En un punto situado a dos dedos por debajo y a la derecha del ombligo la palpación despierta un vivo dolor. Insuflando el intestino grueso siente dolor en la fosa iliaca derecha y en el epigastrio. El riñón derecho está al-

go desendido. Operada el 22 de Enero, insición de Jalaguier; se encuentra el ángulo cólico derecho acordado en caño de fusil por una membrana; y el epiplon las cuales cubren el colon ascendente y ciego, se cortan las membranas y se extirpa el apéndice.

Sale del hospital el 6 de Febrero muy mejorada.

OBSERVACION XIII

L. M. 19 años, argentina, casada, entra al Hospital Rivadavia, Pabellón Cobo el 24 de Enero de 1916, cama 52.

Enfermedad actual.—Hace 7 meses comenzó a sentir dolores difusos en todo el abdomen acompañados de malestar general; estos dolores fueron aumentando de intensidad hasta que a los 15 o 20 días se localizaron con gran intensidad en la fosa iliaca derecha y flanco del mismo lado, le apareció fiebre y vómitos los cuales se hacen continuos. Su vientre que a los primeros días se movia espontaneamente se hace muy constipada Este ataque le dura 10 días y sede al reposo y hielo.

Desde entonces siente siempre algunos do-

lores en el flanco derecho, malestar general y estado nauseoso constante.

Estado actual.—Regular estado de nutrición poco panículo adiposo, mucosas conjuntivales pálidas, anorexia y constipación.

Abdomen.—Fosa iliaca dolorosa, el punto de Lanz, de Mac Burney y el de la pericolitis son muy dolorosos a la palpación. El riñón derecho está caído y es doloroso.

Operada el 27 de Enero, incisión Jalaguier colon trasverso topsado. El ciego y gran parte del colon ascendente se encuentran cubiertos por una membrana gruesa, poco vascularizada que partiendo de la vandeleta interna recubre la cara anterior y lateral externa del colon y se inserta en el meso-colon ascendente produciendo estrecheces en el ciego y colon ascendente.

El apéndice tiene un aspecto sano.

Resección del velo membranoso y apendicectomía: sale del hospital el 6 de Febrero, sana.

OBSERVACION XIV

M. R. 25 años, italiana, casada, entra al Hospital Rivadavia, Pabellón Cobo el 25 de Octubre de 1915.

Enfermedad actual.—Comienza con dolores intermitentes hace 1 mes y medio. Al principio

en el flanco derecho después se estendieron a todo el vientre. A veces tiene náuseas, pesades en el epigástrico, después de las comidas, mareos.

Sufre de constipación habitual.

Estado actual.—Enferma bien constituida escaso panículo adiposo, mucosas ligeramente coloreadas.

Abdomen.—Todo el flanco derecho del abdomen está doloroso. No se toca plastron así punto claro de Mac Burney.

Operada el 2 de Octubre. Apéndice sano se extirpa ciego dilatado, colon ascendente cubierto de una neo-membrana muy vascular que cubre la cara interna y anterior y va a perderse en el peritoneo parietal. Resección de la neo-membrana.

Sale del hospital el 5 de Noviembre completamente sana.

OBSERVACION XV

A. E. 20 años, austriaca, casada, ingresa al Hospital Rivadavia, Pabellón Cobo el 23 de Abril 1915.

A. P.—Desde hace dos años y medio que comienza a sentir dolores en la región lumbar acompañados con frecuentes cefaleas y vómitos.

La región epigástrica era dolorosa espontáneamente y a la presión, llegada al hospital y examinada se le encuentra un riñón móvil y se le practica una nefropexia.

Enfermedad actual.—A los 6 meses de la anterior operación empieza a sentir dolores en la fosa iliaca derecha, dolor constante en forma de tironeamientos que se exacerba con los movimientos y los esfuerzos. Tiene frecuentes vómitos y es muy constipada.

Estado actual. Mujer bien constituida en buen estado de nutrición. mucosas normales.

Abdomen.—El ciego y el colon ascendente son dolorosos. El dolor es vivo en el punto de Mac Burney e intenso y profundo en el punto de Lanz.

Riñones no se tocan.

Operada el 29 de Abril. Se encuentra el apéndice macroscopicamente sano el cual se extirpa. El colon ascendente se encuentra cubierto por un velo membranoso muy vascular que partiendo de la cara interna del colon se dirige hacia arriba y afuera y se pierde en el peritoneo parietal: velo que se extirpa.

La enferma es dada de alta el 20 de Mayo hallándose completamente sana.

El 8 de Octubre es nuevamente vista la enferma hallándose completamente curada.

OBSERVACION XVI

M. G. 16 años, española, ingresa al Hospital Rivadavia, Pabellón Cobos el 15 de Abril 1916, cama 55.

Enfermedad actual.—Desde hace un año más ó menos comienza a sentir un dolor sordo en la fosa iliaca derecha que no le estorba mayormente. Hace 5 meses con ocasión de un paseo a pié tuvo una fuerte crisis que consistía en un fuerte dolor en la fosa iliaca derecha, distensión del vientre, vómitos, cefalea, crisis que le duró 6 a 8 horas y fué seguida de una abundante diarrea. Después de la crisis le quedó el mismo dolor de antes en la fosa iliaca y las crisis se repetían con relativa frecuencia después de las marchas los esfuerzos o de las comidas abundantes. Dice haber sufrido siempre del estómago y desde hace mucho tiempo que es constipada defecando cada 4 a 7 días lo cual la obliga a usar con frecuencia purgantes los cuales la alibian.

Estado actual.—Enferma bien constituida escaso pániculo adiposo, tinte subictérico mucosas ligeramente coloreadas.

Abdomen.---La fosa iliaca derecha lo mismo que el flanco del mismo lado estan dolorosos.

El punto de Mac Burney y de Lanz son muy dolorosos y no se nota ningún empastamiento, hay una ligera reacción de defensa.

Operada el 20 de Abril. Apéndice sano que se extirpa, el epiplon en lugar de terminar al nivel del ángulo derecho del colon trasverso desciende en una extensión de 15 centímetros sobre la cara anterior del colon ascendente y luego se continuaba con una membrana tenue, vascular que cubría el colon y ciego: membrana que se extirpa.

La enferma sale el 5 de Mayo, completamente sana.

ORSEERVACION XVII

E. R., 21 años, española, soltera, entra al Hospital Rivadavia, Pabellón Cobo el 23 de Marzo de 1913, cama 50.

Enfermedad actual. Hace un mes tuvo poco después de medio día un fuerte dolor en la fosa iliaca derecha con propagación al epigástrico, acompañado de vómitos, cefalea y ligera temperatura. El médico que la atendió hizo el diagnóstico de apendicitis. Dice la enferma que siempre ha sido constipada lo que la obligaba

hacer uso frecuente de los purgantes. Ha sufrido del estómago por lo cual era tratada como dispeptica.

Estado actual.—Enferma bien constituida regular panículo adiposo, mucosa bien coloreada.

Abdomen.—La fosa iliaca derecha está dolorosa, el punto de Mac Burney está dolorosa así como el colon ascendente. No hay empastamiento ni reacción de defensa.

Operada el 26 de Marzo con el diagnóstico de apendicitis. Se hace una insición de Jalaguier. Se encuentra el apendice sano al examen macroscópico el cual se extirpa.

Sale de alta el 12 de Abril muy mejorada.

El 24 de Mayo vuelve nuevamente al hospital presentando los mismos sintomas que la vez anterior aunque algo mas pronunciados: la enferma no puede comer por los vómitos y sus dolores son mas intensos.

Es operada nuevamente el 29 de Mayo, y se encuentra el ciego dilatado y movil, el colon ascendente cubierto por una membrana gruesa, vascular que partiendo de la cara interna del colon ascendente cubre la cara anterior y termina en el meso-colon ascendente comprimiendo ligeramente el colon. La membrana se desprende y se reseca.

El 16 de Junio sale de alta muy mejorada.

Esta enferma que se encuentra en la actua-

lidad en el hospital como enfermera dice que después de su última operación quedó completamente sana, sus dolores cesaron no tuvo más vómitos y que desapareció su constipación defecando regularmente todos los días.



CONCLUSIONES

1°. El tratamiento médico es susceptible de mejorar y aún de curar ciertos casos de pericolicitis.

2°. En los casos graves, de larga duración, que no ceden ni se alivian con el tratamiento médico prolongado durante cierto tiempo y presentan fenómenos de astenia, intoxicación general neurastenia, etc. es necesario recurrir al tratamiento quirúrgico.

3°. En los casos comunes de pericolicitis o de acodadura ileal la intervención debe limitarse a la extirpación pura y simple de las membranas.

4°. En aquellos casos en que las membranas sean muy numerosas y difíciles de extirpar se recurrirá a las anastomosis intestinales.

5°. La tifo-transversostomía ó mejor la tiflo-sigmoidostomía son aconsejables en los casos de pericolicitis pura.

6°. En los casos de pericolicitis con acodadu-

ra ileal se recurrirá a la ileo-transversostomía que se estará obligado hacerla seguir la mas de las veces de la ablación del ciego y colon ascendente o a la ileo sigmoidostomía o mejor a la ileo rectostomía siguiendo la práctica de Lane con exclusión unilateral y aumento del ángulo subyacente a la anastomosis.

7°. La colectomía se practicará solo, secundariamente en los casos de reflujo.

OSCAR FRANCO.

BIBLIOGRAFIA EXTRANGERA

Alglave M. P. — Contribution a l'étude des accidents rattachés a la dilatation du cœcum et a la pericolite du colon ascendant et de son angle hepatique. La Presse Medical No. 41, 17 May 1913, pag. 405.

Recherches experimentales sur l'exclusion, la resection du gros intestin et l'anastomose ileo-sigmoïdeale. Revue de Gyn. et de Chir. abdominal No. 1, fev. 1907.

Berard et Patel — Les occlusions intestinales par couture de l'angle colique gauche. Revue de Chirurgie, 1913, pag. 590.

Connell F. G. — Ileo-caecal adhesions (Lane's kink and Jackson's membrane) Surg Gynec and Obstetrics novembre 1911.

Cotte G. — A propos de la pericolitis. Lyon Chirurgical, Enero No. 7, 1912.

Crossen H. S. — Membraneous perictrolitis, Surg Gyn. and. Obst., juillet 1911.

Chapple — Chronic intestinal estasis eased by short-circuiting or colectomy: a brief study of the life histories of fifty cases British med. Journ 22 Avril 1911.

Curtz — Le traitement chirurgical des colites. Fa Clinique 1911 No. 35, 36 y 37.

Carwardin T. — Pericolitis. British med. Journ 18 janv. 1913 pag. 101.

Cunfo — Sur la typhlo-sigmoidostomie. Bull. de la Soc. de Chirur. N°. 22, juin 17 1913, pag. 922.

Duval — A propos de la pericolite membraneuse. Archives de maladies de l'appareil digestif et de la nutrition 1910 pag. 252.

Duval et Roux — Contribution a l'etude du traitement chirurgicale de la stase colique par alterations du colon. Bull. et Mem. de la Société de Chirurgie 1914 pag. 303.

Delore et Alamartine — A propos de deux cas de stenoses sus-caecales avec pericolite, Revue de Chirurgie N°. 5 1912 pag. 711.

Delbet — Sur la typhlo-sigmoidostomie. Bull. Soc. Chirur. 17 juin 1913.

Dieulafoy — Quantite de gens atteints de la typhlo-colite-muco-membraneuse sont indûment opérés d'appendicite qu'il n'ont pas. Bulletin de l'Academie de medicine de Paris 3^e. serie N°. 55 pag. 597 et 723.

Delagr — Pericolitis stenose adhesive. Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris 1806 pag. 675.

Eastmann Y. R. — Peritonitis. Journ. of the American med. Assoc. vol. LXI N°. 9-30 avr. 1913 p. 635.

Flint Marshall Y. — Embryonic bands and membranes about the accum. John Hopkins hospital Bull. Octobre 1912 V. 23 N°. 260 pag. 302.

Franke — Exclusion unilaterale du gros intestin pour obstruction chronique. Congrès de la Soc. All. de Chir. 1902.

Floderus — Traitement chirurgical des affections benignes chroniques du colon, en particulier au moyen de l'ileo-sigmoidostomie. Nord. Mediz. Arch. 1911.

Hartman — Sur la typhlo-sigmoidostomie. Bull. de la Soc. de Chirur. 3 Juin 1913.

Hofmeister — Weber Typhloektasie Chronische Perity-

phlitis Coecum mobile Beiträge zur Klin Chirurgie Vol LXXI fax. XXV año 1911 pag 832.

Isaacs A. E. (New-York) — Membraneus perienteritis, New-York med. Journ 20 Octubre 1912 pag. 229.

Jackson Jabez — Membranous - Pericolitis Transacción of the Western Surgical and Gynecological Association 1908.

Jackson Jabez — Membranous Pericolitis and allied conditions of the Ileo-coecal región. Annals of surgery 3 March 1913 pag. 374.

Kellogg J. H. — Chirurgie de la valvule ileo-caecal; procédé pour rendre suffisante une valvule ileo-caecale et pour créer une valvule artificielle ileo-colique Surgery Gynecology and obstetrics Tº. XVII Nº. 5 noviembre 1912 pag. 563.

Lejars — La coudure ileale d'Arbuthnot Lane et la pericolicite membraneuse de Jackson. Semaine Medical Nº. 40 año 1911 pag. 581.

Lenormant Ch. — La Pericolite membranosa. La Presse Medical 8 Mars 1913 pag. 188.

Lane Arbuthnot — The first and last kink in chronic intestinal stasis. Lancet 2 Diciembre 1911.

The kink of the ileum in chronic intestinal stasis. Y Nisbet and Co. 1910 in 8.

The operative treatment of chronic constipation London 1908 Nisbet Co. 70 p. in 8º.

Intestinal stasis British med Journ May 4/1912 p. 989.

The obstruction of the ileum which develops in chronic intestinal stasis Lancet 1910 pag. 1193.

Chronic intestinal stasis. Cir. Gyn. and Obst. 1910 p. 495.

And address of chronic intestinal stasis British med. Journ Londres 1909 pag. 1408.

Lardennois et Okinczyc — La tiphlo-sigmoidostomie en

Y dans le traitement des colites rebelles et de la stase du gros intestin par pericolite membraneuse Journ de Chir may 1913 pag. 538.

Ladermois G. — La stase colique par deformation des colons La typhlectasis symptomatique. Presse medical 7 juin 1913 pag. 465.

Leotta N. — Le aderenze pericali e pericoliche. Il Policlinico, Sezione Chirurgica 15 Febrero y 15 de Marzo 1914 pag. 95 y 138.

Leveuf Y.—Le diverticule epiploique droit chez le nouveau-né, ses reliquats chez l'adulte (ligament et voile pericolic) Rev. de Chirur. 10 janvier 1914 G^o. 1 pag. 22.

Martin Franklin—The significance of the Lane's kink of the ileum surg Gin. and Obs. avril 1911.

Michel—Congres Francais de Chirurgie 1904, pag. 496.

Ch. Mayo—Obstruction intestinal par coudure et adherence de la portion terminale de l'ileon Surg. Gin. and Obs. T. XII N^o. 3 mars 1911 pag. 227.

Mansell-Moulin — Ileo-sigmoidostomie pour guerir la constipation inveterée Lancet 16 janvier 1909 pag. 156.

Mosetig-Moorhof—Technique de la colectomie, Rev. de Gynec. 1897 pag. 1031.

Mano A.—Las exclusion ouvertes partielles et totales du gros intestin. Rev. de Chirur. N^o. 5 10 mai 1912 pag. 726

Manclaire Pericolites membraneuse; anastomose-ileo-transverse. Progres medical mars 1913 sur la tiphlo-sigmoidostomie en Y Bulletin Soc. Chir. 24 juin 1913.

Polherat—Pericolite stenosante adhesive. Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris 1906 pag. 609 et III Congrès de la Societe International de Chirurgie de Paris 1906 T. 32 pag. 675.

Pauchet—Resection du gros intestin pour constipation.

Societe Med. de Piccardie, janv. 1913.

Traitement de la stase intestinale chronique 33 anastomoses 3 resectiones du gros intestin. Bull. de la Societe de Chirurgie de Paris 22 juillet 1913.

Picque M.—2 cas de megacolon traites par la colectomie. Bull. de la Societe de Chirur. 14 janvier 1913.

Pezanof M.—Formations membraneuse dans la region du segment proximal du gros intestin comme une formation anatomique; le ligament varioforme La Presse Medical 1913 pag. 10

Roux—Congrès Français de Chirur. Octu. 1912.

Roux y Ch.—Adherences pericaecales et pericoliques en Mathieu et Roux - Pathologie gastro-intestinales serie III Doin Paris 1911, pag. 397

Guenu—Du role de l'angle colique gauche dans les occlusions intestinales. Importance predominante des petites brides pericoliques. Bull. et Mem. de la Societe de Chirur. 1912 pag. 695.

Wirchow—Wirchow Archiv 1853 pag. 281.

Wilms—Apendicite chronique et caecum mobile, spasme-atonie et dilasation du caecum, Archiv fur Klinische Chirurgie V. XCV, fasc. 134, año 1911, pag. 581.

Das coecum mobile als Ursache mancher Falle von sogenannten chronischen appendicitis. Deutsche Med. Wochens 8 oct. 1908, pag. 1736.

Windscheid—La Pericolite Deutsch Arch. f. Klin. Med. T. 40, pag. 1899.

Worderbügge—Über Beziehungen der Pericolitis zur sogenannten chronischen Blinddarmentzündung-Brun's Beifrage zur Clin. Chirurgie 1914, pag. 457.

Stierlin — Über chronische Funktionsstörungen des

Dickdarms-Ergebnisse der inneren medicin und Kindh 1913,
pag. 382.

Tripier et Paviot—Pathogenie peritonique de la colique
hepatique et de crises douloureuses epigastriques. Semaine
Medicale 1913, pag. 29.

Tuffier—Bull. de la Societe de Chirur. Seance du 16
juillet 1913, pag. 1149.



BIBLIOGRAFIA ARGENTINA

Enrique Finocchietto. Pericolitis membranosa y Lanes' Kink. Comunicación en colaboración con el Dr. H. Carelli a la 13ª sección ordinaria de la Sociedad Médica Argentina, Vol. XX año 1912 pág. 975.

Artemio Zeno. La acodadura ileal de Lane y la periceolititis de Jackson, comunicación al Centro Médico del Rosario, Junio 17, 1913.

Vicente Perez Balderiote. Pericolitis membranosa de Jackson y acodadura ileal de Lane (Tesis 1914).

Herman Taubenschlag. Perienteritis membranosa. (Revista de la Asociación Médica Argentina Vol. XXIV N°. 137.

Oreste Mazzia. La Membranous Pericolites de Jackson (adherencias pericecales y pericoleos) Semana Médica 1914 N°. 6.

Buenos Aires Junio 15 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Diógenes Decoud, al profesor titular Dr. Ricardo S. Gomez, y al profesor suplente Dr. Oscar Copello, para que, constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º. de la "Ordenanza de exámenes".

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires Julio 4 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta No. 3174 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

30506

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Técnica del aprontamiento termino terminal cuando las extremidades intestinales son de calibre diferente.

D. Decoud

II

Concomitancia de la apendicitis y de las pericolicitis.

R. S. Gomez

III

Importancia del tratamiento médico en la pericolicitis membranosa (termo-penetración). Precisión de la indicación del tratamiento quirúrgico.

G. Copello

