

TRABAJO DE INGRESO

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ESTASIS INTES- TINAL CRONICA, POR LA COLO-COLOSTOMIA DOBLE

POR EL DR. GUSTAVO BAZ

A título de comunicación preliminar, me permito someter a la docta consideración de esta H. Academia una nueva forma de tratamiento quirúrgico aplicable a ciertos casos de estasis intestinal crónica.

Con frecuencia vemos llegar a los consultorios, pacientes que se quejan de este síndrome y que han sido sometidos inútilmente, si es que no con perjuicio, a los más variados tratamientos. ¿A qué se debe este fracaso?

El problema es de los más complejos. Las causas que engendran el conjunto sintomático se combinan hasta formar círculos viciosos. Los efectos de unas se convierten en causa de nuevas lesiones.

Rebasaría los límites de este trabajo si estudiara minuciosamente la etiología del síndrome que me ocupa, sólo quiero recordar que las causas que lo producen atacan la mucosa del intestino, la túnica muscular, el peritoneo, el sistema nervioso y el sistema vascular y con frecuencia modifican la estática abdominal.

Los productos mal elaborados que resultan de una digestión insuficiente, los cuerpos extraños, los parásitos intestinales, las fermentaciones, etc., son causas que obran directamente sobre la mucosa y que producen en ella desde la reacción inflamatoria ligera hasta lesiones ulcerosas. Las perturbaciones endócrinas, las intoxicaciones, lo mismo exógenas que endógenas, modifican la tonicidad de la capa muscular del intestino. La inflamación del apéndice, de las vías biliares, de los anexos en la

mujer, etc., son las causas habituales que atacan la serosa peritoneal. Las que tienen predilección marcada por el sistema nervioso son la fatiga, la vida sedentaria, cierto tipo de intoxicaciones, como la de la morfina así como reflejos partidos de la esfera genital o de la gástrica, etc. Toca luego su turno a los procesos infecciosos como la sífilis, la tuberculosis, las diferentes formas de anemia y a las lesiones vasculares de la red del vientre, causas todas que influyen el régimen circulatorio del aparato digestivo. Por último, quedan por considerar las que modifican la estática abdominal, lo mismo las ptosis viscerales que las bridas y los velos del peritoneo y lo mismo las de tipo congénito que las adquiridas.

Por la larga enumeración de estas causas, que podrían aún alargarse considerablemente, se ve cómo es difícil y en ocasiones imposible, resolver cuál es la causa primordial de los trastornos en cada caso concreto, dado que por su naturaleza dichas causas se mezclan, se combinan y se completan en su acción.

El tratamiento que me permito proponer tiene por objeto romper el círculo vicioso en los casos de estasis intestinal crónica con ptosis del colon transversal, haya o no descenso del ángulo hepático. Huelga decir que la ptosis del colon y la caída del ángulo hepático pueden presentarse sin que produzcan el síndrome de la estasis. Todo el que haya estudiado un poco la radiología del colon sabe que a menudo se encuentran estas ptosis sin que por ello el enfermo, o más bien el portador, señale manifestaciones morbosas aparentes (estado de compensación) y si he querido señalar aunque sea someramente las múltiples causas que originan el síndrome, es porque en la etiología de éste no aparece habitualmente una sola y a la ptosis se agregan otras causas cuyos resultados, sumados, son la alteración física y funcional del intestino.

Para emprender la crítica de los diferentes procedimientos quirúrgicos que se han aconsejado hasta hoy, es necesario no olvidar que bajo el punto de vista fisiológico puede dividirse el colon en tres partes: a) ciego, colon ascendente y primer tercio del transversal, b) los dos últimos tercios del transversal y el descendente, c) el colon pélvico.

A cada una de estas porciones corresponde una función distinta. En la primera se digiere la celulosa y se completa la diges-

tión de los hidrocarbonados, mediante la acción microbiana. Es el segmento dotado de mayor poder de absorción y donde son más abundantes las papilas de la mucosa. Su irrigación por la mesentérica superior y sus conexiones con el plexus soleo, establecen íntimas relaciones de homología con el intestino delgado. Los fisiólogos aceptan la existencia de un centro autónomo, situado cerca de la válvula iliocecal. Los movimientos peristálticos son lentos. Las materias intestinales caminan bajo la influencia de la vis a tergo, a la vez que son amasadas por pequeños movimientos peristálticos y antiperistálticos.

La segunda porción es, por el contrario, esencialmente motora —segmento motor de Dunet y Peycelos— y tiene como la anterior su centro nervioso autónomo, que es el anillo neuromuscular de Keith, situado en la unión del primero y segundo tercios del colon transverso. El tránsito de las materias intestinales es allí más rápido y la radioscopia permite notar los grandes movimientos de desalojamiento de la substancia opaca, que es inyectada, como por una bomba impelente en el colon pélvico.

La tercera porción, igualmente dotada de un centro autónomo tiene por función principal la de almacenamiento y toma parte en el acto de la defecación.

Clínicamente la estasis intestinal crónica puede manifestarse desde la infancia; pero los casos en que habitualmente se plantea la indicación de un tratamiento quirúrgico corresponden a los enfermos que pasan de los 18 o 20 años, edad que, por otra parte, puede anticiparse en los individuos de precario desarrollo muscular o retrasarse en los de fuerte complexión.

En la mayoría de los casos la causa primordial es congénita, la falta de coalescencia del colon derecho, el desarrollo exagerado del transverso —colon en M, colon transverso en giralda— que se une a la derecha con el ascendente y a la izquierda con el descendente como el doble cañón de una escopeta.

En la primera mitad de la vida la dificultad en el tránsito se vence por el buen funcionamiento de la capa muscular que obedece a un sistema nervioso sano, período de compensación que bien podría llamarse período de predisposición.

Que alguna de las causas señaladas ejerza su acción, desequilibrio endócrino, desnutrición, intoxicación, etc., y el funcionamiento de la túnica muscular se compromete. Las mate-

rias que llegan al ciego permanecen en él más tiempo de lo normal, las fermentaciones se establecen y con ellas aumenta la acidez del contenido cecal. La mucosa del colon es muy sensible a los ácidos cuya acción cáustica la pone en estado de menor resistencia. La secreción del moco aumenta, los microorganismos, ya abundantes en el ciego, proliferan considerablemente por falta de canalización y bajo la influencia de un régimen defectuoso de alimentación o por circunstancias especiales, su virulencia se exalta y queda entonces constituido el síndrome de fermentación o de putrefacción.

En ambos casos la mucosa se inflama; la muscular subyacente reacciona aumentando su peristaltismo, que puede llegar hasta el espasmo en caso de inflamación aguda. Posteriormente la tonicidad disminuye y el músculo se hace perezoso; el intestino se deja dilatar por los gases y lucha con menos energía para evacuar su contenido. Si las lesiones se producen lentamente, la atonía y las consecuencias que de ella derivan, se establecen, igualmente, de modo lento, sin manifestaciones activas de parte de la túnica muscular.

Del sistema nervioso podría decirse algo parecido. En los casos agudos, la irritación de las terminaciones nerviosas, ya sea directamente, sobre la mucosa enferma, o por mecanismo de reflejo provocan respuestas más o menos violentas tanto de la mucosa como de la capa muscular, para terminar, al cabo del tiempo, por embotarse la sensibilidad y con ella la respuesta reaccional.

En los casos crónicos, esta disminución se establece lentamente desde el principio. En este período la estasis aumenta la atonía y la atonía aumenta la estasis. La mucosa está inflamada en diferentes grados. Los dos elementos principales de la estasis intestinal crónica, infección y estasis, se complementan una a la otra. La absorción de sustancias tóxicas elaboradas en el ciego que son el resultado de las fermentaciones y las putrefacciones que en él se producen, acaba por acarrear un estado de intoxicación general, más o menos severo.

Con todo y ser esquemática, esta descripción suscita permite apreciar el modo como se instala la estasis intestinal crónica. Claro es que la secuela variará según la causa o las causas que la engendren; pero a la postre, siempre se encontrarán

los dos factores, estasis e infección y en cierto número de casos el factor primordial es el factor mecánico.

El tratamiento médico y sobre todo la higiene pueden luchar para mantener largo tiempo el período de compensación; pero desgraciadamente los casos se presentan para su estudio cuando el síndrome está plenamente constituido y cuando ya han recurrido larga manu a laxantes, lavativas, etc., que no han hecho sino agravar las lesiones de la mucosa y fatigar la capa muscular.

¿Cuáles son las indicaciones que deben llenarse en estos casos? Suprimir el obstáculo, evitar la estasis y luchar contra la infección. El tratamiento quirúrgico que propongo llena, a mi juicio, las tres indicaciones. Se establece una amplia comunicación del ciego al colon transverso y del transverso al descendente o al colon ilio-pélvico. De esta manera, sin cambiar la estática abdominal, se canaliza el ciego, condición indispensable para desinfectarlo; se evitan los obstáculos mecánicos, las lesiones de la mucosa retroceden y con el tiempo, y un tratamiento adecuado, la capa muscular del intestino recupera su función.

Si se recuerdan los tratamientos quirúrgicos que se han propuesto, se pondrán de relieve las ventajas de la colo-colostomía doble.

Ciego-sigmoidostomía.—En esta operación que da éxitos inmediatos, el antiperistaltismo hace que las materias retrocedan por el descendente y vuelvan a estancarse en el transverso en gírnalda. En la Colo-colostomía doble, no se evita el antiperistaltismo; pero las materias que retroceden, vuelven por la anastomosis del transverso al colon ilo-pélvico.

Ilio-sigmoidostomía.—En esta operación, las materias están sujetas al antiperistaltismo. Se suprime la válvula de Bohin y con ella el obstáculo al retroceso de los gases en el intestino delgado. Los gases hacen sufrir al enfermo dolores por largo tiempo y es frecuente que tengan diarrea persistente; además se suprime la digestión y absorción del ciego. En la colo-colostomía doble, se conserva la válvula de Bohin, se conserva el ciego, los ángulos hepático y esplénico del colon sirven de cámaras de aire en donde se almacenan los gases sin producir molestias.

Colectomía total o parcial.—Perfectamente indicada en algunos casos, no lo está en el que discutí ya que las lesiones del

colon no ameritan la supresión de este órgano de absorción y almacenamiento tan importante. "Bastaría la función de almacenamiento que permite la evacuación discontinua y voluntaria, una o dos veces en veinticuatro horas para tratar de conservarlo". La diarrea y los cólicos hasta la adaptación de la última parte del intestino delgado, molestan extraordinariamente a los enfermos y si se compara el traumatismo, que esta operación significa con el que produce la doble Colo-colostomia, podrá apreciarse la diferencia, ya que esta última podría compararse a una apendicectomía en frío.

Colopexia.—Indicada sólo cuando el colon tiene sus dimensiones normales y hay una falta de coalescencia o descenso del ángulo hepático; pero si hay dolico-colon del transverso, bastará imaginar que para fijar un colon que tenga cincuenta centímetros de largo en la distancia que va de uno a otro de los ángulos del colon y que solo tiene de veinticinco a treinta centímetros, será forzoso plegarlo y aumentar con esto las dificultades de tránsito.

Colosis.—Indicada para destruir adherencias o acodamientos parciales del intestino; pero cuando las adherencias han fijado al colon ascendente y el transverso en cañón de escopeta, es preferible aprovechar esa adherencia y comunicarlos por una anastomosis para evitar el obstáculo y nuevas adherencias, siempre inevitables.

La comunicación en "Y".—El esquema adjunto evita toda explicación. En esta operación, se conservan: la válvula de Bohin, el ciego, los ángulos del colon; se canaliza el ciego, se evita, hasta donde es posible el defecto del antiperistalismo; pero no es aplicable cuando hay dolico-colon transverso.

La comunicación en "Y" del colon está ideada teniendo en cuenta dos leyes de fisiopatología que rigen las anastomosis intestinales (*Dunet y Peycelon*).

1a.—El funcionamiento de una anastomosis latero-lateral depende de la presencia de un obstáculo sobre el segmento intestinal intermediario a las dos porciones anastomosadas.

2a.—Las anastomosis término laterales con interrupción de la continuidad, provocan la aparición de movimientos antiperistálticos sobre el intestino. Estos movimientos ocasionan el reflujó de las materias en el segmento intestinal excluido; suprayacente a la anastomosis.

En la Colo-colostomia doble se evita el defecto marcado por la primera ley, haciendo una anastomosis amplia y no en la dirección de las bandas longitudinales del colon, sino oblicua de una banda a la otra. En los movimientos peristálticos se abre la anastomosis y funciona en mejores condiciones sin caer en los defectos marcados por la segunda ley.

TECNICA

Poco tengo que decir de la técnica de esta operación. De todos es conocida la técnica de las anastomosis latero-laterales del intestino. Haré mención de algunos detalles de los tiempos de la operación que creo contribuyen para el buen éxito final.

I.—Laparotomía media sub-umbilical.

II.—Exploración del abdomen y elección de los sitios en los que se harán las anastomosis.

III.—Preparado el campo y procurando operar fuera del abdomen hago la sutura sero-serosa posterior de las dos anastomosis. Uso seda delgada del número 6. No uso Clamps de co-prostasis.

IV.—Abro el intestino y hago la sutura total con surjete sostenido en toda la porción accesible por la abertura de la anastomosis. Uso catgut del número uno. Termino la sutura total por surjete de inversión. Lavo mis guantes con solución de bicloruro de mercurio al uno por mil. Cambio las compresas sucias y termino la sutura sero-serosa anterior con la hebra de seda de la sero-serosa posterior, que permaneció oculta por una compresa.

Abro la segunda anastomosis y procedo en la forma ya dicha.

Cuando está indicado hago, previamente, la apendicectomía. En un caso lo usé (apendicostomía) para canalizar y lavar el colon con agua de timol a saturación.

V.—Cierro la pared en tres planos sin canalizar.

Hasta la fecha de este trabajo, he operado 11 enfermos a quienes diagnosticué estasis intestinal crónica por dolico colon del transversa (*transverso en guirnalda.*)

La primera enferma fué operada en julio de 1927 hace ya casi dos años y he podido seguir a 7 más. Los otros tres los he perdido de vista.

Excepción de una enferma, caso número 8, en quien se infectó el tejido celular sub-cutáneo de la pared y que curó sin dejar molestias, todos los otros casos cicatrizaron por primera intención y en ninguno hubo síntomas inquietantes en el período post-operatorio.

En los once casos el síndrome era de estasis cecal o transversa, predominando los síntomas de intoxicación.

En seis de los once casos, fué necesario hacer otra operación. Operación que se verificó al mismo tiempo que la colocolostomía doble cuando se juzgó que el choque quirúrgico no era de importancia; como la operación de Dartigues que se hizo en los casos uno y tres, la resección de un anexo, caso nm. 2

En los casos 5o. y 7o. fué preciso hacer la histeréctomía subtotal; en el primero por fibromas de la matriz y en el segundo por tuberculosis genital.

En todos los casos se hizo la apendicectomía. Con excepción de dos apéndices todos los demás estaban macroscópicamente enfermos. En el tercer caso se utilizó el apéndice (apendicostomía) para hacer lavados del colon con una solución saturada de timol. Caso de colitis ulcerosa de origen parásitos intestinales complicando la estasis intestinal crónica.

El ritmo de las evacuaciones se regularizó. Los enfermos evacuan una o dos veces al día.

En el caso número 7 se presentaron fenómenos de oclusión intestinal porque la tuberculosis genital invadió el peritoneo dando lugar a una peritonitis tuberculosa de forma adhesiva. En este caso fué preciso hacer una nueva laparotomía, destruir adherencias y hacer una tercera anastomosis del ciego a la "S" íliaca. La enferma se salvó y hasta la fecha se siente mejorada de sus molestias.

En cuatro de los enfermos operados, a pesar de evacuar todos los días, se quejan de meteorismo que tiene su máximo en la tarde. Supongo que se trata de atonía muscular y el tratamiento médico va dirigido a estimular la musculatura intestinal. Se trata de los casos recientes y me parece prematuro hacer afirmaciones. En los casos que tienen más de seis meses de operados los enfermos dicen sentirse bien.

Insisto en que la *Colo-Colostomía Doble* está indicada en los casos de dolicocolon del transverso con o sin descenso del

ángulo hepático y siempre que ese descenso no provoque estenosis funcional del duodeno.

Adjunto tres historias clínicas: La primera es el tipo de la evolución normal de los operados con la Colo-colostomía doble. La segunda interesante por haberse operado en una mujer embarazada que continúa su embarazo normalmente, sin haber tenido amenazas de aborto en el período post-operatorio. La enferma tiene ocho meses de embarazo va a la consulta del Hospital Juárez cada quince días. Ha engordado notablemente y las molestias del embarazo son menores que en los anteriores. La tercera historia corresponde al único caso en el que se han presentado complicaciones que más corresponden a la histeréctomía que a la anastomosis intestinal.

HOSPITAL JUAREZ

SALA NUM. 2.

Cama Núm. 24.

DR. GUSTAVO BAZ.

Practicante Daniel Rojo.

Isabel Balboa, de 28 años, soltera. Camarera. Ingresó al Hospital Juárez el 3 de julio de 1927.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales no patológicos.—Trabaja rudamente y cose en máquina.

Antecedentes personales patológicos.—Recuerda haber padecido hace ocho años de infección intestinal que duró tres semanas y que desde esa fecha no ha vuelto a estar enteramente bien. Cuando sentía aumentar sus molestias, tomaba un purgante que la mejoraba. Hace dos años su padecimiento ha empeorado. Siente dolor en la fosa ilíaca derecha con irradiaciones a todo el abdomen. La ingestión de alimentos indigestos o irritantes provoca el dolor. Se calma si evacua su intestino por medio de una lavativa y pone curaciones calientes en el abdomen. En ocasiones ha vomitado líquido amarillento y de sabor agrio.

Cuando no tiene el dolor, evacua cada tercer día, materias duras de color amarillo oscuro, en ocasiones negruzco, pastoso y fétido.

Con las crisis de dolor coinciden crisis de evacuaciones diarreicas, materias líquidas, espumosas, amarillo claro y con moco abundante.

Aparato circulatorio.—Rara vez palpitaciones.

Aparato respiratorio.—Ningún dato interesante.

Aparato genito urinario.—Comenzó a menstruar a los 14 años, bien reglada, tiene dolor en el vientre el primer día de la menstruación. La orina no presenta nada anormal.

Sistema nervioso.—Padece jaquecas que coinciden con las crisis digestivas. De dos años a la fecha se ha vuelto muy excitable.

Ha disminuido 10 kilos de peso y cree tener calentura cuando le da el dolor.

Exploración física.—Inspección general.

El aspecto de la enferma da idea de que fuera mayor de la edad que afirma tener, está delgada y pálida.

Cabeza y cuello.—Ningún dato.

Tórax.—La forma del tórax de esta enferma recuerda la deformación causada por el uso del corset que estuvo de moda hace 20 años. Ancho en su mitad superior, angosto en la base. Tipo respiratorio costal superior.

Abdomen.—En decúbito dorsal, la forma del abdomen es normal. De pie, la región sub-umbilical se abomba, vientre de paredes flojas. Por palpación, se puede tocar el colon casi en toda su extensión. Dilatado, con zurridos y con dolor al palparlo en la fosa iliaca derecha, el transversal está sobre el pubis y entra en contracción así como la "S" iliaca.

Por el tacto rectal se encontró la matriz en retroversión.

Pruebas de Laboratorio.

Tiempo de coagulación	6 minutos.
Hemoglobina	9%
Prueba del salicilato de sodio	Normal.
Reacción de W	Negativa.
Prueba de la sulfofenofaleina	70% en la primera h.
Tensión arterial	Mx. 12 Mn. 7.

Examen radiológico.—El estómago baja un dedo de la línea bi-espinosa, conserva sus caracteres normales y se vacía en tiempo normal.

El ciego desciende cuatro dedos de la línea bi-espinosa y se encuentra dilatado. El ángulo hepático se encuentra a dos de-

dos arriba de la espina iliaca. El transverso en guinalda baja hasta el pubis. Retardo de evacuación del ciego.

Diagnóstico.—Se trata de un mujer joven que presenta una retroversión libre y estasis intestinal crónica por deformación congénita del colon.

Pronóstico.—El conjunto sindromático que presenta la enferma no curará por los procedimientos médicos. El tratamiento quirúrgico mejorará el estado de la enferma.

Tratamiento.—Fue operada el 7 de julio de 1927. Después de laparatomía media sub-umbilical, se hizo el Dartigues y la Colo-colostomía doble.

Hasta la fecha hemos logrado ver periódicamente a la enferma, casi dos años después de operada. Ha recuperado peso, rige todos los días y no han vuelto las crisis.

Véanse la hoja quirúrgica y las radiografías.

HOSPITAL JUAREZ

SALA NUM. 2.

Cama Núm. 21

DR. GUSTAVO BAZ.

Practicante, H. Rico.

María Tapia, casada, de 31 años, ingresó al Hospital el 20 de noviembre de 1928.

Antecedentes hereditarios.—Su madre tuvo un aborto de cuatro meses sin que ella pueda precisar la causa.

Antecedentes personales no patológicos.—Durante más de tres años acostumbró tomar medio litro de pulque en la comida y medio en la cena. Hace año y medio que ya no lo toma.

Antecedentes personales patológicos.—Ha tenido un aborto de cinco meses y once hijos de los cuales viven seis y son sanos.

Enfermedad actual.—Su padecimiento es crónico y no puede precisar la fecha en que comenzó dado que fueron molestias indefinibles que aumentaron poco a poco: su mal se caracterizó, al principio, únicamente por pirosis, eructos, estado nauseoso y alguna ocasión vómitos sin caracteres especiales. Todas estas molestias aparecían unas veces inmediatamente después de las comidas; pero en ocasiones no presentaban relación inmediata y hubo vez que despertó en la noche muy mala. Otras veces solo era la imposibilidad de eructar sintiendo en-

tonces una gran molestia en el vientre, en esas ocasiones ingería pulque con carbonato y descansaba mucho. En medio de aquel estado de cosas tuvo un día, después de un disgusto, un violento cólico en el hipocondrio derecho; un dolor lancinante que irradiaba al dorso y ligeramente al hombro del mismo lado. Tenía el vientre tan adolorido que no permitía que la tocaran, este estado se acompañó de vómitos de carácter bilioso y de imposibilidad absoluta de emitir gases por el ano. Este cólico se repitió una y muchas veces, pero casi siempre con los mismos caracteres; no fué sino mucho tiempo después cuando empezó a darle con menos intensidad, y actualmente dice que "el cólico ya no es ni la sombra del que le venía antes." Hace muchos años que padece un estreñimiento pertinaz que con ningún medicamento ha cedido; dice que obra cada tres días cuando está mejor; habiendo llegado el caso extremo de no obrar si no se ponía lavativa. No siente necesidad de defecar y cuando por excepción lo hace espontáneamente el excremento es de una consistencia dura y de color oscuro ocasionándole grandes molestias en el ano. Cuando permanece varios días sin obrar aumentan sus males presentando entonces dolor en ambas fosas ilíacas, somnolencia, dolor de cabeza y mal aliento, insomnio y pesadillas.

Aparato uro-genital.—Después del aborto le ha quedado flujo amarillento. Hace más de seis meses que no tiene período menstrual, antes de esa fecha, menstruaba con regularidad, después fué disminuyendo con regularidad la cantidad de sangre y acompañándose de dolores más y más intensos, dolores que precedían al escurrimiento sanguíneo. Dice que en la fecha en que debería enfermarse sólo le viene el dolor en la región lumbar. Orina más frecuentemente que antes de estar enferma y algunas veces ha sentido ardor al orinar. En la orina sólo hay un aumento de la cantidad de urobilina y del indican.

Aparato circulatorio.—Rara vez ha presentado palpitaciones.

Aparato respiratorio.—Ningún dato interesante.

Sistema nervioso.—Más excitable que antes de estar enferma.

Exploración clínica.—Inspección general.

Se trata de una enferma que representa la edad que dice

tener, de complexión y constitución medias, íntegra y que adopta posiciones voluntarias.

Cabeza y cuello.—Ningún dato.

Tórax.—Movimientos de tipo costal superior.

Abdomen.—De paredes flojas con numerosas cuarteaduras. Cuando la enferma se pone de pie, se abulta en la región infra-umbilical. Por palpación se provoca dolor en el punto vesicular: hay el signo de Murphy. Es muy marcado el signo de Ramón. Son igualmente dolorosos a la palpación los puntos epigástrico y los correspondientes a ambos ovarios. Se palpa la cuerda cólica izquierda. Por la percusión se encontró normal el área hepática y macicez en ambas fosas ilíacas.

Tacto vaginal.—Dolor a la presión en los fondos de saco laterales.

Síntomas generales.—Enflaquecimiento.

Pruebas de Laboratorio.

Tiempo de coagulación	9 minutos.
Tiempo de sedimentación globular	1 hora 10 minutos.
Tensión arterial	Mx. 13 Mn.70.
Hemoglobina	70%.
Prueba del salicilato de sodio	Normal.
Prueba de la sulfofenoftaleína	Se eliminó el 75% en la primera hora.

Examen radiológico y radiográfico.—Ptosis del ciego, dolico colon del transverso. Retardo del tránsito.

Pruebas de la excreción vesicular provocada.—Se hicieron los pruebas de Meltzer Lyon y Shondube-Kalk, sin obtener la bilis vesicular. La bilis A ofrecía un color sumamente claro y la C nos pareció normal.

Diagnóstico integral.—Se trata de una enferma de edad adulta, alcohólica crónica, sin antecedentes personales patológicos y hereditarios de importancia y que presenta: Probable colecistitis calculosa con síndromes de insuficiencia colecística, cólico hepático y aerofagia bloqueada.

Estasis cólica total por dolico colon del transverso y ciego.

Probable anexitis bilateral.

Evolución y pronóstico.—Las perturbaciones orgánicas y funcionales que dan origen al conjunto sindromático que pre-

senta la enferma, no son curables por los procedimientos médicos y continuarán progresando y causando mayores molestias a la enferma si no se trata quirúrgicamente.

Tratamiento.—Colecistectomía, Colocolostomía doble y tratamiento de anexos.

Decidimos comenzar por la Colo-colostomía doble y tratamiento de anexos. La operación se verificó el..... Encontramos la matriz ocupada por un embarazo de dos meses, nos abstuvimos de tocarla y solo se hizo la colo-colostomía doble.

La evolución fué normal, ligera infección del tejido celuloso-grasoso que tardó en cicatrizar 15 días.

Decidimos posponer la colecistectomía para después del parto.

Esta enferma ha vuelto a la consulta cada mes, su embarazo sigue el curso normal, ha aumentado 15 kilos de peso, aumento que no se había registrado en sus embarazos anteriores, rige todos los días, el cólico le ha molestado dos o tres veces después de la operación.

HOSPITAL JUAREZ

SALA NUM. 2.

Cama Núm. 28.

DR. GUSTAVO BAZ.

Practicante, Martín Rodríguez.

Inés Ortiz de Jiménez, de 49 años, casada, ingresó al Hospital Juárez el 1o. de agosto de 1928 ocupando la cama núm. 28.

Antecedentes hereditarios.—Sus padres murieron siendo pequeña y no recuerda ni sabe nada de ellos.

Antecedentes personales no patológicos.—Trabaja en las labores de casa, no fuma ni acostumbra ingerir bebidas alcohólicas.

Antecedentes patológicos personales.—Comenzó a menstruar a los catorce años y desde esa fecha ha tenido metrorragias. Ha padecido frecuentes bronquitis y dolor en la espalda.

Enfermedad actual. Aparato digestivo.—Hace más de diez y seis años que padece de estreñimiento. Era frecuente que pasaran seis días sin evacuar y cuando lo hacía expulsaba materias duras formando cilindro grueso de color oscuro y acompañadas de moco. El estreñimiento se fué acentuando a tal grado que no evacuaba si no se ponía lavativa. Desde enero de 1928

padece un dolor en el hueco epigástrico, dolor constante que se exagera cuando trabaja, cuando pasan algunos días sin evacuar; se calma evacuando, pero no desaparece. Se propaga al dorso y a la región sub-umbilical.

Aparato uro-genital.—Tuvo cinco hijos. Uno murió de meningitis a los dos años y otro de tuberculosis pulmonar a los nueve años. Ninguna molestia al orinar. La orina presenta caracteres normales.

Aparato circulatorio.—Ningún dato interesante.

Aparato respiratorio.—Rara vez tos.

Sistema nervioso.—Es de carácter irritable y se ha exacerbado. De dos años a esta parte padece de jaquecas que se calman con un purgante.

Síntomas generales.—Con frecuencia ha tenido calenturas sin que pueda precisar sus caracteres. Ha bajado de peso y ha perdido fuerzas.

Tratamientos anteriores.—Purgantes, laxantes y lavativas.

Exploración.—*Inspección general.*

Representa la enferma la edad que dice tener, está muy delgada.

Cabeza y cuello.—Usa dentadura postiza.

Tórax.—Movimientos respiratorios de tipo costo-abdominal. Ligera obscuridad en el vértice izquierdo.

Abdomen.—Inspección en decúbito dorsal. Forma ligeramente globulosa. De pie se ve abultado en la región infra umbilical. Con el tipo de abdomen de los que padecen ptosis visceral. Palpación. Las paredes del abdomen son delgadas y con poca tonicidad. En el hueco epigástrico, se provoca dolor intenso y fijo. Dolor en la fosa iliaca derecha, se puede palpar el ciego y se producen zurridos y el dolor se propaga al ángulo esplénico del colon. Se puede palpar el colon transversal muy cerca del pubis y la presión en él provoca dolor.

Area hepática normal. Todo el colon da sonido timpánico.

Tacto vaginal.—La matriz está aumentada de volumen, en retroversión adherente, hay dolor en los anexos.

Pruebas de Laboratorio.

Tiempo de Coagulación.	7 minutos
Tensión Arterial.	Máx. 11. Mn. 6

Hemoglobina	70%
Reacción de Wassermann	Negativa
Prueba del Salicilato de Sodio	Normal
Prueba de la Sulfofenoftaleína	Se eliminó el 70% en la primera hora.

Examen radioscópico.—El estómago tiene su forma normal, baja dos dedos de la línea biespinosa, es movilizable sin dolor. El ciego baja hasta tocar la última parte de la "S" iliaca, el ángulo hepático sube un dedo de la espina iliaca, el transverso reposa sobre el pubis, el ángulo esplénico y el resto del colon está en su lugar y conservan sus caracteres. En el ciego hay citobario tres días después de haberlo tomado.

Diagnóstico.—Disquezia por retroversión adherente y anexitis. Retardo del tránsito de las materias intestinales por dolico-colon del ciego y del transverso.

Pronóstico.—El conjunto sindromático que presenta esta enferma es eminentemente crónico, va agravándose y hace insupportable la vida de la enferma. No curará por procedimientos médicos.

Tratamiento.—Histerectomía subtotal, colo-colocotomía doble para canalizar el ciego y el transverso.

Decidimos hacer el tratamiento en dos tiempos. Lo colocolostomía doble se verificó el día 4 de agosto de 1928. El período post-operatorio fué normal, persistió la disquezia. La histerectomía se hizo el 10. de septiembre. Después de la histerectomía aparecieron cólicos que fueron aumentando de intensidad hasta presentar el cuadro siguiente: Dolor intenso en la fosa iliaca derecha con propagación a la fosa iliaca izquierda, vómitos de alimentos y de bilis, meteorismo generalizado, constipación tenaz.

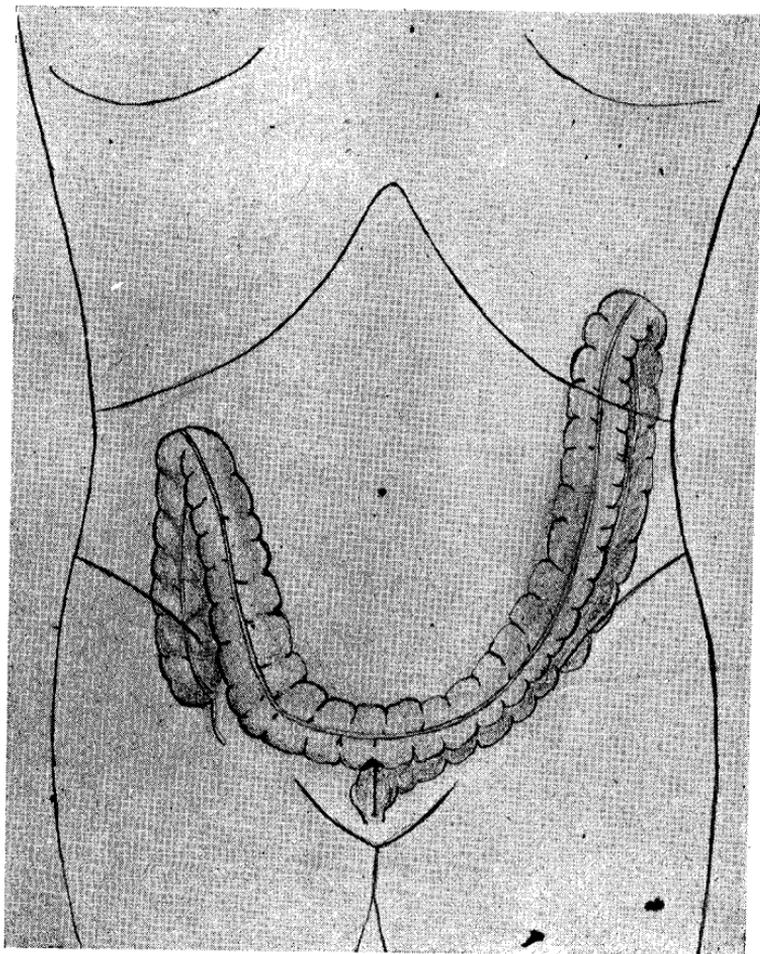
Este cuadro, con pequeñas remisiones, duró veintidós días. nos decidimos a hacerle la laparatomía exploradora encontrando afectado el peritoneo por peritonitis tuberculosa de forma adhesiva, numerosas granulaciones en el gran epiplón y en los intestinos.

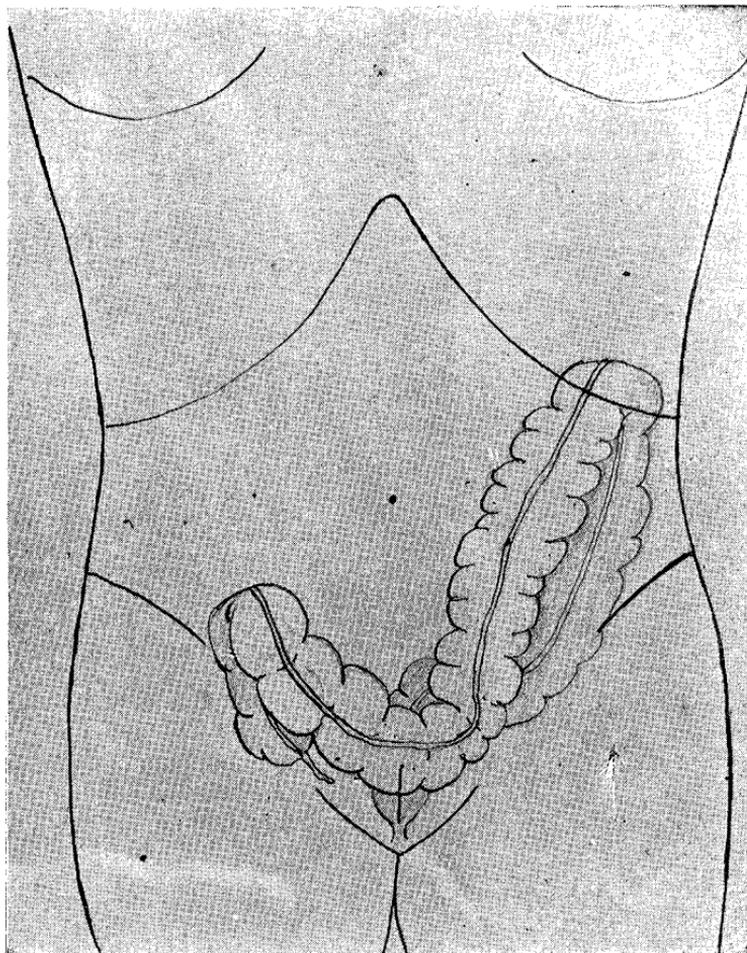
Despegué algunas de las asas intestinales que estaban acodadas y anastomosé el ciego a la "S" iliaca.

En los días en que escribo esta historia la enferma se encuentra en el hospital curándose de la herida cutánea que no

*Tratamiento Quirúrgico de la Estasis
Intestinal Crónica, por la Colo-Colos-
tomía doble.*

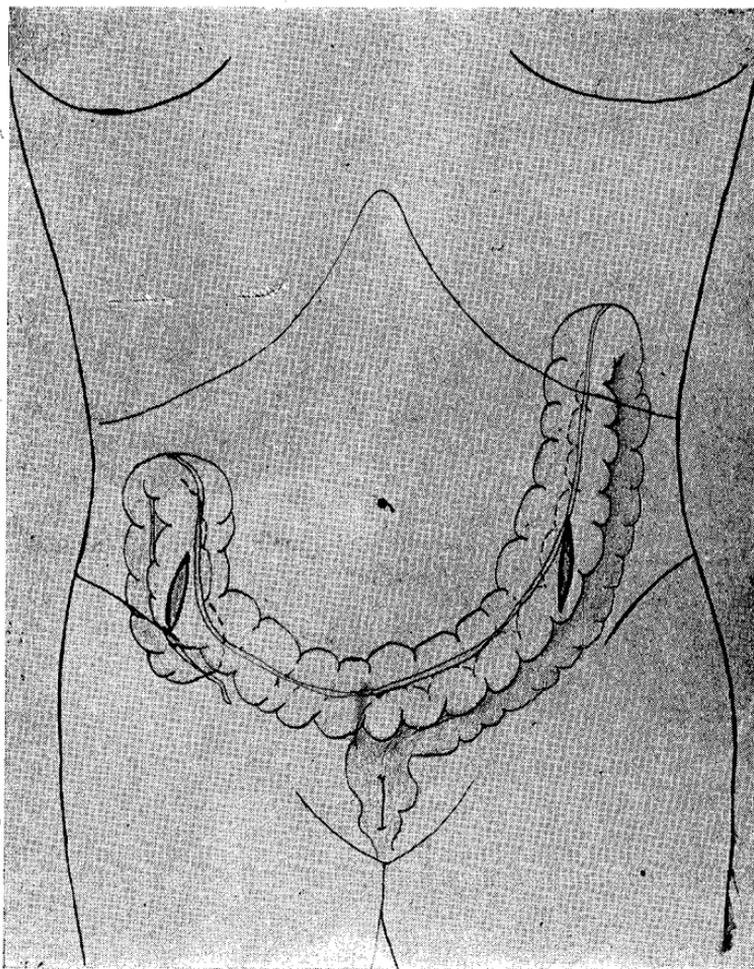
DR. GUSTAVO BAZ

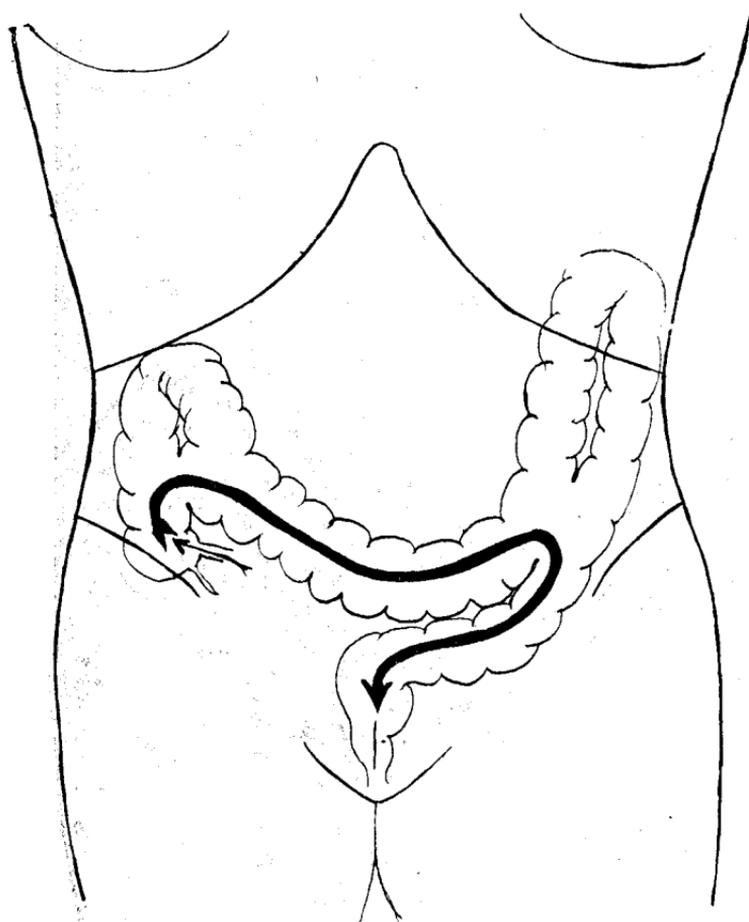




*Tratamiento Quirúrgico de la Estasis
Intestinal Crónica, por la Colo-Colos-
tomía doble.*

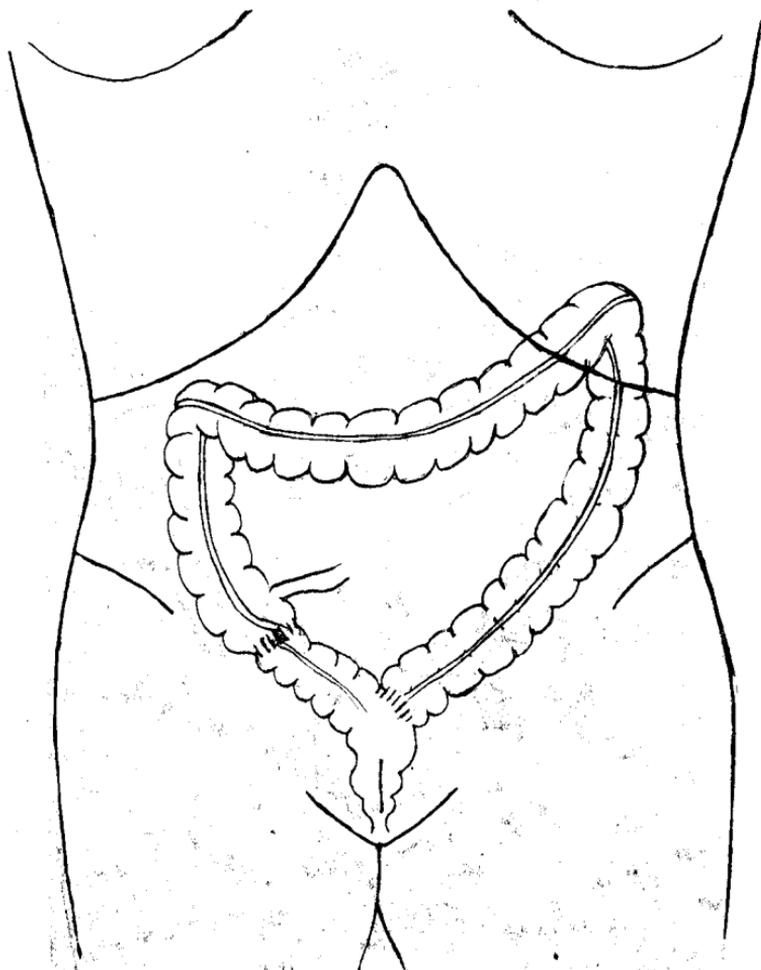
DR. GUSTAVO BAZ

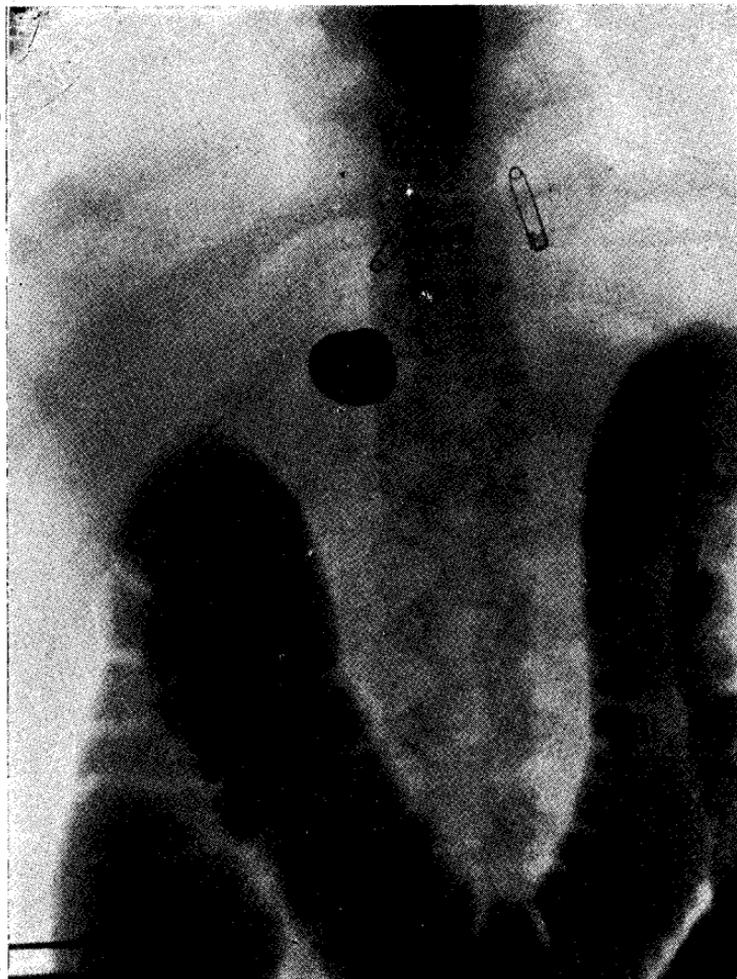




*Tratamiento Quirúrgico de la Estasis
Intestinal Crónica, por la Colo-Colos-
tomía doble.*

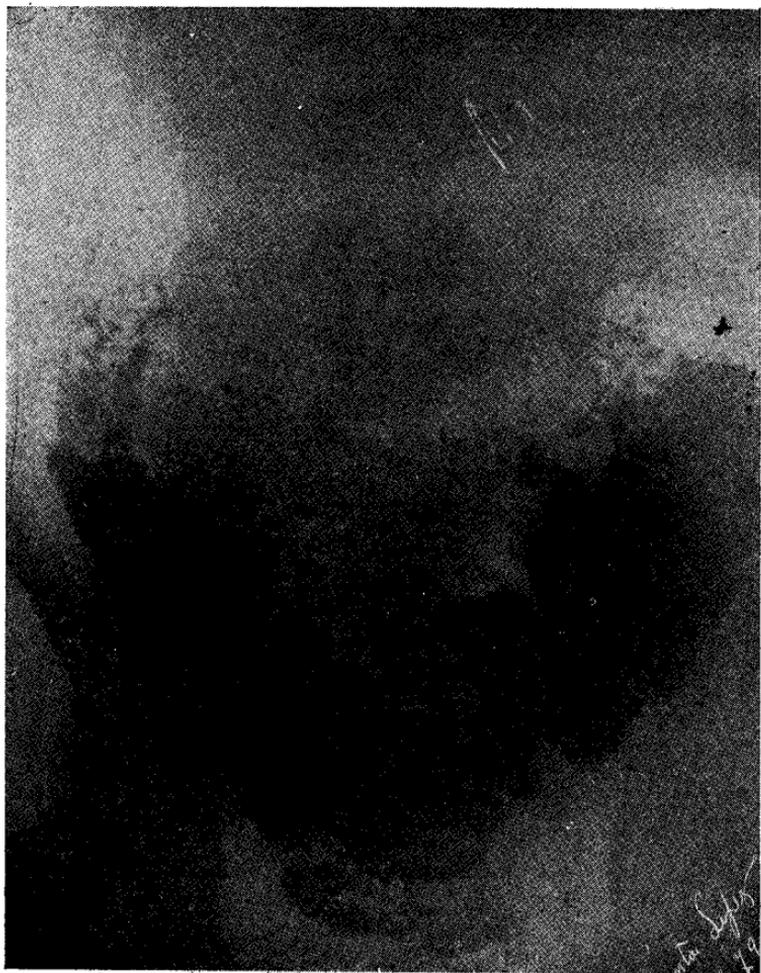
DR. GUSTAVO BAZ





*Tratamiento Quirúrgico de la Estasis
Intestinal Crónica, por la Colo-Colos-
tomía Doble.*

DR. GUSTAVO BAZ





Esquema de la Radiografía Post-operatoria, para mostrar el lugar de las anastomosis.

GACETA MEDICA DE MEXICO

TOMO LX

NUM. 9

*Tratamiento Quirúrgico de la Eslasis
Intestinal Crónica, por la Colo-Colos-
tomía Doble.*

DR. GUSTAVO BAZ



ha cicatrizado. Ha ganado peso. Se queja de cólicos que le dan algunos días. En general se siente mejor.

Se le administra tintura de yodo en leche, algunas sales de cal y rayos ultravioleta sobre el abdomen.

Véanse las hojas quirúrgicas adjuntas.