

50 R F-C / TOR

COLITIS Y PERICOLITIS DESDE EL PUNTO DE VISTA QUIRÚRGICO

Discurso de recepción en la
Real Academia de Medicina y Cirugía
de Barcelona

POR EL
DR. RAMÓN TORRES Y CASANOVAS
Catedrático de Clínica Quirúrgica



Discurso de contestación
DEL
DR. SALVADOR CARDENAL FERNÁNDEZ
ACADÉMICO NUMERARIO



BARCELONA
IMPRENTA DE JOAQUÍN HORTA, GERONA, 11
1916

FULLETS
DISCURSOS 1
ACAD. MED. CIR. B. 78

OLITIS Y PERICOLITIS
DESDE EL PUNTO DE VISTA QUIRÚRGICO

Discurso de recepción en la
Real Academia de Medicina y Cirugía
de Barcelona

por el
DR. RAMÓN TORRES Y CASANOVA

Excmo. Sr. D. D. D.

Discurso de contestación

por el
DR. SALVADOR CARDENAL FERNÁNDEZ

ACADÉMICO NUMERARIO

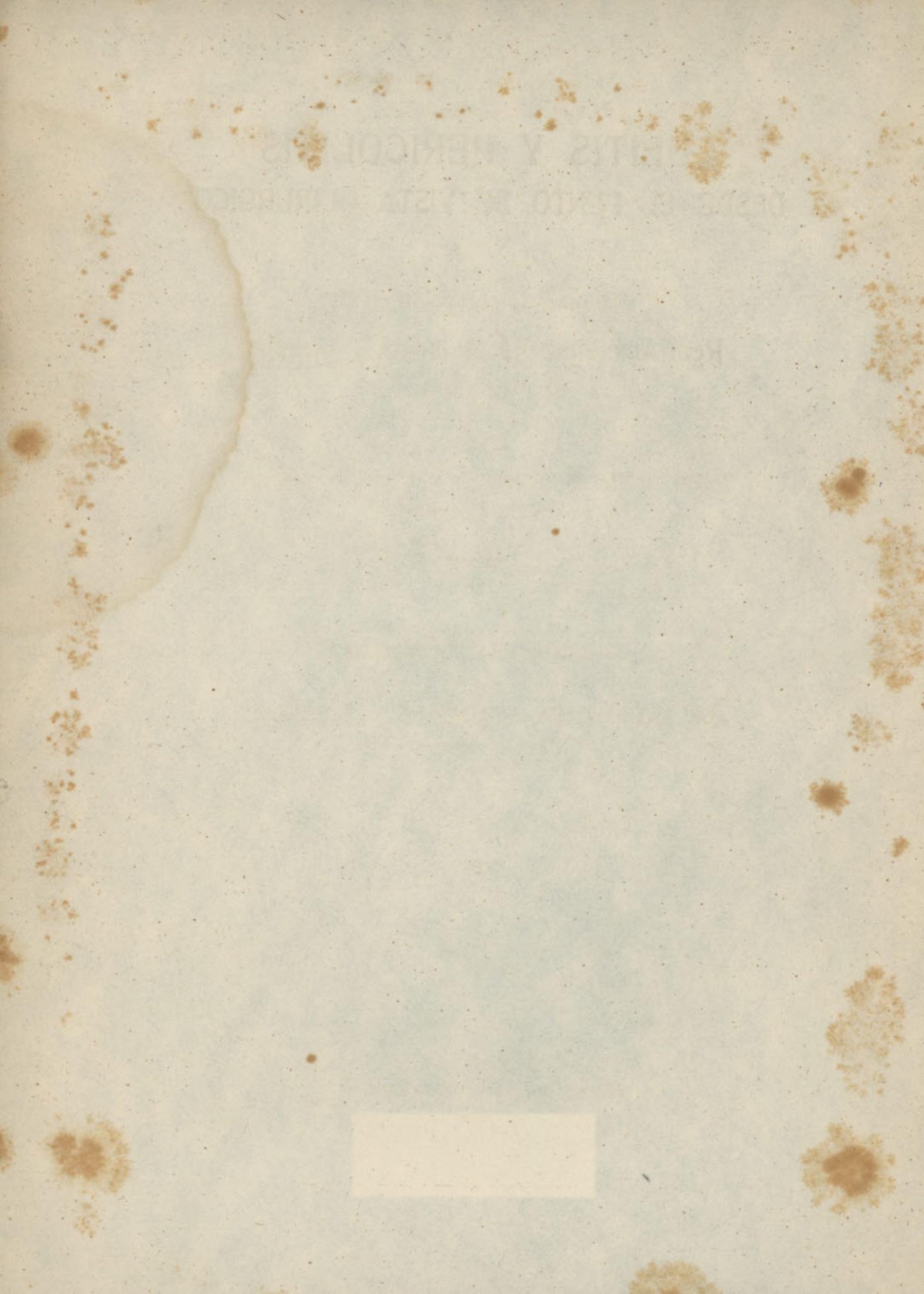
BARCELONA

Imprenta de Joaquín Viera, S. C.

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0701055771



COLITIS Y PERICOLITIS
DESDE EL PUNTO DE VISTA QUIRÚRGICO

Discurso de recepción en la
Real Academia de Medicina y Cirugía
de Barcelona

POR EL

DR. RAMÓN TORRES Y CASANOVAS.

Catedrático de Clínica Quirúrgica



Discurso de contestación

DEL

DR. SALVADOR CARDENAL FERNÁNDEZ

ACADÉMICO NUMERARIO



BARCELONA
IMPRENTA DE JOAQUÍN HORTA, GERONA, 11
1916

DESD E EL PUNTO DE VISTA QUIRÚRGICO
POLITIS Y PERICOLITIS

Discurso de recepción en la
Real Academia de Medicina y Cirugía
de Barcelona

por el
DR. RAMÓN TORRES Y CASANOVAS

Catedrático de Clínica Quirúrgica

Discurso de contestación

por el
DR. SALVADOR CARDENAL FERNÁNDEZ

ACADEMICO HONORARIO



BARCELONA
Imprenta de Joaquín Hortá, Girona, 11
1918

COLITIS Y PERICOLITIS
desde el punto de vista quirúrgico

DISCURSO

DEL

DOCTOR RAMÓN TORRES Y CASANOVAS

COLITIS Y PERICOLITIS
desde el punto de vista quirúrgico

DISCURSO

Doctor Ramón Torres y Casarosa

EXCMO. SEÑOR:

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES:

A pesar de que los innovadores sistemáticos han calificado de anacrónicos y artificiosos los actos solemnes como el presente, huélgome de que el reglamento de esta Corporación los mantenga con el carácter de obligatorios, ya que me permiten manifestar públicamente y de la manera más ostensible mi imperecedera gratitud hacia cuantos con sus sufragios me abrieron las puertas de esta venerable casa. Y si el grado de reconocimiento ha de corresponder al de benevolencia con que una petición fué acogida, el mío en esta ocasión ha de ser superlativo, ya que así fué vuestra bondad al aceptarme como colaborador y compañero. Presentéme ante vosotros con un modesto bagaje científico en el que se descubría más el amor al trabajo que la valía del autor, y a pesar de ello lo juzgasteis suficiente para honrarme con la investidura académica; véase, pues, si para no pecar de ingrato, os soy deudor de un reconocimiento sin límites. Esta distinción inmerecida ni me humilla, ni me ensoberbece; sírveme, sí, de estímulo para proseguir el camino emprendido, procurando perfeccionar mi obra y corresponder así a vuestras bondades.

Vengo a ocupar el sitial que en vida usufructuara el doctor don Ramón Roselló y Olivé, y aunque no fuera costumbre hacer el elogio póstumo del predecesor en la Academia, lo merecería el doctor Roselló, ya que más de la mitad de su prolongada vida la pasó interviniendo activamente en las tareas de esta Corporación. El haber alcanzado una edad proveya le permitió llegar a ser el tercero en el escalafón de antigüedad de aquélla y gozar de la investidura académica casi durante medio siglo.

Científicamente considerado, fué Roselló el representante de la Cirugía pre-antiséptica propia de la época en que brilló en el ejercicio.

profesional, habiendo sido entonces una de las figuras salientes en nuestra ciudad, como lo acreditaba su devota y numerosa clientela, conseguida gracias a un estudio perseverante y a un trabajo asiduo. Al cambiar radicalmente los procedimientos quirúrgicos con el advenimiento de las doctrinas panspérmicas, mi predecesor académico se encontraba en plena madurez y así no es de extrañar que continuara fiel a las ideas de su juventud, esquivando el ponerlas en pugna con las nuevas que con impulso avasallador conquistaban cada día nuevos prosélitos. Cada año que pasa es una nueva atadura a sus ideas juveniles, y así le vemos ya en la vejez rodeado aún de una aureola de reputación y respeto debida a su terapéutica sencilla, casera, que tan bien encuadra con los prejuicios de una gran parte de nuestro público.

Su vida académica no pudo ser más fructífera, ya que siempre se distinguió por la asiduidad en el desempeño de su cargo, interviniendo en todos cuantos asuntos ocuparon a la Corporación o a las comisiones de que formó parte. Dotado de un carácter amable y llanísimo y de un gran amor a la Academia se granjeó las simpatías de cuantos le trataran y en especial de sus compañeros corporativos, quienes encontraron siempre en él al colega estudioso y trabajador. ¡Bien merecido tiene este modesto homenaje quien de tan bellas cualidades estaba adornado!

* * *

Cumplido el deber de justicia para los que son y para el que fué, paso al desarrollo del tema que constituye el objeto primordial de este trabajo.

No he de ocultaros las vacilaciones que me asaltaron una vez llegado el momento de escoger un tema que a la par que pudiera interesar vuestra atención, no fuera superior a mis cortas facultades, y aun una vez elegido me queda la duda de si el acierto habrá coronado mis esfuerzos. De entre los múltiples asuntos que pudieran ser objeto de un discurso de entrada, hube de desechar todos aquéllos que representando cuestiones muy especializadas son propensos a ocasionar el cansancio del auditorio por no interesar más que a unos pocos; otros los descarté por las excesivas proporciones que el trabajo adquiriría si había de ocuparme de sus principales aspectos, de manera que al dar la preferencia al escogido hanme guiado dos razones, a mi modo de ver dignas de tenerse en cuenta. Es la primera el constituir un punto todavía en estudio y en el que por lo tanto son

siempre de tener en cuenta cuantas ideas particulares se expongan, por modestas que sean, ya que la verdadera doctrina ha de quedar integrada por la depuración juiciosa de los pareceres individuales que difícilmente llegan a comprender la cuestión en su totalidad. La otra razón que he tenido en cuenta al escoger el tema es la de tratarse de un punto médico-quirúrgico que lo mismo interesa al que dedica su actividad a la mal llamada medicina interna que al cirujano, ya que las terapéuticas cruenta e incruenta se completan entre sí, afirmando una vez más la unidad de la medicina en mal hora quebrantada por una abusiva especialización. Como todavía entre nosotros no se ha desarraigado por completo el pretendido antagonismo entre la terapéutica médica y la quirúrgica, he creído llevar a cabo una labor de conciliación presentando ante mis oyentes un ejemplo de compenetración perfecta de ambas terapéuticas en el tratamiento de unos mismos procesos. Me ocuparé en especial de la parte quirúrgica de la cuestión, tanto por constituir lo que da actualidad al asunto, como por corresponder a la rama de actividad a que me dedico.

Estas consideraciones son las que me han guiado al escoger como tema del presente trabajo el de

Colitis y pericolicitis, desde el punto de vista quirúrgico

Puede decirse que hasta el año 1888 la patología quirúrgica del intestino grueso (exceptuando la del recto) se encontraba simplemente en embrión. Los procesos médicos de dicha parte del tubo digestivo, alguna que otra vez se complicaban de supuraciones y sólo en estos contados casos el cirujano era llamado para tratar el padecimiento; nos encontrábamos en la época de las peritiflitis como único representante de un proceso médico-quirúrgico.

En aquel año Fitz publica su notable trabajo acerca la apendicitis y la intervención quirúrgica entra con empuje avasallador en un campo que hasta entonces le estaba vedado, llegándose a creer, en la exageración de los primeros momentos, que la terapéutica médica quedaba proscrita en la nueva afección.

En 1899 Ewald llama la atención de los prácticos acerca la apendicitis crónica y describiendo la que denomina apendicitis larvada, abre una nueva vía para las intervenciones quirúrgicas contra procesos que al parecer en nada se relacionaban con el apéndice y que según la nueva doctrina se curaban extirpando el divertículo cecal.

Si grande fué la absorción que en provecho propio ejerciera la apendicitis aguda, borrando del cuadro nosológico los procesos cecales como enfermedades primarias y pasando a la apendicitis aguda todas las flegmasías de la fosa ilíaca derecha, no menos importancia adquirió la apendicitis crónica, pues su jurisdicción abarcaba casi todo el intestino grueso cuyas alteraciones eran secundarias al trastorno apendicular y como una secuela de la afección madre, de la apendicitis crónica, especie de centro de irradiación de donde partían los verdaderos factores etiológicos de cuantos cuadros nosológicos había conseguido establecer la patología. Guiado por esta idea el cirujano extirpaba el apéndice creyendo así cumplir una indicación causal y esperando ver desaparecer todos los trastornos, ya que suprimido el principal factor etiológico todo lo demás no tenía razón para persistir.

Si enconada y tenaz fué la lucha entre partidarios y enemigos de la intervención sistemática en la apendicitis aguda, no fueron menos las discusiones referentes a la significación de la apendicitis crónica en el complejo cuadro de los trastornos crónicos del intestino grueso y las relaciones entre uno y otros procesos interpretadas de la manera más opuesta. Mas los años han pasado, la experiencia adquirida ha ido dando a cada cosa su exacto valor y hoy sólo despiertan una sonrisa de conmiseración asuntos que antes levantaban enconadas discusiones. Ni toda la patología del intestino grueso gira alrededor de la del apéndice, ni debemos negar a éste su importante papel patológico.

¿Cómo se ha llegado a esta conclusión? Estudiando los enfermos después de operados y viendo los beneficios que reportaban de una apendicectomía. Este análisis nos indicó que si en muchos casos la curación era completa, en cambio en número no escaso la mejoría era muy relativa y en bastantes completamente nula, señal de que otros factores intervenían que en nada eran modificados por la operación y que reclamaban otros tratamientos. De aquí nacieron nuevas investigaciones que han permitido perfeccionar nuestros conocimientos relativos a la patología cólica y establecer nuevas bases terapéuticas para combatir dichos procesos.

En obsequio a la claridad de la exposición voy a ocuparme en primer término de las colitis, para estudiar luego las pericolicitis, ambas desde el punto de vista quirúrgico.

La primera cuestión que se presenta es la siguiente: ¿constituyen las colitis procesos quirúrgicos? Sin vacilaciones puede contestarse negativamente. Ni por su etiología, ni por sus alteraciones anatómicas, ni por sus condiciones de evolución, son las colitis, en términos

generales consideradas, enfermedades que reclamen en todos los casos una terapéutica quirúrgica e incluso puede asegurarse que todas ellas tienen un período inicial en que la terapéutica dietética y farmacológica es de rigor resultando intempestiva una operación. Pero esta terapéutica a menudo es insuficiente, los trastornos persisten o se agravan, la terapéutica médica agota infructuosamente todos sus recursos y antes de que el daño se convierta en irremediable la cirugía puede proporcionar un notable alivio y a veces una curación.

¿Cómo puede obrar una intervención quirúrgica en tales condiciones? Puede buscar la modificación tópica de las lesiones del colon abriendo una vía directa para la introducción de medicamentos; puede disminuir el contacto irritante del contenido cólico con las partes afectas, o bien suprimir funcionalmente el intestino enfermo procurando el reposo más completo del mismo, o por último, extirpar toda la parte dañada restableciendo luego la continuidad del tubo digestivo. Descontando la última intervención que es la única que puede calificarse de radical, las demás entran de lleno en lo que podríamos llamar cirugía conservadora y por este solo motivo las creo dignas de ser estudiadas en primer término, a pesar de que su eficacia dista mucho de ser absoluta.

El colon enfermo puede virtualmente considerarse como una cavidad cerrada y por similitud con lo que observamos en otras más accesibles a nuestra exploración, podremos hacernos cargo de lo que debe ocurrir cuando un proceso flegmático tiene su asiento en aquel órgano. Sus secreciones se alteran, se convierten en irritantes para las superficies con que contactan y sobre todo, merced a su retención relativa, favorecen la exaltación de virulencia de cuantos gérmenes en la parte afecta anidan. Por si esto no fuera bastante, la llegada incesante del contenido intestinal en la parte enferma exagera aquellos efectos nocivos y contribuye a dificultar la reparación de los trastornos. La reabsorción de productos tóxicos, resultado de la actividad microbiana, está altamente favorecida en la parte afecta y así se comprende la dañina repercusión que sobre la economía entera tienen estos trastornos intestinales, inexplicables por la simple deficiencia de absorción alimenticia a nivel del colon. En otras partes del cuerpo ¿qué hacemos cuando las antedichas condiciones se reúnen? Las desagüamos para combatir el principal factor, la retención de productos morbosos. Podría argüirse, en el caso del colon, que de este trabajo se encarga la economía aumentando el número de deposiciones y expulsando el contenido dañino cuantas veces se hace necesario, pero fijándonos un poco nos convenceremos de que esto no siempre se verifica, y sobre todo en las formas

crónicas la retención se ve favorecida por la paresia de la túnica muscular a su vez consecutiva al catarro prolongado de la mucosa, y aunque no sea así, la depauperación orgánica que ocasionan el escaso aprovechamiento de las substancias alimenticias y las reabsorciones tóxicas, es suficiente para que no aceptemos el desagüe natural por las deposiciones como medio eficaz para combatir el mal en las formas algún tanto prolongadas. En éstas, pues, resulta patente la conveniencia de conseguir un adecuado desagüe y para ello parece lo más sencillo valernos de las vías naturales; pero acudiendo a ellas exclusivamente, por ingeniosos que sean los medios empleados, es difícil alcanzar las primeras porciones del colon, o muchas veces dichos medios resultan intolerados. Si empleamos enemas altos nos exponemos a hacer refluir hacia partes poco afectas productos altamente dañinos, a determinar dilataciones irregulares o desmedidas buscando alcanzar la totalidad del colon y con ello exponernos a agravar las lesiones existentes o determinar otras nuevas. Por último, el barrido intestinal que podemos conseguir merced a los purgantes se puede aprovechar durante un tiempo relativamente corto, ya que su empleo desmedido resulta contraproducente o bien se agota la acción que dichos purgantes pueden ejercer.

Estas consideraciones bastan para comprender que la terapéutica médica tiene un período de aplicación pasado el cual resulta inútil sino nociva y por lo tanto no debemos prorrogar desconsideradamente dicho período porque nos expondríamos a perder la oportunidad de una operación conservadora teniendo que recurrir a una intervención radical. El desagüe, pues, del colon enfermo es una indicación innegable que no siempre se cumple con los medios médicos y que puede reclamar una intervención.

Indicación no menos apremiante que la anterior, es en algunos casos el conseguir el reposo más completo posible de la parte enferma, ya que es prescripción terapéutica elemental el procurar el reposo de todo órgano inflamado con el fin de que se aprovechen por completo los medios naturales de defensa, mas al cumplir esta indicación no debemos perder de vista la precedente, ya que según los medios empleados podrían resultar incompatibles. Si buscamos el reposo del colon merced a la paralización de su túnica muscular (como la que obtenemos con la morfina) el resultado es desastroso, ya que las ventajas de una quietud relativa quedan sobrepasadas por los inconvenientes de la estancación estercorácea, de la fermentación anormal del contenido y de la reabsorción en masa de productos tóxicos. No son sinónimos, por lo tanto, en el caso del colon, los términos de reposo y quietismo y la primera acepción debemos aceptarla en su

sentido más amplio, o sea en el de suspensión de todas las actividades de dicho intestino. Esto no puede lograrse mas que con medios quirúrgicos, ya sea vertiendo al exterior el contenido intestinal antes de que alcance la parte enferma o haciéndole recorrer un camino más breve del cual quede excluida la porción de intestino que deseamos poner en reposo.

Por último, persiguiendo una terapéutica conservadora, deberíamos procurar la modificación de las partes enfermas coadyuvando con nuestros recursos a los esfuerzos naturales y esto podremos intentarlo llevando hasta aquéllas medicamentos que ejerzan una acción modificadora en unos casos, detergente en otros, ya anti-séptica, ya simplemente mecánica de disolución. Es verdad que en parte puede esto cumplirse por las vías naturales, pero si introducimos dichos medios por vía bucal, si bien es cierto que obrarán en el sentido de la corriente digestiva, en cambio han de recorrer un largo trayecto antes de llegar a las partes enfermas, en el cual pueden resultar alterados o perder su acción, y si acudimos a la vía baja hemos de recordar que obramos en sentido inverso al de dicha corriente, que para alcanzar puntos algún tanto elevados hemos de acudir a artificios no siempre inócuos y que muchas veces ni aun con ellos podemos alcanzar el punto deseado. En cambio todos estos obstáculos se convierten en facilidades cuando labramos una nueva vía para llegar al comienzo del intestino grueso, pues nuestros medios obran en el sentido de la corriente digestiva sin recorrer trayectos inútiles, tenemos la seguridad de alcanzar toda la parte afecta sin necesidad de desplegar ninguna violencia y combinando esta aplicación con el desagüe por las vías naturales, graduamos casi con exactitud el tiempo de permanencia de los medicamentos en las partes afectas.

Tales son las indicaciones que dentro de una terapéutica conservadora podemos cumplir con la intervención quirúrgica; pero a pesar de que son indudables los buenos efectos que con ello podemos conseguir, no siempre el éxito corona nuestros esfuerzos y el padecimiento puede ser de tal índole que dicha terapéutica resulte insuficiente o del todo ineficaz y aun en estos casos extremos la cirugía nos ofrece un nuevo recurso representado por la supresión de la parte afecta. Ya he mencionado antes la supresión funcional, pero además de ella contamos con la extirpación del intestino enfermo, operación factible y aun practicada muchas veces. La legitimidad de tal operación se comprende teniendo en cuenta que no se trata de ningún órgano indispensable para la vida, ya que sus funciones pueden suplirlas las partes inmediatas, y tampoco es una parte

que, por su difícil acceso o por sus relaciones, pueda calificarse de peligrosa, de manera que reúne las condiciones exigidas para poder practicar su extirpación.

Expuestas ya las indicaciones, veamos ahora los medios prácticos de llevarlas a cabo y luego estudiaré las indicaciones de cada uno de ellos y los resultados conseguidos.

La primera operación que se aplicó contra las colitis, fué el ano cecal, con el cual se trataban de obtener dos efectos: el primero de derivación del contenido del intestino impidiendo su tránsito por la parte afecta, y en segundo lugar el aprovechar la abertura establecida para llevar a los puntos enfermos la influencia medicamentosa. Si la idea que guiaba a la operación no podía ser más plausible, en cambio los resultados prácticos no lo eran tanto, sobre todo en lo referente a la desviación completa del contenido intestinal, ya que esto no era tan fácil de conseguir y aun obteniéndolo el achaque representado por la operación no era de poca monta; sin contar con la contingencia de que si dicho ano tenía que mantenerse mucho tiempo se corría el albur de ver al enfermo depauperarse por insuficiencia de la absorción alimenticia; así se explica que mientras el ano cecal era la única intervención contra las colitis se considerara como un recurso extremo, con indicaciones contadas y aun siempre discutidas.

En 1900, Carlos Langdon Gibson, de Nueva York, convencido de los inconvenientes del ano cecal, propuso y empleó una operación denominada cecostomía valvular, de técnica análoga a la gastrotomía de Kader. Con esta operación no derivamos el curso de las materias excrementicias, sino que, como indica el calificativo de valvular, se opone a toda salida al exterior del contenido intestinal y en cambio permite la introducción directa en el ciego de toda clase de líquidos destinados a modificar la colitis. Las ventajas técnicas de esta operación son patentes: puede llegarse hasta el ciego merced a una incisión abdominal de escasas dimensiones, bastando para ello la anestesia local; como tratamiento postoperatorio exige muy pocos días de cama, y una vez establecida la fístula no es preciso llevar la sonda a permanencia, sino que basta introducirla a través de aquélla las veces que es preciso practicar alguna inyección; por último, cuando la fístula ya no tiene utilidad no se necesita ninguna intervención para curarla, pues se va ocluyendo progresivamente al dejar de pasarse la sonda a través de la misma.

Dos años escasos habían transcurrido desde el empleo de la cecostomía valvular de Gibson, cuando una nueva operación la substituía y aun la sobrepasaba en la amplitud de sus aplicaciones.

Ideada ya por Keetley en 1894 y bautizada por Willy Meyer con el nombre de apendicostomía, esta operación fué practicada por primera vez en el vivo por Weir, de Nueva York, en 1902 y en circunstancias completamente fortuitas. Aunque esta operación tiene múltiples aplicaciones, la consideraré exclusivamente como tratamiento de las colitis, indicando de paso que contra esta enfermedad se aplicó desde un principio y con este fin se han practicado el mayor número de operaciones.

La idea que guió desde un principio la práctica de la apendicostomía, fué obtener una fístula para derivar al exterior el contenido intestinal y permitir la libre irrigación del intestino grueso, consiguiéndose este resultado con una técnica sencillísima y con muchos menos peligros de infección peritoneal que en el caso de una cecostomía. Si el resultado de obtener una fístula para poder irrigar ampliamente el colon no podía negarse, en cambio resultaba discutible el que aquélla pudiera servir como medio de derivación fecal, dado el escaso calibre de la luz apendicular y se hicieron necesarias las ingeniosas explicaciones, así como los artificios técnicos para obtener dicho resultado. Se dijo que si bien era exacto que el calibre del apéndice no podía dar paso a excrementos sólidos y voluminosos, no eran de esta clase los contenidos en el ciego, pues los gases encontraban una salida fácil y en cuanto a lo demás se trataba de una materia flúida que no requería grandes aberturas para salir al exterior. No contentos con esto los defensores de dicha idea, añadieron a la apendicostomía dos medidas complementarias para asegurar el resultado apetecido: una de ellas era la aspiración del contenido cecal efectuada por medio de la sonda introducida en el apéndice y la otra el ensanchamiento de la abertura fistulosa poniendo en juego la gran elasticidad del apéndice que permitía la introducción metódica de bujías de calibre cada vez más creciente, habiendo así conseguido Bennet, Gayet y Nain obtener una abertura apendicular que aseguraba la salida completa del contenido intestinal. Colocándonos en el terreno práctico es necesario reconocer que esta función evacuadora de la apendicostomía dista mucho de ser completa, aun añadiéndole la aspiración y la dilatación de la fístula, pues no siempre el contenido del ciego es tan flúido como se ha supuesto, ni los medios complementarios realizan por completo el fin perseguido; por esto puede afirmarse que si la eficacia de la apendicostomía dependiera de la desviación completa al exterior de las materias intestinales, hoy resultaría una operación olvidada, ya que sólo en contados casos cumple dicho fin. ¿Quiere esto decir que su única misión sea facilitar la introducción medicamentosa en

el ciego? Tampoco, ya que cualquiera que la haya practicado se ha podido convencer de que los gases salen en su mayor parte a través de la fístula, como lo indica la disminución notable del timpanismo en toda la parte subyacente a aquélla y luego parte del contenido líquido cecal sale también al exterior cuando se mantiene aplicada una sonda en el conducto apendicular, como lo prueba la impregnación de las piezas del apósito por materias fecaloideas. En resumen, podemos considerar a la apendicostomía como un medio seguro para conseguir la medicación directa del intestino grueso y para asegurar una evacuación incompleta del contenido del mismo, y como estos efectos son suficientes en gran número de casos, de aquí la importancia que debe concederse a dicha operación.

Dos técnicas pueden seguirse según el tiempo que convenga mantener la fístula. En la de Bennet, conservamos la casi totalidad del apéndice y es sobre todo conveniente cuando deseamos obtener un medio más bien para las irrigaciones que para la evacuación directa del intestino; en caso contrario acudimos a la técnica de Segond y Lapeyre, que equivale a una fístula cecal sin ninguno de sus inconvenientes.

Cuando por la índole de las lesiones sospechamos que las operaciones anteriores no resultan aplicables y lo que principalmente se desea es el reposo del colon, sin perjudicar el desagüe conveniente, tenemos a nuestra disposición una serie de operaciones cuyo objeto es establecer una derivación del contenido intestinal formando una especie de corto-circuito, con lo cual queda separada del recorrido digestivo la porción de intestino grueso que deseamos colocar en un reposo absoluto. Aunque como luego indicaré son varias las operaciones con este fin ideadas y practicadas, todas ellas obedecen a un mismo principio: establecer una anastómosis entre la parte terminal del íleon y la parte de intestino grueso subyacente a la porción enferma, y como en muchos casos las lesiones no alcanzan la totalidad de la S ilíaca, en esta parte se establece la anastómosis; tal es la íleo-sigmoidostomía. La concepción de esta anastómosis no puede ser más lógica, su ejecución no puede calificarse de laboriosa, y dentro de la gravedad que presentan las operaciones en el intestino grueso, la íleo-sigmoidostomía puede calificarse de menos grave. Estudiemos ahora el modo de establecer la anastómosis para que resulte eficaz y las condiciones definitivas de la porción de intestino grueso aislado por aquélla.

El modo más sencillo de establecer la anastómosis consiste en practicar una abertura lateral que ponga en comunicación el íleon y el asa omega, pero para que una abertura en tales condiciones

establecida funcione, es preciso que el curso normal de las heces esté interrumpido, pues es ley fisiológica que todas las anastómosis extemporáneamente establecidas están destinadas a ocluirse siempre que el curso ordinario de materias sea posible; ahora bien, en el caso de las colitis no existe obstáculo al curso natural y por esto tales anastómosis latero-laterales no tienen ninguna utilidad práctica. Para asegurar el éxito de la nueva vía será preciso interrumpir por completo la continuidad del tubo digestivo seccionando totalmente el fleon, ocluyendo por entero el extremo distal e implantando el proximal en la S ilíaca; en una palabra, establecer una anastómosis término-lateral, y sólo así aseguraremos la permeabilidad permanente de la neoabertura.

Una vez conseguido el funcionamiento de la abertura anastomótica, surge la natural pregunta de si la supresión funcional de la mayor parte del intestino grueso llevará aparejados trastornos en las funciones digestivas, o sea, si la parte de S ilíaca que queda útil junto con el recto, podrán cumplir las funciones de la parte excluída. Esta pregunta sólo podía contestarla la experiencia suministrada por los casos operados y ésta nos indica que en los primeros tiempos de establecida la anastómosis nunca falta la diarrea, aunque este trastorno es de duración muy variable: a veces sólo perdura algunos días, en otras persiste meses, en algunas es permanente. De manera que la adaptación funcional al nuevo estado de cosas requiere siempre tiempo y aun algunas veces no se consigue, lo cual es un escollo con el que debemos contar al establecer una fleo-sigmoidostomía.

¿Qué le sucede a la porción de colon excluída? ¿Continúa indefinidamente en reposo sufriendo quizá una atrofia progresiva, como suele acontecer a los órganos privados de la función que les es propia? Así se creyó teóricamente y con tal creencia se practicaron las primeras intervenciones, pero la experiencia hoy adquirida no permite aceptar completamente esta manera de ver. Ya en 1911 en el Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía, de Quervain expuso un caso en el cual pocos meses después de practicada una fleo-sigmoidostomía se estableció una corriente retrógrada del contenido intestinal, el cual fué paulatinamente distendiendo la porción aislada, llegando tal distensión a hacerse dolorosa y alcanzando incluso el colon ascendente y el ciego. Las molestias llegaron a tal grado que de Quervain se vió obligado a reseca el ciego y el colon ascendente. Con esta intervención se conjuró de momento el peligro pero algún tiempo después el colon transversal se había dilatado hasta el punto que examinando el abdomen se hubiera creído en la

existencia del colon ascendente y del ciego, a no conocer el haberse practicado su extirpación, todo lo cual hacía temer que nuevas crisis dolorosas obligarían a practicar una nueva intervención. Esta indicación no tardó en presentarse y se practicó una resección.

Después de Quervain, otros autores señalaron análogos contratiempos de la ileosigmoidostomía, de manera que se hizo necesario conocer hasta que punto era probable la indicada eventualidad y las condiciones que la determinaban y este estudio lo ha emprendido Oppel, de Petrogrado, valiéndose de enfermos con fístulas fecales para estudiar las modificaciones de las mismas después de una ileosigmoidostomía y de otros enfermos en los cuales no existía fístula alguna.

En el primer grupo figuran enfermos afectos de fístulas fecaloideas de la región cecal en unos y del colon transversal en otros, y en ambos casos la anastómosis del ileon con la S ílfaca, previa la sección completa del primero, no consiguió curar la fístula, saliendo por la misma las heces fecales como antes de practicar la operación derivativa. Esto quiere decir que después de la exclusión unilateral del colon existen movimientos antiperistálticos tan acentuados que invalidan en absoluto la pretendida exclusión, resultando imaginaria dicha exclusión en el caso de fístulas cólicas.

Podría suponerse que la presencia de una fístula en el intestino grueso favorece el desarrollo de la corriente retrógrada de las heces fecales, ya que éstas, aun por los movimientos peristálticos normales, tenderían a dirigirse hacia el punto de menor resistencia que en tales casos está representado por la fístula y por lo tanto si no existiera dicha fístula tampoco se presentarían corrientes antiperistálticas. Como aquí estudiamos la aplicación de la anastómosis a las colitis en las cuales no existen fístulas, cabe preguntarse si en tales condiciones se presentan fenómenos análogos, o sea, si la llamada exclusión unilateral excluye en realidad al colon en los casos de colitis en los que no existen fístulas y tampoco hay obstáculos al libre paso de las heces. Por desgracia los hechos han comprobado que la ineficacia de la exclusión unilateral observada en las fístulas se repite en el caso de los procesos inflamatorios del colon y por lo tanto en éstos deja aquélla de cumplir su principal indicación.

Siempre que por medio de una operación quirúrgica una parte más o menos extensa del colon queda formando un fondo de saco, se la ve llenarse de moco, materias fecales y gases, productos que la van distendiendo hasta el punto de producir graves molestias al paciente y si la distensión no se remedia pronto puede estallar el

intestino produciéndose una peritonitis por perforación. Cuanto más grande es el fondo de saco así constituido, mayores son las molestias y como en el caso de las colitis se deja formando dicho fondo a la casi totalidad del colon, resulta que se encuentran el máximo de condiciones para que se presenten los trastornos consecutivos a dicha retención en un fondo de saco. Oppel confirma estas ideas propias con los resultados análogos que han obtenido Grekoff, Franke y von Beck, quedando así invalidados los trabajos de Roith, según el cual los dos tercios izquierdos del colon transversal, así como el colon descendente, eran incapaces de realizar ningún movimiento antiperistáltico y por lo tanto las heces no podían pasar a lo largo de estos segmentos intestinales siguiendo un curso retrógrado.

Comprobados los inconvenientes de la exclusión unilateral del colon por fleosigmoidostomía, los cirujanos han tratado de buscar variantes, dentro de las anastómosis, que permitieran solventar aquéllos, conservando la operación todo el efecto derivativo de las materias fecales. El más sencillo es el establecimiento de una fístula cutánea en la porción excluida con objeto de evitar la distensión de ésta, pero si tal medida es excusable cuando se trata de neoplasias malignas, ya que sólo representa un achaque temporal, no sucede lo mismo en el caso de las colitis, pues buscando primordialmente en éstas el reposo del colon, ya hemos visto que la fleosigmoidostomía no evita que las materias fecales, siguiendo un camino retrógrado, salgan por una fístula del ciego y por lo tanto si bien con ésta evitamos la distensión del intestino no podemos hacerlo respecto a los inconvenientes de contacto con materias fecales y movimientos más o menos intensos.

La operación de Monprofit, o sea el abocamiento en la S ilíaca de los dos cabos del ileon seccionado, aunque propuesta para remediar las secuelas de una extirpación del colon transversal, podría pensarse si solventaría los inconvenientes de la fleosigmoidostomía sencilla. Parece, en efecto, que la doble anastómosis cumple todas las condiciones exigibles en los casos que estudiamos; la anastómosis del cabo proximal del ileon sirve para restablecer el curso de las materias fecales y la del cabo distal establecerá el desagüe del intestino excluido hacia la S ilíaca. Prescindiendo de que a este procedimiento podrían hacerse las mismas objeciones que al de establecer una fístula cutánea, resulta además que el desagüe por el cabo distal del ileon, del intestino excluido, es muy discutible, ya que la válvula ileo-cecal representa una barrera infranqueable para el desagüe del ciego conforme han establecido las investigaciones de Katchanoff y de Oppel, hasta el punto de creer el último que la operación de

Monprofit debe abandonarse por completo por no cumplir en ningún caso el fin que se propone.

Por último, la anastómosis del ciego con la S ilíaca, o tiflosigmoidostomía, se ha propuesto para resolver los inconvenientes de la anastómosis del ileon. Las ventajas de la tiflosigmoidostomía están representadas por una adaptación funcional del intestino mucho más rápida debido quizá a que conservándose íntegra la parte terminal del ileon, se mantiene una zona muy apta para la absorción y la válvula ileocecal puede hacer su papel de reguladora de la llegada del quilo al ciego, con lo cual esta parte de intestino acaba de verificar la desecación de las materias que en el mismo penetran y así se evita la diarrea casi constante en la ileosigmoidostomía. Por último, como merced a la anastómosis del ciego no queda ningún fondo de saco después de la operación, los inconvenientes de retención y distensión de dicho fondo de saco quedan abolidos.

En el procedimiento primeramente propuesto, o de Giordano-Bergmann, se extirpa el fondo del ciego y la abertura así producida se implanta lateralmente en la S ilíaca; el intestino grueso forma una especie de círculo con una prolongación inferior representada por el recto. ¿La anastómosis así establecida cumple en realidad el objeto apetecido? Aunque el número de casos publicados es bastante restringido, hay alguno que merece fijar la atención. Koerte en una colitis practica la cecosigmoidostomía y la enferma empeora después de la operación; lejos de obtenerse un quietismo del colon, parece haberse formado un círculo vicioso, de manera que en vez de evacuarse todo el contenido del ciego por la anastómosis sigmoidea, más bien reflúan por ésta las heces después de haber recorrido el colon en su totalidad. En otro caso de Lardennois y Okinczyc la radiografía ulterior demostró que la boca anastomótica funcionaba incompletamente, de manera que una buena parte del contenido intestinal seguía el trayecto ordinario por el colon ascendente y el transversal, por lo cual no podía considerarse la operación como un medio de exclusión perfecta del intestino dañado. Para solventar estos contratiempos los dos autores citados (Lardennois y Okinczyc) han propuesto la operación que denominan tiflosigmoidostomía en Y, con la que se substituye la anastómosis termino-lateral cecosigmoidea por otra termino-terminal de las mismas partes y en cambio se verifica una implantación termino-lateral sigmoidosigmoidea; como esta última se sitúa por debajo de la primera, parece así evitarse en absoluto el reflujo de materiales que constituía el círculo vicioso en la operación de Giordano-Bergmann y en cambio la anastómosis termino-terminal cecosigmoidea favorece notablemente

el paso de aquéllos desde el ciego a la S ílaca y recto. Como el número de casos de tiflosigmoidostomía en Y es muy reducido, no puede establecerse un juicio definitivo de esta operación, pero teóricamente parece ha de dar mejores resultados que las estudiadas anteriormente.

Por tener una aplicación limitada en el caso de las colitis he reservado para el último lugar la ileo-colostomía con la que se creyó poder evitar los inconvenientes de la ileo-sigmoidostomía y principalmente el de la diarrea post-operatoria. Merced a la ileo-colostomía transversa se conservaba una extensión absorbente del intestino grueso bastante grande para que el contenido intestinal sufriera la desecación necesaria para dar lugar a deposiciones sólidas; mas al lado de esta ventaja tiene la operación varios inconvenientes: en primer término el de ser únicamente aplicable cuando las lesiones de colitis radican sólo en el ciego y colon ascendente, luego si bien la extensión del fondo de saco es menor que en la ileo-sigmoidostomía, aquél existe y con él todos los graves inconvenientes del mismo; por último la disposición en que quedan la última asa del íleon y su mesenterio son tan diferentes de las condiciones normales, que pueden lógicamente temerse graves trastornos en su funcionamiento. De lo anteriormente dicho se desprende que la ileo-colostomía transversa no representa una solución satisfactoria del complejo problema de las exclusiones unilaterales.

Con esto queda terminada la lista de los recursos terapéuticos con que cuenta la cirugía conservadora de las colitis; mas como sea que algunos casos se muestran rebeldes a esta terapéutica, se ha propuesto y practicado una intervención radical que ha recibido el nombre de colectomía. La patología experimental nos ha enseñado que en los perros se puede extirpar sin inconveniente la totalidad de su intestino grueso y en el hombre las investigaciones de Lane han llegado a una conclusión análoga, ya que en los procesos cólicos la supresión de la parte afecta, lejos de ser perjudicial para el paciente, ordinariamente le resulta beneficiosa. ¿Los riesgos de la operación son compensados por los beneficios que de la misma se reportan? Considerando que dichos riesgos son menores en el caso que nos ocupa que en los de neoplasia maligna; que la afección pone en peligro la vida del paciente, y que se muestra rebelde a una terapéutica menos enérgica, podemos contestar afirmativamente a la anterior pregunta e incluir la colectomía entre los recursos de que podemos echar mano para combatir las colitis.

Indicados los recursos de la terapéutica quirúrgica, veamos las indicaciones generales de esta terapéutica para luego exponer las especiales de cada una de las operaciones estudiadas.

En este sentido debemos dividir las colitis en agudas y crónicas, ya que las indicaciones quirúrgicas en una y otra forma son diferentes. En las formas agudas la operación pocas veces estará indicada, pues si descontamos algunas debidas a intoxicación por las carnes, en en las cuales Sonnenburg ha preconizado la apendicostomía o la enterostomía para poder practicar abundantes lavados del intestino, en las demás formas agudas la operación más bien se dirige contra las complicaciones y secuelas de la colitis que contra ésta en sí. En esta categoría entran todos los procesos pericólicos de caracteres diversos, unas veces en forma de abscesos, otras de bridas y adherencias que pueden reclamar una intervención y cuyo estudio tendrá lugar cuando me ocupe de las pericolitis, ya que por su importancia clínica merecen capítulo aparte; lo único que puedo adelantar en este punto es que estas secuelas rara vez obligan a practicar grandes intervenciones, considerando como tales las resecciones del colon.

Las colitis crónicas son las que ofrecen un campo más amplio para la intervención quirúrgica en el cual se manifiestan con más precisión los beneficiosos efectos de una tal terapéutica. En ellas se encuentran las dos condiciones que de por sí obligan a operar cuando resultan ineficaces los medios médicos. Es la primera la existencia de ulceraciones cólicas y la segunda la intensidad y persistencia de la diarrea, trastornos que si bien de por sí no constituyen una indicación absoluta en cambio es preciso tenerlos muy en cuenta para no perder inútilmente el tiempo en una terapéutica médica que resulte ineficaz y que permitiendo la agravación de las lesiones hará que la operación no produzca sus frutos. Por esto puede decirse con Segond que la intervención quirúrgica no debe considerarse como el recurso terminal de las situaciones desesperadas, y tanto no es así que para sacar el fruto debido del acto quirúrgico, la condición primera es tomar el bisturí en el momento oportuno y antes de que aparezcan complicaciones irremediabiles.

La oportunidad operatoria no la regula nunca la forma especial de la colitis, es decir, que no debemos admitir unas colitis médicas y otras quirúrgicas, sino que nos guiaremos por la gravedad del caso y el fracaso de un tratamiento médico bien dirigido. Cuando se reúnen estas dos condiciones, se impone la operación, cuya índole variará según los casos. En este punto es donde empiezan a manifestarse las divergencias entre los autores, ya que cada cual trata de generalizar la intervención que en sus particulares casos le ha dado mejor resultado.

Langdon Gibson preconiza grandemente su cecostomía valvular, con la cual dice que mejoran la inmensa mayoría de las colitis, y si se

tiene constancia en el tratamiento llegando a continuarlo durante varios meses, se consigue la curación. Este autor, además de la cecostomía valvular concede una gran importancia a los lavados mecánicos con una solución de suero, los cuales se inician de los tres a los cuatro días después de la operación y se practican dos o tres veces al día. Para combatir las ulceraciones, el medicamento preferido es el nitrato de plata al 1 por 20,000, el cual se introduce previo un lavado con agua destilada, ya que después del suero se combinaría con el cloruro sódico y no daría resultado. La tuberculosis sería la única forma que contraindica esta terapéutica y la colitis que más rebelde suele mostrarse a la misma es la amibiana, que si bien mejora con la operación es muy propensa a presentar frecuentes recaídas.

D'Arcy Power recomienda sobre todo la apendicostomía con la cual ya vimos que pueden cumplirse un gran número de indicaciones de las que se presentan en las colitis, principalmente la limpieza del tubo intestinal, y así vemos que tras aquélla sobreviene una mejoría en el apetito y el descenso de la temperatura. Para los casos que no curan por completo con la apendicostomía, Power recomienda asociarla a la vacunoterapia por medio de vacunas obtenidas por cultivo de los microorganismos que ocasionan la afección.

Segond cree que en las colitis diarreicas, disentéricas o disenteriformes, son condiciones indispensables el reposo del órgano y el desagüe del intestino grueso; por lo tanto, el ano cecal no es sólo el tratamiento de elección sino que debe considerarse como una operación de urgencia. En cambio, cuando se trata de colitis acompañadas de estreñimiento y con fenómenos infecciosos poco acentuados, podemos ahorrar al enfermo las molestias de un ano cecal y en cambio aprovechar las ventajas de una derivación por medio de la ileosigmoidostomía. Si se trata de ulceraciones rebeldes del intestino grueso o de alteraciones profundas de su pared que han resistido a las dos operaciones anteriores, podremos acudir a las resecciones cólicas más o menos extensas, sin que ello quiera significar que se deba considerar como aplicables a las colitis las extensas resecciones cólicas que Arbuthnot Lane preconiza para tratar la estasis intestinal crónica.

En un gran número de casos en que no se hace indispensable desde el primer momento poner en reposo al intestino enfermo, podemos aprovechar las ventajas de los lavados directos del intestino y de aquí las indicaciones de la fistulización cecal o de la apendicostomía. Además, estas operaciones no debemos considerarlas como antagónicas del tratamiento médico, sino que por el contrario

hemos de aceptarlas en muchos casos como poderosos auxiliares del mismo, que empleados en momento oportuno evitarían operaciones mucho más serias.

Korte cree que las formas ligeras de colitis crónica se curan simplemente por medios médicos y sólo las formas graves reclaman una intervención quirúrgica; por esto la apendicostomía tendría escasas aplicaciones, ya que no puede combatir los casos graves; lo mismo puede decirse de la fleosigmoidostomía. En cambio la cecostomía y la resección del colon son operaciones recomendables y que han realizado ya sus pruebas.

Giordano, en las formas de colitis poco intensas en las que las lesiones radican principalmente en el colon transversal y descendente, recomienda la tiflosigmoidostomía; en cambio en las formas graves con repercusión nerviosa, como lo que interesa principalmente es la exclusión absoluta de la parte afectada, hay que recurrir al ano cecal ampliamente establecido.

Leindenberg en los casos de colitis ulcerosa ha practicado la abertura del intestino en el punto afectado abocándolo a la piel y estableciendo así un ano artificial. Combinando éste con los lavados bicotidianos de ácido salicílico (1-3000) ha conseguido curar un caso.

Creo ocioso consignar más opiniones, ya que en su esencia vienen a coincidir con alguna de las expuestas y prefiero, para terminar este asunto, exponer mi criterio en el mismo basado en hechos por todos comprobados y en algunas enseñanzas de mi propia experiencia.

Desde el punto de vista quirúrgico, las colitis pueden dividirse en dos grandes grupos, según que las lesiones queden limitadas a una porción relativamente poco extensa del intestino grueso o que aquéllas sean difusas abarcando su casi totalidad. En el primer caso las partes más afectadas pueden encontrarse en el ciego, en el colon transversal o en la S ílica y el tratamiento diferirá según sea la localización. Si es el ciego la parte afectada, la cecostomía o la apendicostomía además de aminorar los inconvenientes del estancamiento de materiales digestivos en la parte afectada, nos permiten obrar tópicamente sobre la misma mediante la introducción de medicamentos por la vía creada por la operación. Si se trata de lesiones en el colon transversal, las operaciones antes dichas conservan todavía un valor real aunque la acción medicamentosa sea algo menos fácil y siempre será conveniente comenzar con ellas el tratamiento quirúrgico, antes de emprender operaciones de mayor entidad. Si el punto afectado está representado por la S ílica, la terapéutica deberá ser distinta; si lo que interesa principalmente es la acción tópica, podemos echar mano de las vías naturales y aun en muchos casos la

rectosigmoidoscopia poniéndonos al alcance de la vista y de los instrumentos las lesiones, nos permitirá prescindir de vías artificiales. Si lo que interesa principalmente es la exclusión de la parte afecta, el ano ilíaco establecido por encima de las lesiones será la operación de elección. Debemos recordar en este respecto que el ano ilíaco no tiene los inconvenientes del cecal, tanto porque permite un aprovechamiento completo de los materiales digestivos, cuanto por ser más fácilmente soportado por el enfermo, ya que merced a un aparato protésico se pueden aminorar de un modo notable los inconvenientes de la incontinencia fecal.

En estas formas limitadas creo tienen escasa aplicación las anastómosis, por dos razones: en primer lugar porque substraen a la absorción una extensa superficie sana representada por toda la porción de colon no enfermo, y en segundo término la gravedad operatoria de la anastómosis poco difiere de la correspondiente a una resección limitada del colon, de manera que si las intervenciones que podríamos llamar menores (ano artificial, apendicostomía) no consiguen curar el proceso, creo perfectamente indicada la resección de la parte enferma, seguida del restablecimiento de la continuidad del intestino. Con poco más riesgo que para una anastómosis conseguimos así hacer terapéutica radical y como el enfermo ha sido preparado por la operación primera, es de esperar que soporte perfectamente la resección del trozo afecto del intestino.

Si de las colitis circunscritas pasamos a las difusas, cambian por completo los términos del problema, ya que en estos procesos los medios terapéuticos deben obrar sobre la totalidad del intestino grueso. Teniendo en cuenta las condiciones del enfermo en el momento en que vamos a intervenir, notaremos que se trata de antiguos pacientes, que han sido sometidos infructuosamente a una terapéutica médica sostenida y que a causa de la duración del mal las condiciones de resistencia de aquéllos están muy debilitadas, de manera que una intervención quirúrgica para ser provechosa no ha de poner a prueba dichas resistencias; además, como rebeldía del mal para el tratamiento médico no es sinónimo de intervención extensa y grande, por esto creo que como operación primera en toda colitis crónica podremos practicar una apendicostomía. Tiene esta operación la ventaja de ser poco grave, poderse verificar incluso con anestesia local y en cuanto a sus efectos, la derivación parcial de materias intestinales que determina y el representar una vía directa para el tratamiento de las lesiones intestinales, son más que suficientes para hacerla recomendable; así lo comprueba la clínica marcando una mejoría inmediata de todas las molestias después de la apendicostomía.