

La paciente engordó prontamente, va bien de vientre y no acusa molestia alguna.

Se refiere al proceso diagnóstico seguido en este caso, destacando el tiempo perdido desde que la paciente empezó a solicitar asistencia médica.

Aprovecha este dato para destacar que en todo enfermo cuyo historia denote la existencia de un síndrome oclusivo o suboclusivo, debe iniciarse la exploración por una enema opaca, una vez demostrado que el obstáculo no reside en el intestino grueso, se procederá al estudio radiológico del intestino delgado, valiéndose de la sonda de Miller-Abbott, ya que la papilla administrada por ingesta puede convertir una oclusión incompleta en completa y, además, la mayoría de veces no permitirá establecer con claridad las características y la situación exacta del obstáculo.

Merece ser destacado el hecho de la temprana edad de la paciente. A pesar de este dato, se pensó, antes de la intervención, que muy probablemente se trataría de un cáncer; para ello se tuvo en cuenta que la patología del colon transverso es bastante limitada y que el curso progresivo de la sintomatología, que indicaba una lenta reducción de la luz intestinal, obligaba a pensar, antes que nada, en un proceso cólico intrínseco.

Se refiere luego extensamente a la conducta a seguir frente a las oclusiones completas de los diferentes segmentos del intestino grueso, que se estimen de causa maligna; para ello se apoya especialmente en un reciente trabajo de NICHEL, basado en la recopilación de 55 casos. Teniendo en cuenta la disparidad de criterios seguidos por los diferentes cirujanos en tales situaciones y de la falta, hasta el presente, de una sistematización terapéutica, invita a los asistentes, y en especial a los cirujanos, a que expongan las normas de conducta que su experiencia les señale como más racionales.

De las intervenciones de los Dres. PRIM, GALLART-ESQUERDO, CANALS MAYNER, PI-FIGUERAS, PUIG-SUREDA y GALLART MONÉS, pudo deducirse que no es fácil establecer unas normas de conducta invariables, dada la importancia que debe otorgarse a las condiciones individuales de cada paciente; puede, en cambio, señalarse, en líneas generales, que no es prudente efectuar la resección en un tiempo, que las derivaciones externas son, en principio, preferibles a las internas, que las neoplasias del segmento sigmoideo no deben ser exteriorizadas y que la intubación intestinal posee un valor extraordinario, siempre que exista distensión del intestino delgado, y muy especialmente en las neoplasias del colon derecho.

Consideraciones sobre el infarto intestinal

Dr. JUAN PRIM

EL infarto intestinal es una afección poco frecuente. No obstante, se han publicado algunos casos de infarto del intestino delgado; en cambio, es muy raro este proceso en el intestino grueso, sobre todo en el colon izquierdo, a consecuencia, en gran parte, de la extensión considerable del territorio irrigado, por los vasos mesentéricos superiores y en segundo lugar por poseer el colon, arterias y venas de seguridad (sistema de Retzius) de que carece el intestino delgado.

El infarto intestinal, es producido, en la mayoría de los casos, por la obs-

trucción vascular. Ultimamente, se han observado algunos infartos, sin lesión, ni obstáculo en los vasos sanguíneos.

El infarto intestinal por obstrucción vascular, puede ser producido por una embolia o trombosis arterial y por la trombosis venosa. A veces, la trombosis asienta, a la par, en las circulaciones arterial y venosa.

El émbolo, en los infartos arteriales, parte del corazón o de la aorta; a veces el proceso es producido por la arteritis de los vasos mesentéricos.

Los infartos por obstrucción venosa siempre dependen de la trombosis. La mayoría de las veces, son secundarios a una afección infecciosa del intestino; generalmente la apendicitis aguda; se han publicado muy pocos casos de infarto intestinal consecutivos a la colitis ulcerosa. FINLAY observó dos casos; RANKIN encontró tres en 106 colitis ulcerosas.

Nosotros, recientemente, asistimos a un caso de infarto sigmoideo, que correspondía a esta etiología:

A. C. 53 años, casado, dos hijos sanos.

Antecedentes personales: a los 22 años, paratífus. Un año después, pues, que fué tratada convenientemente.

En mayo de 1947, presentó durante tres días una crisis dolorosa abdominal; con diarreas mucosas.

A los veinte días se repitió la crisis, con la misma intensidad y duración, pero con deposiciones mucosanguinolentas.

Desde entonces, el enfermo presentó diarreas, evacuando tres o cuatro veces al día.

En abril de 1948 nueva crisis, idéntica a las anteriores. A pesar de un riguroso tratamiento, persistieron las diarreas incoercibles.

El 7 de agosto último, se practicó una exploración röntgeniana por ingestión. Al día siguiente presentó un dolor intenso repentino, sincopal, en el hemiabdomen izquierdo, seguido a las pocas horas de una deposición sumamente fétida.

El enfermo, asistido por nosotros, a las veinte horas de la iniciación de este síndrome, encontramos ya los signos físicos de una peritonitis difusa y además el paciente mostraba hipotermia, hipotensión, y taquicardia acentuadas.

Intervención quirúrgica (9 agosto 48). Laparotomía media infraumbilical. Al abrir el peritoneo, salió líquido seropurulento. Apéndice sano. Gangrena sigmoidea en una extensión de unos 20 cm. Se extenORIZó este asa, a través de una incisión de Mac Burney, del lado izquierdo. Se cerró por completo la laparotomía media. A las 48 horas se resecó el asa afecta, dejando establecido un ano en cañón de escopeta. Curso post-operatorio sin incidentes.

Segunda intervención: 9 septiembre de 1948. Se resecaron las dos asas que constituían el ano, practicando una colocolostomía termino-terminal a boca cerrada. Durante los tres primeros días, se dejó una sonda de MILLER-ABBOT.

El curso postoperatorio fué normal. Las diarreas cesaron, bajo un tratamiento dietético y medicamentoso. A los dos meses de esta operación, el enfermo había aumentado 7 kilos de peso corporal.

Además de los infartos intestinales por obstrucción venosa de tipo ascendente, se han observado en muy raros casos, infartos venosos de tipo descendente o retrógrado, consecutivos a afecciones del hígado o del bazo.

Por último, figuran los infartos intestinales, sin obstrucción vascular. Son los infartos por *shock* de intolerancia, descritos por MOULONGUET y GREGOIRE. Desde el año 1931, se han publicado varios casos (DEAVER, PECK, HARTGLASS y otros) de infartos intestinales en los que a consecuencia del mal estado general del enfermo, o la muy extensa de la lesión, no se practicó la resección intestinal y los enfermos curaron. Más tarde, GREGOIRE publicó su observación «princeps».

en la que curó a su enfermo con una inyección de adrenalina. Desde entonces, ha quedado bien definido este tipo de infarto.

Es difícil establecer el diagnóstico diferencial entre los infartos por obstrucción vascular y los infartos por *shock*. Desde el punto de vista anatomopatológico, a veces pueden distinguirse entre sí. En los infartos por obstrucción vascular, el meso está muy engrosado, no se perciben los batidos arteriales y no se ve circular la sangre en las venas.

Es preciso conocer al infarto por *shock*; pues en los casos de esta índole cabe la curación sin necesidad de resecar el intestino.

En general, el diagnóstico de esta afección es muy difícil. Sin embargo, MONDOR admite su posibilidad teniendo en cuenta los antecedentes del enfermo y la brusquedad e intensidad del comienzo. Además, estos enfermos presentan, desde el principio, una hipotensión, hipotermia y taquicardia acentuadas. A veces se registra una o más enterorragias.

En la exploración, a veces se aprecia un tumor que corresponde al asa infartada. Es rara la contractura de la pared abdominal, apreciándose sólo un ligero abombamiento del abdomen, sin movimientos peristálticos visibles.

La conducta pertinente en el infarto intestinal, difiere según la índole del mismo. Si se supone que depende de un infarto por *shock*, se inyectará un mgr. de adrenalina. Si el estado del intestino se modifica de modo patente, cambiando en pocos minutos el color y la consistencia del mismo, es de considerar curado al enfermo y se podrá cerrar inmediatamente la cavidad abdominal.

En los casos dudosos, si la inyección de adrenalina no modifica notablemente el estado del intestino, cabe recurrir, siendo el infarto poco extenso, a la exteriorización del asa infartada. Repitiendo el tratamiento anti-shock en el transcurso de las primeras 24 horas, se podrá apreciar el estado del intestino. En caso de mejorar la lesión, se reintroducirá el intestino en la cavidad abdominal. Si lo contrario, se resecará, dejando un anastomosis contranatura.

En los infartos de intestino delgado con el asa afecta evidentemente necrosada, se practicará una resección intestinal seguida de una anastomosis inmediata. En cambio, en los infartos del colon, después de la resección, se practicará un anastomosis contra-natura.

Un caso de hepatitis-cirrosis curado

Dr. T. A. PINÓS

EL comunicante expone un caso vivido desde el comienzo agudo de su enfermedad (hace 11 meses) hasta el estado actual.

La historia clínica puede resumirse de la siguiente manera:

Enfermo de 50 años, casado, sin antecedentes familiares de interés. En cuanto a los antecedentes personales, hay que remarcar su gran afición a la bebida, pues desde unos 10 años antes de su proceso actual, bebía habitualmente 8 copas de coñac, litro y medio de vino y 7 chatos de manzanilla diarios. Señalaremos además, como antecedente patológico, la presencia de una diabetes que fué descubierta hace 12 años, a raíz de una herida infectada que no cicatrizaba.

La enfermedad actual empezó en el tiempo antes señalado, con dolor in-