Dupl. 8469

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MEGACOLON CONGÉNITO

(ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG)

—o—

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MARTIN RAMÓN ARANA

Ex interno de Hospital de Niños por concurso de exámen durante los años 1904-1905-1906-1907-1908

E 57396.

«LA CIENCIA MÉDICA»

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CORDOBA 2080

BUENOS AIRES

1909

La facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Eufemio Uballes

Vice-Presidente

Dr. D. Pedro N. Arata

Miembros titulares

1 Dr. D. José T. Baca
2 » » Rafael Herera Vegas
3 » » Jacob de Tezanos Pintos
4 » » Eufemio Uballes
5 » » Pedro N. Arata
6 » » Roberto Wernicke
7 » » Pedro Lagleyze
8 » » José Penna
9 » » Luis Güemes
10 » » Eliseo Cantón
11 » » Enrique Bazterrica
12 » » Antonio C. Gandolfo
13 » » José M. Ramos Mejía
14 » » Enrique E. del Arca
15 » » Daniel J. Cranwell
16 » » Horacio G. Piñero
17 » » Juan A. Boeri

Miembros honorarios

1 Dr. D. Eduardo Wilde
2 ,, ,, Martin Spuch
3 ,, ,, Telémaco Susini
4 ,, ,, Emilio R. Coni
5 ,, ,, Olhintho de Magalhaes

Secretario

Dr. D. Daniel J. Cranwell

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vice decano

Dr. D. Antonio Gandolfo

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón
" " Luis Güemes
" " Enrique Bazterrica
" " Antonio C. Gandolfo
" " José M. Ramos Mejía
" " Baldomero Sommer
" " Gregorio Araoz Alfaro
" " José R. Semprun
" " Abel Ayerza
" " Eufemio Uballes
" " Francisco Sicardi
" " Telémaco Susini
" " Nicasio Etchepareborda
" " Eduardo Obejero
" " Juan A. Boeri (suplente)
" " Juvencio J. Arce

Secretarios

Dr. D. Jonàs Larguía (Consejo Directivo)
" " Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» (Vacante)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejer.)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología externa	» OBDULIO HERNANDEZ (Con lic.)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pedriátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria	» PEDRO BENEDÍT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

ROBERTO WERNICKE

JUAN R. FERNÁNDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedrátios extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatol. Sifilográfica. . .	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.	» JOSÉ A. ESTEVES JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica.	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica . , ...	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr. D. J. GREENWAY
Física Mèdica	» ALFREDO LANARI (en ejercicio)
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNÁNDEZ / JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología	» LEOPOLDO URIARTE / ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino.laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON / RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN / PEDRO LABAQUI
Clinica oftalmológica	» ENRIQUE DEMARIA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET / MARCELO VIÑAS / MARCELINO HERRERA VEGAS / JOSÉ ARCE
» Neurológica.	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE / DAVID SPERONI / JUAN J. VITON
« Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO / ENRIQUE ZÁRATE / ARTURO ENRIQUEZ / ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SÁNTAS / MAMERTO ACUÑA / GENARO SISTO
» Génito Urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica.	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogía . . .	» ADOLFO MUJICA (con lic.
Química inorgánica aplicada. . .	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada . .	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posología razonoda	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.	» JULIO J. GATTI
Química analítica y toxicológica (primer curso).	» FRANCIRCO P. LAVALLE
Tecnica farmaceutica	» MANUEL J. IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedratico sustituto
Farmacognósia y posología razonada	DR. JUAN A. DOMINGUEZ en ejer.

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedraticos titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstetrica Parto Distócico y Clínica Obstetrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARREL
Parto Distócico y Clínica Obstétrica	» UBALDO FERNÁNDEZ
» » » »	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedraticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. .	DR. DEÓN PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica, Terapéutica dentarias, Medicina Legal . .	» ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TÉSIS

Dr. ANTONIO ARRAGA

Director del Hospital de Niños y Jefe de la Clínica infantil

Á LOS DOCTORES:

CARLOS CASTRO Y SUMBLAD

ABEL ZUBIZARRETA

JULIO G. FERNANDEZ

A MIS PADRES

Á LA MEMORIA DE MI TIO

RAMON ARANA

Señores consejeros:

Señores profesores:

Presento ante vuestra consideración mi trabajo de Megacolon congénito que he elegido como tema para mi última prueba facultativa.

Me ha sugerido esta idea la observación personal de dos casos que han concurrido al Hospital de Niños durante mi internado en él.

Antes de entrar á tratar el punto quiero dejar aquí constancia de mi mayor agradecimiento para todos aquellos que han sido mis maestros en la facultad y fuera de ella.

Permítaseme especial mención para los médicos del Hospital de Niños, Dr. Laureano Rivas Miguez, Maximo Castro, Marcelo Viñas, Horacio Gonzalez del Solar y Ricardo Lynch.

A mi maestro: el Doctor Antonio Arraga, jefe del servicio de clínica infantil á cuyo lado he pasado mis

años de internado; recibiendo en todo momento enseñanzas que he tratado de aprovechar, consejos que he seguido fielmente, atenciones innumerables, finalizándolas con el honor que me dispenza acompañándome como padrino de tésis.

Le dedico este trabajo como prueba de mi más sincero agradecimiento y como testimonio de admiración á su proverbial caballerosidad.

Llégueles igualmente mi reconocimiento á los Dres. Carlos Castro Sumblad y Julio G. Fernández por el provecho que de ellos he sacado como practicante de sus servicios.

Al Doctor Abel Zubizarreta de quien durante muchos años he recibido una enseñanza diaria como Maestro y como amigo.

A mi amigo el Doctor Carlos Lagos García por las innumerables atenciones que me dispensado como médico interino del Hospital de Niños.

———

MEGACOLON CONGENITO

Definición. El megacolon congénito ó enfermedad de Hirschsprung de los alemanes es una malformación congénita del grueso intestino caracterizada anatomicamente por una enorme dilatación del intestino grueso aumento de su largo y flexuosidades, con hipertrofía de los elementos que constituyen su pared, principalmente de la túnica muscular y localizada ó bien en toda la extención del cólon ó alcanzando sólo una parte de este. En esta última circunstancia comprende más frecuentemente la última porción y sobre todo la S iliaca.

Clinicamente se caracteriza por un constipación pertinaz que frecuentemente data desde el nacimiento rebelde á todo tratamiento, con gran hinchazon del abdomen, adelgazamiento y á veces hasta la caquexia debido á la intoxicación por las materias fecales retenidas y que por lo general lleva el enfermo á la muerte.

HISTORIA

Historia. Hirschsprung fué el primero que hizo una descripción exacta de la enfermedad y fué también el primero que trató de ella como entidad mórbida entrando á discutir cuales serían su etiología y patogenia.

Sin embargo mucho anterior á él la literatura médica registra un cierto número de comunicaciones y publicaciones que después se han hecho encuadrar en el sindrome de *Hirschsprung*.

Así Concetti cree poder atribuir á Favalli la prioridad en este asunto. Efectivamente Favalli en un artículo publicado el 20 de Junio de 1846 en "la Gazzeta Médica di Milano" llama la atención sobre un enfermo cuyo cuadro era el siguiente: Hombre de 50 años, gran bebedor que de tiempo atras se queja de constipación y dolores abdominales.

Se administra un lavage, desenvolviéndose en seguida, meteorísmo abdominal y violentos dolores,

después disnea, debilidad cardiaca; el pulso se vuelve pequeño y acelerado. Muerte al cabo de 16 horas.

Autopsia. La cavidad abdominal está llenada completamente por un saco enorme lleno de gases y de materia fecal. Peritoneo normal. Intestino delgado aplanado normal y rechazado atras. Estómago normal.

El grueso intestino está dilatado. Los colon ascendente y transverso y una porción del colon descendente estan dilatados y semejantes á un colon de caballo. El saco enorme cuya forma y dimensiones son determinadas por las de la cavidad abdominal misma y constituída por el cólon pelviano colosamente distendido. Esta ansa ha perdido todos sus caracteres. Por debajo de este saco hasta el recto, normal. No hay estenosis alguna ni obstáculo intestinal.

El recto es completamente permeable, pero está ligeramente dilatado. Los apéndices epiploicos son cuatro ó cinco veces más grande que lo común. Las paredes cólicas tienen un espesor 5 ó 6 veces mayor, pero la disposición anatómica está bien conservada. La hipertrofía se lleva puramente sobre la mucosa y la muscular. La serosa no está espesada.

El tejido celular de la submucosa es muy abundante y compuesto de haces conjuntivos espesos. La totalidad del espesor parietal es de 3 1|2 á 4 líneas.

La mucosa es obscura verdosa. Las venas del intestino son muy desenvueltas. El sistema vascular pelviano está muy dilatado. Nada de modificaciones orgánicas

ningún estrechamiento, ningún tumor.

Como digo anteriormente esta es la historia del enfermo á quien Concetti da la prioridad de la descripción anatómica.

Cheinisse afirma haber encontrado en la literatura médica francesa una observación anterior á la de Favalli y es la publicada yor Oulmont en 1843. Se trata de un antiguo militar que fué atendido después de cinco días de una constipación opinaria con hinchamiento considerable del vientre.

Cinco años antes este hombre había sentido accidentes semejantes que habían terminado por disiparse, pero esta vez el tratamiento fracasa y 24 horas después de su entrada al Hospital el hombre muere.

En la aptopsia se encuentra una dilatación general de todo el tubo digestivo y del estómago mismo, pero principalmente del colon descendente que forma una enorme cavidad llena de materias fecales.

Las túnicas intestinales estaban hipertrofiadas. Una obstrución encontrábase en la parte inferior del recto y estaba formada por la torción del recto impedido y desplazada por el colon distendido.

Cheinisse hace encuadrar este enfermo en el sindrome de Hirschsprung pues no cree que se trate de una dilatación intestinal de origen mecánico, pues la hipertrofía de las paredes está en favor de la hipotesis de una dilatación primitiva y dice que por la descripción de las lesiones encontradas en la autopsia se desprende el ori-

gen secundario de la torción del colon lo que ha sido debido á la enorme distensión del intestino grueso.

Vamos á publicar á continuación las historias que hemos podido recoger de las estadísticas que traen los autores que han hecho estudios detallados de nuestro punto. Creemos que ello tiene su importancia para mejor interpretación de las distintas teorías anatomo patológicas existentes. Muchas de ellas basadas en la interpretación de hechos constatados por otros, y otras teniendo en cuenta únicamente las observaciones del autor de la teoría.

Observación de Peacock un hombre de 21 años entra el 11 de Mayo de 1871 al Hospital Saint Thomas servicio de Peacock.

Sufre de constipación desde el nacimiento su madre le administra frecuentemente enemas.

En 1860 crisis grave de obstrucción intestinal. Seis semanas antes de su muerte presentó síntomas graves de obstrucción intestinal. El recto se encuentra lleno de materias fecales duras.

Lavativas, mejoría.

Agravación rápida, el abdómen se distiende, timpanico por todas partes, como el de una mujer á término.

La percución á la izquierda da timpanismo, menos neto donde la distinción es más considerable.

Edema de la pared, nada de deposiciones desde hace 8 días. Muerte.

Autopsia. Todos los órganos están sanos, salvo la última porción del intestino.

La última parte del colon está distendido por materias fecales. El grueso intestino del ciego al recto está enormemente distendido: diámetro uniforme de 6 á 8 pulgadas.

Contiene 15 "quarts" de materia fecales semisólidas.

La mucosa está ulcerada sobre el colon transverso y el ansa sigmoide.

La distensión sesa en el recto y este es permeable.

Chapman desplazamiento del hígado por colon pelviano dilatado.

Historia Colon pelviano muy dilatado, 12 pulgadas inglesas.

La musculatura llama la atención, la mucosa muy inflamada, el recto estrecho pero normal. El saco intestinal se insinuaba entre la pared y la cara externa del lóbulo derecho del hígado; el hígado estaba muy comprimido y llevaba un profundo surco.

Como puede verse en las historias que anteceden todos estos enfermos han sido adultos, son todas historias anteriores á la presentación de Hirschsprung. Esto mismo hace constar este autor en el artículo de megacolon congénito por él redactado en la última obra de Comby.

Sin embargo anteriormente á él hay observaciones de esta naturaleza y concernientes á niños.

Gee tiene dos casos en dos niños de cuatro años. En uno de ellos desde la edad de tres meses aparecen dificultades en la defecación, con deposiciones sólidas. A los doce meses el abdómen comienza á distenderse y aumentaba progresivamente. *Exámen*: gran distensión abdominal las ansas intestinales son visibles bajo la pared, gran disnea, constipación que no cede á las lavativas, la sonda rectal permite la evacuación de gas y deshincha el vientre. El niño vive cinco semanas y presenta diarrea fétida antes de morir.

Autopsia: gran largo y distensión enorme del colon pelviano, el diámetro máximo es de 10 ctm., paredes hipertrofiadas. El colon pelviano forma dos sacos en conexión con el intestino estrecho. Recto distendido, colon normal.

El otro enfermo de *Gee* es también niño de cuatro años con distensión del abdómen desde la edad de un mes. Constipación habitual.

Timpanismo extrema distensión; el recto está lleno de materias fecales duras.

Autopsia: Distensión del colon, principalmente de la parte superior de la ansa pelviana, contracción del recto y de la parte inferior del ansa pelviana por concreciones duras, por encima materias fecales semi líquidas, nada de estenosis.

Bristowne trata el punto en su memoria sobre "los

efectos de una larga constipacción" describe seis observaciones entre las cuales dos corresponden al megacolon congénito. Una de ellas es la de Peacock y primera de esta tésis, la segunda es del mismo Bristowne, enfermo que presentó como *constipación. Enorme acumulación de materias fecales en el intestino grueso. Hipestrofía y dilatación del colon. Ulceraciones mucosas.*

Tratábase de una niña de ocho años sugeta á constipación á veces sus intestinos no funcionaban durante tres semanas.

Cuando entra al hospital está pálida, adelgazada, parece muy delicada, el abdómen muy dilatado sobre todo en la parte superior, nada de dolores ni de sensibilidad, nada de tumor evidente, se supone tuberculosis peritoneal. Durante tres semanas que vivió el abdómen se vuelve más y más tenso y duro, de tiempo en tiempo vomita, no emite materias fecales, á veces un poco de líquido verdoso.

El enfermo muere después de permanecer siete semanas en el hospital, durante todo este tiempo no defecó.

Autopsia: abdómen enorme, bajo la pared las ansas intestinales se designan nétamente. Abierto el abdómen se ve el colon Pelviano, desendente y transverso enormemente distendido, midiendo de tres á tres y media pulgadas de diámetro y ocupando casi toda la cavidad abdominal.

El ciego y el colon asendente están distendidos, pero mucho menos.

El peritoneo normal salvo algunos puntos de opacidad en su superfiice donde la consistencia es pastosa.

Los apéndices epiploicos son pequeños y rojos. El intestino delgado está distendido, pero menos que lo colon. El intestino grueso está llena de materias fecales semi sólidas, verdosas, fétidas. En el recto los escrementos son más sólidas y forman un tumor cónico.

La dilatación ocupa la parte superior del recto y sesa bruscamente dos traves de dedo por encima del ano.

Nada de estrechamiento en ningún punto. La pared intestinal, sobre todo la capa muscular hipertrofiada. La hipertrofia muscular comiensa en el colon acendente y aumenta hasta el colon pelviano donde el máximun del espesor alcansa á un octavo de pulgada.

La mucosa sana, espesada por lugares y congestionada. Tiene una media docena de ulceraciones simples. Los ganglios mesentéricos sanos. Los demás órganos normales.

Gaume en 1886 observó un niño que sufría siempre de constipación pero sobre todo desde hacía un año que defecaba cada ocho días y todavía de una manera muy laboriosa, poco abundante y expulsando scylabas muy duras.

El meteorismo constante pero sin dolores abdomi-

nales. A veces el intestino se vacía en bloc y el vientre disminuye de volúmen. Vómitos, anorexia y caquexia. En la región iliaca izquierda se encuentra un tumor duro, oval del tamaño de una cabeza de feto. A la percusión dá sonido mate y es doloroso á la palpación. En la región homologa derecha un tumor semejante pero más pequeño. La palpación del vientre hace circular gases. Lavativas y purgantes llevan una abundante evacuación intestinal.

Finalmente aparecen vómitos fecaloides, las extremidades se enfrían, se ponen cianóticas, facies abdominal congestion pulmonar, diarrea abundante y tenaz, crisis de cólicos dolorosos, desaparición del tumor, coma, cianosis, meteorismo y muerte.

Autopsia: Todo el grueso intestino enormemente dilatado. Toda la región del ileon está ocupada por el colon pelviano. Pirotoneo normal. Ciego estremadamente dilatado, los colon ascendente y transverso muy aumentados de volúmen ocupan los dos hipocondrios y el hepigastrio. El colon decendente poco dilatado. El colon pelviano llena la pelvis.

El intestino contiene todavía una gran cantidad de materias fecales y de gas. Nada de obstáculo á la circulación intestinal. Las paredes cólicas presentan en general y sobre todo á la altura del colon pelviano y del recto una inflamación crónica. Los tejidos están convertidos en una masa inextensibles en las cuales las diferentes capas es difícil reconocerlas.

La mucosa es gris blanca, espesa y friable.

Una porción del colon transverso está inyectada, adelgazada y friable. La serosa en todas partes intacta. El intestino delgado ligeramente dilatado é hiperemiado.

Fiihterer y Middeldorpf, han observado un muchacho de 14 años que nació con un abdómen muy grueso. El volúmen del vientre aumenta progresivamente en los años siguientes.

El año antes de ser observado el vientre comiensa á dilatarse, mayormente hasta llegar á un volúmen enorme con timpanismo generalizado, submátites ligera á tres centímetros por encima del puvis en las fosas lumbares.

La palpación no rebela ningún tumor, sensación de flote neto.

Tacto rectal no dá ninguna anomalía de los órganos pelvianos.

Lavativas sonda rectal, evacuaciones muy abundantes, el abdómen disminuye.

Insición exploradora mediana, una sonda introducida en el recto se la siente á tres centímetros bajo el ombligo, abriendo el peritoneo se cae sobre unas venas enormes que parecen encontrarse en la pared de un quiste. Se cierra el abdómen por temor á la hemorragia.

El enfermo muere.

Autopsia: A la abertura del vientre se incinde un

saco enorme que contiene gas y ocho litros alrededor de materias fecales líquidas que llenan todo el abdómen.

El intestino delgado, el estómago, el colon hasta la S iliaca, normales.

El colon iliaco muy estrechado.

El saco está formado por el colon pelviano distendido. El colon decendente está unido á este saco por un meso de ocho centímetros.

La musculatura está contraída al punto que los hases longitudinales se tocan y no pueden ser distinguidos, sobre el saco ellas aparecen como haces espesos.

A su entrada en el saco pelviano el colon decendente está estrechado al punto de no dejar pasar más que un pequeño dedo.

Sobre el saco la mucosa está sana, nada de ulceraciones simple, puntuación rojiza. La musculatura está muy hipertrofiada, su espesor es de cinco milímetros en lugar de dos milímetros.

El orificio rectal del saco presenta una válvula en creciente cuya concabidad está dirigida arriba y atrás. La pared del saco está vuelta sobre la cara anterior del recto.

El saco tiene 66 ctms. de circunferencia y la distancia que separa el colon decendente del recto es de 47 ctms., 16 litros de agua son necesarios para llenar el saco.

Exámen histológico. Mucosa, glándulas de Lie-

berkulm bien ordenadas. La muscular mucosa está muy hipertrofiada y llega á la mitad del espesor total. El resto es representado por una submucosa laxa, una muscular muy hipertrofiada y una serosa espesa.

Observación de Cheadle, (1886). Niño de tres años, dilatación del abdómen y constipación opinaria desde la edad de tres meses. Todos los purgantes quedan sin éxito, las deposiciones son duras, desde hace dos años nunca ha defecado sin enemas.

A veces el colon retiene dos y tres lavativas dadas el mismo día.

Abdómen muy distendido principalmente en las regiones cólicas sub-costales.

Circunsferencia abdominal 59 ctm. Timpanismo. El tratamiento médico restablece el estado normal; en dos meses se obtiene una deposición diaria.

Han constatado también observaciones semejantes Banks, en un hombre de 50 años, Ammon en un niño muerto poco tiempo después del nacimiento, Little y Gallaway "*Enormous dilatación with hypestrophy of the colon especially of the sigmoid portion*" (*Transact. of the Pathof. Are, of. London* 1850 y 1851, *pag.* 106).

Dupleix "*Dilatation énorme de l'Siliaque*" Sociedad anatomica de París, Julio de 1877).

Pippingskold "*Colosal dilatación del ciego y del colon*" el año 1880.

Hirschsprung que en 1880 observó su primer caso,

cinco años después otro. Su primera publicación data de 1886, seguida en 1890, de una segunda.

La primera observación de Hirschsprung se refiere á un niño de ocho meses, constipado de nacimiento. Los purgantes no resultaban, solamente los enemas provocaban la defecación. La constipación era habitual. Se recurrió á todos los medios terapéuticos para obtener evacuaciones fecales, cuyo color y consistencia eran normales. Buena salud.

Abdómen moderadamente distendido; el recto está lleno de scylabas; una deposición en catorce días.

La defecación necesita siempre ser provocada.

Cuando la constipación dura, el vientre se vuelve extremadamente hinchado, que desaparece por las evacuaciones.

Vómitos. Una sonda se introduce fácilmente en el recto. La constipación persiste, el vientre se vuelve enorme; diarrea fétida profusa. Muerte á los 11 meses.

Autopsia: Gran dilatación del colon pelviano, y especialmente del colon transverso; paredes hipertrofiadas, ulceraciones mucosas. El resto del colon está ensanchado; recto normal, nada de estenosis.

La segunda es un muchacho de siete meses, constipado desde su nacimiento, deposiciones solamente después de los purgantes, nada de dolores, nada de vómitos. Abdómen á veces grandemente distendido y esta distensión aumenta progresivamente.

A los seis meses fué hecha una punción con un trocar, sin accidente, diarrea y vómitos pasageros.

Abdómen enorme 56 ctms. de circunsferencia. Movimiento peristalticos visibles, diarrea profusa, adelgazamiento. Muerte al cabo de cinco semanas.

Autopsia: Gran distención de los colons pelviano y transverso, hipertrofía de las paredes, ulceraciones mucosas.

Esta primera comunicación de Hirschsprung fué seguida de una segunda en 1890 y la tercera, en 1899.

Los casos reunidos por este autor llegan á diez entre los cuales cinco murieron á la edad, respectivamente, de dos, dos y medio, tres, ocho y once meses. Los otros cinco entre los cuales, contaba una niña, eran sujetos de 7 meses á diez años de edad.

Corresponde á él haber marcado los límites precisos de la afección y haber llenado muchos puntos esenciales que quedaban obscuros.

Posteriormente á él muchos han sido los observadores que han tenido oportunidad de dar á conocer enfermos semejantes.

Hughes en 1887 observa un niño de tres años con dilatación é hipertrofía de todo el grueso intestino.

Money y Paget publican la observación de un hombre de cincuenta y cinco años, alcohólico y que en la autopsia se encontró la ansa sigmoidea dilatada.

El caso de Formad, un hombre de 23 años, conocido con el apodo de "el hombre balon".

Hadden un muchacho de once años.

Osler observa dos casos uno de ellos un niño de diez años que fué operado practicándose un ano contra natura. Encontrándose el grueso intestino enormemente dilatado y sobre todo el colon pelviano.

El otro un niño de ocho meses que desde el nacimiento tiene constipación y meteorismo.

Walker y Griffith, en 1890 observan un pequeño muchacho, observación que fué seguida de autopsia, circunstancia que favoreció un estudio anatómico é histológico muy completo de los autores.

Genersich, vió un niño con todos los síntomas de la enfermedad de Hirschsprung.

Mya otro de los autores que más se ha ocupado del asunto y cuyas ideas veremos cuando se trate de patogenia, observó también dos niños, uno de dos meses que desde su nacimiento fué constipado y otro de seis meses con constipación y dilatación abdominal.

Berti relaciona la historia de dos niños por él observados.

Rolleston y Haward, un niño de 12 años.

Hobbs, Richemond, Concetti, Fitz, Johannensen, etcétera, han también contribuído, llamando la atención hacia el estudio de esta enfermedad.

Pierre Duval ha recopilado la mayor parte de las publicaciones de dilatación idiopática del grueso intestino anteriores y posteriores á Hirschspning. Cheinnisse de París ha publicado en la semana médica francesa un

trabajo á este respecto, entrando en la discusión sobre su etiología patogenia, tratamiento, etc.

Muchos son también los que han tratado la enfermedad de Hirschsprung bajo el punto de vista terapéutico y quirúrgico proponiendo intervenciones más ó menos radicales.

Entre nosotros el megacolon congénito ha sido visto pocas veces.

El doctor Arraga junto con el doctor Zubizarreta han observado un caso el año 1905 en el Hospital de Niños, lo que motivó un trabajo del doctor Zubizarreta aparecido en la revista del Hospital de Niños el año 1905.

En el mismo Hospital han sido asistidos otros dos niñitos con megacolon congénito en el servicio de cirugía de los doctores Máximo Castro y Marcelo Viñas, en el año 1906. El otro en el servicio del Doctor Arraga el presente año.

Las historias de estos enfermos irán al final de esta tésis.

El doctor Araoz Alfaro ha tenido oportunidad de ver otros dos casos uno de ellos un idiota que murió al poco tiempo y el otro un niño del campo á quien instituyó un tratamiento médico que permitió al enfermo una vida bastante normal hasta hace un año, fecha en que lo perdió de vista.

El doctor Centeno ha tenido también entre sus enfermos un caso de megacolon congénito.

En doctor Avelino Gutiérrez ha operado una dilatación idiopática del grueso intestino con un meso colon largo.

El método operatorio elegido es la exclusión de la parte dilatada del intestino.

Entre las observaciones de Woolmer, publicase un caso de Buenos Aires, observado por el doctor Nasi.

Se trata de una persona adulta, un hombre de 28 años que hacía 4 que era constipado. Por un error de diagnóstico se hizo una laparotomia, la que mostró la presencia de un colon muy grande, llegando á las dimensiones de un estómago.

Se aprovechó la operación para hacer una colopexia que curó al enfermo.

ETIOLOGIA

La etiología es un punto obscuro de la enfermedad de Hirschspning y el término *idiopático aplicado á la distención del colon dice Griffith no significa otra cosa que nuestra ignorancia.*

Entretanto pasaremos en revista varias causas: herencia, sexo, edad, alimentación, etc.

Herencia. Hirschsprung en su observación número II hace notar, que un hermano de su enfermo sufría de constipación y dilatación abdominal.

Buig, de la clínica de Baginsky, cree que la herencia juega un rol importante, pues dice que es frecuente encontrar antecedentes familiares, similares y Duval cocomentando la segunda observación de Hirschsprung, participa de la misma opinión, diciendo de que podría tratarse de una afección familiar.

Sin embargo, fuera de la observación de Hirschsprung en los 48 casos recogidos por Duval, hasta 1903

y otros 15 que he podido recoger, en las distintas revistas médicas de Pediatria, ningún autor relaciona haber encontrado enfermos semejantes en los demás miembros de las familias, siendo igualmente negativo como el mismo Duval lo reconoce el encontrar malformaciones congénitas personales ó hereditarias en estos enfermos.

Sexo. La afección no parece repartirse igualmente en ambos sexos. El masculino figura más frecuentemente atacado.

Duval sobre 45 casos encuentra 36 veces en el hombre, 9 veces en la mujer. Fenwick trae una estadística de 16 casos entre ellos figuran 13 hombres y 3 mujeres.

En los diez casos por Hirschsprung observados figura una mujer solamente.

Edad. Casi exclusiva de la niñez, sin embargo, á pesar de ser considerada como congénita, ha sido también observada en la edad adulta, siendo cierto también que la mayor parte de ellos han sufrido de constipación desde los primeros tiempos de la vida.

La estadística que á este respecto trae Duval es la siguiente: cuatro donde la afección es congénita en el sentido propio de la palabra, entre ellos una dilatación cólica en un feto de siete meses (caso visto por Ammon) tres donde la distensión abdominal existía desde el na-

cimiento, otros cinco en que si bien no se observó dilatación del vientre tardaron de tres á cinco días en la expulsión del meconio.

39 casos donde los primeros síntomas remontan á los primeros tiempos de la vida.

En cinco casos solamente el principio ha sido tardío, uno á los 15 años Fitz), otro de 27 años (Woolmer), treinta y dos años (Woolmer), cincuenta años (Favalli), edad adulta (Richardaon).

Los diez casos de Hirschsprung, se reparten de la manera siguiente: uno de 2 meses, otro de 2 y medio, uno de tres, uno de ocho, otro de 11 meses. Los otros cinco están entre 7 meses y 10 años.

Entre las quince observaciones recogidas de estos últimos años, todas posteriores al trabajo de Duval, la edad figura en la forma siguiente: menores de 4 años siete. Entre 4 años y 7 años, tres. En los otros cinco hay uno de 13 años, siempre constipado, una mujer de 39 años con constipación y dilatación abdominal desde la primera infancia, un hombre de 40 años que también presentó estos fenómenos, una mujer de 46 años y un hombre de 48, de quien los autores no dicen nada respecto al principio de su mal.

En cuanto á alimentación nada hay tampoco de positivo entre las distintas observaciones recogida, unos han sido alimentados á pecho, con destete en época oportuna, otros criados artificialmente.

Los que han podido sobrepasar la primera infancia así como las observaciones relativas á personas adultas han observado una alimentación normal.

En cuanto á enfermedades generales que pudieron haber influído, es completamente negativa.

ANATOMIA PATOLOGICA

Anatomía patológica, enorme dilatación total ó parcial del colon, hipertrofía considerable de sus paredes, sin ningún obstáculo que cause esta dilatación, tales son los caracteres anatomo-patológicos, esenciales de la enfermedad de Hirschsprung.

La dilatación suele ser tan extraordinaria que al abrir el vientre, haciendo la autopsia de uno de estos niños es frecuente encontrar el gran tumor formado por el intestino, llenar, completamente el abdómen, rechazando por todas partes á los otros órganos. Este enorme desarrollo explica las comparaciones que se han hecho para dar idea de la dilatación, algunos lo han comparado á un muslo y pierna flexionadas, otros hablan de un colon como de caballo ó de buey.

La ectasia ocupa generalmente la última porción del grueso intestino, el colon pelviano más á menudo, pero no es raro que se extienda á una mayor extensión,

comprendiendo á veces todo el grueso intestino y llegando como han constatado algunos autores hasta comprender parte del delgado.

Cuando la dilatación ocupa el colon pelviano ella tiene casi siempre la disposición siguiente:

Forma dos sacos verticales paralelos. El primero se eleva de la fosa iliaca izquierda hasta bajo el diafragma pasando por delante del estómago y el hígado, el segundo desciende hacia la fosa iliaca derecha y la pelvis. Una profunda sisura se necuentra en el punto de flexión.

En cuanto á la frecuencia del punto del colon que se encuentra la ectasia Duval trae la siguiente estadística tomada sobre 40 observaciones.

Ectasia total del colon 13 casos ó sea un 32.5 por ciento. Ectaria de una parte del colon (segmentaria) ó 27 casos ó sea un 67 por ciento, distribuídos en la siguiente forma:

Colon pelviano solo.....	12	veces
,,	,,	y transverso.....	4	,,
,,	,,	y descendente.....	3	,,
,,	,,	transverso y acendente..	1	,,
,,	,,	y asendente.....	1	,,
,,	,,	transverso y desendente..	3	,,
,,	,,	transverso acendente....	2	,,
,,	,,	desendente sólo.....	1	,,
			27	casos

Ectasia parcial llamada diverticular 2 casos solamente.

El estado del recto bajo el punto de vista anatomopatológico no es notado en la mayoría de las observaciones. La clínica sin embargo deja constancia que en todos la permealidad es perfecta que no hay ningún obstáculo, que la sonda introducida por el ano penetra muy fácilmente hasta una altura variable de 15 á 25 ctms.

El recto frecuentemente está lleno de materias fecales, duras, conglomeradas ó bien vacío pero lleno de gases; es el recto en balon de Treves.

El ano está muy frecuentemente contracturado y su dilatación es dolorosa.

En tres casos solamente se ha notado la participación del recto á la dilatación (casos de Ammon-Gee-y Bristoive).

Hirschsprung dice que en ningún caso ha notado estrechamiento del recto ó del ano.

Para dar una idea del tamaño de la ectasia cólica daremos el siguiente dato.

Para llenar la ectasia diverticular del caso de Futterer es necesario 16 litros de líquido, ampliando el punto voy á dar las dimensiones que han tenido el intestino grueso en distintas observaciones.

Hirschsprung	encontró	27 ctms. de diametro en la ictaria
Banks	»	66 ctms. de circunferencia
Gee	»	10 ctms. de diametro
Peacocks	»	6 á 8 fulgadas de diametro
Fulterer y Middeldorpf	»	66 de circunferencia
Waltes y Griffiths	»	23 fulgadas de circunferencia
Cordeus	»	13 ctms. de diametro
Martin	»	8 ctms. de diametro
Hicknes	»	35 ctms. de circunferencia
Concetti	»	22 ctms. de circunferencia
Gaujoux	»	7 y medio ctms. de diametro
Fenwick	»	25 ctms. de circunferencia

Relativamente á la forma de la dilatación en las ectasias segmentarias, el punto donde se termina el segmento dilatado y donde el calibre normal se encuentra es generalmente poco neto; el intestino disminuye progresivamente de volúmen y toma poco á poco sus dimensiones normales, así el recto tiene frecuentemente la forma de embudo.

En los casos por el contrario donde la ectasia parece de origen secundario, la transición es brusca, como en la observación de Treves por ejemplo, la dilatación empiesa de golpe entre el colon pelviano dilatado y el presacro contracturado, en este caso según Treves el dedo introducido en la ectasia notaba que la mucosa formaba en este punto una especie de válvula obturante que era la causa de la obstrucción.

En los casos de ectasia diverticular se observa también que la ectasia empieza de golpe. Esta forma de ectasia ha sido vista en dos casos solamente, uno per-

teneciente á Futterer y otro á Berti. En el de Futterer la ectasia con sus dos segmentos intra y supra ayacentes semejábase á un aneurisma sacsiforme.

El largo del intestino dilatado es siempre más considerable que al estado normal. Según Duval este alargamiento cólico segmentario es debido á dos causas distintas.

En la gran mayoría de los casos es función de la dilatación misma del cólon y no se lleva que sobre el segmento ectasiado. En otros casos (cuatro de su estadística) se ha encontrado además del alargamiento referente á la ectasia, malformaciones anatómicas de los segmentos adyacentes.

Otra de las constataciones importante de la enfermedad de Hirschsprung es el estado de las paredes: muy hipertrofiadas, hecho que tiene lugar por el aumento de espesor de las túnicas que constituyen la pared intestinal.

Para mejor interpretación de los hechos haremos aquí un ligero estudio de la constitución anatómica del intestino grueso al estado normal.

El intestino grueso se compone de cuatro túnicas concéntricas superpuestas á la luz intestinal y que son yendo de afuera á dentro: 1.° una túnica serosa, 2.° una túnica muscular, 3° una túnica celulosa, 4°. una túnica mucosa.

La túnica serosa es una dependencia del peritoneo que envuelve todo el tubo digestivo (peritoneo viseral).

La túnica muscular comprende dos capas: una superficial más desarrollada, dispuesta en tres bandas paralelas al eje del intestino. Es la capa de fibras longitudinales. La otra más profunda, más débil, dispuesta concentricamente á la luz del intestino rodeándolo por completo y extendiéndose por todo su largo, es la capa de fibras musculares circulares.

La túnica celulosa por haces de tejido conjuntivo que se entrecruzan en todo sentido y á los cuales se añaden un cierto número de fibras elásticas. Encierra en su espesor vasos y nervios.

La túnica mucosa está constituída por: un epitelio formado por un rango de células cilíndricas á platillo estriado y células caliciformes, un corión constituído por una trama conjuntiva en el espesor de la cual se ve una gran infiltración de células linfoideas. Hay además en la mucosa folículos cerrados y glándulas.

Como hemos dicho anteriormente el hecho esencial en la modificación sufrida por la pared intestinal es su hipertrofía llegando al doble ó al triple de la normal y abarcando tanto, cuanto la ectasia.

El proceso hipertrófico llévase mayormente sobre las capas sub-mucosa y muscular que en las otras. La capa muscular es atacada casi siempre en sus fibras circulares que aumentan notablemente de grosor. Esta túnica junto con la proliferación conjuntiva de la submucosa ó celulosa trae un consiguiente aumento del espesor de la pared intestinal. Hecho de observación cons-

tante en las necropsias por megacolon y que ha sido considerada hasta el presente como defensa del intestino buscando evacuar su contenido.

Este aumento del espesor de la pared intestinal puede encontrarse interrumpido en algunos puntos no faltando al respecto observaciones como la de Gaume que encontró una parte adelgazada y friable en el medio del colon transeverso hipertrofiado.

Harbitz describiendo su caso dice: Las paredes intestinales están muy espesadas, de un volúmen de 2.5 m. m.... La parte entre el colon descendente y la S iliaca es muy delgada por lugares, casi transparente.

Concetti en una niña de dos años y medio relaciona que el colon ascendente, transverso y parte del descendente se encuentran fuertemente dilatados é hipertrofiados, pero que en la parte siguiente donde la dilatación había llegado á su máximo la pared es excesivamente delgada, de una apariencia como si ella fuese hecha de pergamino imbilido en agua.

Las dimensiones de la pared intestinal al estado normal es según Mya de 1,5 m. m. de espesor en un niño de dos años y segúún Beanis y Bruchard tiene este mismo espesor pero al estado adulto. La modificación sufriad por la hipertrofia le da dimenisones mayores que según Mya y Concetti son las que van á continuación y que nosotros hemos sacado de Duval.

Mucosa	0.055 m. m.	0.513 m. m.
Muscular mucosa	0.220 m. m.	0.105 m. m.
Sub-mucosa	0.550 m. m.	1.398 m. m.
Muscular circular	0.330 m. m.	0.447 m. m.
Muscular longitudinal	0.035 m. m.	—
Serosa	1.505 m. m.	0.057 m. m.
	2.695 m. m.	2.520 m. m.

La serosa es raro que participe del espesamiento de las otras capas, solo en dos casos se halla constatada Mya y Futterer cuyos enfermos presentaban un engrosamiento bastante marcado de la serosa peritoneal al nivel del segmento hipertrofiado.

La mucosa ha sufrido casi siempre profundas alteraciones. Se halla ulcerada.

Hirschsprung en la autopsia de su primera observ. relata el estado de la mucosa en la forma siguiente:

"La mucosa hinchada de mal color está llena de ulceraciones de volumen variable, numerosas pequeñas erociones superficiales apenas del volúmen de una pequeña cabeza de alfiler, otras más hanchas y más profundas estendiéndose á traves de toda la mucosa, discretamente ó evidentemente formadas por la reunión de varias, separadas unas de otras por espacios de mucosa sana dando á la superficie un aspecto mamelonado. Al costado de estas ulceraciones se encuentran otras teniendo como punto de partida absesos del tejido conjuntivo de la pared con volumen desde una arbeja hasta el de

una haba que han perforado la mucosa por encima destruyéndola más ó menos".

Estas alteraciones de la mucosa tan estendidas son funciones de la extasis fecal largo tiempo prolongada erosionando é infestando la mucosa.

La alteración destructiva sufrida por la mucosa ha sido constatada la mayor parte de las veces, siendo más ó menos estendidas en tamaño y profundidad comprendiendo las distintas capas intestinales llegando algunas veces hasta la perforación completa.

En cuanto á las alteraciones microscópicas sufrida por la pared intestinal han sido bien detalladas por varios autores. Nosotros trascribiremos aquí la relación de Concetit por ser la más completa.

He aquí la forma en que se expresa Concetti:

En ningún punto la mucosa es normal: nada de trasas de epitelio ni de conductos glandulares, montones de leucocitos. Por lugares la mucosa forma un detritus donde no tiene ninguna trasa de organización, en muchos lugares la muscular mucosa está al desnudo, en puntos ulcerada; las capas medianas desaparecen.

En ciertos puntos donde las capas basales de la mucosa persisten se ven capilares llenos de sangre que la penetran más ó menos. El espesor de mucosa encontrada es de 0.513 m. m. 0.291 m. m. al corte.

La muscular mucosa está hipertrofiada, es atravesada en sitios por haces conjuntivos, vasos sanguíneos, leucositos ó linfositos al costado de numerosos glóbulos blancos.

Espesor 0.024, 0.105 m. m. en el corte 0.069.

El tejido conjuntivo de la sub-mucosa no muestra el mismo espesor en los diferentes segmentos. En algunos sitios 0.708, 0.960 m. m. con haces conjuntivos espesos, linfositos, vasos cuyas paredes están infiltradas y espesadas.

En otros puntos esta capa ocupa el tercio del espesor total 1.104, 1398 m. m. con vasos sanguíneos numerosos ó paredes espesadas, algunos están llenos de sangre y contienen glóbulos bien conservados, otros están trombosados desde larga data y completamente obliterados. Alrededor de los vasos montones de células linfáticas.

En los puntos ulcerados está capa está necrosada ó completamente destruída.

La capa muscular transversa está muy espesada sobre algunas preparaciones los haces son longitudinales en otras circulares; están separadas por travas conjuntivas que hacen continuación á los vasos de la submucosa. Las fibras musculares están bien conservadas sus núcleos son netos; numerosas fibras son más espesadas que lo que están normalmente.

Entre las fibras también hay una infiltración leucocitaria neta, más pronunciada todavía que las travas cunjuntivas y en los límites de la sub-mucosa y de la muscular; el algunos sitios vasos numerosos llenos de glóbulos bien conservados.

En sitios ulcerados profundamente, la muscular

está profundamente alterada por la necrosis. En los límites de la necrosis grupos de leucositos.

La muscular longitudinal está un poco más espesada que normalmente pero ella no llega al espesor de la capa circular 0.024, 0.447 m. m. La infiltración leucocitaria y el desenvolvimiento son muy limitados lo mismo para el tejido conjuntivo. La capa longitudinal es igualmente repartida sobre todo el largo del colon.

La serosa no toma que muy poca parte en la hipertrofia general 0.050, 0.157 m. m. se encuentran vasos sanguíneos y leucocitos.

El espesor total del intestino mide 2.903 es el doble del espesor normal de un adulto (1.5 m. m. Beaunis y Bruchard) y alrededor del triple de la de un niño de esta edad (1.2 m. m. Mya).

Entre otras lesiones anatomo patológicas macroscópicas encontradas es de frecuente observación los apéndices epiploicos muy desarrollados, ó meso colon largo, caso de Futterer que tenía un meso de 8 ctms. En la observación de Walker el colon ascendente y descendente, partes del intestino grueso no dilatadas pero provistas de un meso muy largo (de 10 ctms.)

La serosa peritoneal no ha dado nunca muestras de haber sufrido lesiones inflamatorias en la vida intranterina el peritoneo es liso y luciente por todas partes, nada de espesamientos ni bridas.

Es raro lo mismo encontrar otras malformaciones embrionarias en ellos ni en sus antecesores. Ultimamen·

te se registra en la literatura médica rusa la observación de Jowskovsky donde á más de la dilatación congénita del colon tenía el niño otras mal formaciones embrionarias, una hipertrofía de la pared generalizada á todo el grueso intestino y á todo el delgado. La hipertrofía del delgado producía una estreches del piloro. Además se encontró una hernia mesogástrica interna.

Entre otras mal formaciones congénitas junto á un megacolon idiopático Berti á encontrado un largo exagerado del colon y aumento del número de flexuosidades sobre todo en el segmento pelviano. En otro caso este mismo autor á encontrado los mismos vicios de desenvolvimiento.

La pared abdominal es muy delgada tiene un escaso desarrollo muscular debido á la distinción constante que sufren sus músculos por la presión intra abdominal lo que lleva también como consecuencia una mala conformación del torax, de muy escaso desarrollo contrastando con el grueso vientre, y hanchamente dilatado abajo, haciendo relieve el reborde costal inferior.

Como consecuencia de la mala nutrición general, de la profunda intoxicacóin y de las frecuentes colitis infecciosas ha que están espuestos su estado general es pésimo viven una caquexia crónica y por consiguiente el desarrollo general haciéndose en tan malas condiciones, son enfermos cargados de estigmas raquíticos. La irupción dentaria tardía, la fontanela permanece largo tiempo abierta, etc., etc.

PATOGENIA

La patogenia es un punto obscuro en la enfermedad de Hirschsprung y el acuerdo está lejos de existir entre los autores que han desarrollado el asunto.

Mientras unos consideran que debe comprenderse como un estado mórbido cuyo origen debe buscarse en un defecto de desenvolvimiento embrionario una primitiva dilatación del colon (*Hirschsprung*) hipertrofía conjuntiva primitiva de la pared y dilatación cólica (*Mya*). Otros creen que la causa primera es un obstáculo al curso de las materias fecales trayendo como consecuencia una dilatación é hipertrofía cólica. (*Treves*) y (*Marfan*).

Pasaremos en revista estas diversas teorías viendo los principales argumentos en que se apoyan sus sostenedores.

Hirschsprung dice: no hay nada que indique positivamente que haya habido desde el comienzo dificul-

tades feristalticas que puedan causar la afección. Si fuese así esto debería haber sido antes del nacimiento. Lo que la parece contradictorio por la forma ondulante del intestino con sus partes alternativamente dilatadas y estrechadas todas participando á la hipertrofía, pero principalmente por la falta obsoluta de estrechamiento y de adherencias que hagan suponer una dificultad evacuadora. Por esto no duda en creer que la deformación es debida á una anomalía de desenvolvimiento remontando á la vida embrionaria y posteriormente después del nacimiento mantenida bajo la influencia de las mismas fuerzas desconocidas que lo han puesto en evolución desde el comienzo.

De manera que para Hircshsprung el hecho primitivo es la ectasia cólica de origen congénito. Esta parte del intestino dilatada no podría hacer progresar facilmente las materias fecales y poco á poco la dilatación exagerariase al mismo tiempo que la constipación.

Se le ha objetado á este modo de ver diciendo que tal estado del colon no ha sido visto en ningún recien nacido. Efectivamente, fuera de una observación citado por Duval perteneciente á Ammon relativa á un feto de siete meses con dilatación idiopática del colon no se registra otro ejemplo análogo. Esta misma observación peca de incompleta.

Hirschsprung contesta á esto diciendo; tal cosa podría depender del hazar dado sobre todo que la afección es poco frecuente y que es necesario algunos días de

vida para manifestarse. Pero él á su vez se pregunta como explicar un diagnóstico de megacolon establecido á los tres días del nacimiento del niño y constatadas sus lesiones anatómicas á los 75 días después.

¿Cómo explicar sin recurrir al origen congénito un tal trabajo anatómico?.

Este modo de ver parece lógico ¿porqué no puede haber una dilatación congénita del colon como existe una megalograstria?

Lo mismo que para explicar la atrofía de ciertas partes del tubo digestivo se ha sostenido un detenimiento en el desenvolvimiento embriogénico aquí para explicar un proceso análogo pero opuesto porque no puede evocarse un origen igual que llevase un exceso de desarrollo?

Entran, para apoyar esta idea constataciones de hechos semejantes en otras partes del aparato digestivo tal como ha sucedido para la hipertrofía del píloro por ejemplo.

Mya participa de un semejante modo de ver, piensa que la ectasia cólica es una mal formación congénita.

Mya dice que los casos graves típicos de megacolon congénito son debidos á una anomalía de desenvolvimiento embrionario en que el colon llega á un calibre enorme. Para explicar esta dilatación que es el hecho primitivo cree que no puede hacerse intervenir una enfermedad fetal, no puede según su modo de ver darse

cuenta de ella que por una anomalía de desenvolvimiento.

El admite como lesiones primeras una dilatación del intestino y una hipertrofía conjuntiva que aumenta el espesor de sus paredes. Secundariamente se desenvuelve una hipertrofía muscular y una colitis intersticial difusa que infiltrando las paredes lleva un mayor aumento de su espesor.

Duval encara la cuestión de una manera semejante, después de haber estudiado el punto detalladamente revisando y comparando casi todos los trabajos aparecidos hasta la cfeha en que apareció sus memorias (Revista de cirujía 1903).

Duval se muestra satisfecho con la teoría á base de una mal formación congénita, la cual podría ser ó bien una ectasia primitiva ó bien una mal formación consistente en una hiperplasia del tejido conjuntivo de la pared lo que secundariamente podría llevar una dilatación cólica.

Considera de que á pesar de que la dilatación pueda manifestarse en una época más ó menos alejada del nacimiento debe ser siempre considerada como congénita pues siempre es consecuencia de una mal formación embrionaria. Posteriormente vendría á añadirse una hipertrofía muscular compensadora, una colitis intersticial por extasis fecal que junto con la hiperplasia conjuntiva primitiva determinaría una esclerosis del colon llevándolo á la distinción definitiva.

De manera que la hipertrofía de las paredes para Duval debe ser considerada como mixta, una primitiva que podría ser causal y es congénita, otra secundaria inflamatoria.

Este mismo autor tratando de encontrar la causa íntima de la mal formación embrionaria dice:

El colon en general y sobre todo su segmento pelviano están en plena evolución morfogenética, acabada para ciertos segmentos inacabadas para otros; presenta frecuentes anomalías reversivas, no es sorprendente por lo tanto que sea el sitio de anomalías mal formativas verdaderas y la ectasia cólica debe ser considerada como una mal formación embrionaria que puede atacar todos los segmentos del grueso intestino y con predilección esa parte cuya evolución anatómica está menos acabada, que es el colon pelviano.

Termina diciendo que bajo el punto de vista patogénico la dilatación idiopática del grueso intestino merece un lugar en la nosografía de los colon.

Concetti distingue dos variedades de ectasia cólica

1.° un agrandamiento general del diámetro del intestino con hipertrofía de sus paredes.

2.° una ectasia simple congénita, de un segmento cólico con dilatación é hipertrofía compensadora del segmento suprayacente.

Para la primera variedad admite un desenvolvimiento embrionario anormal el colon enorme, muy desenvuelto el tejido conjuntivo de la pared. Este tejido

conjuntivo paraliza la acción de las fibras musculares ataca las paredes arteriales, pudiendo obliterarlas.

Una proliferación conjuntiva inflamatoria debido á la constante colitis se añade á la primera hiperplasia conjuntiva, congénita produciendo la esclerosis cólica.

La segunda se basa en la observación de un caso con atrofía de la pared en un parte de la ectasia cólica, da el autor á este hecho una gran importancia etiológica considerándolo como punto de partida del proceso.

Esta parte sería el punto muerto del intestino no pudiendo contribuir al movimiento peristáltico general, sería donde se estancan las materias fecales sin poder progresar por falta de impulsión de la pared y como consecuencia de esta inactividad habría un mayor gasto de energía en el segmento suprayacente y por lo tanto una hipertrofía de la pared con dilatación.

Hirschsprung contesta á esta manera de pensar diciendo que el hecho de ser tan raras las observaciones de aplasias de la pared, no podría hacer encuadrar en tal patogénia todos los casos, y pregunta aunque con toda reserva si esta dilatación no podría ser secundaria consecutiva á la acumulación de las materias fecales en lugares especialmente desfavorables para el pasage y además dice: no podría tratarse de una atrofía congénita?

Genersich admite una mal formación embrionaría como origen, la cual compara á los divertículos esofagianos descritos por Ziemssen que son malforma-

ciones congénitas. Buscando explicar la génesis de esta anomalía hace notar que la delimitación entre el intestino delgado y el grueso tiene lugar á partir del segundo mes de la vida embrionaria. A partir de este momento el intestino grueso crece más pronto que el delgado terminando su formación al cabo de tres meses y acaba preguntándose si este desenvolvimiento del grueso intestino llevado más lejos de los límites normales no podría constituir la ectasia congénita.

Para Genersich la hipertrofía muscular cólica sería primitiva, el autor hace notar que la dilatación compromete la motilidad y la potencia de las contracciones musculares del intestino. La extasis fecal á su turno provocaría un aumento compensador de la hipertrofía muscular.

Cheinisse se adhiere á la teoría de Hischsprung y relaciona un caso de reciente observación por un médico ruso (Joukovsky) muy interesante por la luz que pueda aportar á un tan debatido origen de esta malformación.

Tratase de un niño que sucumbió á los veinte y seis días de su nacimiento y cuyos fenómenos empezaron el mismo día de nacer. En la autopsia se halló junto á una ectasia del grueso intestino una hipertrofía de las paredes de todo el tubo intestinal así como una estenosis del duodeno y una hernia mesogástrica interna.

La estenosis del duodeno era debido á un desen-

volvimiento excesivo de los pliegues de la mucosa y á la hipertrofía de la pared.

Marfan en su artículo "de la constipación en el nourrisson y en particular de la constipación congénita" rechaza los hechos relacionados por Hirschsprung y diversos autores bajo el nombre de dilatación idiopática congénita del colon y dice: "Nada prueba que la dilatación sea una modificación primitiva. Ella no ha sido jamás encontrada en un recién nacido. Hasta más amplia información nosotros debemos considerarla como una modificación consecutiva á la constipación congénita, afección que está esencialmente ligada á la multiplicidad y á la exageración de las inflexiones de la S iliaca. La ectasis de las materias fecales en el cólon basta para explicar toda la serie de hechos que se han observado en el megacólon, la dilatación en particular es probablemente debida á la distensión por los gases de putrefacción. La hipertrofía de las paredes es análoga á la que se produce en la vejiga cuando existe un obstáculo al curso de la orina; ella es debida en parte también á la colitis difusa".

Treves no admite tampoco el término de idiopático aplicado á la enfermedad para él "la mayoría de los casos de dilatación idiopática en las gentes de edad son simples dilataciones por obstrucciones mecánicas incompletas".

Yo voy hasta afirmar dice en otro párrafo que hay obstrucción real en todos los casos, que la dilatación

nunca es idiopática y que la hipertrofía de las paredes viene en su apoyo, ella sería inexplicable si fuera en otra forma.

Para *Fenwich*, el hecho fundamental es la hipertrofía de las paredes, la dilatación es secundaria ó asesoria y respondiendo siempre á una oclusión mecánica cualquiera y rechaza como no probada por la clínica y la anatomía patológica la dilatación congénita.

Fenwick cree poder clasificar todas las observaciones publicadas de enfermedad de Hirschsprung en una de las tres categorías siguientes: 1°. una torsión ó acodadura del cólon pelviano ó del recto, 2°. un estrechamiento congénito del grueso intestino, 3°. una contractura espamódica permanente de la extremidad superior del cólon y la contractura del efinter externo del ano.

Griffith sin pronunciarse sobre el origen primitivo ó secundario de la enfermedad admite varias variedades de dilatación cólica. La más frecuente que sobreviene á la edad adulta es debida á la sola constipación habitual, 2°. la dilatación paralítica del grueso intestino debido á la colitis aguda, 3°. las ectasias secundarias obedeciendo á estrechamiento congénito, 4°. una última variedad debido á una tendencia innata á la dilatación sin causa orgánica conocida, para esta última variedad el autor se pregunta si el gran largo del cólon pelviano en el niño no predispone á su dilatación.

Gayoux en su artículo "Existe una dilatación

congénita"?, después de una excelente revista de la cuestión cree en definitiva poder hacer dos partes de los hechos publicados hasta el presente.

"De una parte dice algunos hechos muy raros y todavía inexplicados para los cuales Hirschsprung ha podido tener razón de escribir que todas las manifestaciones clínicas parezcan debidas á una falta en la primera disposición desenvuelta en la vida intrauterina y después del nacimiento bajo la influencia de las mismas fuerzas desconocidas que la han puesto en evolución desde el comienzo.

De otra parte y mucho más importante vienen á tomar lugar todos los hechos que nosotros hemos sucesivamente estudiados. En todos la noción del obstáculo á la evacuación fecal domina la escena patológica. El megacólon no es idiopático; él es adquirido y secundario á tal ó tal causa de obstrucción incompleta, de constipación crónica".

Las conclusiones finales á que llega este autor son las siguientes:

1°. El sindrome de Hirschsprung existe pero responde sobre todo á una variedad clínica y sucede á diversos factores etiológicos.

2°. Teóricamente es posible el megacolon congénito idiopático (enfermedad netamente caracterizada tanto bajo el punto de vista anatomo-clínico como bajo el punto de vista etiológico) es una anomalía muy rara de la cual no existen sino muy pocos hechos abso-

lutamente demostrativos. Ellos no pueden y no deben por otra parte concernir sino á nourrissons, manifiestamente desde el nacimiento y llevar rápidamente la muerte.

3°. Al lado de la verdadera enfermedad de Hirschsprung, relativamente congénita, tipo casi teórico, tan es raro; debe conocerse y saber diagnosticar, esto que nosotros llamamos sindrome de Hirschsprung caracterizado por una constipación crónica con dilatación é hipertrofía del cólon. Ellos reconocen por otra parte causas múltiples que el deber de todo médico conciensudo será de buscar por un exámen metódico y profundo. En todos los casos por otra parte este sydrome es netamente secundario á la constipación, lo más frecuentemente congénita ó pseudo congénita.

Reasumiendo los puntos esenciales de estas distintas teorías tenemos que los hechos en litigio son los siguientes:

1°. La enfermedad es congénita?

2°. La dilatación cólica es primitiva ó es una retrodilatación consecutiva á un obstáculo mecánico de cualquier naturaleza?

3°. La hipertrofia de la pared es primitiva ó secundaria?

La resolución definitiva sólo pueden darlas las constataciones anatómicas, pues en el terreno de las interpretaciones teóricas de los hechos hasta hoy constatados, ambas hipótesis son posibles.

SINTOMATOLOGIA

Sintomatología. Constipación y dilatación abdominal son los hechos que dominan la sintomatología del megacólon congénito, añadiéndose á estos, otros síntomas asesorios ó como consecuencia de los primeros. Analizaremos separadamente cada unos de ellos y en su repercursión sobre el estado general. Después trataremos de establecer cual de ellos aparece primero y finalmente describiremos otros síntomas de menor importancia por ser menos frecuentes y casi siempre dependientes de los dos primeros.

La constipación es el síntoma más constante y persistente á tal punto que en estos enfermos es raro encontrar que tengan deposiciones expontáneas, necesitándose siempre la intervención de medios coadyugantes. Sucede á menudo encontrar descripciones de enfermos que son muy contadas las veces que han conseguido evacuar por sus propias fuerzas. Osler cita un

caso de un niño de siete años que en toda su vida no había tenido deposiciones espontáneas sino seis ó siete veces.

Esta constipación es electiva para las materias fecales, los gases son expulsados con facilidad, haciéndose muchas veces de una manera involuntaria, la expulsión es enorme y muy fétida, suele ser favorecida por la administración de enemas ó por simple tacto rectal.

El lapso de tiempo que trascurre entre una deposición y otra es siempre largo y variable, 6, 8, 10 días, espacio de tiempo que suele aumentar por cualquier circunstancia, llegando en ocasiones á un tiempo mucho mayor y que se prolonga hasta que una intervención oportuna venga á aliviar el enfermo.

Nuestra observación F. F. cuando llegó al servicio hacía veinte días que no movía en vientre.

Otro carácter de esta clase de constipación es el de datar desde el nacimiento ó los primeros días de la vida por lo que á menudo se cree al no expulsar un recién nacido su meconio en una imperforación de ano. Una sonda viene á levantar todas las dudas. Otras veces la constipación se constata un poco más tarde, en la época del destete. Se registran casos en que las observaciones dan como principio de la constipación la edad adulta. (Woolmer).

La constipación tiene también como caracteres de ser grave, constante y progresiva concurriendo á la

aparición de fenómenos de oclusión intestinal incompletos que se suceden con relativa frecuencia, sucede entonces que aumenta la dificultad á la evacuación de las materias fecales el vientre por consiguiente crece mayormente, vómitos y fuertes dolores aparecen, los gases son retenidos y la crisis no sesa hasta que la evacuación se provoca.

Otras veces la obstrucción toma una forma más grave á tal punto que toda emisión intestinal está suspendida y la situación se vuelve rápidamente grave y alarmante, haciéndose necesario una punción intestinal para dar salida á los gases ó un ano contra natura.

Estos excesos suelen repetirse constantemente hasta llevar los enfermos á la muerte.

Cuando se producen las debacles intestinales la cantidad de materias es enorme, lo mismo que las expulsadas cuando se vence por medios apropiados una oclusión más ó menos completa que estos enfermos sufren con frecuencia. Existen á este respecto observaciones notables por la cantidad de materia fecal echada por un enfermo de estos. Un enfermo de Concetti defecó 10.600 gramos en cinco días por medio de lavages forzados, el enfermo tenía 8 años.

En nuestra observación Francisco F. evacuó el primer día 3 kilos y los días subsiguientes llenó uno y dos servicios de noche.

La materia fecal sufre también modificaciones. En los recién nacidos y en la primera infancia las deposi-

ciones no son iguales á las de un niño normal de la misma edad. Son obscuras, negras, semisólidas, compuestas de escilabas duras y líquido oscuro chocolate á veces verdes, siempre muy fétidas, de un olor horrible.

En el adolescente y en el adulto son también semejante á las anteriores, negras, scibaliformes mezcladas con líquido negro muy fétidas. La evacuación se hace por pequeñas cantidades, es dolorosa, sucediendo de tiempo en tiempo debacles muy abundantes.

Frecuentemente sucede á esta extasis de materias fecales sépticas una infección cólica grave, generalmente terminal; ella es una de las frecuentes causas de muerte.

Es una forma de colitis diarreica en que los enfermos tienen evacuaciones líquidas, fétidas, mucosas frecuentemente sanguinolentas, mezcladas á muco pus llegando á tener diez, quince y hasta veinte deposiciones en un sólo día, llevándolos á un estado caquéctico y de dibilitación tal que sucumben tanto por el estado de agotamiento como por su intoxicación profunda.

Esta colitis aguda debida á ulceraciones de la mucosa suele llegar á la perforación intestinal terminando su marcha por una peritonitis mortal.

Otro síntoma que caracterisa el megacolon es la distensión abdominal siempre muy considerable, dando al vientre el aspecto de un ballon.

Son vientres enormemente grandes y con dilatación general, tienen su máximo generalmente por en-

cima del ombligo entre este y el apéndice xifoide. Suele á veces ser más pronunciado en algunas regiones del abdómen lo cual coresponde al mayor tamaño de la dilatación intestinal en ese sitio.

Semejante estado del vientre da á estos enfermos un aspecto peculiar, contrastando su grueso abdómen con el escaso desarrollo de las otras partes del cuerpo.

Las dimensiones de la circunsferencia abdominal en sus puntos máximos observada por los distintos autores varía en niños de ocho á diez años entre 75 y 80 ctms.

La distensión del grueso intestino llega á veces á impedir la circulación profunda, haciendo que se dibuje bajo la piel las venas superficiales de la circulación complementaria con su aspecto característico de cabeza de meduza.

La palpación apercibe la delgadez de la pared abdominal con su débil capa muscular, el tejido celular es muy escaso en esta región y la consistencia del abdómen es la que da una distención gaseosa, se deja fácilmente deprimir sin que pueda precisarse nada la mayoría de los casos por medio de la palpación.

Algunos autores han conseguido delimitar por palpación abdominal combinadas al tacto rectal tumores de consistencia dura, móviles, á veces fijos, mates á la percución son tumores conocidos con el nombre de fecalomas ó estercoromas formados por acumulaciones enormes, viejas de materia fecal, conglomerada y seca que

suele tener infiltraciones fosfáticas. Entre los caracteres de estos tumores, uno de los más importantes es el de ser transitorios mayores en los períodos de gran constipación, disminuyendo ó desapareciendo en los períodos de las evacuaciones abundantes, por cuya razón algunos lo han descripto como tumores fantasmas.

En otras ocasiones como lo ha constatado Woolmer, estos tumores no tienen la consistencia dura y petrosa observada comúnmente sino que guardan la impresión del dedo bajo forma de depresiones persistentes para lo cual es necesario por supuesto una cierta blandura de las materias fecales que lo forman.

La palpación del abdómen provoca frecuentemente contracciones intestinales que se dibujan bajo la pared en forma de hondas que recorren la superficie abdominal, localizándose en un sitio del abdómen ó extendiéndose por toda la pared y recorriéndola en todo sentido.

Con este movimiento vermiforme suele hacer saliencia una de las ansas intestinales, haciéndose visible, y fácilmente limitable con la mano. Concetti ha podido tomar en un caso el ángulo cólico derecho que media ocho cents. de diámetro.

Refiriéndose á estos movimientos dice Duval que las ondulaciones se hacen siempre en el mismo lugar, en algunos casos y orientadas en el mismo sentido, siendo tan netas que se han podido notar con una gran

presición el contorno de las diferentes ansas y hacer el diagnóstico topográfico exacto.

Estas contracciones son á veces indoloras, otras coinciden con cólicos intestinales, se producen expontáamente ó bien por una ligera excitación de la pared.

Se ha señalado también la existencia de flote muy neto como si existiera líquido en la cavidad.

A la percución el vientre es timpánico por todas partes salvo el caso en que los estercocomas estén presente siendo entonces mate el sitio por ellos ocupado.

A la auscultación se ha señalado la presencia de borborismos numerosos y un grueso glu-glu (Treves). *Cuál es el síntoma que aparece primero?* la constipación ó la dilatación?

Comúnmente lo primero que llama la atención en un recién nacido es su falta de expulsión del meconio al cabo de uno ódos días, el vientre no ha llamado la atención hasta entonces, no es que posteriormente que toma el desarrollo que presentara después. Lo mismo sucede en los casos de iniciación más tardía de la enfermedad, siempre la constipación es el síntoma que se presenta primero cosa sobre lo cual están de acuerdo la mayor parte de los autores, y aún aquéllos como Hirschsprung, que dan como origen de la enfermedad una dilatación primitiva por malformación embrionaria del cólon, así por lo menos se desprende de la lectura del capitulo que trae sobre intomatología.

Duval trae 4 observaciones en que la dilatación

ha existido primitivamente, estas observaciones pertenecen á distintos autores y son las siguientes:

Ammon constata en la autopsia de un feto de siete meses una dilatación considerable del recto, del cólon pelviano y del descendente sin malformación estenosante anal.

Hobbs y De Richemond niño de dos años y medio que al nacer tenía un vientre tan distendido que crea una gruesa dificultad al parto.

Futterer y Middeldorpf, niño nacido con un gran vientre.

Mya, niño de dos meses desde su nacimiento presentaba un vientre meteorizado y vómitos.

Marfan, al contrario de las observaciones anteriores niega que la distención abdominal exista desde el nacimiento.

La estadística que trae Duval referente á la época de aparición de la dilatación se descompone en la forma siguiente:

En los primeros días de la vida.....	12
En el primer mes.....	2
En los seis primeros meses.....	6
En el primer año.....	4
El segundo año.....	1
En la infancia sin presición.....	4
	29 casos.

Posteriormente la dilatación de la pared abdominal obra sobre la constipación trayendo un debilitamiento marcado de los músculos abdominales privando de este punto de apoyo á la masa intestinal y por lo tanto de un elemento importante al fenómeno de la defecación.

El hecho de que la constipación preceda á la distensión del vientre no es bastante para destruir la teoría de Hirschsprung, pues aunque el cólon tenga un calibre mucho mayor al que debía de tener normalmente él no puede llegar á producir un grueso abdómen sino se halla distendido por gases los cuales necesitanran para producirse la extásis fecal.

Aparte de estos síntomas capitales completan el cuadro otros de menor importancia y menos constantes.

El recto es ó bien de calibre normal ó bien dilatado, vacío ó lleno de gases.

El ano es generalmente apretado sobre todo en los niños á veces contracturado y la dilatación es dolorosa.

El tacto rectal ó la sonda constatan siempre la ausencia de obstáculo mecánico al pasaje de las materias fecales.

El dolor abdominal no constante que aparece con el aumento de la constipación, suele tomar la forma de cólicos, de dolores espasmódicos, debidos á la contractura intestinal y en ciertos casos muy vivos y localizados en un punto del abdómen. Pero lo común es que estos

enfermos no se quejen de dolores, sino más bien de un cierto impedimento y pesantes abdominal.

Como consecuencia de la gran dilatación abdominal se produce una deformación toráxica consistente en un aumento del diámetro transversal del tórax en su parte inferior y una disminución en la superior. Este mismo aumento de la presión intra abdominal trae un rechazo del hígado y bazo hacia la cavidad toráxica distendiendo y paralizando el diafragma, lo que da lugar á compresiones del corazón y pulmón, comprometiendo su libre funcionamiento de ahí esa disnea y ansiedad que se observa en los enfermos en los momentos de las crisis de constipación.

La presencia de Indican en la orina, es constante, rebelando la absorción de productos tóxicos de origen intestinal, la albuminuría ha sido observada también por Concetti.

Fenwich ha notado en un caso una comprensión de los dos ureteres con retención renal y hernaturias graves.

Teniendo por causa las pertubaciones nutritivas y la intoxicación profunda que sufren los enfermos hacen que ellos se desarrollen mal si su enfermedad le permite una sobre vida, están cargados de deformaciones raquíticas, la irrupción dentaria es tardía y se hace mal lo mismo sucede con la fontanela, el resto del esqueleto, óseo, toráx, miembros, etc., mal desarrollados.

DIAGNOSTICO

No basta para establecer el diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung, la constatación de una constipación más ó menos crónica con dilatación del cólon, es necesario que la afección sea congénita y que tanto la dilatación como la constipación sean idiopáticas, es decir, que no tengan como causa un obstáculo á la evacuación intestinal.

Llenado estos requisitos el diagnóstico de megacolon se impone. Pero la dificultad está en establecer la ausencia de obstáculo, pues no obran como tal únicamente los estrechamientos en la parte inferior del intestino, fáciles de establecer sino que también hay obstáculos sobre todo en los primeros tiempos de la vida por un largo excesivo del cólon, el cual se ve en la necesidad de acoarse para acomodarse y sus acodaduras son las que producen la retención.

Quedan también fuera del cuadro de enfermedad de Hirschsprung aquellas constipaciones crónicas donde la causa es un defecto en el régimen alimenticio, mejorado este desaparece aquella.

La confusión con otra clase de enfermedades no es difícil sino á base de una mala observación.

Podría confundirse con una peritonitis tuberculosa ó con tumores abdominales aquellas dilataciones idiopáticas del cólon con fecalomas.

La constipación, la dilatación del cólon, los movimientos vermiculares del intestino, el origen congénito, disiparán las dudas.

PRONOSTICO

La muerte en plazos perentorios es la terminación habitual del megacolon congénito salvo aquellos casos en que una intervención oportuna no viene á cambiar el curso de las cosas.

Sucumben frecuentemente á una de las complicaciones habituales á que están espuestos. Fenómenos de pseudo oclusiones intestinales ó verdaderas oclusiones sucediendo á los períodos de exacerbación de la constipación, suelen dar cuenta de estos sujetos.

Mueren otros agotados por períodos de diarrea abundantes obedeciendo á colitis infecciosas.

No son raras tampoco las perforaciones intestinales acopañadas de peritonitis mortal.

En otros el progresivo debilitamiento que sufren á causa de la profunda intoxicación de su organismo por la constante absorción de productos de fermenta-

ción y putrefacción, largo tiempo retenidos los llevan á una caquexia terminal.

De los 48 casos que trae Duval en su estadística, 30 han muerto, 18 de ellos antes de la edad de diez años.

La causa de la muerte se reparte de la manera siguiente:

17 casos por obstrucción intestinal, 3 agudos, 8 crónicas.

10 casos de colitis aguda.

4 casos por terapéutica quirúrgica.

1 caso de neumonia.

1 caso de asistolia.

1 caso por caquexia.

1 caso de muerte súbita.

1 caso por muerte desconocida.

En cuanto al beneficio que pueden sacar del tratamiento médico ó quirúrgico lo discutiremos al tratar ese capítulo.

TRATAMIENTO

Tratamiento. El tratamiento del megacólon no podrá ajustarse á reglas generales, y variará para cada caso según las circunstancias en que se intervengan.

Casi siempre se actúa por crisis agudas de retención intestinal y por lo tanto la primera indicación á llenar es asegurar en cualquier forma el curso de las materias y una vez disipado este primer peligro se pensará en el tratamiento á seguir con un fin ulterior el cual puede ser simplemente médico ó bien quirúrgico.

Con el tratamiento médico no se obtendrá una cura radical; él no va dirigido contra la causa misma de los trastornos, pues siendo la dilatación una malformación congénita no es posible hacer tomar dimensiones normales á un cólon ya grande por su formación embrionaria y por lo tanto la única manera de actuar sobre él será por una intervención operatoria.

Con este tratamiento puede llegarse á obtener un funcionamiento más ó menos regular del intestino que permita al enfermo una vida suficientemente normal como para no necesitar una intervención de otro orden.

El tratamiento médico conviene siempre ensayarlo pues aunque no cure pone al enfermo en mejores condiciones para poder soportar una intervención grave como es siempre cuando se practica una de las indicadas con un fin terapéutico y en las cuales el éxito no es siempre seguro, sea cualquiera el estado general del sujeto que se interviene.

Cuando todo recurso terapéutico haya fallado y la enfermedad sigue una marcha progresivamente creciente, es necesario recurrir á una intervención de urgencia.

En estos últimos años se han practicado numerosas operaciones con fines curativos, la mortalidad es menor que para los casos que han seguido tratamiento médico únicamente.

Así Duval en su último artículo aparecido en "la Chirigie" ha reunido 94 casos de los cuales 59 han seguido tratamiento médico, 55 han sido operados.

La estadística es la siguiente:

Tratamiento médico	Tratamiento quirúrgico
Mortalidad 74.68 o|o	Mortalidad 34.2 o|o
Curación 13. 8 o|o	Curación 60.0 o|o
Mejoría 7.00 o|o	Mejoría 2.0 o|o

El tratamiento médico del megacólon comprenderá un régimen alimenticio racional y los medios terapéuticos aptos para luchar contra la constipación.

La alimentación debe ser lo más nutritiva posible en el menor volúmen de manera á evitar la acumulación en el intestino de grandes cantidades de materia fecal.

Los mejores medios para luchar contra la constipación es el empleo de grandes enemas que hagan un verdadero lavage intestinal é introducir la sonda á suficiente altura.

La sonda á emplearse debe ser una canula de vidrio incurvada en ángulo obtuso, se introducirá á 20 ó 30 ctms. del ano tratando de llegar hasta el sitio de la lesión pues como la retención se hace en este punto ahí debe llegar el enema. La introducción de la sonda á esta altura asegura además la expulsión de los gases y hace disminuir notablemente el timpanismo abdominal.

Cuando se emplean enemas hechos con canula corta sucede que el líquido se acumula por debajo de la dilatación, no produciendo el efecto deseado aún cuando son hechos repetidas veces.

Al mismo tiempo que se practica el lavage es conveniente hacer masage del vientre á fin de favorecer la acción de aquel.

Los enemas deben efectuarse diariamente á las mismas horas, de esta manera es más fácil acostumbrar el intestino á funcionar regularmente. También con objeto

de favorecer este funcionamiento se han empleado sustancias que obran sobre las fibras musculares lisas del intestino como ser la estrignina y con el mismo fin se han empleado igualmente los enemas eléctricos.

Los enemas eléctricos se practican en la forma siguiente. Uno de los electrodos recubierto de cauchut que deja la punta al desnudo es introducido en el intestino después de previa inyección de una solución salina y puesto en contacto con la pared intestinal.

El otro electrodo se aplica al exterior.

Los purgantes como tratamiento de la constipación no dan buen resultado pues su acción es buena al principio, durante los primeros días, después el intestino se habitúa y ya no se obtiene el efecto deseado.

Por otra parte los autores en su mayoría contraindican su empleo, atribuyéndoles el ser causante de la aparición de crisis agudas de retención intestinal.

Entre ellos los que mejor efecto surten son los purgantes aceitosos. Así es bueno asociar al tratamiento anteriormente descripto una cucharada de aceite de ricino administrada diariamente en ayunas.

Cuando todo esto quede estéril y el enfermo requiera del médico una intervención más activa entrará á actuar la cirujía.

Las diferentes operaciones empleadas contra la enfermedad de Hirschsprung son:

Laparotomia simple.

Ano contra natura.

Colotomia por ablación de un fecoloma con sutura del intestino.

La coloplegadura.

Las resecciones valvulares cólicas.

La colopexia.

Las anastomosis intestinales.

La colectomia.

Todas estas intervenciones han sido practicadas en los operados de la estadística recopilada por Duval.

Entre ellas no todas pueden tener pretensiones curativas algunas son simplemente paliativas ó hechas como de urgencia únicamente.

Bretano piensa que obtiene buen resultado por la simple laparotomia seguido de masage y electrización. Pero esto no puede tener valor que como medio de diagnóstico para saber con seguridad si se trata de un verdadero megacolon ó bien de una simple dilatación por encima de un obstáculo. Su efecto terapéutico tiene que forzosamente ser nulo puesto que se limita á una simple esploración abdominal sin entrar á tratar en ninguna forma á la lesión misma.

De los casos recopilados por Duval 15 han sido tratados en esta forma y solo en dos casos la curación á sido definitiva, entre los demás algunos no han podido ser seguidos, otros han necesitados operaciones posteriores y hay 4 defunciones. En dos casos la operación ha permitido la reposición del ansa dilatada y torcida.

La Colostomia no puede admitirse que como operación de urgencia á objeto de valvar una oclusión intestinal ó como primer tiempo de una operación más completa.

Como operación definitiva tiene muchos inconvenientes en primer lugar cuando no se consigue tener abierta la abertura abdominal ó intencionalmente se la deja cerrar, se ha visto á los enfermos sugetos á los mismos fenómenos de retención que antes de ser operados, no es por lo tanto de ninguna manera curativa.

Por otra parte aún con un ano definitivo no se libra á los enfermos de la intoxicación fecal pues esta siempre se establece en la parte del intestino situado por debajo del punto fijado á la pared.

Hay también inconvenientes de órden moral al punto de haber hecho decir á un eminente cirujano hablando de las fístulas intestinales definitivas por cualquier causa, que uno no tiene derecho de condenar un enfermo á un ano artificial definitivo.

La estadística de Schmidt respecto á esta intervención no tiene nada de halagadora, sobre 9 intervenciones hay 7 defunciones, cosa fácil de explicar por el estado grave en que casi siempre se hace esta operación.

La Colotomia ha sido practicada con objeto de extraer fecalomas que han estado produciendo oclusiones del intestino, es por lo tanto paliativa igual á la anterior.

La plegación del colon ha sido practicada seis veces no registrando ninguna muerte.

Teóricamente parece un método radical pues se dirige contra el elemento esencial del megacólon, es decir va contra la dilatación misma, pero aquí interviene otro elemento anatómico que es la hipertrofía de las paredes que estan rígidas y duras, lo que hace fracasar e nla práctica la bondad del método.

De los seis operados por coloplegación 2 no han podido ser bien seguidos, otros dos han necesitado operaciones ulteriores, en uno de ellos el resultado ha sido relativo y en el otro se obtuvo deposiciones espontáneas después de los cuarenta días.

*La Colopexia ta*mpoco remedia la lesión primitiva pues la simple fijación del intestino á la pared abdominal no consigue volver al colon su contractibilidad normal. Con este procedimiento puede obtenerse un enderesamiento de las inflexiones y á codaduras viciosas que impiden el libre funcionamiento intestinal. Pero como sabemos no es esta la lesión anatómica del megacólon que produce la constipación sino que esta es debida á la simple dilatación sin obstáculo alguno al curso de las materias fecales.

La resección de una válvula cólica ha sido practicada por Perthes, esta válvula era la que llevaba el obstáculo á la de fecación y la dilatación del colon, ella es secundaria, por lo tanto no entra en la enfermedad de Hirschsprung.

Las anastomosis intestinales se han llevado á cabo con objeto escluir dejando en el vientre la parte del cólon dilatado.

El principal argumento en contra de ella es el dejar dentro del vientre enormes sacos intestinales cuyas paredes pueden sufrir alteraciones y el contenido dar lugar á fenómenos tóxicos.

Schmidt objeta este procedimiento diciendo que para que el sea razonable la anastomosis debe ser hecha en la unión del colon pelviano con el recto por ser en este punto donde la dilatación cólica sesa comúnmente y siendo precisamente donde la anastomosis del intestino delgado con el grueso presenta mayores dificultades.

Duval tratando de esta misma anastomosis se pregunta donde debe hacerse la implantación en aquellos casos en que el recto superior ó sea el recto sigmoideo participa de la dilatación ¿Se hará sobre el segmento recto sigmoideo dilatado ó se abocará el colon lo más bajo posible al segmento recto sacro por el procedimiento de Roter?

Giordano que ha practicado anastomosis intestinales aconseja que en el curso de la operación debe resecarse el apéndice aunque se encuentre perfectamente normal. En el caso por el operado aunque el éxito fué completo el enfermo al cabo de quince meses sufrió un ataque de apendicitis. Aconseja esta práctica á pesar de no incriminar al estancamiento de secresiones en el ciego el haber sido causa de la apendicitis.

Entre nosotros el Doctor Avelino Gutierrez ha tenido oportunidad de practicar una esclusión intestinal en un caso de megacólon congénito.

El Doctor Gutierrez operó su enfermo en dos tiempos, en uno primero practicó un ano contra natura en la fosa iliaca derecha, la parte de intestino fijada á la pared fué la última porción del ileon, con esto despejó una situación grave de oclución intestinal.

Una vez restablecida la enferma anastomosó la parte de intestino delgado fijada á la pared con la parte inferior del colón.

El éxito fué completo, pues curó la enferma completamente.

La estadística de Duval al respecto es de diez y seis casos con cuatro muertos entre ellos, es la siguiente:

Bossonski ileorectotomia, curación.

Brain, anastomosis entre los dos puntos original y terminal de la ansa ectasiada. Muerte de pendicitis por perforación.

Boselins, anastomosis entre los dos segmentos superior é inferior del colon pelviano, ileus al cabo de cuatro semanas colectomia.

Graantom, anastomosis sin resultado. Muerte.

Franke, Colostomia, después coloplegación, despué anastomosis transverso rectal. Muerte por gangrena del segmento distal del cólon transverso.

Giordano, ileorectostomia. Curación.

Nengebauer, anastomosis transverso rectal. Curación.

Finney, 1.° colostomia, después anatomosis entre el cólon ascendente y el ansa sigmaidea, 3.° colectomia.

Petrivalsky, ileo sigmoidectomia. Muerte por peritonitis.

Germer, anastomosis cecosigmoidectomia. Curación.

Tuffier, 1°. coloctomia y ablación del cálculo, 2°. entero anastomosis con esclusión incompleta por plegaduras del ansa sigmoidea dilatada. Curación constatada cinco meses después.

Schmieden, anastomosis entre los dos segmentos superior é inferior del colon pelviano dilatado. Curación constatada nueve meses después.

Hawkinc, (3.° caso) ileo sigmoidectomia. Mejoría no es necesario que uno ó dos lavages por mes.

Ito y Loyesima, ileo sigmoidectomia, consecutivamente por accidentes intestinales ellos libran la anastomosis. Curación todos los días deposiciones normales. Estos autores habían al mismo tiempo practicado la plegadura del ansa sigmoidea dilatada.

Hawkins (caso 8) ilso sigmoidestomia más tarde volvus del colon pelviano dilatado, colectomia pelviana, después segundo volvus del ansa pelviana reformada colopexia posterior y por fin curación.

Nos queda á considerar la colectomía que es el proceder radical por excelencia y por lo tanto el de elección

sobre todo en aquellos casos donde la ectasia cólica es parcial ó comprende más de un segmento del cólon, en la ectasia total queda también como proceder más racional.

Se le ha objetado la gravedad, sin embargo la estadística no es muy negra, debe intervenirse siempre tratando de tener el enfermo en las mejores condiciones posibles, en casos de oclusión intestinal la operación debe practicarse en dos tiempos si fuera necesario en un primero puede llegarse á la colotomia y cuando las circunstancias lo permitan llevar la resección cólica.

Hay algunos casos que escapan á este método como á toda intervención terapéutica principalmente aquellos en que la lesión no es detenida y donde la ectasia se reproduce sea sobre el lugar sea sobre otro segmento del grueso intestino igualmente no puede intentarse una operación quirúrgica en casos como aquellos en que la [illegible]omprende no solo el cólon en totalidad sino también el delgado.

La estadística comprende 23 casos de las cuales seis defunciones, cinco rápidas y una tardía á los tres meses.

OBSERVACION I.

Del servicio del Dr. Arraga y publicado por el Dr. Zubizarreta en la revista del Hospital de Niños, año 1905.

Luis T. 6 años, argentino, tiene antecedentes hereditarios sin importancia.

Como antecedentes individuales cuenta la madre que desde los primeros días de la vida hubo que suministrarle á cada paso purgantes ó enemas única forma en que movía el vientre: pasaba dos y tres días sin ensuciar pañal á pesar de todos los medios que se ponian en práctica con ese objeto. Estos fenómenos de constipación rebelde eran muy frecuentes y coincidían con una gran dilatación del vientre que desaparecía aunque no del todo cada vez que lo avacuaba.

Una vez que la madre se hubo acostumbrado á este estado de cosas no le prestó mayor atención y lo siguió amamantando hasta la edad de quince meses,

sin notar ninguna alteración en la salud del niño. En esta época lo despechó y no tuvo novedad hasta los diez y ocho meses en que le sobrevino una gastro enteritis aguda, que curada en apariencia dejó como rastro una diarrea que le duró tres meses.

Después de este lapso de tiempo volvió á su constipación pertinaz.

Después de un tiempo, nueva diarrea que le duró siete meses, y desde entonces hasta ahora que tiene siete años ha sido siempre constipado.

A esta constipación acompañan como fenómenos subjetivos fiebre frecuente por accesos de corta duración y vómitos que coinciden con la fiebre y como fenómeno objetivo un abdomen sumamente aumentado de volúmen.

Al entrar al servicio es un niño regularmente nutrido con muy escaso panículo adiposo. Lo primero que llama la atención al examinarlo desnudo es la enorme desproporción entre el torax, en que se dibujan perfectamente las costillas, los brazos muy delgados y por otra parte el gran volúmen del vientre.

Las dimensiones de este son: al nivel del ombligo 0.69 ctms. de circunferencia, 0.66 en el epigastrio y 0.65 en el hipogastrio.

La superficie no es lisa sino que presenta abovedamientos que alternan con depreciones variables, por lo demás, según el momento en que se observa el enfermito.

Examinando con paciencia se observan á traves de la pared abdominal las contracciones peristálticas del intestino grueso, contracciones intermitentes, por tramas pero de dirección constante según el sitio en que ellas tienen lugar.

A la palpación da la impresión de una bolsa que contiene globos de aire á gran tención. Hay gorgoteos por todos lados.

A la percución timpanismo exagerado en todo el vientre, que por arriba se confunde poco á poco con la sonoridad pulmonar, haciéndose imposible la delimitación del hígado.

Aparato respiratorio. Pulmon izquierdo normal.

En el tercio inferior del derecho matites y silencio respiratorio casi absoluto.

Higado y Bazo. Ni se percuten, ni se palpan en su sitio comun. El hígado parece muy rechazado hacia arriba, como lo demuestran la matites y silencio respiratorio del pumon derecho que al principio impresionan como un derrame pleural.

El exámen de orina da cantidades normales de elementos normales. Hay vestigios de Indican.

Sedimento compuesto de ácido urico urato de toda células epiteliales planas y leucocitos.

Al tacto rectal no se nota ningún estrechamiento del intestino ni tumor alguno; nada más que la presión que toda la masa intestinal hace sobre el recto y una que otra masa fecal dura.

El tratamiento instituido fué: partes iguales de aceite de ricino y de bacalao, una cucharada grande todas las mañanas. *Proscripción* completa de la carne sopas espesas, pourées de espinacas, sanahorias, papas, etc., verduras á discrepción, frutas cocidas, pan de centeno, y sopas del mismo cereal. Masage abdominal diario.

El enfermo se perdió de vista por tener la madre que ausentarse al campo.

OBSERVACION II.

Servicio de cirujia de los Drs. Máximo Castro y Marcelo Viñas (año 1906).

Yolanda L. 5 años. argentina.

Antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes personales criada á pecho hasta el año, después del destete alimentada con leche de vaca, sopas y pourées.

A los pocos días de nacer notaron ya su vientre grande y mucha dificultad en la defecación haciéndose necesario desde esta época la administración de enemas y purgantes.

La constipación es tan pertinaz que no se podía obtener deposición si no se provocaba por algún medio artificial. Ella ha ido siempre en aumento, siendo muy contadas las veces que ha conseguido con sus propias fuerzas mover el vientre.

Los gases tenían una salida más fácil expulsándose en gran cantidad, siempre muy fétidos.

Ha sufrido constantemente crisis de retensión intestinal para las materias fecales y gases pasándose 7 y 8 días sin evacuar el intestino á pesar de los medios puestos en práctica. Cuando esto sucedía tales fenómenos eran acompañados de vómitos y fiebres.

En varias épocas de su vida ha sufrido crisis diarréicas, que una vez pasada volvía á su constipación habitual.

Anteriormente á la actual entrada al Hospital ha estado otra vez por igual motivo.

Estado actual. Hacen 20 días que no mueve el vientre á pesar de la administración repetida de enermas y purgantes. Llama la atención el enorme timpanismo abdominal, no se queja de dolores, su aspecto general es el de un enfermo grave, gran postración, vómitos biliosos, pulso frecuente y pequeño, el vientre no es doloroso á la presión, ni se palpa tumor alguno, la impresión que dá á la mano es el de una gran cavidad elástica conteniendo gases á mucha tensión.

Hecho el tacto rectal se toca materias fecales que llenan toda la ampolla rectal.

Dado el antecedente de un estado semejante disipado por la extracción manual de la materia fecal estancada en el recto y por un lavage intestinal se procede á hacer igual maniobra.

En efecto: se saca á mano y con instrumentos la

mayor cantidad de materia fecal y luego se hace un enema con canula larga y masage abdominal. La crisis pasó.

Una vez mejorada la enferma se le levanta la siguiente historia:

Regular estado de nutrición, esqueleto: regular desarrollo con algunos estigmas de ragnitismo, estremidades oseas engrosadas, pecho de pollo.

A la inspección general del enfermo llama la atención el marcado contraste que forma las estremidades y el torax delgado y pobres en carne con su enorme vientre. Cosa que puede apreciarse por las fotografías adjuntas.

Palpando el vientre da á la mano la impresión de la distención que sufren los intestinos por el aire que encierran. Por la palpación profunda al nivel del hepigastrio y del flanco izquierdo parece tocarse unas maza pastosa que se deforma por la presión que la mano ejerce, es como si se palpara un intestino cuyas paredes estubieran formadas por un tejido de la consistencia de la masilla ablandada.

No se palpa tumor alguno.

Las maniobras de palpación hacen que se dilupen sobre las paredes abdominales, hondas vermiculares que la recorren en dirección siempre constante de abajo á arriba y formadas por las contracciones intestinales.

Los músculos de las paredes abdominales delgados y débiles. El ombligo hace proeminencia.

Se oye gorgoteo sobre todo en la fosa iliaca derecha.

La percución da un sonido tímpanico por todas partes.

El tacto rectal y la exploración instrumental del recto y parte inferior del cólon descendente no rebela obstáculo alguno al curso de las materias fecales.

El exámen de los otros órganos no muestra nada de anormal.

Las materias fecales son en parte sciliformes y en parte ligadas, espesas de color obscuro y muy fétidas.

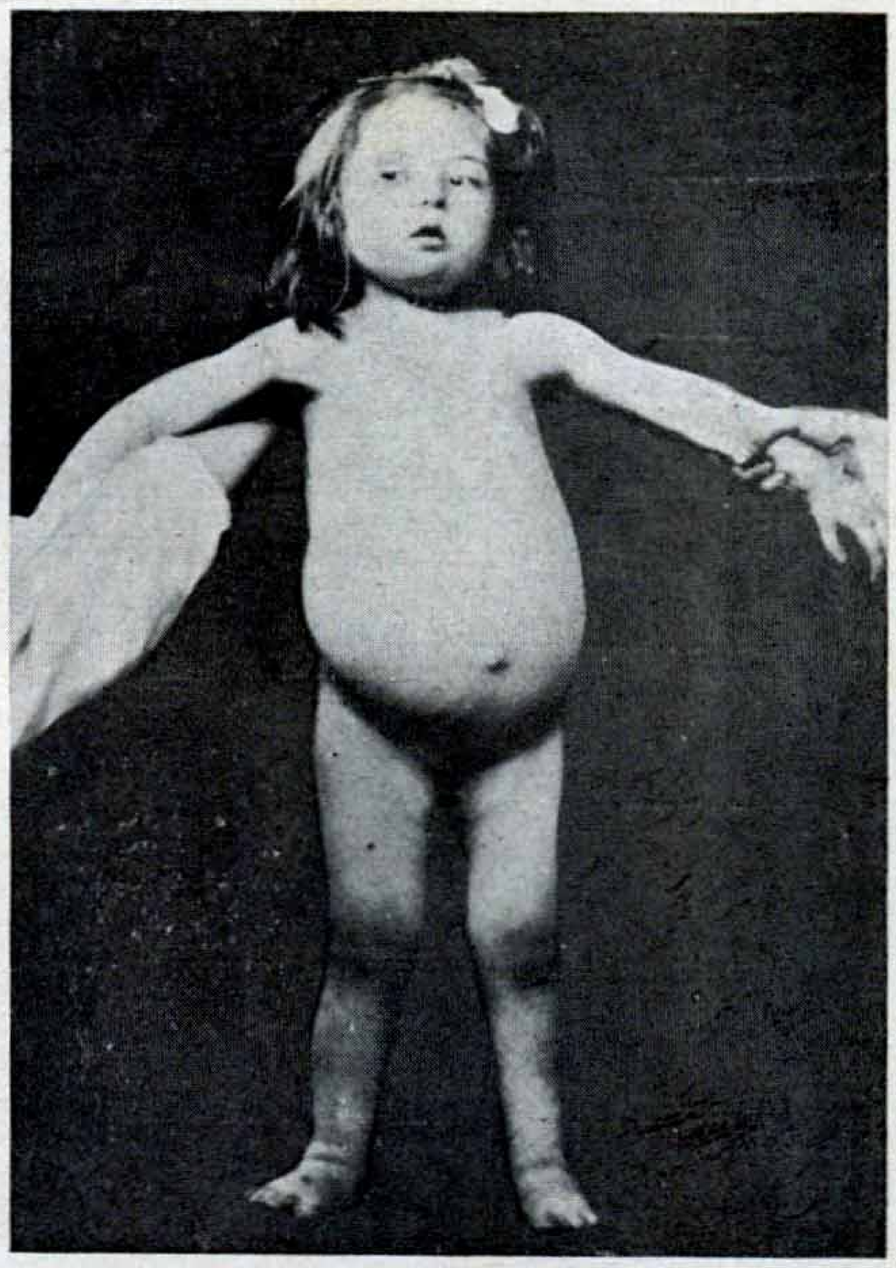
El color obscuro y la fetidez eran notables después de la primera evacuación intestinal.

Esta enferma ha seguido por espacio de un año en el hospital de Niños viniendo más ó menos seguido. Con el tratamiento impuesto la marcha es relativamente buena, su estado general sin ser muy satisfactorio, no es del todo malo y en cuanto al funcionamiento intestinal si bien es cierto que no se consigue que se llene todos los días, ha sido siempre disipado cuando ha amenazado una crisis de retención.

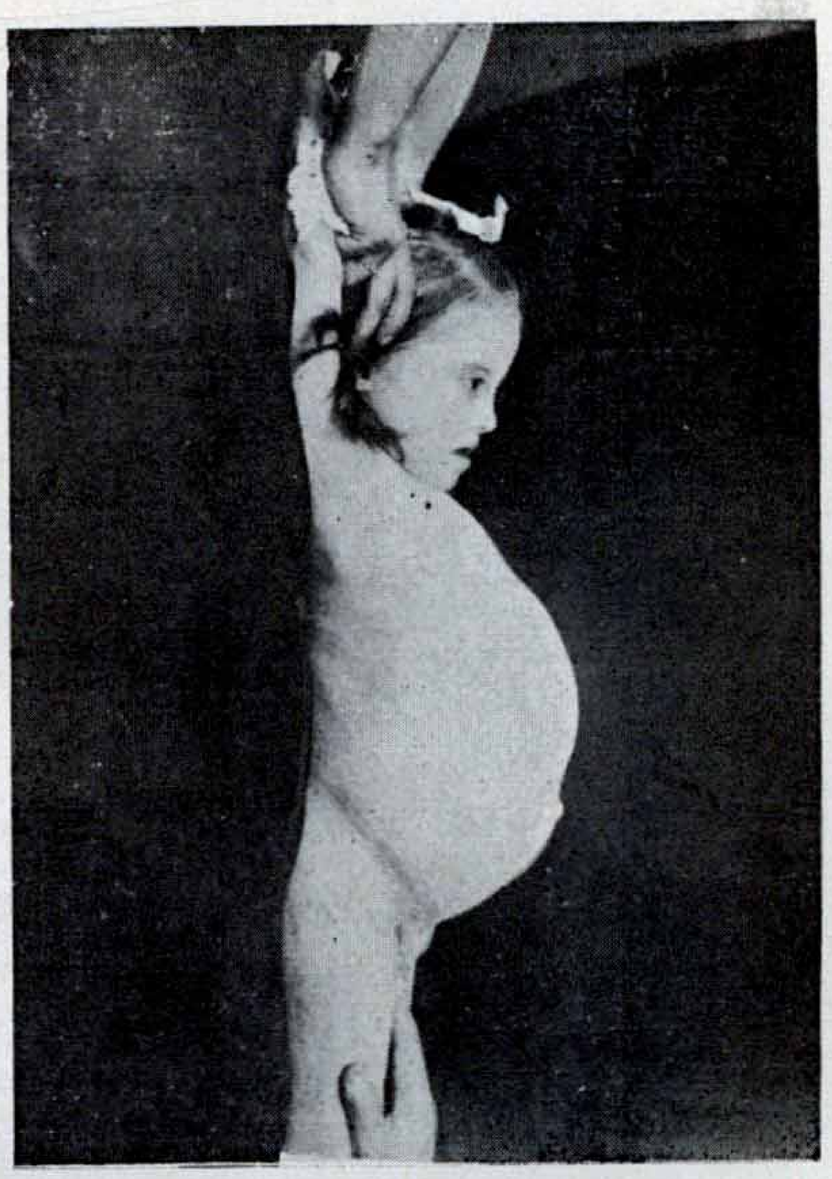
Actualmente hacen tres años que no viene al Hospital, no sabiéndose que suerte ha corrido.

El tratamiento instituído fué enemas diarias hechas con sonda, una cucharada de aceite ricino diariamente y masage abdominal.

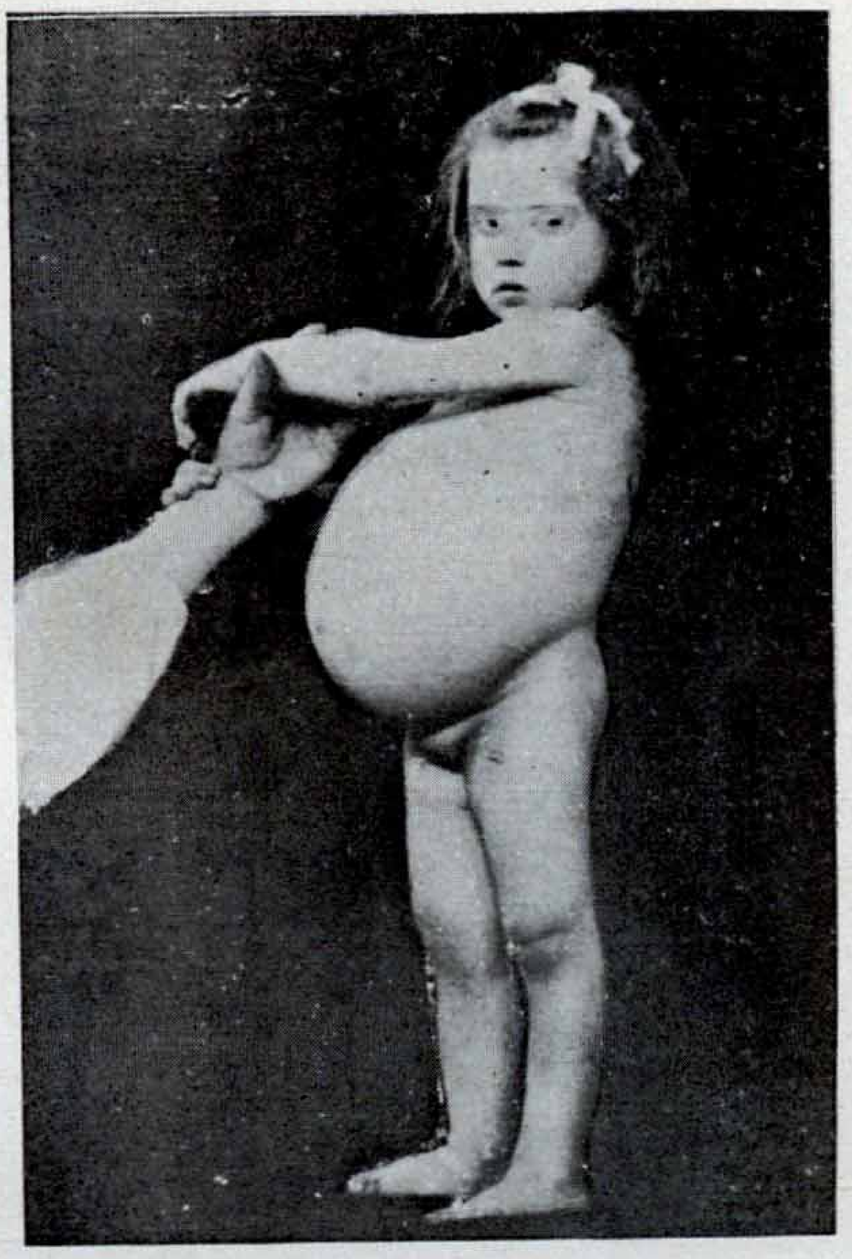
Yolanda L., 5 años, argentina.



Yolanda L., 5 años, argentina.



Yolanda L., 5 años, argentina.



Yolanda L., 5 años, argentina.



OBSERVACION III

Francisco F., 6 años, del servicio del Dr. Antonio Arraga, (1909).

Antecedentes Hereditarios, padre 50 años, han tenido 9 hios vivos, uno muerto, no saben si uno ó dos abortos. Ninguna enfermedad.

Antecedentes personales. Alimentado á pecho hasta los 20 meses.

A los dos años ha tenido escarlatina.

La fecha de que data su enfermedad es desde el nacimiento moviendo su vientre desde entonces cada seis ó siete días.

Esta constipación ha ido acentuándose cada vez más. Actualmente se pasa hasta 20 días sin defecar á pesar de los purgantes y enemas que se le administran. El vientre está siempre muy hinchado, aumentando más en estos períodos de retención. Suele tener vómitos.

Estado actual, llega al Hospital el 4 de Marzo de

1909 en estado de profunda intoxicación, pálido, demacrado, algo cianótico, y en constante sonolencia. Muy pobre estado de nutrición.

Vientre enorme, que dificulta la respiración, teniendo una respiración superficial y disneica el enfermo

El vientre sumamente distendido y timpanizado por todas partes, en ambos flancos hace mayor relieve dos grandes abovedamientos formados al parecer por el cólon.

El enfermo siente molestias por la sensación de tensión que experimenta en su vientre, sin embargo no es doloroso espontaneamente ni á la palpación.

Las maniobras de palpación del abdomen hacen dibujar en su superficie hondas vermiculares formadas por las contracciones del intestino dilatado.

El resto de los órganos estan en buenas condiciones, no notándose nada de anormal.

Al tacto rectal y la esploración del recto con sonda, no revela estreches ni obstáculo alguno al curso de las materias fecales, solo s enotan materias fecales estancadas en el recto.

Dado el estado grave del enfermo se hace un enema con aceite, no consiguiéndose evacuación intestinal prepárase todo para la formación de un ano artificial. Antes de dedicarse á operar se resuelve hacer otro enema con agua y llevado con una sonda á la mayor altura posible.

Este enema fué hecho á la hora del primero, con el se consiguió hacer defecar al enfermo.

Las deposiciones que se obtubieron este primer día, después de filtradas fueron pesadas; llegaban á 3 kilos.

La mañana siguiente se da una purga de 30 gramos de aceite de castor con XXX gotas de esencia de trementina, por la tarde este mismo día un gran lavage intestinal hecho con una larga cánula de vidrio de suficiente largo.

Durante los días subsiguientes á la entrada del niño al Hospital se consiguieron siguiendo el tratamiento antes indicado, abundantes deposiciones.

El análisis de la orina hecho al día siguiente de llegar al Hospital da los siguientes datos:

Urea 11.35. Fosfato 1.90. Cloruro 6.30, no hay albúmina ni glucosa. Hay indican.

Células epitiliales planas algunos leucocitos.

Análisis de sangre.

Hemoglolina 80 o|o.

Globulos rojos 4.660.000.

Globulos blancos 9000.

Equilibrio leucocitario

Polinucleares	56 o|o
Mononucleares	6 o|o
F. de transición	3 o|o
Liufositos	35 o|o
Eosinofilos	0 o|o

Este análisis de sangre fué hecho varios días después de la entrada del enfermo al Hospital, cuando ya estaba mejorado.

Como tratamiento á seguir se mandó todas las mañanas una cucharada de las de sopa de aceite de ricino.

Tintura de belladona . . . . . a a
Tintura de nuez vómica 5

A tomar XV gotas al día dividido en tres veces.

Todas las noches un gran lavage intestinal introduciendo la sonda de 30 á 35 ctms. del ano, y masage abdominal dos veces por día á la mañana y por la noche.

Con este tratamiento se consiguió hacer defecar al niño todos los días durante 45 días que permaneció en el servicio, al cabo de los cuales el padre lo llevó al Tandil de donde había venido. El estado general mejoró notablemente, disminuyendo su vientre y consiguiéndose hacer funcionar el intestino diariamente, si bien es cierto que nunca hubo deposición espontánea.

A los diez días de salir el chico del Hospital he recibido una carta del padre donde me decía que su hijo desde el día que salió del hospital hasta la fecha en que mandaba la carta no habían conseguido ninguna deposición á pesar de haber practicado según creían al pié de la letra la indicación que se le dieron.

Yo contesté aconsejando la vuelta al Hospital para que el niño fuera operado. No volví á tener noticias de él.

Martín R. Arana.

Buenos Aires, Octubre 15 de 1909

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. G. Araoz Alfaro, al Profesor Titular Dr. Angel Centeno y al Profesor Suplente Dr. M. Viñas, para que, constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente Tésis, de acuerdo con el art. 4 de la Ordenanza sobre Exámenes.

E. BAZTERRICA

R. S. Gómez

Secretario

Buenos Aires, Octubre 25 de 1909

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente Tesis, según consta en el acta N. 2102 entréguese al interesado, para su impresión, de acuerdo con la ordenanza en vigencia.

E. BAZTERRICA

R. S. Gómez

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La constipación pertinaz y permanente, con dilatación del color, es un *síndrome* que no siempre responde, como ha sostenido Hirschprung, á una malformación congénita, pudiendo producirse no solo después del nacimiento sino también más tarde y aún en la edad adulta.

G. Araox Alfaro

II

¿Tiene importancia la observación de la eliminación del meconium en el diagnostico precoz de la enfermedad de Hirschprung?

Centeno

III

Tratamiento de elección de la enfermedad de Hirschprung.

Marcelo Viñas