



CONTRIBUCIO A L'ESTUDI DE L'ILEUS POSTOPERATORI

pel Dr. MATEU BONAFONTE

Catedràtic de Ginecologia en la Facultat de Medicina de Barcelona

Un factor que enfosqueix el resultat ideal de les laparotomies en una proporció no menyspreuable, el constitueix, certament, l'estat conegut amb la denominació d'íleus. El favorable resultat no solament depén de saber evitar l'infecció: existeixen altres factors que contribueixen a l'aggravació del pronòstic operatori, i entre ells ocupa un dels primers llocs el procés, objecte d'aquestes notes; procés que fa la seva aparició quan tot ens fa creure en un curs ideal postoperatori. La millor denominació amb que podem designar aquesta complicació és considerant-la com un conjunt de símptomes, que no té per fonament un substracte anatòmic únic, però quin resultat final en els cassos greus és idèntic. De totes maneres, els símptomes principals i característics del quadre clínic de l'íleus són: 1.^{er}, vòmits de masses biliars i fecaloidees; 2.^{on}, meteorisme; 3.^{er}, absència d'evacuacions líquides, sòlides i gaseoses.

Aquests fenòmens de l'íleus poden ésser ocasionats per diverses causes; així, per exemple, pot existir una paràlisi de porcions més o menys grans, de l'intestí, per lo que la circulació del contingut del mateix restarà interrompuda; en aquest cas parlarém d'un íleus paralític, el més temible per la seva freqüència en les nostres operades ginecològiques, i quina real existencia ha estat posada en dubte per alguns, però que jo en soc un convençut, com de la seva greuetat. Exploracions bacteriològiques, realitzades amb líquid peritoneal abans de tancar l'abdómen, han estat negatives en quant a l'existència de gèrmens, i, no obstant, va presentar-se un íleus paralític de terminació mortal. He tingut ocasió d'observar aquest íleus mortal

en un cas d'absència congènita de genitals intern (vagina, úter i anexes), al que durant el curs de 1916-1917 li van practicar l'operació de formació d'una vagina per implantació d'una ansa d'intestí prim, amb pròxim resultat ideal, però que al sisé dia va acabar amb la mort de la malalta, amb el clàssic quadre de l'íleus paralític.

L'he observat igualment en altres cassos, encara que sense aquest desenllaç, però havent posat en greu perill la vida de l'operada, i especialment en aquells cassos d'operacions laborioses, per efecte d'anexitis amb deixes de pelviperitonitis en forma de brides i enganxamenets nombrosos de l'intestí amb l'úter, trompes i ovaris. L'he vist també en alguns cassos d'histeromiomectomia per fibromes voluminosos, i em sembla poder deduir, del conjunt de les meves observacions, que existeixen circumstàncies etiològiques de gran significació en la producció de l'íleus paralític postoperatori, les quals són, abans que tot, 1.^a, una calefacció insuficient de la sala d'operacions, amb el consegüent esmerçament de compreses fredes per a aguantar la massa intestinal; 2.^a, una deficient il·luminació del camp operatori, que obliga a maniclejar i traumatitzar massa el paquet intestinal, lo que succeeix més segurament quan l'operació, per les seves dificultats tècniques, ha de durar un temps excessiu. A més d'altres causes menys fonamentals per a la producció de l'íleus paralític postoperatori, resultarà que totes conjuntament poden arribar al mateix fi per camins diferents. M'ha semblat, així mateix, que la preparació preliminar per a l'operació consistent en l'administració abundant de laxants, seguida de la de bismut i opi, amb el fi d'immovilitzar l'intestí durant l'acte operatori, predisposa a la producció de l'íleus paralític postoperatori. El resultat final de totes les circumstàncies etiològiques succeirà, o degut a una excitació reflexa dels nervis inhibidors de l'intestí, de l'esplànic, partint l'irritació o dels nervis del peritoneu i de l'intestí, com succeeix en els traumatismes incidentals i operatoris, peritonitis, etc., o bé dels nervis d'òrgans veïns, com, per exemple, en les afeccions genitals femenines, en les renals, etc. Segóns Nothnagel, seria aquest factor l'essencial, fins en la mateixa peritonitis, mentres que, segóns opinió de Stokes i de Leichtenstern, s'ocasionaria la paràlisi per l'inhibició serosa de la musculatura i la perniciosa influència que exerciria sobre la seva contractibilitat. Igualment pot produir-se l'íleus paralític per fatiga de la musculatura intestinal, com

d'ordinari, resulta després d'una activitat exagerada (alteracions de compensació en el cas d'estenosis i inflexions, etc.). Per excés de distensió, deguda a exagerada acumulació de gasos, en el cas de que estigui alterat l'equilibri entre la formació i la reabsorció d'aquests gasos.

Naturalment que en clínica, així com resulta d'una vera importància l'establir un diagnòstic diferencial entre l'íleus paralític i el mecànic, no esdevé menys el fet que s'arribi a distingir en cada cas d'íleus genuinament paralític, quin dels factors etiològics referits juga el principal paper, car no correspon a tots ells el mateix pronòstic.

La clínica ens ensenya amb gran freqüència que, en efecte, la majoria dels cassos són dominats amb relativa facilitat, en tant que'n cert nombre d'altres llur terminació és funesta, per motiu de no haver pogut excitar el peristaltisme intestinal, malgrat posar en acció tots els mitjans adequats per aital objecte; així mateix cada qual pot convencer's del fet molt significatiu que la greuetat de cada cas està en gran relació amb la quantia de les causes productores. Mentre que per una irritació ràpidament realitzada i d'acció passatgera es provoca una inhibició reflexa, que fa possible que la motilitat retorni, i amb això el peristaltisme, a l'acabar la seva acció la circumstància causal, s'observarà, pel contrari, en els cassos de peritonitis que la motilitat de l'intestí resta pertorbada d'una manera persistente en la majoria dels cassos. No menys desfavorable serà el pronòstic en els cassos de fatiga de la musculatura, o d'excés de distensió de l'intestí. En aquestes circumstàncies una oportuna exoneració per mitjà de l'enterostomia pot oposar-se enèrgicament a la situació i al cíclic viciós que's forma entre el fet de la distensió i de la paralització mutuament ajudats pel mateix resultat.

Aquest diagnòstic patogènic especial no sempre es consegueix, ni fins per l'autopsia. És natural que'n cas d'un íleus paralític postoperatori sols es podrà interpretar la paràlisi com purament reflexa quan succeeix immediatament a l'intervenció operatoria, i encara així no sempre serà possible excloure amb seguretat la possibilitat que's tracti d'una peritoniti de ràpid desenrotllament; no obstant, el curs ulterior de vegades permetrà establir aquesta distinció. Coneguda és l'opinió de Reichel, que suposa de naturalesa infecciosa o bacteriana l'íleus consecutiu a les operacions abdominals, i especialment quan hi hagué

eventració de la massa intestinal; però, si tenim en compte que l'íleus pot observar-se en cassos d'operacions extraperitoniales, com en les realitzades al ronyó, no's pot deixar d'admetre el fet d'una inhibició reflexa purament funcional, i no de naturalesa bacteriana.

No sempre l'íleus postoperatori reconeixerà com a causa la paràlisi intestinal: causes mecàniques seràn, en ocasions, les que exerciràn un tractament especial i que cal conèixer. De la meua experiència personal en coneixo qualgun cas típic. Una dòna operada d'histero-miomectomia, amb un curs ideal i curada, hagué d'ésser intervinguda, qualguns mesos després i d'urgència, a causa d'un íleus agudíssim. El munyó uterí va ésser surgit amb seda, la qual es va infectar en un dels punts, donant lloc a una conglutinació de l'epipló enganxat al munyó, epiploitis, induració i formació de groixuts cordons sòlidament aferrats al munyó uterí amb una ansa intestinal empresonada al munyó entre els cordons epiploics. Aquest estat, aclarit per la laparotomia, va permetre suprimir les causes ràpidament i la curació definitiva de la malalta; una petita seda en el centre d'un focu del tamany d'una avellana de pús concret havia estat el punt de partida dels fenòmens alarmants en extrem. (Sevilla, curs de 1912-1913).

Altra malalta, laparotomitzada per un pio-salpinx doble: al segón dia, i per efecte de vòmits clorofòrmics, va sofrir un petit desferrament de la ferida peritoneal, i a través d'aquell estrep va penetrar quelcom d'epipló i una petita part d'una ansa intestinal, provocant un íleus mecànic agut, per la qual greuetat hagué d'ésser relaparotomitzada, curant sense cap incident posterior.

La meua cassuística podria suministrar més cassos d'aquesta classe d'íleus mecànic per enganxaments intestinals a un punt no ben peritonetitzat, com va succeir-me en una malalta que fou intervinguda en estat de vera greuetat, havent curat de la seva complicació, en la que, previa laparotomia, vaig poder observar l'enganxament d'una ansa, d'intestí prim, a un munyó anexial, que fou cobert per un surgit en bossa, però que degué trencar-se el peritoneu en qualgun punt i el munyó va deixar d'estar recobert per la serosa; l'enganxament va ocasionar un acolzament molt pronunciat de l'ansa intestinal i l'oclusió de la seva llum.

No haig de detenir-me en tractar sobre l'influència perniciosa d'aquests enganxaments peritonítics sobre la producció

d'un íleus mecànic: és un fet sobradament conegut, així com en la seva mateixa etiologia, tenint els mitjans per a la seva millor profilaxi. Designarém com extrangulació a la forma d'impermeabilitat intestinal caracteritzada per una alteració més o menys pronunciada de la circulació en la porció afecta de l'intestí, i que, en cas de persistència, pot resultar gangrena i foradament de la seva paret.

Admetent aquest criteri, poques formes d'oclusió restarien excloses del concepte d'íleus per extrangulació, i es podria preguntar si podria arribar-se als símptomes genuïns de l'íleus quan es tracta d'un simple encallament del pas del contingut intestinal, o si, millor, tota observancia clínica dels fenòmens principals hauria de tenir com a condició preliminar una pertorbació circulatoria, més o menys pronunciada, de la paret intestinal. Nothnagel exposa el seu criteri que, en la majoria dels cassos o formes d'oclusió aguda, no s'explica suficientment el quadre clínic, per la simple interrupció de la circulació de l'intestí, és dir, del pas del seu contingut. Les experiències en animals suministren proves convincents a propòsit d'aquest assumpte.

Reichel i Kirstein no aconseguïren produir en el goç els fenòmens típics de l'íleus seccionant l'intestí i surgint els extrems seccionats, lo qual podria explicar-se perquè amb això no fou especialment pertorbada la paret de l'intestí i tampoc va produir-se una greu intoxicació. Segóns això, s'ha d'admetre que'n tot cas d'íleus deu existir cert grau d'alteració de la paret intestinal amb alteració de la secreció i del cambi de gasos.

Per a Kocher, les alteracions circulatories de la paret intestinal són ocasionades, d'una part, per pressió, des de fóra, sobre llocs limitats de la paret intestinal i sobre els vasos messentèrics per enganxaments en el anomenat íleus d'extrangulació, etc. Alteracions circulatories no menys perilloses s'ocasionaràn per la pressió des de l'interior, efecte d'una estancació del contingut intestinal, transudació i secreció augmentada per sobre l'obstacle i excés de distensió consegüent de l'intestí.

Això tant s'observarà en l'íleus d'extrangulació com en el dinàmic.

Com no és el nostre objecte explicar aquí el complet estudi de l'íleus, sinó limitar-nos tan sòls al postoperatori, haurém de prescindir de detallar altres varietats que no's relacionen

tant directament amb les conseqüències d'una intervenció quirúrgica, com l'invaginació, vòlvulus, etc.

Respecte a la sintomatologia, ha d'advertir-se que la malaltia s'instala d'una manera aguda en la majoria dels cassos, encalçant en pocs dies un màxim de greuetat. Entre els símptomes constants, tenim la retenció intestinal, dolor persistent i en forma de còlics, com també el vòmit. Un fet de gran importància per a el diagnòstic de la varietat d'íleus tenim en la manera de comportar-se el peristaltisme intestinal. En l'íleus mecànic s'observa exagerat a fi de vèncer l'obstacle, es poden veure dibuixades les anses intestinals a través de l'abdómen durant un atac dolorós i es percebeixen tenses (eretisme intestinal); acaba l'esforç, no s'aconsegueix la finalitat i resta de nou en relatiu repós l'intestí fins que apareix un nou atac infructuós, i així successivament, fins que, estroncades les energies contractils, esdevé la fatiga de l'organ, i d'aquest moment en avant, els fenòmens adquireixen un caràcter molt semblant al de l'íleus paralític fins a la terminació funesta.

En el genuí íleus paralític, des del primer moment s'observa una absoluta immobilitat intestinal, l'abdómen es destén per l'enorme acumulació de gassos en l'intestí, i es desenrotlla en mig d'una placidesa desconcertant; és el quietisme intestinal lo predominant.

L'estat general s'influència, amb major o menor greuetat, en tots els cassos; en l'íleus mecànic més aviat que'n el paralític.

Després d'una laparotomia es pot observar, en major o menor grau, certa paràlisi intestinal, de manera que'ls primers símptomes i més lleugers d'un íleus paralític assèptic es manifesten, certament, després de la majoria de les laparotomies.

La forma d'íleus paralític sèptic es pot presentar després de l'operació o en una forma en que sòls està paralitzada una porció circumscripta de l'intestí en cassos de peritonitis localitzada, o pot afectar a tot el tractus intestinal en els cassos de peritonitis generalitzada postoperatoria.

L'íleus per extrangulació, després d'operacions ginecològiques, es forma preferentment en les darreres anses de l'íleum; això és degut a que qualques vegades aquesta porció intestinal és molt movable, i, ademés, a que està fixada en el budell orb, per lo que pot resultar amb relativa facilitat, junt amb els desplaçaments, una torció axial de la mateixa.

Per a la terapèutica de l'íleus postoperatori, és de la major importància el coneixement, en cada cas, de la manera d'originar-se el procés. Les lleugeres consideracions exposades abans seràn fonamentals per aquest objecte.

Les mesures profilàctiques durant una operació abdominal juguen un paper molt important. S'evitarà l'abús dels purgants abans de l'operació, com també l'administració de bismut i opi, de què tant ús s'ha fet amb objecte de garantir una immobilització de l'intestí durant l'operació. Durant l'operació s'evitarà amb el major rigor possible tota lesió mecànica de la serosa intestinal.

L'íleus per extrangulació pot, així mateix, ésser evitat fins a cert punt durant l'operació, mitjansant determinades mesures profilàctiques; aquestes procuraran evitar tot enganxament intestinal en posició defectuosa, la formació de brides, etc.

Com l'experiència ens ensenya que'ls punts en que's realitzen aquests enganxaments són, en general, llocs desprovistos de serosa peritoneal, com munyons, lligadures, etc., en que, per l'enorme facilitat del peritoneu per a produir enganxaments plàstics, s'estableix molt ràpidament la fusió d'ambdues superfícies contactades, de tal manera que lleugeres lesions mecàniques de l'endoteli de la serosa seràn suficients per a provocar conglutinacions, serà condició indispensable per a evitar aquesta contingència no acabar l'operació sense una exacta peritonització de les superfícies que'l traumatisme hagué de privar de revestiment serós. Si no fos possible això per raons de tècnica, ha d'evitar-se el contacte de l'intestí amb la superfície despullada per formació d'una tanca que'ls isoli, ja sigui amb epipló o enganxant òrgans pròxims, com l'úter o els lligaments amples, en cas de superfícies traumàtiques en el Douglas. Porcions de teixit de qualquena magnitud que hagin estat seccionades es procura no tractar-les per grans lligadures en massa, sinó que millor es cohibirà l'hemorràgia per lligadura isolada dels seus vasos; en cas contrari, es peritonetitzarà el munyó. La cauterització amb el termo no és molt recomanable per les mateixes raons.

L'experiència no parla molt en favor de l'asepsia humida, respecte del perill que'n sí porta com afavoreixedora de la producció d'enganxaments; crec que això és cert si per aital cosa s'esmersen antisséptics, car és indubtable que'l preservar la serosa peritoneal de la seva dessecació per l'aire no és perjudicial;

de manera que durant l'operació es poden cobrir els intestins amb glasses xupades de serum fisiològic, les quals no's cambien durant l'operació, en lo possible, per a evitar tota irritació mecànica. Durant l'operació es procura que'ls intestins es desplacin lo menys possible de la seva situació entre sí. En quant a la terapèutica propiament dita, és natural que serà diversa segons l'origen diferent de la complicació; i si, com ja sabem, en clínica no sempre es pot separar amb el suficient rigor les diverses formes clíniques entre sí, haurà de fixar-se una gran atenció principalment als símptomes inicials, els que'n molts cassos ens permeten establir un diagnòstic de suficient precisió. Les mesures profilàctiques abans i durant l'operació ocupen el primer lloc. El primer símptoma i de més importància que's presenta és el vòmit, sovint molt intens; el líquid extret, d'aspecte groguenc i molt fluid, devegades excedeix a lo ingerit; per efecte d'aquests vòmits decauen ràpidament les forces del malalt. Com a terapèutica avancen molts bons serveis, repetits rentaments d'estómac, la faradització i massatge de l'abdómen, l'administració de dues pastilles de peristaltina Civa i els clisteris elèctrics. Naturalment que s'ha de procurar sostenir les energies del malalt per mitjans adequats (cardiotònics, etc.). Els perills d'una persistent paresia intestinal esdevenen principalment per l'estancació de masses fecals i formació de llagues intestinals consecutivament, a les que Kocher anomena llagues per decúbit, en atenció al mecanisme de la seva formació, si bé no és just suposar que'n tots els cassos succeeixi això, car en cas d'un contingut intestinal líquid no seria fàcil aquesta interpretació. L'íleus paralític rarament acaba amb la mort. No obstant, en els meus cassos ha estat en aquesta formació d'íleus on he pogut observar una terminació funesta, mentre's que'n els mecànics per extrangulació deguda a formació de brides, etc., no he tingut de planyem d'una sola mort, tal vegada degut a la promptitut amb que sempre fou suprimida la causa.

Me sembla oportú referir un últim cas observat quan col·leccionava aquestes notes, o sigui en els primer dies del pròxim passat mes de Juny, en la meua Clínica de Ginecologia de la Facultat de Medicina. Va tractar-se d'una malalta operada a conseqüència de sulpingiti quística bilateral amb extensa formació d'enganxaments per pelvi-peritoniti concomitant, els quals fixaven l'úter sòlidament a la cara posterior de la pelvis i entortllaven fort les trompes i ovaris. Com a mesura de precaució

va deixar-se un encobriment de glassa que, omplint tot el Douglas, sortia l'extremitat superior per l'angle inferior de la ferida abdominal. La malalta va seguir un curs ideal fins que al 3.^{er} dia es van presentar intensos i repetits vòmits i enèrgics dolors abdominals, deguts a contraccions doloroses de l'intestí; no hi havia hipertermia, el pols va fer-se molt freqüent i deprimit, i la malalta presentava tot el quadre d'un íleus mecànic en els seus començaments. Suposant-ne responsable la glassa de drenatge, que feia l'efecte d'una llarga brida, va ésser extreta, i es pogué veure que en un dels seus plecs hi havia com empresonat un poc d'epiplò; el fet resultà que fou suficient amb la simple i curosa extracció de la glassa tapanta, per a que dès d'aquell moment desapareixés per complet l'alarmant quadre, acabant els vòmits, prenent el pols un aspecte ideal i seguint el curs natural d'una curació inaccidentada.

Quan podem reconèixer amb seguretat que una paresia intestinal post-operatoria no és de naturalesa sèptica, la conducta, de prompte, serà purament expectant; col·locant una sonda en el recte, previ clisteri del mateix, moltes vegades se consegueix excitar el peristaltisme. Quan les forces estan molt decaïgues, per la persistència del vòmit, injeccions i clisteris de serum i substàncies alimentícies per via rectal. Amb estòmac dilatat pel contingut, rentaments de l'òrgan; en cassos més apurats, clisteris rectals elèctrics, faradització de l'abdòmen, etc.

En l'íleus mecànic la seva etiologia ens donarà la conducta terapèutica: la supressió de la causa de extrangulació, i això sense trigar massa, car les vacil·lacions ens poden fer arribar a deshora, essent degut en gran part als dubtes diagnòstics el temps perdut i la greuetat pronòstica que se li ha assignat a les intervencions per íleus. Quan la mala situació del malalt ens fa dubtar en l'oportunitat d'una operació completa, tenim en l'enterostomia un recurs heroic amb el que el malalt pot col·locar-se en condicions per a poder practicar-se més endavant una operació radical.

Les presentes notes no aspiren a estudiar detalladament tant important assumpte, i més aviat se proposen referir alguns cassos particulars, a fi d'afegir una modesta plana al capítol de l'íleus post-operatori, tant ben estudiat per altres.