

L'ESTASI INTESTINAL CRÓNICA EN RELACIÓ AMB LES LESIONS INFLAMATÓRIES DEL MESENTERI

pel Dr. J. M.^a BARTRINA

Les afeccions del mesenterí ocupen en les obres de Cirurgia un espai ben reduït. Ja sigui en manuals, ja en obres de consulta, jo no he vist mai complet el capítol dedicat a la descripció d'aquestes malalties. Fora l'estudi de tumors i de quistos, i tot lo més de lesions vasculars, no es fa en els llibres esment d'altres afeccions mesentèriques; i malgrat això, existeix una entitat nosològica natural i interessantíssima, la integrada per les lesions inflamatòries del mesenterí, que bé val la pena sigui portada a un lloc ben preponderant de la Patologia. Jo estic segur, que temps a venir, així com s'han estudiat amb gran detall les afeccions mediastíniques inflamatòries-primitives, també es concedirà a les malalties inflamatòries-primitives del mesenterí tota la importància que deuen assolir.

Essent presentat ara, per primera vegada, l'estudi de les esmentades lesions, necessàriament haurà d'ésser aquest força incomplet. Em limitaré a donar a conèixer les meves observacions, i sobre tot a fer remarcar les relacions del present estudi amb el de l'estasi intestinal crònica.

Etiologia i Patogènia. — He trobat les lesions objecte d'aquesta memòria més freqüentment en l'home que en la dona i molt més sovint en la joventut i edat adulta que en la vellesa.

Crec que tota infecció pot ser causa de lesions inflama-

tòries mesentèriques, mes així com en els ganglis de qualsevulga part de l'organisme hi predominen amb extraordinària freqüència les infeccions tuberculosos, sobre tot, quan es tracta de lesions ganglionars primitives, així també aquest fet té lloc en els ganglis mesentèrics. La naturalesa tuberculosa de la lesió ha sigut acreditada, unes vegades per l'anàlisi histològic, altres per l'aspecte macroscòpic i concepte clínic general del malalt, altres vegades, a defecte de coexistència d'altres lesions marcadament tuberculosos, per la inoculació al cobaia.

Les lesions inflamatòries del mesenteri són primitives o secundàries. Com pot endevinar-se nosaltres no tractarem aquí més que de les lesions primitives perquè les secundàries es confonen amb la malaltia causal, i per tant poca cosa de nou o d'interessant podríem dir sobre elles. Demem fer constar que conservem la denominació *primitiva* en el sentit clínic de la paraula, es dir, quan no existeix lesió intestinal macroscòpica, o millor expressant, quan no hi ha lesió evident primitiva del budell. En aquestes condicions creiem que la infecció es realitza per via sanguínia. Cal fer de totes maneres serioses reserves sobre la possibilitat d'infecció ganglionar directa per via limfàtica mercès a efraccions mínimes de l'epiteli intestinal que curen ràpidament o que escapen a l'observació directa, com en les inflamacions ganglionars cervicals a conseqüència d'efraccions microscòpiques a la mucosa buco-naso-faríngea. Així mateix, tenint en compte les anastomosis limfàtiques i els exemples d'altres infeccions que es propaguen pels limfàtics, àdhuc seguint una vida retrògrada, cap en el possible que una inflamació dels ganglis pre-aòrtics es propagui als mesentèrics. En aquest cas, segons la importància de l'afecció originària, genital, pèlvica, vertebral, etc., es tractaria d'una lesió secundària, o bé fins clínicament primitiva del mesenteri, si la causal hagués ja curat.

Anatomia patològica.—Per la senzilla raó que les lesions inflamatòries del mesenteri no són extirpables més que contades vegades en el mesocòlon en el curs de les colectomies, i que no hem tingut ocasió encara de prosseguir suficientment aquest estudi en les necròpies, la descripció d'aquestes lesions es fonamenta particularment en les observacions que porto practicades en cert nombre d'intervencions quirúrgiques.

La forma més recognoscible i típica és la forma nodular; ja siolada, ja confluent, ja única, discreta o múltiple, ja en estat de

cruesa, ja amb focus centrals de reblaniment. El cas més comú està representat per l'existència en la part mitja del mesenterí és dir, a igual distància del jejuno-íleon i de l'arrel mesentèrica, d'un nòdul d'escassa duresa, de superfície abonyegada i com el volum d'una nou petita. (Fig. n.º I) El mesenterí està retret a son nivell i el budell prim, habitualment contracturat a permanència en tota la llargada corresponent a la zona d'inervació mesentèrica alterada, es troba apropat a la columna vertebral. En els casos molt avançats l'arrel del mesenterí pot ser presa, i es troba un bony d'acuminació ganglionar enorme que fixa l'intestí al raquis. En el mesocòlon les lesions són menys evidents, excepte en el mesocòlon ilíac i en el mesocòlon transvers. En aquest últim les confusions amb una lesió secundària d'estómac són fàcilment comprensibles, i cal en tal cas explorar sempre aquest orgue. Al nivell del mesocòlon ascendent i descendent les lesions es troben més en contacte de l'intestí i freqüentment l'engloben fins a determinar una veritable estenosi. Posseïm una peça patològica d'un segment de còlon al nivell de la flexura hepàtica; la tumoració mesentèrica és enorme, a partir d'ella una banda fibrosa rodeja el budell i queda la llum d'aquest reduïda a un conducte filiforme. (Figura II) En obrir l'orgue va poder comprovar-se que no existia la més mínima lesió de la mucosa. Assimilem aquest cas a altres de tuberculosi fibrosa estenosant, descrits pel Dr. GALLART. En els casos avançats i antics poden observar-se demés dels nòduls, brides, i en ambdues formacions patològiques, precipitacions de sals calcàries, com hem pogut apreciar, inclús abans de la operació, per radiografia. (Figura III).

Més sovint es troben en el mesenterí lesions mínimes o vestigis de lesions ja curades. Unes vegades és una taca blanquinosa o un despulit del peritoneu, ço que senyala l'antiga lesió; més habitualment es troba una arruga, un plec, una cicatriu en forma de mitja lluna, que escurça el mesenterí i arronça lleugerament el budell vers la columna vertebral. (Fig. IV) Qualsevulla que faci cirurgia abdominal, podrà comprovar un dia o altre la certesa d'aquesta descripció, i podrà llavors confrontar la simptomatologia del seu cas amb la que més endavant descriurem com a pròpia de les lesions inflamatòries del mesenterí.

Al costat d'aquestes lesions deuen col·locar-se'n altres, la naturalesa de les quals no és encara ben definida. Una d'elles

no és pròpia solament del mesenteri; em refereixo a les tumoracions quisto-gaseoses de l'abdomen. Nosaltres les hem vistes sobre el budell i el mesenteri a la vegada. No obstant, malgrat existir una forta tumefacció en la porció del mesenteri corresponent a la primera porció del jejúnum, com la lesió radicava en la superfície del mesenteri i no entre les dues fulles del mateix, la simptomatologia era nul·la.

Per últim, en certa ocasió vam extirpar un tumor del mesenteri d'una conformació ben estranya: semblava per son aspecte i son contingut de naturalesa quilífera; al costat mateix del tumor existien vasos quilífers dilatats, amb senyals de trobar-se afectes d'inflamació crònica i amb abundant contingut d'aspècte lletós. Es tractava d'un limfangioma en part quístic, en part reticular, amb focus d'inflamació crònica i irrupeió o comunicació dels quilífers en l'interior de ses cavitats. El malalt no estava gens ressentit de la seva nutrició, solament experimentava dolor i estava preocupat pel bulto del ventre. Quedà completament restablert després de l'operació, que obligà a una llarga resecció de budell.

Donariem per acabat aquest capítol d'anatomia patològica si no haguéssim de tractar de les *brides* i *membranes* de LANE sobre tot per la llur relació amb l'èstasi intestinal crònica. No cal descriure aquí la localització i l'aspecte d'aquestes produccions patològiques, perquè són sobradament conegudes, més sí devem i volem discutir llur naturalesa i significació. Segons el nostre mode de pensar, les brides i membranes de LANE no són recursos de defensa contra l'ectòpia intestinal, sinó productes o residus d'inflamació crònica. La caiguda de certs segments de l'intestí, no cal buscar-la en l'estació vertical i en un règim alimentici de la infància mal comprès, sinó en certs defectes congènits d'evolució mesentèrica. El Dr. GIL VERNET en repetides investigacions cadavèriques ha pogut trobar la persistència de la disposició fetal de certes parts de l'intestí i del mesenteri en determinat nombre de subjectes, segons una sèrie de fotografies que va tenir la bondat de mostrar-me abans de la redacció d'aquesta memòria; també en el curs de diverses intervencions quirúrgiques he pogut comprovar la persistència de tal disposició. Les brides i membranes de LANE no són l'esforç de la naturalesa, *les línies de cristal·lització*, segons expressió de l'esmentat autor, per vèncer l'ectòpia visceral. Hem vist en mantes ocasions ectòpies intestinals força

acusades, sense línees de cristallització de l'esforç de defensa desplegat per la naturalesa, i en canvi hem trobat sovint brides i membranes ben extenses sense caiguda visceral ben manifesta. És costum dir que l'ectòpia gàstrica veritable, és dir el desplaçament, la caiguda de tot l'estómac, no existeix perquè l'orgue queda sempre fixe per la porció píloro-duodenal. Això no és cert, i per aquest motiu cito les següents observacions.

Nosaltres hem vist i ben comprovat la caiguda total de l'estómac amb descens del pílor i del duodè; la persistència del mesenteri duodenal del fetus, o la fluixedat de la coalescència de la fulla dreta d'aquest meso en verificar l'estómac i la part inicial del budell el moviment de rotació que el porta de la línia mitja a la posició normal de l'adulte, expliquen suficientment aquest fet. Es tracta d'un desenganxament natural com el que practica artificialment KOCHER per la mobilització del duodè. Doncs bé, en aquests casos de desplaçament píloro-duodenal ben acusat no hem trobat mai brides o membranes de reforçament o sustentació. En canvi les hem vist sovint en el colòn sigmoide a l'indret del siti que LANE denomina primera i última acoladura. Tal vegada la molt diferenta septicitat del contingut duodenal i sigmoide explica aquesta coincidència. Nosaltres creiem que la simple caiguda d'un segment intestinal no pot determinar de moment altra cosa que la retracció del budell; perquè apareguin modificacions estructurals del mesenteri no n'hi ha prou amb un simple estirament: l'estirament no provoca altre efecte directe que el de distendre cada vegada més les fulles mesentèriques i llur contingut, tal com es veu en el pedicle dels orgues ectopiats. Mes l'estirament mesentèric provoca congestions intestinals, a causa de la distensió dels vasos del meso i de dificultat de la circulació de retorn. La primera lesió és doncs intestinal i la mesentèrica és secundària i de naturalesa inflamatòria.

En resum, les membranes i brides de LANE són moltes vegades lesions inflamatòries secundàries del mesenteri, en altres circumstàncies són conseqüència de lesions primitives del mesenteri a causa d'infecció ganglionar per via sanguínea o altra, en bon nombre de casos són lesions paramesentèriques, és dir desenrotllades per sobre del mesenteri, no entre les dues fulles, i són residus d'inflamacions de la serosa, ja primitives com en la tuberculosi peritoneal, ja secundàries a infeccions perllon-

gades i habitualment benignes de certs orgues abdominals, com l'apèndix, l'ovari, la vesícula biliar, etc.

La simple descripció en aquest capítol d'anatomia patològica de les lesions inflamatòries del mesenterí, i de ço que nosaltres creiem com a tals, és suficient a fer comprendre la cabdal importància que tenen en la determinació de l'estasi intestinal crònica.

Simptomatologia.—Així com existeix una gama en les lesions mesentèriques, des de les senzilles plicatures o cicatrius; des de les brides o membranes paramesentèriques, fins a les enormes formacions nodulars de l'arrel del mesenterí, així també és vària, matitzada i de progressiva importància la simptomatologia.

Les lesions nodulars del mesenterí es caracteritzen principalment per aquests dos símptomes: *dolor* i *retracció* o *contractura* de la paret abdominal.

El dolor és continu amb exacerbacions paroxístiques com en les neuràlgies. Aquest caràcter el diferencia d'altres dolors abdominals. Els dolors gàstrics o gastro-duodenals guarden relació amb la ingesta, solament el dolor del càncer gàstric o el de l'ulcus del cos de l'estómac, en raó de son caràcter neurític, presenten de vegades semblança amb els dolors d'origen mesentèric. Els dolors intestinals, els de l'oclusió intestinal crònica p. e., són intermitents i s'apaivaguen en cessar l'espasme del budell, ço que coincideix amb el pas o expulsió de gasos. Els dolors de la colecistitis, de les angiocolitis, són també d'aparició capritxosa, són continus i sense relació amb la ingesta o amb la medicació alcalina o sedant, mes es presenten a períodes, intercalats amb altres de calma o de petites molèsties. En canvi, el malalt afecte d'una lesió inflamatòria del mesentèric presenta dolor sense aparent causa ni motiu, el presenta sempre i no li és modificable per cap medicació que no sigui la morfina o fàrmacs succedanis a altes dosis. Si pregunteu a un d'aquests pacients els símptomes subjectius de la seva malaltia no es recordarà de dir-vos altra cosa sinó que experimenta dolor i dolor, i sempre dolor.

La retracció és de tot el ventre, malgrat haver-hi en certs casos distensions parcials del tub digestiu per efecte de l'estasi intestinal. La paret de l'abdomen sembla enganxada a la columna vertebral. Gneralment hi ha contractura de dita paret, no obstant, així com en les peritonitis o en els còlics o malalties

que determinen de sobte un fort reflexisme peritoneal, aquesta contractura és invencible i dolorosa, els malalts afectes de lesions nodulars inflammatòries del mesenterí es deixen moltes vegades fàcilment explorar.

Dolor i retracció constitueixen doncs els dos principals símptomes de les afeccions mesentèriques de naturalesa inflammatòria. Mes a part aquests símptomes n'hi ha d'altres, i el més important és l'*estasi intestinal crònica*. En les lesions petites i discretes, en els casos de simples cicatrius o replecs del mesenterí, aquest símptoma pot ser únic o dominant. En els casos de lesions paramesentèriques, no existeix ben sovint altra cosa que l'estasi intestinal. Mes aquí devem acabar el nostre estudi per no abordar la qüestió en altre terror o aspecte que el molt suggestiu i nou de les lesions purament mesentèriques, al qual nosaltres mateixos, per no envair els punts clàssics d'aquesta ponència, ens hem volgut del tot circumscriure.

Pronòstic i tractament.—El pronòstic en les afeccions mesentèriques avançades és greu i en elles el tractament resta en general sense eficàcia. Deu assajar-se el tractament general amb la ben tèbia esperança de veure retrogradar les lleugeres infiltracions ganglionars. Quan la lesió ha evolucionat envers la transformació fibrosa, representant aquesta ja el terme evolutiu forable, és inútil tota medicació. Localment he practicat la entero-anastomosi làtero-lateral en el budell prim, a fi d'excloure el tram afecte, encara que sols fos parcialment, de la circulació intestinal. L'operació no va ser seguida en cap cas de resultats definitivament favorables. En cas d'infiltració del mesocòlon pot intentar-se la colectomia més o menys extensa; malhauradament en aquestes circumstàncies l'extirpació del còlon es fa difícil o impossible, a causa de no poder-se practicar el desenganxament de la coalescència del mesocòlon. En tals circumstàncies no existeix ni vestigi de pla de clivatge, i per tant és sempre aventurat de practicar una correcta hemostàsia. Per últim, en el cas de lesions mínimes o paramesentèriques, el pronòstic, les complicacions i el tractament es confonen amb les de l'estasi intestinal crònica i per tant no deuen ser objecte d'aquesta especialitzadíssima memòria.

L'ESTASI INTESTINAL CRÒNICA EN RELACIÓ AMB LES LESIONS
INFLAMATORIES DEL MESENTERI

pel Dr. J. M.^a Bartrina

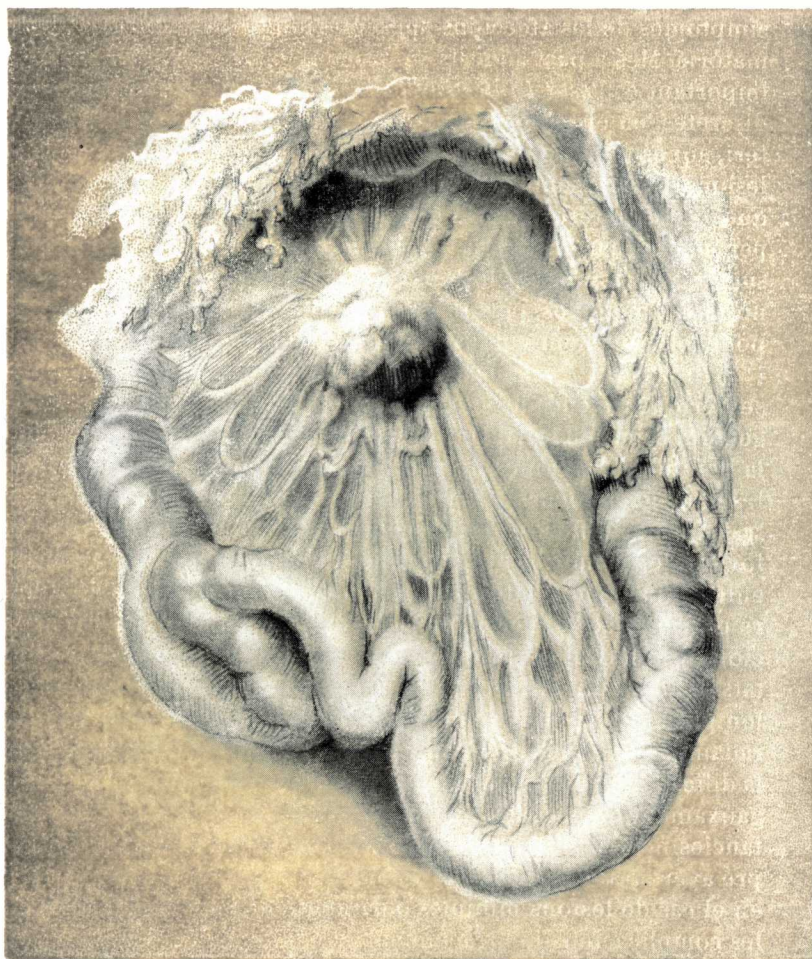


Fig. 1. Tuberculosi mesentèrica: forma nodular.

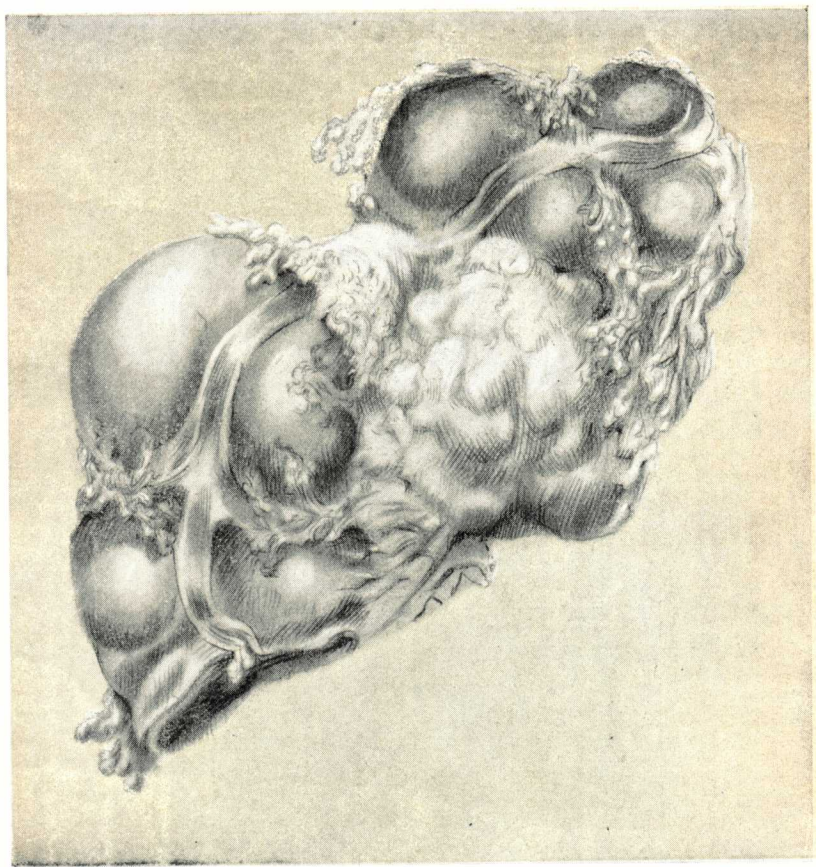


Fig. 2. Estenosi de la flexura hepàtica del còlon per inversió fibro conjuntiva d'un tuberculoma del meso.



Fig. 5. Radiografia demostrant la infiltració de sals calcàries en les antigues lesions mèsenteriques.

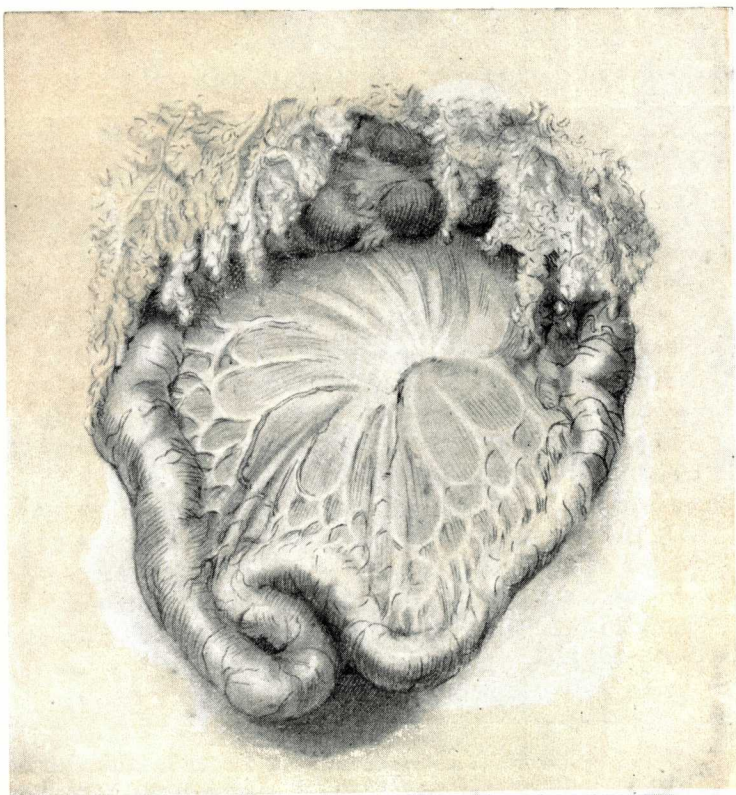


Fig. 4. Plec cicatricial del mesenteri.