

INDICACIONS QUIRÚRGIQUES EN L'ESTASI INTESTINAL CRÒNICA

pel Dr. A. PUJOL I BRULL

L'estudi de l'estasi intestinal crònica, amb l'objecte d'arribar a definir la terapèutica de més eficàcia en una malaltia tan difícil de curar, constitueix un tema interessant que ja fa temps és posat a l'ordre del dia en Acadèmies i Congressos, destriant-se poc a poc criteris, encara que no definitius, suficientment orientadors en la tasca de combatre la polimorfa malaltia batejada en el món científic amb el nom de malaltia de ARBUTHNOT LANE, per haver sigut aquest autor qui més a fons n'ha fet l'estudi sentant les fites de son tractament operatori. El nombre de treballs publicats per A. LANE sobre aquesta matèria, és considerable i en tots ells referma les premisses de l'estudi clínic i terapèutic de l'estasi intestinal crònica, fent-se de dia en dia més radical, havent de convenir que ço que abans semblava una cosa inadmissible, per exagerada i estrambòtica, avui es va admetent i si bé encara es considera la tesi de LANE exagerada, de mica en mica ha penetrat en la pràctica quirúrgica segellada amb l'eloqüent referèndum dels fets que parlen amb força incontrovertible a mida que es va perfeccionant la tècnica operatoria brillantment informada per la tesi doctrinal nascuda en el *Guy's Hospital* de Londres, sots els auspicis de ARBUTHNOT LANE.

L'organisme humà es defensa de tota mena de toxèmies, posant en joc sos mecanismes de compensació i eliminació de

toxines; quan els orgues encarregats d'eliminar els productes tòxics que constantment es fabriquen tenen ultrapassada llur capacitat de treball per deficiència pròpia, per excés de toxines fabricades o per les dues coses a la vegada, l'organisme és víctima de la toxèmia progressiva. Així LANE defineix l'estasi intestinal crònica, dient que consisteix en un retard de la circulació del contingut intestinal, que dona per resultat l'absorció de gran quantitat de productes tòxics que no poden ésser eliminats pels orgues encarregats de fer ho, el que dona lloc a la instauració d'una toxèmia degenerativa amb localitzacions múltiples i variades que, dintre de llur complexitat, formen un quadre simptomàtic avui completament definit i fàcil de conèixer per a qui estigui suficientment versat en aquestes matèries. Mes s'ha de tenir en compte que la constipació crònica no és una malaltia, sinó un síndrome que pot dependre de multitud de causes intrínseques i extrínseques a l'aparell digestiu, motiu pel qual el tractament varia indefinidament i les indicacions quirúrgiques són multiformes, encara que en *ultima ratio* arriben a convergir i a definir-se netament; ço és, en els casos poc avançats el cirurgia pot titubejar entre indicacions parcials i variades, en canvi, en els casos greus, irreductibles pels mitjans senzills, l'operació suprema, la colectomia, pot ésser el suprem mitjà salvador, la única manera de curar algun malalt, d'altra manera, sense solució. Des del tractament mèdic ben dirigit, fins a la terapèutica ultra-radical, representada per l'exèresi completa del budell gruixut, tenim una extensa gama de mitjans, entre els quals és difícil moltes vegades fer una elecció encertada, encara que plantejada la indicació operatòria d'una manera ferma, podem afirmar que tant sols són dues les intervencions amb dret a lluitar amb èxit i a disputar-se la hegemonia en el tractament de l'estasi intestinal crònica; aquestes dues intervencions són la colectomia i l'anastomosi tiflo-sigmoidea o ileo-sigmoidea. Abans d'esbrinar la doctrina de les indicacions quirúrgiques, ja podem avançar que la nostra tesi estarà informada pel principi fonamental en Cirurgia, que mana fer contra malalties lleus intervencions poc arriscades, i tota vegada que la constipació crònica és una malaltia que per si és rarament mortal, és, en termes generals, un xic imprudent oposar-li una terapèutica que, malgrat el que diguin certes estadístiques, té un tant per cent de riscos, enormement desproporcionat en relació a la malaltia que he de combatre. Sots aquest aspecte,

la tesi de A. LANE peca d'exagerada i ha sigut objecte de grans controvèrsies i, sense negar-li el mèrit indiscutible que té, podem afirmar que dóna massa extensió a les indicacions quirúrgiques i és excessivament radical moltes vegades en son compliment.

Dels treballs de A. LANE sobre l'estasi intestinal crònica és un dels més remarcables el publicat a Londres l'any 1912 (*The British Medical Journal* n.º 2679). En dit treball divideix els trastorns de la constipació crònica en dos ordres: mecànic i tòxic, que componen les tres etapes següents: intoxicació lleugera, infecció generalitzada i resultats finals (septicèmia, malaltia de STILL, tuberculosi, ulcus gastro-duodenal, tumors, deformacions òssees, càncer, etc.). L'estasi d'ordre mecànic constitueix la clau fonamental de la qüestió i son estudi anatòmic i patogenètic és altament interessant. Tal obstacle en un o en diversos llocs de l'intestí produeix una alteració de la mecànica digestiva que és traduïda per un retard en la circulació o progressió del contingut intestinal; el malalt es fa retencionista des de l'estómac fins a la sigmoidea i acompanyats o no de fenòmens inflamatoris apareixen els trastorns d'ordre tòxic, de gran importància clínica, que minant progressivament les forces i defenses orgàniques condueixen a la vellesa prematura obrint la porta a gran nombre de malalties secundàries derivades que poden ocasionar la mort del pacient. Els signes clínics són profusos i moltes vegades enganyadors per llur caient massa especialitzat per a un determinat orgue, així s'ha donat molt freqüentment el cas de fer-se les més variades operacions per cirurgians prou entesos, com per exemple, el drenatge de l'hepàtic amb colecistectomia, la gastroenterostomia, nefropèxia, apendicectomia, etc., sense que el pacient en trobés cap resultat degut a que allò que semblava la malaltia principal o única no era més que una conseqüència d'altra malaltia més estesa i fonda com és l'estasi intestinal. I alguns d'aquells malalts operats una, dues, tres vegades sense resultat han pogut curar-se definitivament atacant la causa primera resident en una alteració intrínseca o extrínseca de l'intestí.

L'estudi clínic dels estasiats intestinals crònics ha de ser molt acurat perquè d'ell depèn l'orientació terapèutica a seguir, orientació que no deu mai decidir-se sens recórrer a l'estudi radiològic persistent i repetit; aquest ens diu principalment la topografia patològica del tub digestiu i el temps que tarda la

sal de bismut o de bari en travessar els trams del tub digestiu, ens revela la forma, extensió i moltes vegades la patogènia de l'estasi intestinal.

Del diagnòstic clínic d'una malaltia en deriven les indicacions a pendre; més en l'estasi intestinal crònica la qüestió és altament delicada quan es tracta de decidir si el malalt es tributari o no d'una operació quirúrgica greu. Agotats tots els mitjans higiènics, dietètics i farmacològics resta en peu la Cirurgia per a decidir quins són els malalts que deuen operar-se i la classe d'operació que és més convenient.

Si fos veritat la teoria de KEITH, LANE i BARCLAY SMITH, que l'intestí gruixut (cec i còlon) és un orgue més que inútil perjudicial i que la seva flora bacteriana saprofítica no es necessària per a la digestió, la regla de conducta imposada deuria ésser la seva extirpació radical encar que la seva alteració provoqués desordres patològics mes o menys intensos, més tenint en compte que la tesi aquesta caricaturitzada per METCHNIKOF no és certa devem tenir més respectes que els que de les doctrines de LANE es deriven. El còlon està constituït per dos segments la línia de separació dels quals es troba en l'angle esplènic: el segment dret segons MAYO es cuida d'absorbir la meitat dels líquids i la dècima part de sòlids, tant és així que la barrera representada per la colzada esplènica que cuida d'entrenir el trànsit per l'hemicòlon dret té el seu sinònim en anatomia comparada car molts animals tenen un esfínter supracecal encarregat de dit paper de retardar la circulació a l'objecte de facilitar l'absorció; en canvi l'hemicòlon esquerre des de la colzada esplènica anomenat per MAYO la avant-cambra del recte té un poder d'absorció tat migrat que pot descomptar-se en estat normal. Quan el passatge intestinal per lesió directa o indirecta dels còlons està massa retardat el primer en absorbir tòxics bacterians i químics en quantitats no regulables per les defenses emunctorials orgàniques és l'hemicòlon dret apareixent per etapes el quadre clínic de la infecció per estasi al començament sovint confoses amb *indigestions* recidivants; més tard apareix la septicèmia amb síndrome complexa, amagriment, cefalees, pèrdua de tonus musculars, pigmentacions cutànies, degeneracions glandulars, dolors, insomnis, etc., i més endavant venen trastorns més greus, anomenats per LANE *resultats finals*, entre els quals, exageradament, inclou el càncer. Quan l'estasi intestinal és promoguda per causes, com les ben estudia-

des per JACKSON, consistents en brides, adherències velomembranoses, sínfisis parieto-còliques o intercòliques; acolzadures íleocecal de LANE *controlling appendix*, apendicitis, relaxació de la musculatura abdominal, etc., la remoció de les esmentades causes pot ser suficient per assolir la curació del malalt sempre que la intervenció vagi seguida d'un règim post-operatori racional i rigorós. En canvi, quan el cec i el còlon estan dislocats en ptosi amb les seves túniques alterades fonament per exagerada dilatació, la mucosa lesionada havent-se transformat el budell gruixut en un orgue d'atac en comptes de ser orgue de defensa, l'arreconament per exclusió o el foragitament per extirpació, són els únics mitjans capaços de retornar la salut al pacient. En tals casos, la terapèutica quirúrgica restauradora ha de cedir el lloc a la terapèutica radical que generalment és més brillant en sos resultats excepte en determinades circumstàncies d'estasi per causa indirecta com per exemple un tumor pèlvic, una retroflexió adherent, una supuració pelviana.

Respecte d'aquest particular podem afirmar que en la coexistència de lesions genitals i estasi intestinal aquesta quasi sempre lluny d'ésser la causa d'aquelles n'és la primera conseqüència i moltes vegades hem intervingut retroflexions en què una operació de DOLERIS ha curat completament la constipació crònica sens haver fet res directament en l'aparell digestiu, cosa que està en desacord amb la tesi sustentada per A. LANE, quan afirma precisament el contrari. Les pèxies, plicatures, resecció de membranes (sense deixar superfícies cruentes), les plàsties estil SHELTON HORSLEY, etc., són de resultats aleatoris moltes vegades quedant d'aquest capítol de terapèutica quirúrgica solament com a operació brillant l'apendicectomia en els casos de lesions mecàniques o inflamatòries meso-apendiculars amb acolzadura del final de l'íleon, agent causal molt freqüent d'estasi intestinal crònica. A això és degut el gran nombre d'apendicitis sense lesió inflamatòria, sols amb dolors en el punt de MC BURNEY i constipació que per l'apendicectomia donen un resultat esplèndid sense que el cirurgià de vegades s'hagi donat compte de l'obra benefactora que ha portat a cap amb la seva intervenció.

Com a intervencions derivatrius tenim les ceco-colostomies, l'apendicostomia i tota la gama d'anastomosis íleo-colo-rectals. Hem de rebutjar netament les apendicostomies per antirracionals, per inútils i potser per contraproductes; la ceco-colostomia

tampoc pot alabar-se com no sigui considerada com a recurs d'espera o primer temps d'una operació més radical en malalts que per les seves condicions no estiguin en condicions de resistir una operació de m s volada.

Les anastomosis ileo-colo-rectals formen el capítol més interessant de la terapèutica contra l'estasi intestinal. La que un temps havia gaudit del favor dels cirurgians fou la ileo-transversotomia (anastomosi de l'ileon seccionat-lo arran de cec amb el còlon transvers); és aquest un procediment que deu abandonar-se per antifisiol gic puix tenint en compte que l'hemi-còlon dret té moviments antiperist ltics ben provats el cec i còlon ascendent queden amb retenció per causa de son mal buidatge ço que produeix una sèrie de trastorns entre els que els d'origen mecànic i tòxic tenen preeminència; el mateix hem de dir de tots els procediments i són nombrosos, que deixen l'hemi-còlon dret sense drenatge en son punt inicial. Aquests inconvenients no queden pas anul lats en la ileo-sigmoidostomia per la qual cosa és també una operació a rebutjar. En canvi la tifo-sigmoidostomia termino-lateral és una bona operació que avui es va estenent en gran merc s a sos bons resultats sobre tot si es practica correctament extirpant l'apèndix i la bossa cecal i tancant amb sutura mesentèrica d'acostament l'espai que per l'anastomosi qued  entr  les dues seccions intestinals unida i per daval de les mateixes on fàcilment es pot insinuar una nansa de budell prim donant lloc als fenòmens d'estrangulació consecutius. L'anastomosi l tero-lateral ceco-sigmoidea deu desaconsellar-se,  s la forma anomenada pels alemanys *falsche lage* perquè en ella la porció decliu del cec es dilata formant un dipòsit de retenció de substàncies p trides que ultra altres inconvenients és fruit d'intoxicació pels malalts. L'anastomosi en Y d'OCKINCZYO i LARDENNOIS  s teòricament molt bona, mes l'experiència que d'ella es té és encara prou migrada per a poder sentar conclusions definitives.

Els procediments d'anastomosi indicats com a bons, poden i deuen emprar-se en gran nombre de casos d'estasi intestinal en què la Cirurgia tingui dret adquirint per falla d'un bon tractament mèdic (ortopèdic, farmacològic i dietètic) i sempre que el budell a excloure no tingui lesions orgàniques avançades de ses parets i que la sutura es pugui fer contant amb teixits ben normals no atacats d'infiltració indurant per evitar que la sutura falli ocasionant la mort del pacient. Tenint en compte les

condicions assenyalades podem afirmar que l'anastomosi tíflo-sigmoidea és un procediment a recomanar que pot competir amb aventatge en molts casos amb la colectomia sobre tot perquè la seva senzillesa posa més en salvament la vida del malalt substreient-lo a riscos de la colectomia total que malgrat el que d'ells es diu són ben grossos. Pel mateix és una operació aquella a posta per ser portada a cap en malalts que com els de casa nostra s'entreguen o són portats al cirurgià en un estat general lamentable i amb exhauriment de tota resistència orgànica.

Fetes aquestes observacions i salvetats hem de confessar que en els casos d'alteració fonda del còlon, infiltracions, ulceracions, etc.; si el malalt està en condicions de soportar una exèresi el procediment verament curatiu i per tant el més racional de tots és la colectomia total amb conservació de la vàlvula ileo-cecal quan és possible. Els colectomistes afirmen que després de l'operació el budell prim és distén convertint-se a la llarga en un budell gros de nova formació que ve a substituir les funcions del budell extirpat, mes abans d'arribar a això el pacient ha de passar un calvari de diarrees quasi incoercibles que són un martiri i una causa de depauperació en subjectes que no estan pas prou resistents per a suportar-ho; aquests inconvenients es veuen molt aminorats en la colectomia total amb conservació de la vàlvula de què abans hem parlat. Les hemi-colectomies tenen ultra els inconvenients de les colectomies totals el desavantatge de deixar la colzada dreta o esquerra que pot ser i és freqüentment causa de perduració de la malaltia que s'ha pretès combatre, registrant-se observacions repetides en què els operats al poc temps han reprès tots els signes d'estasi intestinal que els havia decidit a subjectar-se a la intervenció. Aquesta és la opinió de cirurgians tan experimentats com PAUCHET i altres que algun temps vantaven les excel·lències de les hemi-colectomies que no fa encara un any practicaven amb ple convenciment.

Per altra part, jo crec que en termes generals és més fàcil de execució, en els casos de ptosi còlica, la colectomia total que l'hemi-colectomia, car la sutura ileo-sigmoidea, que sempre deu ser termino-terminal (malgrat el diferent calibre dels dos extrems a anastomosar, és molt més senzilla de practicar i aquest és el veritable punt mestre de la qüestió, del qual depèn l'èxit o el fracàs de la intervenció. Deixem la tècnica operatò-

ria de banda, perquè el nostre com s  s sols parlar de les indicacions quirúrgiques.

CONCLUSIÓ-RESUM

El tractament mèdic quirúrgic de l'estasi intestinal crònica deu reposar en un diagnòstic cuidad s que els mètodes actuals permeten en gran nombre de casos afligir-los d'una manera ben acceptable; globalment la malaltia és fàcilment despistable, en canvi la seva patogènia és tan complexa i variada, que moltes vegades escapa a la investigació. Per a la recerca causal és indispensable emprar els raigs X (radiosc pia i radiografia) amb bismut o bari per ingesta i lavativa prodigant les exploracions amb lliberalitat i fent pendre al malalt posicions variades; la durada en la travessia intestinal que necessita la sal de bismut o bari ens indicar  la major o menor estasi i la seva localització; les formes o contorns de l'intestí observat ens posaran en el camí de saber si es tracta d'una estrangulació, una ptosi, un megac lon, una brida apendicular (*controlling appendix*), etc. L'estat general del malalt que el grau d'estercoremia t xica del qual el porta a la taula d'operacions comandar  junt amb la causa a remoure la classe d'intervenció a practicar. Encara que arbitràriament tal vegada podem dividir el tractament de la constipació crònica en tres parts; operacions parcials de vegades curatives i quasi sempre pal liatives; són aquestes les pèxies, apendicectomies, secció de adherències (membrana de JACKSON, acoplaments c lics) cecoplicatura etc.; operacions radicals representades per l'exclusió del còlon mitjançant anastomosis diverses entre les que tenim la tifo-sigmoidea, ileo transverstomia i ileo-sigmoidostomia, i per últim les operacions ultra radicals representades per la hemi-colectomia i la colectomia total.

Suposant un malalt en què un tractament mèdic ben dirigit junt amb un règim rigorós hagin fracassat, les indicacions quirúrgiques a complir són molt delicades, perquè tractant-se d'una malaltia d'urgència nul a i de mortalitat directa migrada tota operació que posi en greu perill la seva vida s'ha de mirar amb respecte per la qual cosa les anastomosis tifo-sigmoideas de menys perill que la colectomia, avui contenen amb més partidaris entre els capdavanter de la Cirurgia.

El criteri a seguir no és pas difícil i esquemàticament es pot definir en el sentit de poder tractar extrínsecament lo intestinal extrínsec (operacions parcials de correcció amb conservació del recorregut intestinal normal), lo intrínsec amb alteracions manifestes de budell, *deu sempre* ser tractat intrínsecament, excloent la part d'intestí malalt (anastomosi) o extirpant-lo (colectomia). Deu fer-se la salvetat que en certs casos ço millor és enemic de ço bó, de manera que si tenim un malalt amb indicació categòrica de ser colectomitxat, com per exemple un cas de megacòlon congènit o adquirit amb crisis greus d'oclusió intestinal, si son estat general és greu, si la depauperació per toxèmia avançada és extrema, l'operació ha de fracassar segurament, per qual motiu, en tal cas una operació pal·liativa d'espera, com és un anus contra-natura o una exclusió per anastomosi, serà més racional i més indicada que tota terapèutica radical.

Per la nostra experiència personal podem dir que les pèxies, ràffes, plicatures, extirpació d'adherències, serveixen de poca cosa encara que podem fer la salvetat que l'apendicectomia amb plicatura cecal ens ha donat esplèndids resultats per altra part també obtinguts amb l'apendicectomia sola en casos d'estasi tifoileal; l'anastomosi tiflosgmoidea acompanyada de resecció de la bossa cecal ens ha donat curacions quasi equivalents a la colectomia; l'anastomosi de OCKINCZIK i LARDENOIS en Y, que ve a ser sinònim de la gastro-enterostomia en Y de ROUX és la més racional, la que fa el millor drenatge ileo-còlic però sols en tenim experiència en el cadàver perquè en el viu no l'hem practicada mai per trobar-la massa complicada, tota vegada que pensem que de sutures en l'hemicòlon esquerre com menys se'n fan menor perill es corre que fallin. De colectomia el procediment millor és la total amb conservació de la vàlvula ileocecal amb la qual es logra que les enutjoses diarrees post-operatòries quedin reduïdes al mínim, cosa que succeeix ben al contrari en la colectomia total en la qual els operats tenen a causa de les mateixes un curs post-operatori accidentat que sovint s'allarga indefinidament, per motiu que si bé la colectomia subtotal és més difícil, la dificultat queda llargament compensada pels beneficis que el malalt en reporta. Les hemi-colectomies, útils en casos determinats, han de ser en tesi general procediments d'excepció.