

CONTRIBUCIÓ A L'ESTUDI QUIRÚRGIC DE L'ESTASI INTESTINAL CRÒNICA

pel Dr. E. RIBAS I RIBAS

La característica de la nostra època és l'anàlisi minucios dels fets, que ha vingut a sepultar per sempre aquelles grans concepcions mancades de base i que volien explicar els quadros clínics. Així van enrunant-se les neurosis abdominals; pabelló sots el qual amagàvem la nostra ignorància, i sense negar-les, són quasi sempre degudes a quelcom visible i tangible, i aquesta cosa que veiem i toquem, ens ve explicant aquets quadros indefinits abdominals, però que, a la llarga, consumeixen i maten. La cirurgia abdominal, brillant en sa actuació, fa temps demostra que la millor intervenció en l'apèndix, a voltes no lliurava el malalt dels dolors, ni corregien la seva constipació; que la gastro-enterostomia, practicada per dilatacions gàstriquessen se estretor pilòrica, no curava el malalt, puix seguia amb dolors, plenitud gàstrica, restrenyiment i diarrees; que en ocasions diagnosticàvem d'apendicular que tenia lesions gàstriques o duodenals, i al revés. Demés, la cirurgia abdominal ha posat de manifest en intervenir per lesions les més variades, adherències, brides, membranes, ptosis del budell; movilitat i allargament del cec i S ilíaca, té modalitats de forma, de volum, de situació, de direcció, que a penes cridaven l'atenció, però que la repetició dels fets l'han feta fixar donant la clau de nombrosos processos crònics abdominals, dels quals la constipació crònica, l'estasi intestinal, és la més clara i sintètica expressió.

Procés crònic caracteritzat per dolors abdominals més o menys difusos de localització preferent, la regió cecal i presentant constipació i a voltes diarrees més o menys fèrides, procés

acompanyat de fenòmens tòxics de reabsorció de productes estancats en el budell gruixut, sobre tot en el cec i còlon ascendent. Aquesta reabsorció tòxica explica aquests petits signes descrits per LANE i que condueixen lentament a una veritable caquèxia estercoràcia.

Certament que la Cirurgia ha donat molt llum sobre l'anatomia patològica de l'estasi intestinal, però no s'oblidi el que diu LANE: « les anomenades exploracions quirúrgiques són d'escàs valor, puix aquestes exploracions es porten a cap en aparells intestinals prèviament buidats de son contingut mitjançant poderosos purgants o enemes. Aquesta és la raó per la qual una intervenció exploradora a voltes acaba per l'extirpació d'un apèndix acolzat, la qual cosa manté voltes satisfà el cirurgià, la curiositat del pacient i dels amics. Jo espero — continuen — que aquesta manera de fer desapareixerà ràpidament, així com l'equivocat criteri terapèutic per a tractar els resultats de l'estasi intestinal crònica ».

Tot malalt abdominal amb constipació crònica, estigui o no complicat d'altre procés, deu ésser estudiat radiogràficament i radioscòpicament. Tan sols així tindrem dades segures, però a condició de fer reiterades exploracions. La radiografia i radioscòpies ens diran si existeixen ptosis, movilitats anormals, deformacions, acolzaments; estirament dels angles còlics; allargaments, dilatacions o deformacions de la S ilíaca; ens farem càrrec de la travessia digestiva i de la seva duració, que ens posarà de manifest l'existència d'una estasi ileal, cecal, còlica o de la S ilíaca (1).

PAUCHET diu que en absència d'altres símptomes, no deu posar-se el diagnòstic d'estasi pel sol fet de la prolongació de la travessia digestiva. Certs individus tenen bona salut, amb una deposició cada 48 hores, i en canvi, altres, amb una deposició diària o diarreica, sofreixen dolors i acusen marcats símptomes d'intoxicació, i és que, el problema no és sols un problema mecànic, d'estasi, de retenció, sinó que a aquesta s'afegeix l'alteració de les glàndules del budell, la lesió de les fibres musculars,

(1) La travessia digestiva és normalment ràpida; segons HERZ, els aliments arriben al cec en 4 hores 30 minuts, a l'angle hepàtic del còlon en 6 hores 30 minuts, a l'angle esplènic en 9 hores i a l'estret superior de la pelvis en 11 hores. Normalment l'íleon deu estar buit en 6 hores (amb pïlor normal) i el cec en 12 hores.

dels centres neuro-musculars de KERT, la major o menor absorpci  de la mucosa i el tram del budell on radica l'estasi.

Existeixen, doncs, un gran nombre de factors que el cirurgià deu conèixer abans de pendre una indicació.

Els factors mecànics són produïts per adherències, brides, membranes tals com la membrana de Jackson, la membrana de Lane, el *controlling apèndix*, la *first and last link*, la retracció de l'angle c lic dret o retracció del lligament freno-c lic esquerre, etc. les ptosis, la movilitat i estasi cecal, etc.

A l'estasi mec nica poden afegir-se fenòmens flog stics, colitis i pericolitis. Dem s existeixen una sèrie de mecanismes reflexes d'importància gran per a les indicacions, i són el reflexe bilio-c lic, gastro-c lic, duodeno-ileal, ileo-g stic. Tots aquests reflexes poden ser causa d'estasi intestinal. Hem vist colecistitis calculoses fortament doloroses amb estasi intestinal que desapareixen amb l'extirpació de la bufeta i que consti que no em refereixo als casos de colecistitis amb bufeta lliure o tan sols amb adherències p loro-duodenals.   s que la bufeta calculosa actua estirant el p lor i duod  i desperta el reflexe p loro-duodeno-ileal determinant l'estasi ileal? Que el reflexe p loro-ileal existeix  s innegable, com ho és l'ileo-pil ric o duodenal i està plenament demostrat que la distensió ileal tanca el p lor i la seva obertura buida l'ileon.  s el p lor un vertader regulador del drenatge de l'ileon i aix  té grossa importància per a explicar la constipació en les estretors pil riques i la presència de diarrees en molts gastro-enterostomitzants. Aquest reflexe, inconscient en estat normal, es fa dolorós quan existeix una lesió pilòrica duodenal o ceco-apendicular i  s aquí quan la dificultat diagn stica és gran.

Difícil  s admetre com axiomàtic  o que diu LANE sobre la influència de la colzadura de la terminació de l'ileon sobre la gènesi de la úlcera duodenal, però és un fet que la clínica cada dia comprova la influència recíproca en el terreny patològic del p lor sobre l'ileon i al revés. Segurs estem d'haver practicat gastro-enterostomies en individus amb colzadura de l'ileon i, viceversa, extirpat apèndixs en lesions duodenals en aquells temps en què l'exploració quirúrgica i la depuració dels fets no havien arribat a la perfecció actual.  s més, i aix  posa de manifest la indiscutible influència de la colzadura ileal sobre el p lor i est mac, diversos són els casos en els quals al quadro d'estasi intestinal ileal per *controlling apèndix* i per membrana de LANE.

que s'acompanyen de gros quadre gàstric amb forta gastro-ectàsia (clapoteig i retenció en dejú) i cal fer constar que la simple extirpació de l'apèndix *controlling* o de la membrana de LANE a l'ensem que corregia l'estasi intestinal feia desaparèixer el quadre gàstric.

De tots aquests fets es deriva una ensenyança, i és que el cirurgià deu esmenar-se a fer una exploració minuciosa, una volta obert el ventre, sobre tot quan la lesió que motiva la intervenció no sigui evident.

Escarmentats pels fets, nosaltres ja fa temps que en les apendicitis cròniques o *soi disant* tals practiquem la laparotomia mitja, única que permet una àmplia exploració que ens conduirà a una útil intervenció, però cal sempre anar a la intervenció orientats per una bona, minuciosa i repetida exploració Röntgen de la travessia digestiva.

A part aquests factors, no s'oblidi que hi ha altres causes d'estasi intestinal. Per tres voltes hem vist lesions de bufeta biliar amb pericistitis i adherències a l'angle còlic dret, que determinen estiraments sobre l'angle còlic esquerre, acolzant-lo fortament a nivell del lligament freno-còlic, estirament que determinava dolor en l'hipocondri esquerre i estasi amb atacs de pseudo oclusió.

Altres voltes, una úlcera pèptica en el lloc de la boca d'un gastro-enterostomitzat amb fenòmens flogístics d'epiploïtis, hem vist determinar estiraments i compressió del còlon transvers amb els fenòmens consecutius a estasi—i deixem de costat tots aquells processos intrínsecs de budell gros com neoplàsies, úlceres tuberculosos, que obstruint, són causa primer d'estasi i d'oclusió més tard.

Fenòmens d'estasi que per acúmul i dessecació de les matèries fecals en el còlon descendent, poden transformar-se en vertadera obstrucció i encara no essent completa s'observen en voltes crisis de petita oclusió (casos en què la pericolitis determina compressió o acolzadures) amb còlics dolorosos, constipació absoluta, vòmits, distensió cecal i ondulacions peristàltiques del budell, crisis que desapareixen després d'una *débâcle* de gasos i matèries.

En resum, és admès avui que l'estasi reconeix per primera causa la ptosi visceral, determinant acolzadures originades per la reacció fibrosa dels lligaments suspensoris, l'engruiximent dels quals pot determinar fins l'estrangulació intestinal; aquest

mecanisme causa l'estasi i la persistència en colitis i pericolitis amb tota la gama d'adherències, membranes, etc. Tot procés flogístic visceral pot originar adherències i els coneeutius fenòmens d'estasi intestinal.

I tots els casos, sia la que es vulgui la causa, es caracteritzen clínicament per constipació crònica i ses conseqüències, trastorns digestius i nerviosos (depressió física, trastorns nerviosos fins a la neurastènia; dolors reumatoides i a voltes l'estasi va acompanyada de diarrees fèrides amb expulsió de mucositats i membranes).

Aquest quadro clínic inconfundible i que pot conduir a la mort per veritable auto-intoxicació, sols pot corregir-se per un bon drenatge, per un buidament regular del budell gruixut. Tota la terapèutica quirúrgica gira al voltant d'aquest principi fonamental.

Com obtenir-lo?—S'ha procurat fixar el budell en els casos de mobilitat excessiva—cec mòbil—en els casos de caiguda de còlon transvers; s'han lliberat les nanses intestinals per destrucció i secció de brides o membranes; s'ha tallat la membrana de Jackson i la de Lane, s'ha extirpat el *controlling appendix*, i indiscutiblement s'han vist millories i alguna curació; s'ha practicat la ceco-plicatura amb ceco-pèxia.—Nosaltres hem practicat la destrucció de brides i membranes amb epiploplàstia consecutiva 14 vegades, i en sis casos la curació se sosté—però avui tots estem conformes en que no son aquestes les operacions ideals. Tots els cirurgians estan conformes en considerar la fixació com una operació no fisiològica, puix normalment el cec deu quedar lliure i fins tal operació és perillosa en la dona, puix durant l'embaràs el cec puja per sobre de la línia bi-iliaca i demés diu STINRLIN «amb la ceco-pèxia es pot curar el dolor, però no la constipació».

A part aquestes intervencions indirectes per a obtenir un bon buidament, hi han operacions directes, tals com *el curf circuit* — ileo-sigmoidostomia, ceco-sigmoidostomia, colectomia.

La més radical a primera vista sembla la colectomia, però és operació greu, digui's el que es vulgui, i el mateix LANE diu que el gran inconvenient de la colectomia són les adherències segmentàries del budell prim i les seccions dels mesos del

Budell gros, adherències que causen dolors i poden produir oclusions. PAUCHET, que ha sigut partidari de la colectomia, ha pogut comprovar induracions en les antigues insercions dels mesos, induració que dura molt temps; persistència dels trastorns funcionals i sensacions abdominals penoses per la mobilitat excessiva del budell prim lliure del marc format pels c lons. Tot això a part de les diarrees que sobrevenen després de la colectomia, en tant no s'estableix una adaptació funcional de l'extrem de la S ilíaca i del recte.

Certament que l'únic cas en què la intervenció pot ésser fàcil,  s en el cas de budell gros caigut i sense pericolitis; però resulta fortament greu en els casos d'adherències, retraccions i engruiximents dels mesos. Dem s, la resecció del budell gros, segons ALGLAVE, almenys en el porc i en el gos, condueix sempre a trastorns greus i més o menys ràpids de la nutrició general.

Malgrat tot, hem de reconèixer que existeixen nombrosos colectomitats en bon estat. Nosaltres sols hem practicat tres colectomies amb èxit, un total i dues hemicolectomies, i sols hem hagut de lamentar diarrees, en un permanents i en els altres dos sols duraren 3 i 5 mesos.

De la colectomia total s'evoluciona cap a l'hemicolectomia dreta i avui es té tendència a l'anastomosi,  leo-sigmoidostomia o ceco-sigmoidostomia, però segons el meu criteri, deu practicar-se sols la colectomia quan existeixen fortes lesions de les parets del còlon. En tots els altres casos obtindrem iguals resultats i més bons sense exposar la vida del malalt, amb les següents operacions:

 leo-sigmoidostomia.—El 22 d'Abril de 1901, MAURELL MOUTIN present  a la Societat M dica de Londres el resultat de la primera  leo-sigmoidostomia per constipació crònica. A França, LESJARS, SEGONEL, MORESTIN, HARTMAN, DELBET, CUNEO i PAUCHET, la practicaren, i SOULIGOUX, l'any 1913, present  una relació sobre un treball de GUILLOT de l'Havre, en què constaven 7 casos d' leo-sigmoidostomia per estasi crònica. L'anastomosi de les sigmoidees amb la porció terminal de l'íleon,  s operació fàcil, però exposa bastant a la diarrea. Aix  ho hem observat en diferents operacions nostres, almenys els primers dies o setmanes, puix després desapareix, probablement degut, com diu

NANNON, a que el tros de budell gruixut que queda per sota l'anastomosi fins l'anus, sofreix una adaptació funcional de la mucosa, augmenta son poder d'absorció. Altres, com DUCBERT, creuen que el budell gruixut que hi ha per sobre de l'anastomosi, es deixa dilatar al cap d'alguns dies, les matèries s'acumulen i durant llur entrada es reabsorbeix l'aigua, es fan sòlides i fins poden arribar al cec.

Jo sols puc dir que en un dels nostres operats la pasta de bismut reflua cap al còlon i fins es pot donar el cas, com hem tingut ocasió de comprovar en autòpsia, que dilatant-se per acúmul d'excrements la part superior de la S ilíaca, encara mòvible, arribi a acolzar l'anastomosi i comprimir la part inferior de la S ilíaca anastomosi. És per això que cas de fer la íleo-sigmoidostomia deu fer-se en la part més alta de la S ilíaca.

Tingui's present que si la terminació de l'íleon és adherent cal practicar l'anastomosi ileal lluny de la seva terminació, la qual cosa implica inutilització funcional del segment de l'íleon, el més apte per a l'absorció de líquids.

La introducció directa de les matèries encara líquides en el budell gruixut anastomosat no deixa de ser gros inconvenient i és natural que es pensés a fer l'anastomosi de la S ilíaca en el cec amb la qual cosa s'obtenia que la vàlvula íleo-cecal deturés de tant en tant l'entrada i aprofitar el cec perquè es dessequessin les matèries producte de la digestió així com s'acabés llur digestió química.

És la ceco-sigmoidostomia, com diu YEOMANS de New York, l'operació d'elecció en l'estasi intestinal, perquè és fàcil, estableix un bon drenatge i en lloc decliu i evita els fenòmens de fermentació i auto-intoxicació de la íleo-sigmoidostomia, cura la constipació crònica de manera permanent i drena tota l'extensió del còlon des del cec mòbil fins el vòlvul crònic de la sigmoídea.

En la tíflo-sigmoidostomia l'adaptació funcional del budell és més ràpida, degut a la conservació per sobre de l'anastomosi del tros terminal del budell prim—regió d'intensa absorció—i de la vàlvula íleo-cecal que priva el pas massa ràpid del contingut intestinal. Hem vist fer-la molt sovint a PAUCHET. Nosaltres l'hem practicada tres voltes amb excel·lents resultats. Sols en el cas d'íleon terminal adherent pot estar contraindicada.

En resum, la missió del cirurgià en els casos d'estasi intes-

tinal és favorir el buidament del budell, fent un bon drenatge ja seccionant una brida o una membrana en els casos senzills, o bé en els casos ja avançats de fortes adherències, ptosis, etc., practicar un curt circuit de preferència a la tiflo-sigmoidostomia. La colectomia sols estarà indicada en els casos greus de fortes lesions de les parets del còlon.