

ten eines einseitigen Blockes eine Laesion des anderen Astes nicht ausgeschlossen ist.

RÉSUMÉ

Présentation de deux cas de blocage intermittent d'une branche du faisceau de His, en rapport avec la fréquence pulsative ou avec la durée de l'espace P-R. On étudie la fluctuation de la "fréquence pulsative" qui apparaît avec des limites assez amples. Dans un cas il arrive par moment que la branche intermittente bloquée c'est l'opposée de celle qui le fait d'habitude, pensant alors que l'apparition de blocage de branche n'exclut pas la possibilité de lésion de l'opposée.

estadísticas personales, de las que hemos prescindido por incluir en la nuestra exclusivamente aquellos casos que habiendo sido diagnosticados en la clínica del profesor BOCKUS han podido ser objeto de una investigación escrupulosa en lo que a su evolución postoperatoria se refiere. Datos que nos han sido administrados por el admirable archivo del doctor JOHNSON. Hacemos caso omiso, por lo tanto, de los casos de ileítes regionales vistos y no operados en este Centro y también de los que, aunque fueron intervenidos en éste, no hemos podido recoger datos de su evolución. En esta última categoría están 22 casos, que sumados a los 59 que presentamos dan un total de 81 ileítes regionales operadas.

Queremos hacer mención del magnífico espíritu de ciudadanía que supone esta fidelidad de los enfermos al Centro que los atendió.

En esta revisión vamos a tratar de correlacionar los resultados operatorios con dos hechos fundamentales que creemos marcan en todo acto quirúrgico el pronóstico del operado:

a) Estudio anatomo-patológico de las piezas operatorias.

b) Técnicas quirúrgicas.

2. *Anatomía patológica de la enfermedad de Crohn.*—El estudio de las piezas operatorias, base del criterio que debe mover al cirujano a tomar una determinación en el acto operatorio, es el que nos ha guiado a nosotros para establecer una clasificación anatomo-patológica de este proceso. La mayoría de las veces el cirujano tiene que determinar sin la ayuda del anatomo-patólogo y sin la visión aumentada que proporcionan las lentes del microscopio. Es, por lo tanto, el aspecto macroscópico el que vamos a considerar como fundamental y veremos si la clasificación que exponemos al efecto guarda relación o no con el informe que posteriormente recibiremos del laboratorio.

Anatomía macroscópica.—Se trata de un proceso de diversa localización: de aquí la multitud de los nombres con que se le conoce: "ileítes regional", "enterocolitis", "ileítes terminal", "ileítes difusa", etc. En general, hemos visto que asienta con preferencia en las dos últimas asas del ileón terminal, estando algunas veces secundariamente afectado el ciego, otras veces sólo se encuentran enfermas asas aisladas del ileón proximal o el yeyuno y, por último, se ha encontrado afectación difusa de todo el intestino y hasta el duodeno y estómago.

En el cuadro I exponemos la localización regional de nuestros 59 casos, valorando la mortalidad, curaciones y recidivas en los dos grupos en que artificialmente hemos dividido nuestra estadística, con vistas al pronóstico: los que llevan más de cinco años de operados y los que fueron intervenidos hace menos tiempo. De este cuadro se desprende como la más frecuente la localización en el ileón terminal y colon ascendente, después la ileítes terminal

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ILEITIS REGIONAL MALIGNA

J. MONEREO.

Cirujano de la Beneficencia Provincial de Madrid.
Ex Cirujano residente del Graduate Hospital de Philadelphia.

INTRODUCCIÓN.

1. De la enfermedad que B. B. CROHN describió se han hecho numerosas publicaciones desde hace quince años. A pesar del estudio clínico y de laboratorio a que este proceso ha sido sometido, bien poco podemos añadir a la vista de los conocimientos actuales a lo que aquel autor escribió en su magnífica monografía. Bien es verdad, hoy lo sabemos, que los afectados por esta enfermedad pueden evolucionar de dos formas: una, benigna, que tiende a la curación con un tratamiento médico adecuado, y otra, maligna, que suele afectar sobre todo a personas jóvenes, y que evoluciona con fases alternantes hacia una gravedad extrema que causa la muerte del enfermo en un período no superior a doce años en el 60 por 100 de los casos. *Por lo tanto, bien está el nombre de ileitis maligna para clasificar a este último grupo.* Como justamente en estos casos es donde el tratamiento quirúrgico se ha creído era más eficaz, sobre todo en sus complicaciones, es por lo que a él nos referimos ahora al revisar estos 59 casos quirúrgicos.

Estos enfermos han sido intervenidos todos ellos en el Hospital para graduados de la Universidad de Pensilvania, en Philadelphia, donde hemos estado becados por un año, por el grupo de cirujanos que allí trabajan: doctores BATES, HAWTHORNE y FERGUSON. Estos dos últimos han publicado independientemente sus

CUADRO I
CLASIFICACION POR AFECTACION REGIONAL

| | Número de casos | Recidivas | Muertes | Curaciones |
|--------------------|-----------------|-----------|------------|------------|
| > 5 años: | | | | |
| Yeyuno solo | — | — | — | — |
| Ileon proximal | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Ileon terminal | 10 | 8 | → 1 | 2 |
| Ileon y colon | 22 | 18 | → 5 | 4 |
| Afectación difusa | — | — | — | — |
| Yeyuno-ileon-colon | 4 | 4 | → 2 | 0 |
| TOTAL | 38 | 30 (75 %) | → 8 (20 %) | 8 (20 %) |
| < 5 años: | | | | |
| Yeyuno solo | — | — | — | — |
| Ileon proximal | 2 | 2 | — | 0 |
| Ileon terminal | 5 | 2 | — | 3 |
| Ileon y colon | 7 | 1 | — | 6 |
| Afectación difusa | — | — | — | — |
| Yeyuno-ileon-colon | 1 | 1 | — | 0 |
| TOTAL | 15 | 6 (43 %) | 0 | 9 (57 %) |

pura y la afectación difusa de todo el intestino, siendo escasos los enfermos que padecen una localización del yeyuno o ileon proximales.

La enfermedad puede encontrarse en un área determinada, digamos en el ileon terminal, llegando a estadios muy avanzados de evolución, mientras que en otros tramos del intestino se encuentran lesiones aisladas recientes o antiguas, siendo el intestino intermedio de aspecto completamente normal.

Las lesiones pueden ser divididas, de acuerdo con los signos macroscópicos objetivos, en tres grupos: A, B y C.

A) El intestino se encuentra dilatado, congestivo, rojo, pudiendo hallarse depósitos de fibrina en la superficie peritoneal que no ha perdido su brillo y suavidad, siendo blando a la palpación y dando la impresión de edema parietal. En la mucosa hay generalmente pus, hiperemia y úlceras, fácilmente sangra y al secionar el intestino los bordes de la mucosa sobresalen de los de la serosa como en abanico. En general hay engrosamiento total de la pared. Hay adherencias entre las asas y cierta cantidad de exudado seroso que nunca llega a ser ascitis. El meso suele estar engrosado, tratando de desplazar de la línea de inserción media normal al peritoneo visceral, llegando a abarcar casi totalmente al intestino, formando los famosos puentes que dejan las vasos al insertarse en el intestino. Suele haber ganglios grandes y blandos.

B) Las asas se encuentran fijas, con aspecto marmóreo y con algunos vasos racemosos recubriendo la superficie peritoneal, que ha perdido por completo su brillo y suavidad, siendo el intestino al tacto duro, como un cordón grueso. A veces se encuentran áreas aisladas

que estrechan la luz con este aspecto antes descrito, existiendo entre ellas ileon de características normales. En muchos de estos casos el ileon puede estar casi envuelto por el meso engrosado, en el que se aprecian numerosos ganglios duros y blancos. La mucosa tiene una característica especial en este grupo, pues se presenta atrófica o hiperémica, con edema alternando con úlceras disformes, retráctiles y como formando calles y aceras empedradas, "Cobles-toned".

C) Rara vez, y a causa de la formación de abscesos y fistulas, las asas intestinales se unen formando masas compactas con adherencias fibrinosas y organizadas, pudiendo encontrar en estos casos reunidos los dos grupos anteriores de asas blandas mezcladas con otras estrechas y endurecidas. Estas lesiones suelen encontrarse con preferencia a nivel de la válvula ileocecal, que prácticamente desaparece, encontrándose en su lugar tractos fistulosos que unen el intestino delgado con el grueso, todo ello envuelto en una masa de aspecto seudotumoral, incluida en el meso engrosado y edematoso.

Anatomía microscópica. — Correspondiendo, aunque no muy estrechamente, con estos cuadros macroscópicos anteriormente descritos, se encuentran a través del microscopio unos aspectos histológicos que hemos venido a clasificar en otros tres grupos a su vez: I, II y III.

I) En este primer grupo el engrosamiento de la pared del intestino se debe al edema existente, siendo muy poco el tejido fibroso formado, y preferentemente localizado a la submucosa. La mucosa se afecta superficialmente por una inflamación aguda, que puede en algunos casos constituir una úlcera necrobiótica

perfectamente aislada que ni siquiera penetra en la muscularis mucosae. Suele haber un aumento de la celularidad entre las glándulas, que son normales algunas veces hipersecretoras, constituidas fundamentalmente por polinucleares, eosinófilos y grandes macrófagos. Hay asimismo un agrandamiento de las placas de Peyer, en las cuales los linfocitos bien diferenciados

en general atrófico o no existe en absoluto, quedando sustituido por un tejido inflamado crónicamente, hiperémico y con focos hemorrágicos. Hay úlceras polimorfas y grandes en cuyo fondo aparece un tejido fibroso y denso, infiltrado por eosinófilos y rodeado por multitud de folículos linfáticos agrandados y con núcleos germinativos claros. Generalmente la submu-

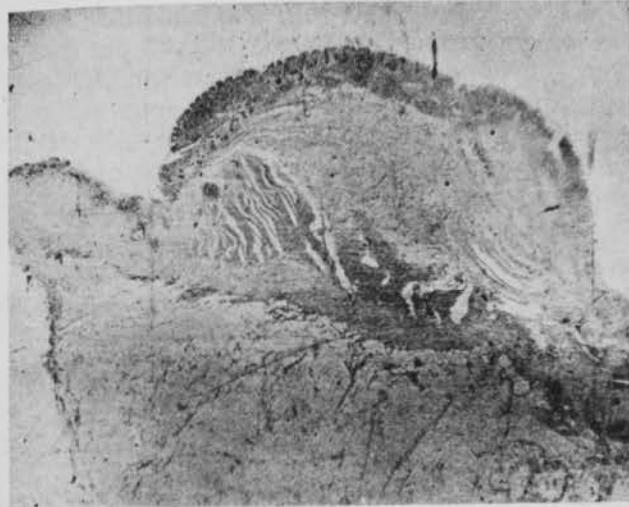


Fig. 1.

En la primera está representada una típica imagen del grupo A, I. Edema submucoso, conservación de la mucosa, edema de la serosa y una úlcera necrobiótica que no perfora la muscularis, como puede verse en la figura 2.

dos nunca atraviesan la muscularis mucosae. Es frecuente la aparición de un aumento de la vascularización con cierta inflamación perivasculares.

Los ganglios linfáticos correspondientes, aunque agrandados y numerosos, no presentan más alteración que la del edema y dilatación de los sinusoides, estando a veces aumentadas las estructuras medulares.

II) Lo que más llama la atención aquí es la gran infiltración celular de la mucosa, tanto por formas que caracterizan la inflamación aguda como la de la crónica. Inflamación que no suele invadir la submucosa. El epitelio está



Fig. 2.

cosa está perfectamente separada de la mucosa, engrosada, con un aumento de las formaciones conjuntivas, fibrina densa y reticulina, entre mezcladas con fibroblastos estrellados y grandes macrófagos. Los folículos linfáticos se en-

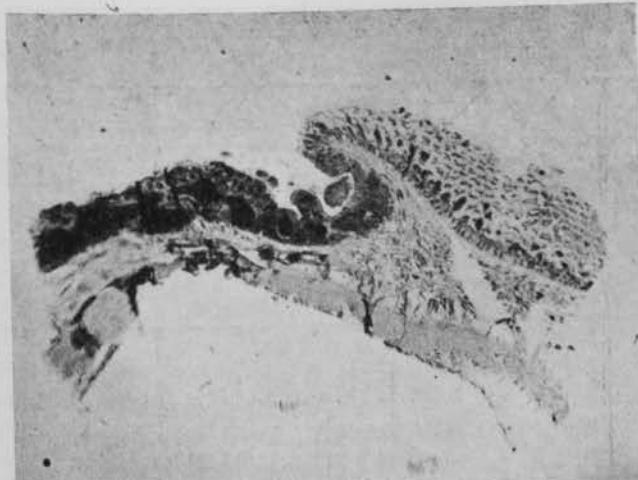


Fig. 3.

Representativas del estadio B, II. Ulcera crónica perforante y fibrosis de la submucosa.



Fig. 4.

cuentran agrupados a este nivel y rodeados por células plasmáticas y vasos. La capa muscular puede estar invadida también por tejido fibroso y en la serosa se encuentran: edema y fibrosis con infiltración perivascular de plasmacitos y células linfoides.

Los ganglios linfáticos albergan un aumento del retículo e hiperplasia folicular.

III) Este estadio es muy parecido al anterior, encontrándose frecuentemente unidos en zonas diferentes del mismo enfermo. Se caracteriza por dos fenómenos muy importantes, a mi modo de ver, de tener en cuenta: la pérdida de la barrera muscular de la mucosa (muscularis mucosae) y la aparición del verdadero granuloma inespecífico constituido por folículos epiteloides y células gigantes.

En la revisión que hemos hecho de las piezas operatorias de estos 59 casos, hemos creído encontrar cierta relación entre ambos aspectos macro y microscópicos. Sobre todo entre los grupos A) y I); B), con el II) y el III), quedando el grupo C), que no tiene una característica histológica determinada y se puede adaptar a cualquiera de los aspectos histológicos antes descritos (figs. 1 a 7). Para muchos autores este estadio en el que se forman abscesos y fistulas es el producto de infección secundaria del intestino.

Del cuadro II, en el que se proyectan, aunque divididas en dos grupos de acuerdo con el número de años de evolución, las características anatómicas de cada caso en relación entre sí, con la historia clínica y los resultados postoperatorios, podemos obtener algunas enseñanzas prácticas:

i) Evidencia de la relación anatómica anteriormente descrita.

ii) Demostración de que la evolución del proceso es del tipo A) al B) y del I) al II),

siendo el B) y el II) el estadio en que con más frecuencia los pacientes se operan, es decir, cuando llevan entre uno y tres años de evolución de enfermedad. Las complicaciones fistulosas sólo se presentan al cabo de varios años, encontrándose en estos casos siempre lesiones histológicas avanzadas.

iii) *La mortalidad* es evidentemente mayor en los casos del grupo C), siguiendo los del grupo A), y demostrándose como los más benignos los del grupo B) (66 por 100, 22 por 100 y 13 por 100, respectivamente). Es también evidente que los casos del grupo C) que sobreviven a la intervención son los que más fácilmente se curan, siendo los del grupo A) los que recidivan en mayor grado.

3. *Tratamiento quirúrgico.* — La evolución del criterio sobre el tratamiento de esta enfermedad ha variado notablemente en esta última época. Así, al principio, rara vez estos enfermos se operaban. La mayoría eran diagnosticados de tuberculosis intestinal, tratándose como tal, llegando a la mesa de operaciones los casos complicados solamente. De aquí el deficiente conocimiento que de esta enfermedad se tenía hasta que B. B. CROHN, de Nueva York, estableció de una forma clara y terminante su individualidad y características. Entonces estos enfermos se diagnosticaron y comenzaron a hacerse grandes resecciones de intestino en uno o dos tiempos, siendo, como puede verse en el cuadro III, en aquel entonces, muy alta la mortalidad operatoria (20 por 100), sobreviviendo a los cinco años solamente un 67 por 100 de los operados, y de éstos la mayoría con recidivas de la enfermedad (69 por 100).

El advenimiento de los antibióticos, el diagnóstico más exacto de los enfermos y la mejora de las técnicas quirúrgicas han conseguido reducir en estos últimos cinco años la morta-

CUADRO II
EVOLUCIÓN SOBRE BASES ANATÓMICAS

| > de 5 años: | | | | | | | | | |
|--------------------|---------------------|-------------|-----|--------------------------|-----|-----|-------------------------------------|-----------|------------|
| MACRO N.º CASOS | ANATOMÍA PATOLÓGICA | | | HISTORIA CLÍNICA EN AÑOS | | | RESULTADOS OPERATORIOS A LOS 5 AÑOS | | |
| | I | MACRO II | III | < 1 | 1-3 | > 3 | Curaciones | Recidivos | Muertes |
| A- 9 | 9 | — | — | 2 | 4 | 3 | 2 (22 %) | 7 (78 %) | → 2 (22 %) |
| B-23 | 5 | 11 | 6 | 6 | 11 | 5 | 8 (26 %) | 15 (74 %) | → 4 (13 %) |
| C- 3 | — | 3 | — | — | 2 | 1 | 1 (33 %) | 2 (66 %) | → 2 (66 %) |
| Total.. | 35 | 14 | 14 | 3 | 8 | 9 | 11 (27 %) | 24 (73 %) | → 8 (33 %) |
| < de 5 años: | | | | | | | | | |
| A-3 | 3 | — | — | 1 | — | 2 | 1 (33 %) | 2 (66 %) | — |
| B-9 | — | 7 | 2 | — | 5 | 4 | 6 (66 %) | 3 (33 %) | — |
| C-3 | — | 2 | 1 | — | 1 | 2 | 2 (66 %) | 1 (33 %) | — |
| Total.. | 15 | 3 | 9 | 3 | 1 | 6 | 9 (56 %) | 6 (44 %) | — |

CUADRO III
TECNICAS QUIRURGICAS EMPLEADAS. RESULTADOS POSTOPERATORIOS

| | Número de casos | Recidivas * | Mortalidad | Curaciones |
|---|-----------------|-------------|------------|------------|
| > 5 años: | | | | |
| Resección 1 tiempo | 24 | 16 | → 5 | 8 |
| " 2 tiempos | 12 | 8 | — | 4 |
| Derivaciones internas | 3 | 3 | → 1 | — |
| Ileostomía permanente en operados previos | 3 | 2 | → 2 | 1 |
| TOTAL | 41 | 29 (69 %) | 8 (20 %) | 13 (31 %) |
| < 5 años: | | | | |
| Resección 1 tiempo | 10 | 4 | — | 6 |
| " 2 tiempos | 3 | 2 | — | 1 |
| Derivaciones internas | 1 | — | — | 1 |
| Ileostomía permanente en operados previos | 4 | — | — | 4 |
| TOTAL | 18 | 6 (33 %) | 0 (0 %) | 12 (67 %) |

lidad operatoria a cero y elevar el número de curaciones del 31 al 67 por 100, según nuestras estadísticas.

Los resultados en relación con las diferentes técnicas empleadas están expuestos perfectamente en el cuadro III, por lo que solamente aquí nos ocuparemos de las indicaciones quirúrgicas y complicaciones más frecuentes para cada estadio anatómico.

La fase aguda y no complicada debe ser objeto preferente de la atención médica rigurosa según el criterio de BOCKUS. Obteniéndose así a menudo una remisión de la enfermedad.

Como hemos visto más arriba, en estos casos agudos no suelen existir complicaciones, que no se pueden negar en absoluto, así como tampoco las recidivas que también se pueden presentar después del tratamiento quirúrgico. *Es frecuente la intervención de urgencia con el diagnóstico erróneo de apendicitis;* en estos casos es preferible cerrar el abdomen sin realizar la apendicectomía, que de hacerse puede pro-

vocar una fistula fecal. La resección no es aconsejable en este estadio, que según GARLOCK remite en un 90 por 100 de los casos con un buen tratamiento médico.

Cuando se llega a la fase crónica de la enfermedad y las lesiones entran en el grupo B) o C) se presentan complicaciones del proceso que requieren la intervención quirúrgica, como son:

Obstrucción intestinal.

Abscesificación intra-abdominal.

Formación de fistulas.

No suele haber peritonitis por perforación, pues ésta, de ocurrir, es muy lenta, dando tiem-

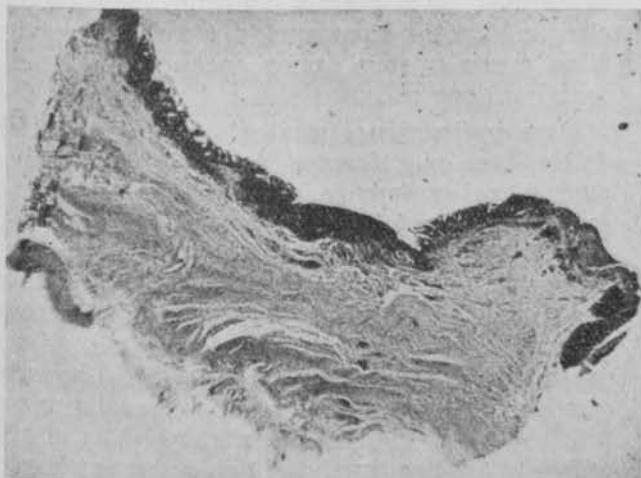


Fig. 5.
En las que se aprecian las imágenes típicas del grupo B, III. Ulceras y atrofia de la mucosa e intensa fibrosis que afecta todos los planos parietales; en la figura 6 se ve un granuloma con células gigantes también típico de este estadio.

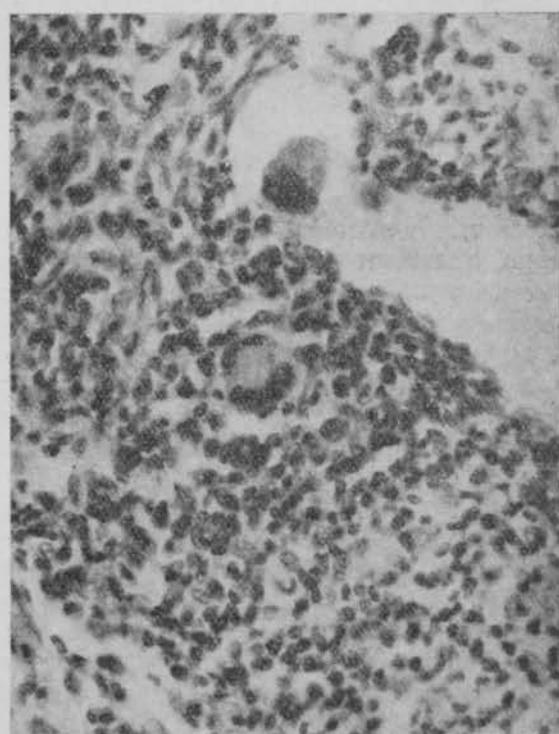


Fig. 6.

po al organismo para taparla, convirtiéndose en abscesos localizados que pueden penetrar en otras vísceras o salir al exterior a través de la pared abdominal y el espacio isquio-rectal, dando fistulas abdominales o rectales.

La *obstrucción* que resulta de la retracción cicatricial ya estudiada, o de la estrangulación o vólvulos por adherencias, es la complicación por la que con más frecuencia estos enfermos se operan. El tratamiento de elección aquí es la resección del área enferma, dejando un amplio margen de normalidad en ambos extremos del intestino resecado. Conviene hacer general-

el intestino en condiciones magníficas para que después de un buen tratamiento médico sea objeto de una resección sin peligros (resección en dos tiempos). Esta operación puede hacerse bien practicando una simple anastomosis latero-lateral, que no excluye por completo el paso de las heces por la fosa ilíaca derecha, o bien, como actualmente se aconseja, seccionando el ileon unos 30 ó 40 cm. antes del comienzo grueso de la enfermedad, anastomosando el extremo proximal termino-lateralmente al colon transverso, y cerrando el distal e invaginándolo para dejarlo libre en la cavidad abdominal. Si la obstrucción es grande no debe cerrarse este extremo, sino abocarlo a la pared abdominal, como han descrito GARLOCK y COLP, convirtiendo el intestino excluido en una fistula mucosa. Este tipo de operación parece el que ha dado mejores resultados, como demuestran las estadísticas de SALA, FERGUSON, FROBESE, GARLOCK, CATTEL, etc. (fig. 8).

Ante la presencia de fistulas externas debe obviarse en absoluto la resección de las mismas, camino que puede llegar a producir enormes fracasos, haciendo simplemente la operación de derivación antes descrita por el lado más sano y en el intestino mejor conservado.

La recidiva de la enfermedad en las anastomosis, aunque haya disminuido, como puede verse en el cuadro III, desde la introducción de los antibióticos de amplio espectro como la aureomicina y la terramicina, debe considerarse siempre como posible en estos enfermos, para lo cual debe someterse al operado a un intensivo tratamiento médico del proceso después de la intervención, manteniendo e instaurando dicho tratamiento todo el tiempo que sea necesario.

Una vez que el proceso haya remitido clínicamente después de una operación de exclusión interna, puede pensarse en una resección del intestino afecto, que muchas veces en esta segunda operación puede parecer asombrosamente normal. Bajo ningún concepto debe fiarse el cirujano de las apariencias y volver las cosas a su curso normal, pues entonces la recidiva será casi segura.

Otra indicación operatoria es la intratabilidad médica en enfermos jóvenes, sobre todo que cursan malignamente, a pesar de no tener ninguna de las complicaciones antes descritas, pero que, a causa del continuo dolor, la anemia y malnutrición, se convierten en inválidos. En estos casos la operación ideal es la amplia resección de la zona afecta, con lo que se mejoran extraordinariamente. Teniendo bien presente que la recidiva ocurre en estos casos en un amplio tanto por ciento. La extracción del órgano enfermo mejora mucho el estado general; pero, sin embargo, cada vez se plantea más la duda entre ésta o la práctica de una operación de exclusión, que como se desprende de nuestras estadísticas y de las de los autores que han lle-

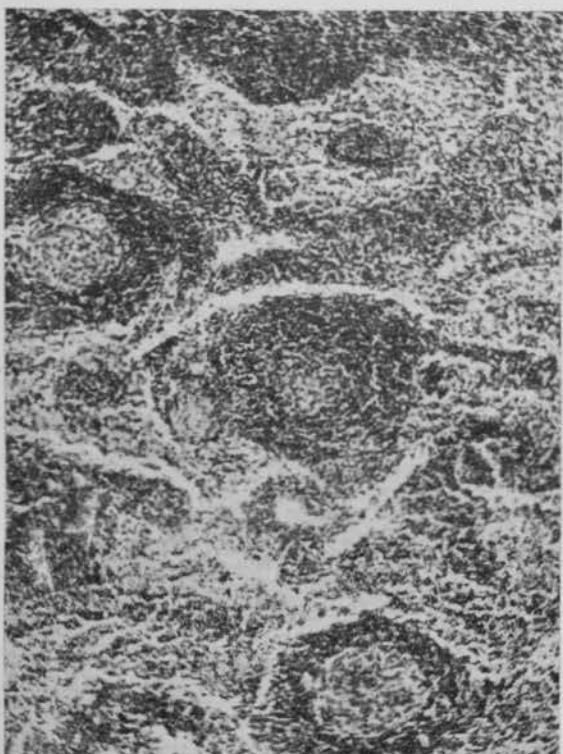


Fig. 7.—Ganglio linfático de un grupo II.

mente una hemicolectomía derecha al mismo tiempo, anastomosando el ileon al colon transverso termino-lateral o latero-lateralmente. Cuando la obstrucción reside en áreas pequeñas aisladas, "Skip areas", separadas por tramos normales de la lesión fundamental, se pueden hacer dos cosas: resección del área si es única, o anastomosis latero-laterales de derivación si son múltiples, por considerarse actualmente de mal pronóstico las amplias resecciones del yeyuno e ileon que hasta ahora se venían practicando. La recidiva en estos casos es siempre fatal, obligando a practicar una ileostomía o yeyunostomía terminales, operación que repugna siempre, pues es la demostración de un fracaso quirúrgico. Cuando la masa, conglomerados de asas, unidas entre sí y a la pared de la fosa ilíaca derecha por abscesos y fistulas se comprueben como irresecables, se debe practicar una derivación ileotransversa, que en muchos casos resuelve el problema y en otros deja

vado a cabo un concienzudo estudio del postoperatorio de sus operados durante varios años, permite una vida más prolongada y con menos molestias.

Por último, nos queda hablar de la ileostomía, intervención que ha habido que practicar por dos razones:

1.^a Por no existir ya suficiente intestino grueso para hacer una derivación interna (en resecados sucesivos).

2.^a Porque la gravedad del enfermo ponga en duda la viabilidad de la anastomosis.

terioridad de las operaciones de exclusión sobre la resección, en uno o dos tiempos, en el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad.

3.^o Se debe tener mucho cuidado al publicar estadísticas referentes al tratamiento de esta enfermedad, que bien puede llamarse maligna en un gran tanto por ciento, pues resultados postoperatorios inmediatos no acompañados de un seguimiento de los enfermos por un largo espacio de tiempo puede llevar consigo la creación de un criterio confuso y erróneo en la mente de clínicos y cirujanos sobre

CUADRO DEMOSTRATIVO DE LOS PROCEDERES QUIRURGICOS EN LA EN- FERMEDAD DE CROHN.

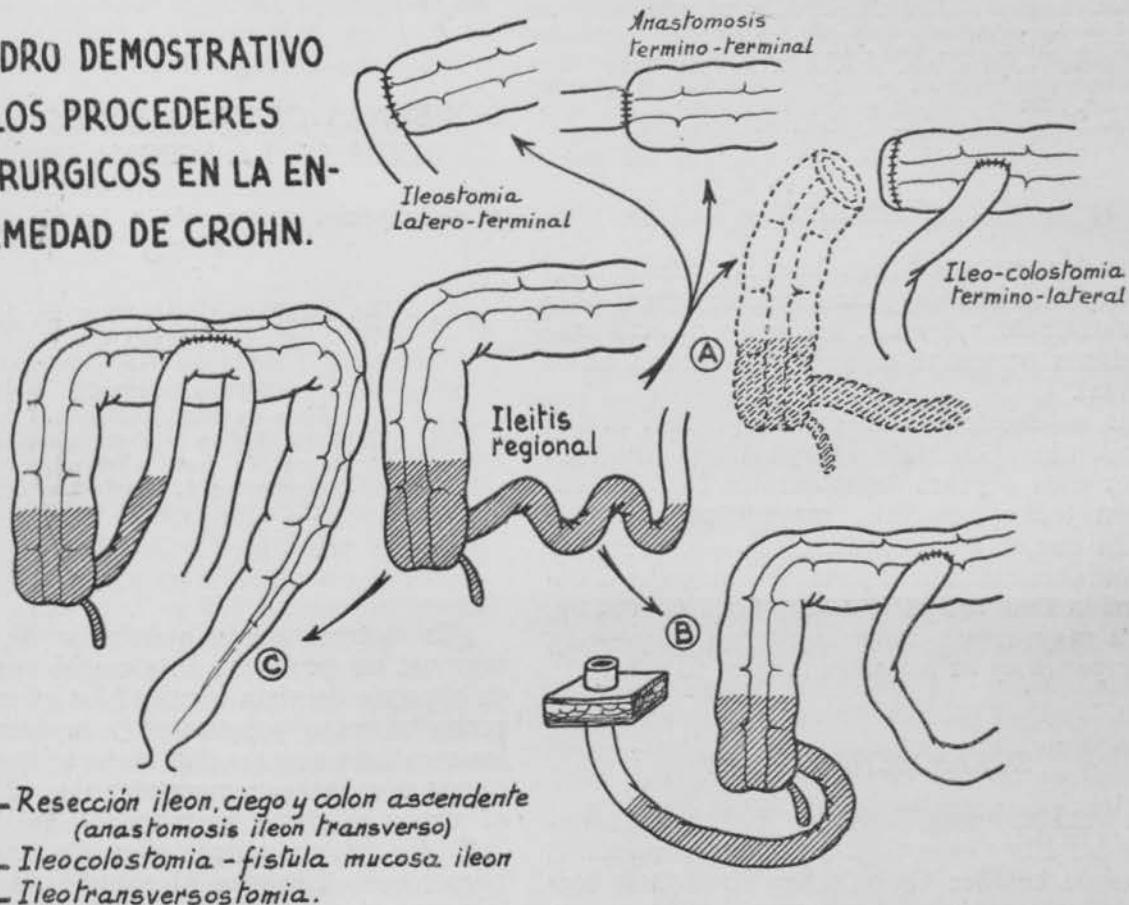


Fig. 8.

En cualquier caso, estos pobres enfermos se convierten en auténticos inválidos, siendo el terror de médicos, enfermeras y familiares. La supervivencia de una ileostomía alta, aun en la clínica más perfeccionada, no es mayor de seis meses.

CONCLUSIONES.

1.^o Creemos haber demostrado la correlación existente entre la histología y la anatomía macroscópica en la enfermedad de Crohn. Ambos estudios reunidos sirven para establecer un pronóstico de supervivencia.

2.^o De la experiencia obtenida en la revisión de los 59 casos que publicamos operados en el Graduate Hospital de Philadelphia, y seguidos por más de cinco años, demuestra la su-

la superioridad de unas técnicas u otras. De la revisión que hemos hecho de la literatura internacional que a continuación exponemos, muy pocos datos de valor hemos podido obtener, por caer la mayoría de las publicaciones en este fallo fundamental antes mencionado.

BIBLIOGRAFIA

1. ARMITAGE.—Brit. J. Surg., 38, 182, 1950.
2. BROHÉE.—Acta Gastroent., 13, 1, 91, 1950.
3. BONORINO UDAONDO.—Bol. Aced. Noe. Médica, 229, 4. Buenos Aires, 1947.
4. BROHÉE.—Lille Chir., 4, 66, 1949.
5. BOEKUS-BOOK.—Am. J. Surg., 46, 74, 1939.
6. CRISMER.—Acta Gastroent., 13, 1.135, 1950.
7. CROONMER.—Acta Gastroent., 13, 127, 1950.
8. COLP.—Surg. Clin. North Am., 27, 333, 1947.
9. CROHN.—Journ. Am. Med. Ass., 106, 1, 1936 y 99, 1.329, 1932.
10. CADY.—Chicago, 104.
11. COZZA.—Boll. Men. Soc. Piemonte Clin., 19, 234, 1949.
12. COFFEY.—Boll. Mayo Clin., 13, 541, 1938.

13. CHESS.—Surg. Gyn. a. Obst., 91, 343, 1950.
14. CHRISTOPHER.—Acta Gastroent., 13, 1.111, 1950.
15. FROELICH.—Acta Gastroent., 13, 1.130, 1950.
16. FROBESER.—Surg. Clin. N. Am., 31, 6, 1951.
17. FALLA.—Gastroenterology, 17, 375, 1951.
18. GOLDSTEIN.—Schweiz. Med. Wschr., 80, 1.035, 1950.
19. HOON.—Surg. Gyn. a. Obst., 91, 417, 1950.
20. HUMPHREY.—Proc. Mayo Clin., 13, 539, 1938.
21. HARTMAN.—Acta Gastroent., 1, 171, 1950.
22. HAWTMURNE.—Am. Surg., 103, 233, 1949.
23. HADFIELD.—Lancet, 2, 713, 1950.
24. KIEFER.—Journ. Am. Med. Ass., 144, 903, 1950. Gastroenterology, 14, 118, 1950.
25. KIRSNER.—Med. Clin. North Am., 35, 227, 1951.
26. KUHLMANN.—Med. Monatsh., 3, 887, 949.
27. EDITORIAL.—Lancet, 1, 272, 1950.
28. MACHIELLA.—Am. J. Med. Sci., 221, 501, 1951.
29. NUKE.—Surg. Clin. North Am., 30, 557, 1950.
30. POPE.—Arch. Surg., 43, 551, 1941.
31. POPP-BARGEN.—Proc. Staff Med. Mayo Clin., 25, 1, 1950.
32. REICHERT.—Am. J. Surg., 104, 601, 1936.
33. RYAN.—Am. J. Digest., 18, 130, 1951.
34. SALA-FERGUSON.—J. Phil. Gastroenterol., 2, 25, 1950.
35. SCOVILLE.—Acta Chir. Belg., 48, 421, 1949.
36. SUETS.—Acta Chir. Belg., 49, 23, 1950.
37. THORECK.—Journ. Am. Med. Ass., 145, 140, 1951.
38. WEINBERGER-HARRIAS.—New Orleans Med. S. J., 102, 340, 1950.
39. ZOLLER.—New York St. J. Med., 50, 1.003, 1950.

SUMMARY

It is demonstrated that there is a relationship between the histology and macroscopical anatomy of Crohn's disease. The union of both examinations serves to establish prognosis as to survival.

Our experience of 59 cases operated in the Philadelphia Graduate Hospital and followed up for over 5 years demonstrates that the exclusion techniques take precedence of resection in one or two stages.

Available statistical data are in general deficient in that the patients are not followed up, which may create some confusion concerning the superiority of some techniques to others.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird bewiesen, dass eine Korrelation zwischen der Histologie und der makroskopischen Anatomie bei der Crohn'schen Krankheit besteht. Beide Studien zusammen dienen zur Aufstellung einer Prognose für das Überleben.

Unsere Erfahrung mit 59 operierten im Graduate-Hospital von Philadelphia, die über weitere 5 Jahre hinaus kontrolliert wurden, beweist die Superiorität der Methoden der Exklusion im Verhältnis zu denen der Resektion in einer oder zwei Sitzungen.

Im Allgemeinen haben die statistischen Aufstellungen den Defekt, dass eine entsprechende Nachkontrolle fehlt, sodass eine Verwirrung bezüglich des Überlebens bei den verschiedenen Methoden entsteht.

RÉSUMÉ

Démonstration de l'existence d'un rapport entre l'histologie et l'anatomie macroscopique de la maladie de Crohn. Les deux études réunies servent pour établir un pronostic de survie.

Notre expérience sur 59 cas opérés dans le Graduate Hospital de Philadelphie, et suivis pendant plus de 5 ans, prouve la supériorité des techniques d'exclusion sur la résection en un ou deux temps.

Les statistiques souffrent généralement du défaut de ne pas suivre dans le temps le cours des malades, ce qui peut donner lieu à des confusions sur la supériorité d'une ou d'autre technique.

MODERNAS ORIENTACIONES EN LA CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL

(Con especial referencia a la plastia cutánea total.)

C. PERA BLANCO-MORALES y P. M. GOTI ITURRIAGA.

Médicos Internos,
Casa de Salud Valdecilla,
Instituto Médico de Postgraduados.
Sección de Aparato Digestivo.
Jefe: Doctor A. GARCÍA-BARÓN.

I

¿Es el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal un problema totalmente resuelto desde el punto de vista técnico? La abundancia de procedimientos propuestos y la frecuencia de las recidivas son los dos factores que especialmente nos hacen comprender que el problema, al menos en parte, permanece como tal.

En los últimos quince años el número de publicaciones dedicadas al estudio de la hernia inguinal en sus aspectos anatomo-fisiológico y reparativo ha sido grande. Resulta difícil la justa valoración de todas estas contribuciones sin dejarse arrastrar de criterios o simples hábitos personales. Parece conveniente un alto en el camino que nos proporcione el respiro necesario para juzgar nuestros métodos anteriores y tratar de mejorarlos para el futuro.

En la elección de la técnica operatoria para el tratamiento de la hernia inguinal influye sobremodo el primer maestro al que se acerca el joven cirujano. Ello se debe, como es bien sabido, al hecho de ser la herniorrafia, casi siempre, la primera operación seria del que se inicia. Desde entonces repetirá, una y otra vez, el método aprendido, al que le será difícil abandonar. Esta repetición será efectiva en cuanto que conseguirá para el cirujano mayor precisión en un procedimiento determinado, pero será peligrosa en cuanto conduce a un error muy importante: la consideración de todas las hernias