

SUMMARY

On the basis of the works of Musgrove, Pemberton and assoc. in which attention is paid to the occurrence of hyperamylasaemia in the acute phase of gastroduodenal perforations, the writers carried out pre- and postoperative measurements of amylasaemia in a series of 8 cases in which perforation occurred. They confirmed Musgrove's findings and even found higher values than he. They hold the view that, in spite of all this, diagnostic problems due to hyperamylasaemia occurring in perforation will rarely appear.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Autoren untersuchten in der prae- und postoperativen Phase bei 8 Fällen mit gastroduodenalen Perforationen die Amylase im Blute; sie stützten sich dabei auf die Arbeiten von Musgrove und Pemberton und Mitarbeiter, in denen darauf aufmerksam gemacht wird, dass in der akuten Phase der Magen- und Darmperforationen eine Hyperamylasaemie besteht. Die Verfasser bestätigen die Befunde von Musgrove und erzielten sogar noch höhere Zahlen. Aber trotzdem ist man der Ansicht, dass die Zunahme der Amylase im Blute bei den Perforierten selten ein Problem bei der Diagnosestellung werden wird.

RÉSUMÉ

Basés sur les travaux de Musgrove et Pemberton et col. dans lesquels on attire l'attention sur l'existence d'hyperamylasémie dans la phase aiguë des perforations gastroduodénales, les auteurs réalisent la détermination pré et post-opératoire de l'amylasémie dans une série de 8 perforés.

Ils confirment les résultats de Musgrove, même avec des chiffres plus hauts. Ils exposent leur opinion de que, malgré tout, ce n'est que très rarement que des problèmes diagnostiques se posent à cause de ces hyperamylasémies des perforés.

ILEOS POR CANCER DE COLON

J. VERDEJO VIVAS.

Ex Médico Interno (Almería).

Casa Salud Valdecilla, Servicio de Aparato Digestivo.
Jefe: Doctor GARCÍA BARÓN.

I. GENERALIDADES Y FRECUENCIA.

Damos comienzo con el presente artículo a una serie de ellos, en los que trataremos de exponer el tema anunciado, que estudiamos dete-

nidamente durante nuestro período de internado en la Casa Salud Valdecilla, aprovechando el material del Servicio de Digestivo de la misma y el privado de nuestro querido maestro el doctor GARCÍA BARÓN, que sirvió de base para nuestras comunicaciones al VI Congreso Nacional de Patología Digestiva y de la Nutrición y para nuestra tesis doctoral.

Si se revisa, aunque sólo sea someramente, la bibliografía sobre la obstrucción intestinal, pronto se observa la gran desproporción existente entre la que se dedica a la localización en el intestino delgado y la que radica en el intestino grueso. ¿Hay razones que justifiquen tal disparidad? Difícil es contestar tal pregunta, pues son múltiples los aspectos de la cuestión y los puntos de vista desde los que ésta se puede enjuiciar. Nosotros no vamos a intentar siquiera la respuesta, nos limitaremos a exponer en el transcurso de nuestro estudio una serie de hechos, correspondientes a la obstrucción más frecuente según todos los autores (ya veremos cuáles son nuestras cifras sobre el particular), de las que recaen en el intestino grueso, y veremos cómo de su consideración se desprende que también la obstrucción del colon es acreedora de estudio y consideración por su frecuencia, por su patogenia y, lo que es más importante, por su diagnóstico y terapéutica, ya que no en vano figura en casi todas las estadísticas como la de mortalidad más alta.

El cáncer del intestino grueso ocupa el segundo lugar en orden de frecuencia de todos los cánceres de aparato digestivo, y así vemos que, según datos procedentes de Estados Unidos, mueren en este país por cáncer de esta localización anualmente unas 27.000 personas. Si estudiamos datos procedentes del campo quirúrgico, o del material de autopsias, como lo hicieron, entre otros, NOPHNAGEL, AZERMAN, MUCHLER, MADDYL, etc., cuyas cifras omitimos en honor a la brevedad, se comprueba asimismo su gran frecuencia.

Según los datos de los archivos de la Casa Salud Valdecilla, desde su fundación hasta el 30 de septiembre de 1948, entre más de 150.000 enfermos vistos en sus dieciocho años de actividad, han sido diagnosticados 102 casos de cáncer de colon con exclusión del recto, cifras que se aproximan bastante a las que sobre la misma base de años de actividad de un hospital nos da CHEEVER, diciéndonos que en diecisiete años de funcionamiento del Peter Bent Brigham Hospital, de Boston, fueron operados 154 pacientes de cáncer de colon. Es mayor la desproporción con las cifras de VYNALEK, LESLIE SAYLON y SCHREEK, procedentes del Veterans Administration Hospital Hines Illinois, pues en catorce años, entre 1931-1945, tienen 131.279 admisiones y de ellas 446 son cánceres de colon, excluyendo el rectosigmoide; pero si pensamos en las características especiales de su material, encontramos mayor justificación a

la disparidad señalada. En cuanto a cifras procedentes de clínicas europeas, citamos a título de ejemplo las de FINSTERER, que nos da un total de 182 casos en los años comprendidos entre 1936 y 1942. El cáncer de colon es, pues, un proceso relativamente frecuente y, en consecuencia, también sus complicaciones.

En el presente trabajo nos ocupamos de una de ellas, la obstrucción; pero antes de entrar de lleno en el estudio de la misma séanos permitidas unas palabras preliminares sobre la totalidad de los casos de cáncer de colon observados hasta la fecha señalada en el Servicio de Digestivo de la Casa Salud Valdecilla. Su distribución, según las distintas localizaciones, podemos verla en el cuadro I.

CUADRO I

Localización	Número de casos	Porcentaje	Número de casos	Porcentaje
Región ileocecal..	7	6,8	—	—
Colon ascendente.	2	1,9	13	12,8
Angulo hepático.	4	3,9	—	—
Colon transverso.	18	17,6	18	17,6
Angulo esplénico.	5	4,9	—	—
Colon descendente.....	6	5,8	—	—
Sigmoide.....	38	36,2	69	67,7
Límite rectosigmoideo.....	20	19,6	—	—
No precisado.....	2	1,9	—	1,9
TOTAL.....	102			

De este total se excluyen en nuestro estudio dos casos: uno, por haber acudido después de acabarle, y otro, por haber sido operado de íleo fuera del Servicio y faltar, por tanto, todos los datos de exploración. Como se verá, hay un claro predominio de los de hemicolon izquierdo, y dentro de éstos de los de sílfaca y rectosigmoide, pues ellos solos hacen el 55,8 por 100 del total. Esto, por otra parte, es lo que ocurre con la mayor frecuencia, como puede comprobarse en el cuadro II, en el que resumimos algunas de las cifras de la literatura. En él hemos agrupado en tres grandes apartados las distintas localizaciones con objeto de hacer posible el parangón, ya que los diversos criterios seguidos por cada autor en sus clasificaciones hace imposible compararles en cada localización precisa.

Como puede verse, excepto en el caso de RAI-FORD, en que la localización en hemicolon derecho es la más frecuente, en todas las estadísticas ocurre como en la nuestra, un predominio de localizaciones en el lado izquierdo, siendo a este propósito nuestras cifras intermedias con ligero desplazamiento hacia las de mayor frecuencia de esta localización. Es digno de consignarse que en el 67,7 por 100, correspondiente al lado izquierdo, el 55,7 por 100 se localizan en el sigmoide o rectosigmoide, que son

CUADRO II

AUTOR	Número de casos	Hemi-colon derecho	Colon transverso	Hemi-colon izquierdo
JUDD.....	625	26	20	54
LOCKART MUM-MERY.....	560	23	22	55
ERDMAN.....	119	16	15	69
GRAHAM.....	86	38	14	48
LAHEY.....	73	26	20	55
WILKIE.....	101	20	17	64
ROSSER.....	100	32	19	49
MAYO SIMPSON...	—	37,6	11	51,3
SALTZSTEIN y SANDWEIS.....	151	20,5	9,03	67,5
Hospital Ann Arbor.....	36	13,9	16,6	77,7
COLLER, KAY y MAC INTYRE...	46	23,9	19,5	56,5
LARSON y NOR-LLAND.....	136	30,1	5,8	63,9
RAIFORD.....	192	44,5	5,7	43,1
NAFFZIGER y BELL.	76	35,3	5,2	59,2
COLLER.....	173	34,6	12,1	53,1
VINALECK.....	446	40,8	12,3	47,7
THEODARIU.....	128	31	13,2	55,8
SCHMIEDEN.....	72	36,1	9,7	54,2
SÁNCHEZ CÓZAR..	30	30	23	46,6
Casa Salud Valdecilla.....	102	12,7	17,6	67,7

los puntos de mayor frecuencia encontrados por nosotros. Por el contrario, en el hemicolon derecho nuestras cifras están en el grupo de las de menos frecuencia, y no queremos dejar de llamar la atención sobre ello porque ha de sernos necesario cuando nos ocupemos de la frecuencia de la obstrucción. La localización en el colon transversal figura entre las cifras medias y no hemos de detenernos más en ella, pues no podemos hacer el estudio del cáncer de colon en sus diversos aspectos: ello rebasaría nuestras posibilidades y los límites de este trabajo. Veamos, por tanto, si la obstrucción es una complicación frecuente.

Si buscamos entre las publicaciones sobre cáncer de colon, veremos que en la mayoría de ellas se le cita sólo de pasada, y en algunas ni aun eso, a pesar de que casi todos los autores coinciden en que es la complicación más frecuente e importante. No por esto faltan datos sobre el particular, y algunos como WILKIE llegan a decir es un síntoma precoz, si bien hace la salvedad de que tal precocidad no lo es en cuanto a la evolución del tumor, sino porque muchos de ellos pasan inadvertidos hasta que la producen, y COLT BLOODGOOD piensa que, aunque no es precoz, puede llegar a tener efectos beneficiosos para el paciente, pues contribuye al diagnóstico y su posible tratamiento. De la misma opinión es HINTZE, aunque hace resaltar su gran mortalidad, y CHEEVER llega a decir que la obstrucción puede considerarse como una complicación favorable. Sin llevar las cosas a tales extremos, estas afirmaciones dan idea de que muchos autores consideran a la

obstrucción como uno de los primeros síntomas en gran número de casos.

La proporción en que se presenta es muy variable, según los diversos autores, y en el cuadro III resumimos la dada por algunos de los que hemos podido consultar a este respecto.

CUADRO III

A U T O R	Porcentaje — Por 100
LARSON y NORLLAND	81
PETREN y SWEDEN	42
BRONWN	25,7
BERK	40
BURGESS	35,6
SVEN JOHNSSON	17
GRAFF	38
SALTZSTEIN y SANDEWEIS	40-75
GUTIÉRREZ y LABANDILLAS	41
BRINDLEY	20,6
RANKIN	5
GREGG y DIXON	5,5
GRAHAM	18
REA SMITH y SCHWYZER	12,5
COLLER	19
STONE y HAVEY	4,2
HAUPTLI	57
Casa Salud Valdecilla	72,5

Párrafo aparte merecen las cifras de HORVEY JOHNSTON, pues se refieren a cánceres de niños y adolescentes, llamando la atención sobre que mientras en los adultos la proporción encontrada oscila entre el 16 y el 35 por 100 como cifras medias, en los niños, aunque es mucho más difícil el precisarlo por los casos publicados, se ve que en ellos llega a presentarse hasta en el 70 por 100, debiendo achacarse a un diagnóstico tardío dada la menor frecuencia del proceso en estas edades.

De los enfermos que componen nuestro material, presentaron obstrucción en alguno de sus grados 74, o sea el 72,5 por 100, de los cuales 37 fueron de obstrucción aguda, o el 36,2 por 100; 13, subaguda, o el 12,7 por 100, y 24, crónica, o el 23,5 por 100. Desde ahora, por lo tanto, limitaremos nuestro estudio a los 74 casos citados.

La mayoría de los autores no especifican qué tipo de obstrucción fué el observado, si bien en casi todos se sobreentiende que refieren sus cifras al íleo agudo, lo cual explica, en parte, la diferencia con nuestras cifras, que a pesar de todo siguen estando entre las de mayor frecuencia, pues si unimos las de obstrucción aguda y subaguda entre las que sólo hay diferencias de grado, resulta un total del 48,9 por 100, cifra sólo rebasada por las de LARSON y NORLLAN, cuyas características no precisan, y la dada para los niños por JOHNSTON, sobre las que ya hemos llamado la atención, y se acercan más a las europeas de GRAFF, HAUPLI, SALTZSTEIN, etc.

Siendo la obstrucción una complicación tardía, fácilmente se explicarían tales diferencias por la falta de un diagnóstico precoz; pero en ésta, como en todas las enfermedades que requieren del mismo, el problema es más complejo que la simple búsqueda en un centro especializado, ya que hacen falta además la colaboración del médico de cabecera y la que es más importante (pues a aquél se le inculpa muchas veces injustamente), del propio enfermo. Más adelante veremos cuáles eran los antecedentes, y cuáles los motivos, por los que consultaron nuestros enfermos obstruidos. Consideramos, pues, como factor del mayor interés, la ignorancia de los pacientes y su resistencia a ser explorados, a pesar de trabajar sobre un material tanto de clientela privada como de beneficencia, y en una de las zonas de mayor desarrollo quirúrgico y en general de las más adelantadas de España. A este propósito diremos que la frecuencia encontrada por HAUPTLY, que trabaja en un país que no podemos tachar de poco culto como es Suiza, tampoco es menor y no hay razones para pensar que haya otros motivos anatomopatológicos o clínicos para que así ocurra.

Las cifras globales estudiadas llevarían a juicios erróneos si no aclarásemos que no en todas sus localizaciones el cáncer produce obstrucción con la misma frecuencia. Es unánimemente reconocido que en el hemicolon derecho es rara y, por el contrario, frecuente en el lado izquierdo. Veamos cuáles son los datos sobre este extremo facilitados por algunos de los autores ya citados:

BERK estima que de la totalidad de los obstruidos el 85-90 por 100 recaen en la mitad izquierda, y en los de la flexura esplénica con doble frecuencia que en los de la hepática. BURGESS da una proporción de 6 a 1 a favor del lado izquierdo, o lo que es lo mismo, el 87 por 100 y el 13 por 100, respectivamente. HAGGARD, cree es seis y medio veces más frecuente en este lado. HOXWORTH y MITHOEFER, entre sus 24 casos de cáncer de hemicolon derecho, sólo encuentran tres de obstrucción, y, por el contrario, entre 63 del lado izquierdo, 29 la presentaron, es decir, casi la mitad. BRINDLEY da una proporción de 7-8 sobre 10 para el lado izquierdo, pero no faltan autores que estimen mayor su frecuencia en el lado derecho, y así, RANSON cita haberla encontrado en el 11 por 100 de los casos entre 91 de esta localización estudiados por él, y GOSSET (tras llamar la atención sobre que su frecuencia es mucho mayor de la comúnmente admitida) cita a MILLER que en el material del John Hopkin Hospital sobre 50 casos encuentra 24 con signos claros de obstrucción, y él por su parte aporta otros 50 en los que tuvo cinco oclusiones agudas y 13 suboclusiones, o sea 36 por 100. Por nuestra parte, encontramos en el lado derecho, incluyendo la válvula ileocecal, nueve casos, lo que supone el 8,8

por 100 sobre el total; en el transverso, 10, o sea el 9,8 por 100, y en lado izquierdo, 55, o sea el 53,9 por 100. Es decir, que en nuestras cifras hay una proporción muy marcada a favor de los de localización izquierda.

Las razones para que así ocurra son varias; ya embriológicamente hay diferencia de procedencia entre el hemicolon derecho y el izquierdo, pues mientras el primero lo hace del intestino medio, el segundo procede del intestino inferior y ello condiciona su fisiología y patología, y así, el derecho, tiene una función de absorción, mientras que el izquierdo es fundamentalmente órgano de almacenamiento y paso. Resumiendo, las causas que motivan estas diferencias las principales son: El distinto calibre, sobre el que han insistido RAIFORD y MAYO, ya que es mucho menor en el hemicolon izquierdo. El distinto tipo anatomopatológico del tumor, pues son mucho más frecuentes en el lado dere-

cho los fungosos en coliflor que los de tipo escirroso con tendencia estenosante, que recaen de preferencia en la mitad distal. La consistencia de las heces, que líquidas en el primero, se van haciendo cada vez más densas y hasta duras, llegando a formar escíbalos en el lado izquierdo como consecuencia de las actividades fisiológicas antes citadas. Siendo en la mayoría de los casos el íleo por cáncer un íleo por obturación, se comprende fácilmente que al darse por razones fisiológicas y patológicas un menor calibre en el intestino conductor, y una mayor solidez en el material conducido, la obstrucción sea más fácil en el lado izquierdo.

Si analizamos ahora cuál ha sido la frecuencia de la obstrucción según las distintas localizaciones, y comparamos nuestras cifras con las de los autores que han publicado este detalle, tendremos el resumen que podemos ver en el cuadro IV.

CUADRO IV

LOCALIZACION	SALTZSTEIN y SANDWISS		GREGG y DIXON		C. S. V.	
	Número de casos	Por 100	Número de casos	Por 100	Número de casos	Por 100
Ciego y válvula	19	2,5	242	0,8	7	14,2
Ascendente	—	—	232	0,9	2	50
Angulo hepático	11	60	114	7	4	—
Colon transversal	19	68,4	117	5,6	17	11,7
Angulo esplénico	9	71,7	101	24,8	5	20
Colon descendente	12	41,6	201	10	6	66,6
Sigmoide	43	60,8	823	7,4	37	37,8
Rectosigmoide	30	41,6	778	2,4	20	70

Parecidas son las cifras de HINTZE, en las que no pudimos calcular el tanto por ciento por no dar el número de cánceres de cada localización, pues son como sigue: íleocecal, 8; ascendente, 1; ángulo hepático, 3; transversal, 4; ángulo esplénico, 3; colon descendente, 1, y sigmoide, 30.

No encontramos justificación a las grandes diferencias entre nuestras cifras (hemos calculado solamente los casos de obstrucción aguda) y las de SALTZSTEIN, de una parte, y las de GREGG, por otra, puesto que en las últimas no sólo la proporción de obstrucciones es mucho menor, sino que además difieren fundamentalmente en su distribución, y pensamos sea la diferencia de criterio seguido quien lo condicione. En cuanto a las nuestras con las de SALTZSTEIN, varían en las del ciego y válvula íleocecal por la distinta forma de agrupar los casos. Nosotros lo hacemos así por la dificultad de precisar cuál fué el punto de origen y cuál la zona invadida. Sirva esta aclaración para todos los apartados.

Los síntomas más frecuentes entre los casos que no presentaron obstrucción pueden verse en el cuadro V.

CUADRO V

SÍNTOMAS	Número de casos	Porcentaje
Hemorragia	3	11,5
Diarrea	11	42,3
Estreñimiento	2	7,6
Dolores de diversos tipos y localización	5	19,2
Absceso de pared	1	3,8
Pérdida de peso y fuerzas	2	7,6
Asintomático	1	3,8
Faltan datos	1	3,8
TOTAL	26	

Hay, pues, una gran diferencia entre la obstrucción, 74 casos, y el que inmediatamente le sigue, la diarrea, con 11, siendo, por tanto, casi siete veces más frecuente, y esta desproporción es aún mucho mayor con los restantes síntomas.

LA OBSTRUCCIÓN POR CÁNCER Y LA OBSTRUCCIÓN EN GENERAL.

Pasemos a ocuparnos a continuación de en qué proporción se encuentra la obstrucción por

cáncer de colon entre todos los cuadros de íleo, y para ello repasemos algunas de las cifras de la literatura que reproducimos en el cuadro VI.

CUADRO VI

A U T O R	Número de casos	Casos por cáncer	Por 100
BAUMGARTNER	1,107	105	9,4
GRAHAM	104	19	18,2
COLE (promedio liter.)...	—	—	13
ELIASON y WELTY	298	59	20
SELLINGERBRILL	83	13	15,6
AMENDOLA	200	3	1,5
MILLER	343	16	4,9
HOLDEN	117	22	18,7
STALKER	136	4	2,8
ERENTSHLER	100	13	13
MCIVER	335	32	9,5
MEYER y SPIVACK	285	26	9,1
MOSS y FTRIDGE	511	13	2,5
KOSLIN	185	10	5,4
VIDGOFF	266	22	8,2
CORNELL	235	16	6,8
EVASTON HOSPITAL	127	32	25,9
JOHNS HOPKINS HOSPI- TAL	217	26	11,5
NEW YORK HOSPITAL...	218	16	7,3
TODYO	342	6	1,7
ANSCHÜTZ	441	64	14,5
SUXCWSKI	121	8	6,6
PAYR	362	77	21,2
DOR	18	8	44,4
HINTZE	304	50	16,4
RAVENS	439	64	14,7
GUPLAT	190	41	21,5

En él puede verse cómo oscila dentro de límites muy amplios como son el 1,5 por 100 de AMENDOLA y el 1,7 por 100 de TODYO como mínimo, y el 44 por 100 de DOR como máximo, si bien hay que tener en cuenta la diversidad de criterios de los distintos autores, pues mientras unos consideran sólo íleos mecánicos, otros incluyen también los dinámicos, y entre los que incluyen nada más que los primeros tenemos

que los americanos consideran como tales las hernias estranguladas que no suelen figurar en las estadísticas europeas.

Con todo, el porcentaje medio de los autores citados es el de un 12,6 por 100, cifra bastante significativa que demuestra que no es un tipo de obstrucción tan raro como podía pensarse, y esto en cuanto a la forma aguda, pues entre la crónica tenemos que no es menos la disparidad, como la demuestran las cifras extremas que hemos encontrado, que son las de SELLING BRILL, que en 21 casos tiene ocho de cáncer, o sea el 38 por 100, y las de SMITH y VAN BEUREN, que de 17 casos sólo uno es por cáncer, es decir, el 5,8 por 100.

No en todos los países se le encuentra con la misma frecuencia, y a este propósito reproducimos los datos de BRAUM en su estudio sobre la distribución geográfica de la obstrucción intestinal.

Para él, la frecuencia sería como puede verse a continuación:

	Por 100
Estados Unidos	7
Rusia	8
Inglaterra	23
Alemania	16
Polonia	5
Lituania	8
Japón	2
Italia	36
Yugoslavia	7

Sobre este punto no hemos encontrado bibliografía española, y si nos atenemos a lo ocurrido en nuestro Servicio y utilizando a este fin los datos de las tesis doctorales de nuestros compañeros de internado, a los que hemos sumado los casos de cada variedad presentados después de su revisión, tenemos las cifras que pueden verse en el cuadro VII.

CUADRO VII

A U T O R	TIPO DE ILEO	Número de casos	Nuevos	Total
ALMAGRO	Ascaridiasis	90	39	129
SOLANO	Invaginaciones	61	7	68
MURADO	Ileos postoperatorios	70	6	76
FERNÁNDEZ CALVO	Vólvulos	74	2	76
TOTALES.....		295	54	349

Luego la frecuencia relativa entre los casos de obstrucción mecánica es, en nuestro material, del 14,3 por 100, considerando sólo las formas agudas y subagudas.

En lo que están todos los autores de acuerdo es en señalar la extrema frecuencia del íleo

por cáncer si se considera en grupo aislado los íleos del intestino grueso, y así GRAHAM, entre 24 de esta localización tiene 19, o sea el 79 por 100 causados por cáncer. Para BABCOCK, se presentarían en el 80 por 100, y según WANGES-TEEN y HAGGARD, en el 90 por 100. RANKIN pre-

cisa más y dice que una vez hecho el diagnóstico de íleo del intestino grueso en el 90 por 100 de los casos se puede afirmar que es de colon izquierdo y producido por cáncer, sobre todo entre personas de edad. MONDOR cita a RECLUS y está de acuerdo con él en que la frecuencia es de un 70 por 100; MARTÍN LAGOS, por su parte, establece que el 80 por 100 de las obstruc-

ciones simples del colon son por cáncer en individuos de más de cuarenta años.

Nuestras cifras difieren fundamentalmente de todas las anteriormente citadas. En nuestro Servicio han sido vistos desde el comienzo de su funcionamiento 157 casos de íleo de intestino grueso cuya distribución, según las distintas etiologías, puede verse en el cuadro VIII.

CUADRO VIII

ETIOLOGIA		Número de casos	Total	Porcentaje
Vólvulo	{ Sigma	29	46	29,2
	{ Ciego	15		
	{ Transverso	2		
Invaginaciones	{ Ileocecales	9	52	33,1
	{ Cecocólicas	35		
	{ Cólicas	8		
Cáncer	{ Hemicolon derecho	3	50	31,8
	{ Transverso	3		
	{ Hemicolon izquierdo	44		
Adherencias		3	—	1,9
Por acodamiento		1	—	0,6
Cáncer de estómago propagado		2	—	1,2
Cáncer de matriz propagado		2	—	1,2
Carcinomatosis peritoneal de origen no apreciado		1	—	0,6
TOTAL		157		

Hemos de advertir que entre las invaginaciones incluimos aquellas en que no cabe duda su localización, y así, no hemos hecho mención de las íleo-cólicas, porque comienzan en el delgado aunque secundariamente penetra la morcilla ya formada en el ciego. Por otra parte, no hemos incluido entre los casos de cáncer los crónicos, porque las restantes cifras sólo se refieren a agudos; pero si los subagudos por las razones ya expuestas en otro lugar. Como se verá, aun después de hechas estas salvedades, nuestra

proporción es totalmente distinta a la de todos los autores, pues se encuentra por debajo de las invaginaciones y sólo muy poco por encima de los vólvulos. Es cierto que en estas cifras van incluidas todas las edades, pero también lo es que entre las nuestras de invaginación no están incluidos los lactantes ni menores de dos años.

Haciendo el mismo estudio entre los enfermos que pasaban de los cuarenta años, la proporción de cada variedad fué como puede verse en el cuadro IX.

CUADRO IX

ETIOLOGIA		Número de casos	Total	Porcentaje
Vólvulo	{ Sigma	23	29	29,5
	{ Ciego	4		
	{ Transverso	2		
Invaginaciones	{ Ileocecales	1	14	14,4
	{ Cecocólicas	10		
	{ Cólicas	3		
Cáncer	{ Hemicolon derecho	2	46	47,4
	{ Transverso	3		
	{ Hemicolon izquierdo	41		
Adherencias		3	—	3
Cáncer de estómago propagado		2	—	2,1
Carcinomatosis peritoneal criptogenética		1	—	1,3

En él se ve cómo los cánceres pasan a ocupar el primer lugar, pero no con el 80-90 por 100 de la literatura, sino sólo con el 47,4 por 100. No deja de llamarnos la atención que la disminución en su proporción se hace a expensas de dos procesos que requieren una base anatómica común; tanto el vólvulo como la invaginación necesitan para producirse mesos anormalmente largos, y esto nos lleva a pensar si tales cifras las encontraremos por trabajar en una zona donde esta disposición anatómica sea muy frecuente. Como carecemos de datos de autopsia o quirúrgicos sobre tal frecuencia, no podemos hacer afirmaciones definitivas, limitándonos a exponer esta hipótesis que explicaría, aunque sólo sea en parte, la gran diferencia encontrada.

Si estudiamos las distintas etiologías en cada uno de los tres grupos de localización que hemos adoptado, tendremos el cuadro X.

CUADRO X

	Número de casos	Porcentaje
<i>Hemicolon derecho:</i>		
Vólvulo del ciego	4	23,5
Invaginaciones	11	64,7
Cáncer	2	11,7
<i>Colon transversal:</i>		
Vólvulo	2	18,1
Invaginaciones	3	27,2
Cáncer	3	27,2
Adherencias	1	9
Cáncer de estómago propagado	2	18,1
<i>Hemicolon izquierdo:</i>		
Vólvulo	23	33,3
Cáncer	41	59,3
Adherencias	2	2,8
Cáncer de matriz propagado	2	2,8
Carcinomatosis criptogénica	1	1,4

En el que se ve que en el hemicolon derecho siguen siendo las invaginaciones y los vólvulos más frecuentes que la obstrucción aguda por cáncer y con notable diferencia a favor de aquélla, 64,7 y 23,5 por 100, respectivamente, contra 11,7 por 100 de éstos. En el transversal estas cifras se aproximan y en el hemicolon izquierdo pasan a ser más frecuentes los cánceres, si bien sólo con el 59,3 por 100, siguiéndoles los vólvulos con el 33,3 por 100. Por tanto, desde cualquier punto de vista que se considere, la frecuencia de la obstrucción por cáncer entre los ileos de intestino grueso es en nuestro

material mucho menor que la señalada por la literatura.

En cuanto a las restantes causas, merece destacarse que el cáncer de estómago sólo la ha producido por propagación dos veces, a pesar del gran número de cánceres gástricos vistos anualmente en nuestro Servicio, como detalla en sus publicaciones nuestro maestro el doctor GARCÍA BARÓN. Los casos de propagación desde útero afectaron, uno, la parte baja de la Siliaca, y el otro, el límite rectosigmoideo, emplazamiento lógico, ya que en ambos la propagación fué por contigüidad. Entre los de adherencias, dos, no tienen antecedentes de operaciones anteriores, y el otro, localizado en el transversal, había el de una resección gástrica diez años antes.

RESUMEN.

El íleo es la complicación más frecuente del cáncer de colon, figurando en la casuística de la Casa Salud Valdecilla en el 72,5 por 100 de los casos, ocupando el segundo puesto dentro de los ileos mecánicos del intestino grueso. Se estudian las diversas localizaciones, se comparan los datos propios con la literatura y se hacen consideraciones sobre los mismos.

SUMMARY

Ileus is the most frequent complication of cancer. In the records kept at the Casa de Salud Valdecilla it occurs in 72,5 % of cases; it is the second most frequent cause of mechanical ileus of the large intestine. Its various situations are studied; personal data are compared with those in literature and commented upon.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Ileus ist die häufigste Komplikation des Krebses; in der Kasuistik der Krankenhauses von Valdecilla ist er in 72,5 % der Fälle vertreten, wobei er innerhalb der mechanischen Darmverschlüsse des Dickdarms an zweiter Stelle steht. Man untersuchte die verschiedenen Lokalisationen, verglich die eigenen Daten mit denen der Literatur und stellt Betrachtungen über diese Gesichtspunkte an.

RÉSUMÉ

Entre le matériel de la Casa Salud de Valdecilla, c'est l'iléum la plus fréquente complication du cancer, figurant dans le 72,5 % des cas; cette complication est la deuxième parmi les iléums mécaniques du gros intestin. On étudie les différentes localisations, on compare les études personnelles avec la littérature, et on fait des considérations à leur sujet.