1002 402

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES

SOBRE LA

OCLUSION INTESTINAL

TÉSIS

PARA

OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

IRENEO FULCO Y GIRADO

2469.

BUENOS AIRES
Imprenta de M. BIEDMA, 133 Belgrano 139
—
1883

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES

SOBRE LA

OCLUSION INTESTINAL

TÉSIS

PARA

OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

IRENEO FULCO Y GIRADO

BUENOS AIRES

Imprenta de M. BIEDMA, 133 Belgrano 139

1883

Facultad de Ciencias Médicas

Décano	Dr. D.	MANUEL PORCEL DE PERALTA
Vice Décano	« «	MANUEL ARAUZ
Tesorero	« «	MAURICIO GONZALEZ CATAN
Académicos	« «	NICANOR ALBARELLOS
	« «	MAURICIO GONZALEZ CATAN
	« «	CLETO AGUIRRE
	« «	PEDRO A. PARDO
	« «	MANUEL ARAUZ
	« «	LEOPOLDO MONTES DE OCA
	« «	MANUEL PORCEL DE PERALTA
	« «	EDUARDO WILDE
	« «	PEDRO A. MATTOS
	« «	JOSÉ T. BACA
	« «	DOMINGO PARODI
	« «	RAFAEL HERRERA VEGAS
	« «	IGNACIO PIROVANO
	« «	PEDRO MALLO
Secretario	« «	LUIS DE LA CARCOVA

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS
Anatomía descriptiva y topográfica.	Dr. D. Mauricio Gonzalez Catan
Histología y Anatomía Patológica	» » F. Tamini
Fisiología general y humana	» » J. M Astigueta
Patología general	» » José T. Baca
Materia Médica y Terapéutica	» » Pedro A. Mattos
Higiéne pública y privada	» » Guillermo Rawson
Patología esterna	» » Leopoldo Montes de Oca
Patología interna	» » Manuel Arauz
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	» » Cleto Aguirre
Clínica Médica	» » Manuel P. de Pralta
Medicina legal y Toxicología.	» » Eduardo Wilde
Obstetricia y Clínica respectiva	» » Pedro A. Pardo
Medicina operatoria	» » Ignacio Pirovano

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica.	Dr. D. J. J. Naon
Histología y Anatomía Patológica	» » C. Lanus y Dr. Juan Borbon
Fisiología general y humana	» » Josué Berutti
Patología general ejercios clínicos.	» » Jacob de T. Pinto
Materia Médica y Terapéutica	» » Pablo M. Santllan y Enrique del Arca
Higiene pública y privada	» » Pedro Mallo,
Patología esterna	» » Lucio Melendez
Patología interna	» » Manuel T. Podestá
Clínica Quirúrgicay operaciones	» » Julian Aguilar, (en ejer.)
Oftalmología y Clínica Oftalmológica. . . .	» » Pedro F. Roberts
Clínica Médica	» » Juan B. Gil y Dr. Carlos L. Villar
Medicina legal y Toxicología.	» » Manuel Blancas (en ejer.) Dr. T. Susini
Obstetricia y Clínica respectiva	» » Antonio T. Ballester, S. Molina y L. F. Vila
Medicina operatoria	» » Antonio C. Gandolfo

Disector

DOCTOR DON JUAN J. NAON

PRESIDENTE DE TÉSIS

DOCTOR DON NICANOR ALBARELLOS

A la memoria de mi madre

A mi querido maestro el

Doctor Don Nicanor Albarellos

Señor Presidente:

Señores Academicos:

Antes de entrar en materia permitidme hacer la reseña histórica del tratamiento quirúrgico de la enfermedad que voy á tratar.

Durante mucho tiempo, se creyó que el tratamiento quirúrgico de la obstruccion intestinal se encontraba fuera de los recursos de la ciencia, á causa de las grandes dificultades que presentaba el diagnóstico de esta afeccion, dificultades que no han sido aun vencidas del todo.

Apesar de la ignorancia en que se encontraban con respecto á la naturaleza del mal, algunos cirujanos de la antigüedad, parece tentaron la operacion de la obstruccion. Praxágoras de Cos, y 300 años mas tarde Leonidas de Alejandria, buscaban abriendo la cavidad abdominal, el nudo que suponian existia en el intestino, evacuando prévia abertura, el contenido de su cavidad si lo creian necesario.

Es indudable que el resultado no siempre fué halagüeño, pues aun cuando no se tengan muchos datos, podemos suponerlo así, dada la confusion que existia en la clasificacion, pues confundian con un mismo nombre genérico de *ileus passio iliaca* una multitud de afecciones entre las cuales la peritonitis y los cólicos violentos quedaban incluidos.

En la edad media, lejos de cesar la confusion, aumentó con los árabes y arabistas que desconocian la naturaleza de estrangulacion herniaria, designando con los nombres de *passio iliaca passio colica miserere* etc., las afecciones mas diversas.

La práctica de las autopsias iluminó en algo estas cuestiones tan oscuras. En el siglo XVI se describe la invaginacion intestinal; en los autores del siglo XVII se mencionan las bridas ligamentosas, en fin, en el siglo XVIII, se describe el *volvulus* y la torsion del intestino. En nuestros dias, los trabajos de Rokitansky, en Alemania, de Besnier y de Duchaussoy, ilustrándonos en el conocimiento de la anatomía patológica, han venido á hacer la luz sobre esas afecciones, pues sin eso todas las tentativas terapéuticas, habrian quedado inútiles.

Pablo Barbette, cirujano de Amsterdan en el siglo XVII, propuso abrir el vientre en el caso de *ilius rebelde*. Encontramos aqui la misma audacia y la misma ignorancia de las causas de obstruccion que en la antigüedad. Se supone que el intestino está invaginado, anudado, aunque el *volvulus* sea mal conocido en esta época, y no se hesita en correr el riesgo de una ope-

racion que quizás remueva completamente el obstáculo. Por otra parte ¿Qué otra cosa podría hacerse cuando el enfermo está condenado á perecer infaliblemente, si no se acude prontamente á su socorro? Asi lo pensó, sin duda el cirujano desconocido de que habla Bonet, que operó á la baronesa de Lanti, y aquel otro que Nück, segun la memoria de Velce, hizo llamar por otro enfermo que curó igualmente. Ninguno de estos operadores seguia una regla científica, todo estaba entregado á la casualidad. ¿Quién puede decirnos el número de reveces que tuvo la operacion si es que fue tentada á menudo? Hevin, en una memoria célebre, ha tratado de demostrar las incertidumbres y peligros de esta operacion. Hé aquí las dificultades que se presentan. ¿Hacerla anticipadamente quien lo osará? ¿Como recurrir á los medios estremos, cuando se tienen otros mas ciertos y mas suaves para combatir esta enfermedad? Esperar? Pero las fuerzas del enfermo se agotan de tal manera que no podrá resistir el tratamiento, ó el intestino se habrá gangrenado. La incertidumbre de la causa, de los accidentes, la inconstancia de los signos, la ausencia de signos sobre el punto preciso del mal, todo en fin, se reune para hacer rechazar una operacion cruel, peligrosa y difícil de ejecutar.

En la Memoria publicada por la Academia de Cirujía deParis, la historia de las gastrotomías es de las mas completas. Se analizan 15 observaciones, de las cuales 6 son debidas á intusucepciones ó á volvulus, y las demás á obstrucciones por materias fecales endure-

cidas, á estrecheces cancerosas, á estrangulaciones por bridas, y en fin, á una abertura accidental en el mesenterio.

Despues de esta época comienza un período nuevo, período de investigaciones y tanteos en el cual los cirujanos se dan mejor cuenta de las condiciones del problema, y buscan soluciones algo distintas de las que sus predecesores habian imaginado. La abertura del vientre para ir á buscar el obstáculo, parecia casi impraticable; ella podía ser inútil y esponer el paciente á la peritonitis, pareciendo mas fácil y seguro abrír una via artificial á las materias intestinales.

Littré fué el primero que en 1710 indicó vagamente la posibilidad de crear un ano contra-natura en un niño afectado de imperforacion del recto. Hevin habla con desden de la ligera idea de Littre á la que Fontenelle, Secretario de la Academia, imagina que hábiles cirujanos podrán añadir los detalles necesarios para constituir una operacion fácil. Para Hevin, esta tentativa será del mismo órden que la sutura de los dos cabos del intestino segun el método de Ramdohr.

Louis, en 1757, indicó con motivo de una obstruccion persistente, despues de la obstruccion de una hernia estrangulada, como podria ser necesario ir á buscar el ansa intestinal, para establecer un ano contra-natura. Estos datos eran pura teoria, cuando Renault, Cirujano en Joinville, practicó la operacion de Louis en 1772, cuatro años despues de la impresion de la Memoria de Hevin. La operacion de Hevin cau-

só impresion y la Academia le discernió la medalla de oro. El enfermo de Renault tenia una hernia inguinal que habia terminado por gangrena y ano contra-natura. Este ano curó al cabo de cierto tiempo y sucedió que á su nivel se formó un encrustamiento que detuvo el curso de las materias fecales y de ahí síntomas de obstruccion. Renauld hizo desaparecer el peligro incindiendo directamente el intestino al nivel de la parte saliente. Esta intervencion no exijía grande inteligencia.

El ano artificial ha sido practicado por vez primera por Pilloro en 1776. Pilloro habia reconocido en su enfermo la existencia de un escirro del recto. En la imposibilidad de combatir este último, resolvió abrir un ano artificial sobre el intestino y para tener un reservorio intestinal en el cual las materias fecales pudiesen acumularse, y este fué la estremidad inferior del ciego. Él contaba con hacer llevar al enfermo despues de la operacion, un cinturon elástico provisto de una placa que tendría una esponja que serviría para obturar el orificio del ano contra-natura y permitiría al enfermo procurarse defecaciones á voluntad. Perfectamente concebida, la operacion, fué bien ejecutada. El enfermo murió, sin embargo al cabo de veinte dias, quizá como lo cree Pilloro, de una gangrena intestinal, consecuencia de una maza de mercurio que pesaba *dos libras* y que se le habia hecho tragar algunas semanas antes, quedando alojada en una ansa intestinal caida bajo la influencia de su peso, detrás de la vejiga. Esta notable operacion

parece no haber sido conocida de los contemporáneos de Pilloro. Se encuentra señalada 22 años despues por Martin el Jóven, en una memoria presentada á la Sociedad de Medicina de Lyon. Siendo publicada por vez primera en la memoria que Amussat presentó en 1839, sobre la posibilidad de abrir un ano artificial en la region lumbar.

Es necesario creer que la idea de abrir un ano artificial se desarrolló poco á poco en los últimos 20 años del siglo XIX. Antonio Dubois (1783). Duret de Brest (1793). Desault (1794). Dumas (1797) operaron en recien nacidos con imperforacion.

Dumas, que ignoraba completamente la operacion de Pilloro, hizo muy juiciosas observaciones sobre el ano contra-natura en las estrecheces del recto. Fine de Ginebra practicaba en ese mismo año la enterotomía en una mujer de 63 años, atacada de obstruccion intestinal crónica.

El lugar asiento del mal, no era conocido aquí como en el caso de Pilloro. La naturaleza de las deposiciones y la esploracion hecha por medio del tacto, hacian creer que el obstáculo debia estar en la estremidad inferior del cólon; pero esto no era cierto, y en la duda, Fine prefirió abrir el intestino delgado. Hizo sobre la línea blanca una incision de dos pulgadas y media de largo, tomó la parte de intestino que se prcsentó á su vista y que estaba inflamada; pasó algunas hebras de hilo encerado en el mesenterío y en seguida hizo una incision en el intestino de seis líneas próximamente. El enfermo curó de la operacion y sucum-

bió á los progresos de la caquexia cancerosa, despues de haber sobrevivido 4 meses.

En una segunda memoria publicada en los mismos Anales, Fine estableció que en los casos de escirro del recto, vale mas seguir una marcha distinta y abrir el intestino grueso en la region lumbrar izquierda, por medio de una incision estendida de la duodécima costilla á la cresta del hueso ilíaco. Se puede tomar allí la estremidad inferior del cólon, siempre suficientemente flotante, y fijarla en la herida. Desde entonces se encuentran numerosas operaciones dirigidas contra las obstrucciones congénitas ó adquiridas, de la region rectal.

Para los casos de oclusion interna, se encuentra una confusion completa en las ideas. Se teme abrir estensamente el abdómen para remover el obstáculo. Esta operacion parece muy peligrosa y el diagnóstico jamás es lo mas suficientemente preciso, como para saber bien donde se le encontrará. Dupuytren, estimulado, por precaucion trató de practicarla en 1817, pero su operacion fué mal hecha. Apenas hubo introducido el dedo en el abdómen, cuando viendo que salia en grande abundancia un líquido lechoso abandonó la operacion. Fuchsius en 1825 repite la operacion en un caso d einvajinacion, y obtiene éxito.

La gastrotomía cuyas indicaciones eran siempre mas ó menos discutidas, siendo considerada por unos como practicable, en ciertos casos difícil de determinar y que otros rechazaban absolutamente, era completamente olvidada, pero tampoco la enterotomía contaba

con muchos partidarios. Apesar del trabajo publicado por Leckendorf de Leipzig en 1825, las tentativas para hacer un ano contra-natura en el intestino delgado, fueron muy raras. En algunos años solo se cuenta una, la de Mondd en 1838; despues de la Memoria de Maisonneuve, vienen las tentativas de Nelaton (1845); Jolding Bird (1847); Didot Haton, etc., (1849). Cuando Nelaton hubo perfeccionado la enterotomía sobre el intestino delgado y dado reglas que permitian hacerla con verdadera seguridad, el entusiasmo por esta operacion se hizo estremo.

Solo habia un tratamiento de la oclusion y era la enterotomía, rechazando completamente la gastrotomía. Sin embargo, esta última fué defendida por Phillips, Hilton, Wilson, etc.

El profesor Depaul y Longuet en 1860 intentaron hacerla de nuevo.

A partir de este momento comienza un período verdaderamente científico del tratamiento de la oclusion intestinal, iniciado por los trabajos anátomo-patológicos de Besnier, Parise y Duchaussy; los obstáculos eran conocidos y claro está que muchos llamarian laparotomía á la abertura del abdómen. Pero ¿la incertidumbre del diagnóstico? y el peligro de la abertura intestinal? Las operaciones practicadas en los últimos años habian demostrado (quistes del ovario) que el peligro no era tan grande como se le suponia. El método antiséptico ha venido á hacer desaparecer las últimas vacilaciones: ahora bien, es tal el éxito ob-

tenido con esta operacion, que hasta la incertidumbre del diagnóstico pierde su valor.

Si hay error, las consecuencias no son grandes; se ha practicado una incision esploradora por la que no hay que arrepentirse. Los innumerables trabajos presentados en estos últimos tiempos, han fortalecido de tal manera la opinion formada sobre la laparotomía, que no ha habido una sola protesta en la última discusion de la Sociedad de Cirujía, en 1879.

Hoy dia la abertura del abdómen ha reconquistado el puesto que la enterotomía le habia quitado. Solo la sustituye en los casos en que se hubiese comprobado la presencia ds un obstáculo difícil de remover.

ETIOLOGÍA

Los obstáculos que son la causa de este accidente y que por su frecuencia voy á esponer, son: en primer lugar la invaginacion, que segun Brington en seiscientos casos que ha examinado, ha podido establecer la proporcion de un 49 por 100. Tenemos, despues, las bridas y adherencias, las estrecheces y las compresiones de las paredes del intestino, las torciones, etc. Numerosas son las causas que pueden oponerse á la marcha de las materias intestinales. Además de las afecciones orgánicas de las paredes intestinales, que determinan estrecheces inflamatorias, hipertróficas, cancerosas, etc., tenemos las por lesion de posicion de estas paredes, y las por estrangulacion propiamente dicha; estrangulaciones que resultan de hernias ínternas á través del diafragma, ó de aberturas anormales del mesenterio. Las causas que tienen su asiento en las paredes mismas del intestino, y que en parte acabo de enumerar, son las mas frecuentes. Los tumores empujan las paredes del intestino y las aproxi-

ma. Cuando el intestino se encaja en un orificio estrecho, al principio se dificulta el curso de las materias y de la sangre, luego se congestionan las paredes, se inflaman, y la obliteracion se hace completa. Las cicatrices que resultan de ulceraciones disentéricas, sifilíticas y tuberculosas, retraen á tal punto las paredes del intestino que dificultan considerablemente su circulacion.

Pasaré á las causas cavitarias, que consisten en cuerpos estraños contenidos en el interior del intestino. Estos cuerpos tienen dos orígenes distintos; pueden venir del esterior ó pueden haber nacido en las cavidades del aparato digestivo. Son innumerables todos los que pueden ser ingeridos por la boca ó por el ano; varían por su número, forma y volúmen; algunas veces están constituidos por la aglomeracion de sustancias medicinales; es decir, las concreciones formadas por los fosfatos cálcicos y amoniaco magnesiano, dando lugar á un verdadero cálculo, á un *enterolito*. O puede ser la acumulacion de pelos (egagrópila). Puede suceder tambien que permaneciendo un cálculo por mas o menos tiempo en el intestino, sea el núcleo del enterolito. Birch refiere un caso en que una bala de plomo sirvió de núcleo para el desarrollo de uno de estos.

Los enterolitos son raros en el hombre, presentándose con mucha mas frecuencia en algunos cuadrúpedos, sobretodo en los caballos, cabras, etc. Se distinguen dos tipos; el tipo petreo y el tipo piloso. Los cálculos intestinales en la muger, son mas comunes

que en el hombre y la formacion de estos, se halla favorecida por la atonia del intestino y todas aquellas circunstancias que dificultan y prolongan el curso de las materias en el tubo digestivo. En las personas de edad avanzada, son tambien mas frecuentes, escepto los de naturaleza pilosa que se encuentran mas generalmente en los jóvenes, por ser estos los que padecen mas bien de la aberracion de tragarse los pelos. La costumbre de ingerir carozos de frutas, huesos y espinas, pueden ser causa de litiasis intestinal. Los cálculos biliares que penetran en el intestino, pueden dar lugar á accidentes de obstruccion desde el primer momento, cuando son muy voluminosos. Si son de tamaño pequeño y no son espulsados, suelen ser el orígen de depósitos ulteriores, que crecen por la adicion de capas calcáreas y concluyen por formar cálculos que dificultan el curso de las materias intestinales.

Terminaré la etiología de la oclusion intestinal, mencionando tambien como causa, los escesos de alimentacion y los esfuerzos bruscos, que segun parece introducen las asas intestinales en el hiato de Winslow ó en los orificios mesentéricos.

Veamos ahora cuales son las consecuencias de estos diversos modos de oclusion. Determinan lesiones en el intestino, que son casi las mismas en todos los casos; por encima del obstáculo se halla siempre dilatado el intestino, por la acumulacion, á menudo considerable, de mucosidades, líquidos y materias alvinas: ó bien, este acúmulo puede ser debido al empleo de los purgantes. Todas estas sustancias dan lugar á

desprendimientos de gases que contribuyen á la dilatacion del estremo superior del intestino, dando lugar al meteorismo abdominal, que ha sido considerado como una de las causas mas poderosas de invaginacion.

Las paredes del intestino se encuentran adelgazadas, y otras veces, por el contrario, el espesor de estas se halla notablemente aumentado. Esto sucede cuando la oclusion se ha venido haciendo lentamente á consecuencia de adherencias peritoneales, estableciéndose una lucha por mucho tiempo sostenida contra el obstáculo; lucha que ha ocasionado el aumento de los elementos musculares que constituyen la capa media del intestino. Rojo, inflamado, presenta á veces puntos hemorrágicos y pequeñas ulceraciones. Puede existir tambien la gangrena en placas mas ó menos pequeñas, por último las perforaciones que son frecuentes, se hacen en uno ó varios puntos.

El estremo inferior del intestino, rara vez se altera; encojido sobre sí mismo, solo se enferma cuando se propagan las lesiones inmediatas.

SINTOMATOLOGÍA

El estudio de los síntomas de la oclusion, nos permitirá aproximadamente y algunas veces podremos asegurar el dignóstico de la causa, que tiene gran importancia bajo el punto de vista del tratamiento. Puede la oclusion presentarse de una manera brusca ó lenta; una vez constituida tenemos en primer lugar el síntoma *dolor*, que casi siempre es inicial; al principio poco intenso, se hace vivo pero sin alcanzar la agudeza del dolor que acompaña á la peritonitis. Comienza en un punto fijo y se generaliza con bastante rapidez, irradiándose en toda la cavidad del abdómen; se hace escesivamente penoso, y los enfermos se revuelcan en la cama dando gritos desgarradores, aumentado por los movimientos y la depresion del diafragma durante la inspiracion, la presion lo hace tambien mas vivo, pero no tanto y superficial como en la peritonitis.

Otro elemento importante de esta sintomatología, es la resistencia de la enfermedad á una medicacion

purgante; despues de haber espulsado los gases y materias contenidas debajo de la estrangulacion, el enfermo presenta el estreñimiento mas completo: pero debemos tener presente, que cuando la estrangulacion tiene su asiento en las paredes del intestino, puede hacer deposiciones sin que haya desaparecido el obstáculo, pero incompletamente.

Los vómitos son otro fenómeno de bastante importancia; al principio alimenticios, luego contienen productos que segregan la mucosa intestinal y el aparato biliar, mas adelante se hacen fecalóides; constituyendo entonces uno de los signos patonogmónicos de la oclusion.

Tambien tenemos el aumento mas ó menos considerable del vientre, que permite á veces calcular el sitio de la obstruccion. Laugier fué el primero que le dió la importancia clínica que tiene este síntoma: en efecto, si la hinchazon empieza por la region umbilical, la oclusion debe estar en el intestino delgado; si se anuncia por un aumento rápido de todo el abdómen, muy probablemente el obstáculo se encuentra en el intestino grueso. El meteorismo de cualquier modo que sea, no tarda en generalizarse; las asas intestinales, hinchadas, forman relieve por debajo de los tegumentos,

En cuanto á la presencia de un tumor, se le suele observar al principio de la afeccion, cuando el abdómen ofrece cierta blandura.

El pulso es frecuente, sobre todo en el momento de los dolores, fuera de esta crísis, es pequeño y de-

presible. La temperatura baja uno ó dos grados de la normal; es generalmente de 36° ó 35° 5. No hay por consiguiente fiebre y el cuerpo está cubierto de sudores viscosos. Bien pronto se pierden las fuerzas, el enfermo cae en la postracion, la voz se aniquila y la cara presenta un aspecto *sui generis*; en definitiva un órden de síntomas que tienen su manera de presentarse, segun la causa que produce la oclusion.

DIAGNÓSTICO

Cuando se trata de estrecheces orgánicas y compresiones, los fenómenos morbosos se hallan caracterizados por la lentitud de su principio. Las funciones digestivas desde mucho tiempo atrás, se hallan alteradas, manifestándose por un estreñimiento que suele ser pasagero ó permanente; ó por diarreas que se acompañan á menudo de dolores, que son poco intensos al principio, pero que pueden ir aumentando gradualmente hasta hacerse muy intensos. Por último, despues de muchas alternativas de mejoría la oclusion se hace, el curso de los síntomas es lento, los vómitos no aparecen inmediatamente, los dolores no tienen una intensidad brusca, como cuando la obstruccion es debida á bridas peritoneales, ó en los casos de vólvulo. Tales son los síntomas que acompañan generalmente á esta clase de oclusion. En los casos de volvulo ó de bridas peritoneales, los síntomas difieren algo de los precedentes: puede suceder que el sujeto goce habitualmente de buena salud, y

sea atacado de pronto de un dolor intenso, violento, seguido de vómitos que no tardan en hacerse fecalóides. En este caso el estreñimiento es completo, y el vientre aumenta rápidamente de volúmen.

TRATAMIENTO

Se comprende la importancia que hay en conocer con la mayor precision posible, la variedad y causa de la obstruccion, puesto que el tratamiento varía segun la naturaleza del obstáculo. El tratamiento, pues, se divide en tratamiento médico y tratamiento quirúrgico. Muchos son los medios de que se ha valido el médico para desembarazar el intestino y que en muchos casos han obtenido buenos resultados. Tenemos en primer lugar los purgantes, que aconsejan debemos empezar con mucha frecuencia, porque sirven al mismo tiempo de medio de diagnóstico. Daremos la preferencia á las sales neutras, que tienen la propiedad de favorecer el flujo de los líquidos intestinales, capaces de disolver las materias acumuladas; y porque despiertan tambien las contracciones, y en tal caso el obstáculo puede desaparecer y el enfermo seguir bien, pero esto desgraciadamente no sucede siempre, y entonces tenemos que recurrir á otros médios.

Se han introducido por la boca cuerpos pesados, como el mercurio, con la idea de vencer la obstruccion; pero hoy está en desuso este proceder, por cuanto se sabe que este agente penetra lentamente al intestino y si por casualidad desaparece el obstáculo, el individuo espulsa el mercurio metálico, durante semanas enteras, partícula por particula, y no á chorros como era de suponerse segun la idea de los que ensayaron este procedimiento.

Los enemas que deben usarse en todos los casos, por cuanto no ofrecen peligro alguno, son de agua sola y tambien purgantes, por ayudar ó favorecer eslos las contracciones intestinales. Las inyecciones que se hagan deben ser poderosas y la cánula debe introducirse tan arriba como sea posible, y para conseguir esto, nos valdremos de cánulas largas, tales como las esofágicas; despues con una bomba aspirante é impelente se lanza con fuerza el agua en todo el intestino grueso, que es donde da buen resultado si encuentra alli el obstáculo, pues sabemos que al intestino delgado no llega el agua por impedírselo la balbula de Bauhin. Otras veces es aire en vez de agua el que se inyecta. Se han introducido tambien los polvos de fabricar el agua de Seltz, con el propósito de distender el intestino por el desprendimiento del ácido carbónico; pero se sustituye este medio tan enérgico por los enemas de agua de Seltz. Los enemas de tabaco deben rechazarse.

Cuando la distension del intestino es tan considerable que impida la circulacion y el movimiento del

músculo diafragma, se harán punciones capilares, con el objeto de dejar escapar los gases que impiden se haga la contractilidad, por la distension considerable que sufren las fibras musculares lisas del intestino. Las aplicaciones de hielo, deben hacerse, por cuanto se oponen á la peritonitis con que complica tan frecuentemente, y á mas, ayuda la contractilidad intestinal.

Se ha aconsejado la belladona, el café, el amazamiento, pero todos estos medios son de resultados inciertos. Despues de haber ensayado los purgantes, enemas y la electricidad, sin obtener resultado, recurriremos al tratamiento quirúrgico, de que me he ocupado esponiendo sus indicaciones al hablar de la Historia.

Vº. Bº.

Nicanor Albarellos.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

ANATOMIA—Musculos, nervios, arterias y venas de la laringe.

PATOLOGIA GENERAL—¿Qué debe entenderse por constitucion médica?

MATERIA MÉDICA Y TERAPÉUTICA—Accion fisiológica y efectos terapéuticos del Opio.

CLÍNICA MÉDICA—¿La difteria es enfermedad general ó local?

PATOLOGIA ESTERNA—Diagnóstico de los tumores.

MEDICINA LEGAL—¿Pueden los médicos aceptar deliberaciones de sus enfermos?

HIGIENE—¿Tienen alguna influencia los bosques en la produccion de las lluvias?

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA—Operacion Crichet.