UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

OCLUSION INTESTINAL

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO

DE

DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ MARCELINO PAEZ

EX-PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL GENERAL DE HOMBRES

Y DEL HOSPICIO DE LAS MERCEDES

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE LA NACION, SAN MARTIN 214

1885

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

OCLUSION INTESTINAL

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO

DE

DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ MARCELINO PAEZ

EX-PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL GENERAL DE HOMBRES
Y DEL HOSPICIO DE LAS MERCEDES

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE LA NACION, SAN MARTIN 214

1885

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. Pedro A. Pardo

ACADÉMICOS

Dr. D. Nicanor Albarellos
" " Manuel Porcel de Peralta
" " Mauricio Gonzalez Catan
" " Cleto Aguirre
" " Pedro A. Pardo
" " Manuel Arauz
" " Leopoldo Montes de Oca
" " Eduardo Wilde
" " Pedro A. Mattos
" " José T. Baca
" " Domingo Parodi
" " Rafael Herrera Vegas
" " Ignacio Pirovano
" " Pedro Mallo
" " Guillermo Rawson
" " Martin Spuch
" " Francisco A. Tamini
" " José M. Astigueta
" " Jacob de Tezanos Pinto
" " Manuel Blancas
" " Antonio F. Crespo
" " Bartolomé Novaro

SECRETARIO

Dr. D. Luis de la Cárcova.

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS
Anatomia descriptiva y topográfica	Dr. D. M. Gonzalez Catan
Histologia y Anatomia patológica	" " Francisco Tamini
Fisiologia general y humana	" " J. M. Astigueta
Patologia general y ejercicios clínicos	" " José T. Baca
Materia médica y terapéutica	" " Pedro A. Mattos
Higiene pública y privada	" " Antonio F. Crespo
Patologia externa	" " L. Montes de Oca
Medicina operatoria	" " Bartolomé Novaro
Enfermedades de mujeres y clínicas respectivas.	" " Jacob de T. Pinto
Patologia interna	" " Manuel Arauz
Clínica quirúrjica	" " Ignacio Pirovano
Oftalmologia y clínicas respectivas	" " Cleto Aguirre
Enfermedades de niños y clínicas respectivas	" " Manuel Blancas
Clínica médica	" " Manuel P. de Peralta
Medicina legal y Toxicologia	" " Eduardo Wilde
Obstetricia y clínica respectiva	" " Pedro A. Pardo
Farmacia y práctica farmacéutica	" " Martin Spuch
Química farmacéutica	" " Domingo Parodi

SUSTITUTOS

Anatomia descriptiva y topográfica	Dr. D. Juan J. Naon y Juvencio Arce
Histologia y Anatomia patológica	Vacante
Fisiologia general y humana	" " Carlos Villar
Patologia general y ejercicios clínicos	" " Claudio Benitez y R. Wernicke
Materia médica y terapéutica	" " Enrique del Arca y J. Ledesma
Higiene pública y privada	" " Meliton G. del Solar y José M. Ramos Mejia
Patologia externa	" " Guillermo Udaondo.
Medicina operatoria	" " J. Aguilar
Patologia interna	" " José M. Penna é Inocencio Torino
Clínica quirúrjica y operaciones	" " Antonio Gandolfo
Oftalmologia y clínica respectiva	" " Pedro Lagleyze y Ed. Obejero
Clínica médica	" " Eufemio Uballes y Juan B. Gil
Medicina legal y Toxicologia	" " E. Perez (en ejercicio)
Obstetricia y clínica respectiva	" " J. R. Fernandez y Luis F. Vila
Farmacia y práctica farmacéutica	" " Atanasio Quiroga
Química farmacéutica	" " Miguel Puiggari (en ejer.)
Enfermedades de niños y su clínica	" " Facundo Larguia y A. Piñero
Enfermedades de mujeres y su clínica	Vacante

PRESIDENTE DE TÉSIS

Doctor Don Leopoldo Montes de Oca

A MIS PADRES

Al doctor José M. Ramos Mejia

Á LOS SEÑORES

DON JUAN SIERRA Y DON ARTURO MASSEY

¿A MIS MAESTROS,

GRATITUD.

SEÑOR PRESIDENTE,

SEÑORES ACADÉMICOS:

El trabajo que me cabe el honor de someter á vuestra sabia consideracion, ha sido inspirado por un caso práctico que tuve oportunidad de presenciar, siendo practicante interno del antiguo Hospital General de Hombres, despues que el nuevo Hospital de Clínicas arrebatándole los enfermos agudos, lo condenó á albergar exclusivamente los rezagados (ó sea enfermos crónicos) en esa gran lucha que la humanidad doliente sostiene por la vida.

Aún está presente en mi memoria ese gran cuadro de síntomas que hace de la entidad morbosa de que me ocupo una enfermedad tan séria que llama con justicia la atencion de nuestros sabios clínicos.

Otros casos más, agregados al que voy á detallar más adelante, han servido de tema para mi tésis inaugural.

Con este motivo debo declarar que mi humilde

inteligencia no me permite abrigar la menor pretension de llevar algo nuevo al gran torneo de las ciencias médicas, en que brillan inteligencias colosales y en que cada uno de nosotros solo puede aspirar á aparecer como simple obrero.

Por eso espero que examinareis mi trabajo con la benevolencia que reclaman los de esta clase, cuando despojados de la importancia que solo les imprime la práctica, representan unicamente el resultado de vuestras sabias lecciones y sanos consejos, por los que me complazco en expresar en este momento mi más sincera gratitud.

DEFINICION

Desde la antigüedad hasta nuestros dias, de muy distintas maneras ha sido definida y apreciada esta enfermedad.

Para los unos, que le daban diferentes nombres, tales como: *ileo*, *vólvulo*, *extrangulacion interna*, *pasion iliaca*, *cólico miserere*, *invaginacion*, *intususcepcion*, etc., era un estado morboso caracterizado por la ausencia absoluta de evacuaciones alvinas, por la elevacion del abdómen, los vómitos incoer-

cibles y dolores intensos; terminando este conjunto de síntomas, segun la propia expresion de Trousseau, con la vida del enfermo, en caso de quedar éste abandonado á sí mismo.

Al Doctor O. Masson cabe la gloria de haber reemplazado en 1857 tanta vaguedad de nombres arbitrarios, que no hacian otra cosa sino distanciar estados patológicos que en realidad constituyen uno solo, con el de *Oclusion Intestinal*, denominacion aceptada por casi todos los autores modernos.

En la actualidad, se entiende por *Oclusion Intestinal*, toda modificacion en el calibre del intestino, capaz de detener el curso de las materias fecales.

CAUSAS

Para facilitar el estudio de las numerosas causas patogénicas que pueden acarrear esta grave enfermedad, las dividiré con Jaccoud en tres categorias ó variedades, segun que tengan su asiento fuera de las paredes del intestino, en estas mismas paredes, ó en su cavidad; constituyendo

cada una de ellas un grupo etiológico de la mayor importancia, que estudiaremos separadamente.

Pero antes quiero hacer mencion, siquiera sea de paso, de un estado patológico muy curioso que se confunde con la oclusion intestinal por sus síntomas y la completa semejanza de sus manifestaciones, y que ha llamado con justicia la atencion de los autores, tanto antiguos como modernos, sin concederle hasta el presente el derecho de figurar entre los estados patológicos bien definidos.

Me refiero á la oclusion por *espasmo intestinal*, al *ileo nervioso*, á la *pasion iliaca verdadera* de Sydenham.

Para los antiguos, que segun parece han observado con mayor frecuencia el mal á que me refiero, estaba caracterizado este estado morboso por todos los síntomas de la oclusion intestinal, con sus vómitos estercoráceos, faltando solo para su identidad perfecta, el obstáculo mecánico al curso natural de las materias fecales.

Indudablemente, alguna causa debia aducirse para explicar tan extraño fenómeno.

Los prácticos, en su incansable afan de buscar una explicacion positiva y científica á todo lo que impresiona nuestros sentidos, no tardaron en localizar la causa de esta anomalia funcional, en el sistema nervioso.

En apoyo de esta asercion, debo citar á M. Mon-

falcon que en su diccionario de ciencias médicas, considera á esta enfermedad como primitiva y capaz de dar orígen á las demás formas de oclusiones, definiéndola: "Un cólico extremadamente violento, acompañado de constipacion tenaz y vómito de las materias contenidas en el tubo digestivo"; á Barthez, que hacia depender estas diversas alteraciones, de un movimiento *anti-peristáltico* del intestino, de una neurósis de este órgano, que traia como consecuencia, fatalmente segura, el retroceso de las materias contenidas en su cavidad, definiéndolo á su vez: "Un *cólico iliaco esencialmente nervioso*".

Despues de éstos, pocos autores se han ocupado de tan grave afeccion, hasta Jaccoud, que la acepta en todas sus manifestaciones, como una entidad morbosa bien caracterizada, en presencia de dos casos que le han ocurrido en su práctica: Uno en su clínica del hospital de San Antonio en 1867, en una jóven que padecia de histerismo convulsivo; y el otro en su clínica del hospital Lariboisirêe, en 1881.

En su tratado de Patologia interna se encuentra la relacion de estos dos casos.

Consecuente con estas ideas, agrega el señor Jaccoud, que en estado patológico es muy posible que pueda ser vencida la válvula de Bauhin, por las contracciones anti-peristálticas violentas del intestino, dando lugar á los vómitos estercorá-

ceos, y para hacer uso de sus propias palabras, á una verdadera defecacion bucal.

CAUSAS DE OCLUSION INTESTINAL RESIDENTES FUERA DE LAS PAREDES DEL INTESTINO

Numerosas y variadas son las causas que comprende este grupo, produciendo todas por el mismo mecanismo la oclusion intestinal, sin atacar directamente la integridad anatómica de las paredes del intestino, ni tampoco su cavidad. Se reducen solo á estrechar las distancias, aproximando ó uniendo una pared á la otra.

Tenemos por lo tanto que considerar:

1° *Los tumores inmediatos;* 2° *Los orificios y las bridas peritoneales*; 3° *Las torsiones del intestino.*

a. Tumores—Todos los tumores que pueden tener su asiento en la cavidad del abdómen, ó en sus inmediaciones, pueden acarrear esta enfermedad y dar lugar por compresion á una oclusion muchas veces mortal.

Sin embargo, podemos decir que de todas las formas de oclusion, es tal vez la que ofrece ménos peligro para el paciente; pues la cirujia moderna, con los grandes recursos de que dispone actual-

mente, si consigue arribar á un diagnóstico cierto, salva casi siempre la dificultad.

Podemos colocar en este grupo, las dislocaciónes y tumores del útero, los quistes del ovario, los tumores peri-uterinos, la hipertrofia de la próstata en los viejos, los tumores cancerosos y quísticos del peritoneo, los de igual naturaleza del mesenterio y sus gánglios, los aneurismas de la aorta abdominal; y segun Bamberger, una porcion de intestino distendida por materias fecales, al extremo de formar un tumor, puede aplicarse, aunque esto es raro, sobre otra porcion del mismo conducto é interrumpir su abertura.

b. Orificios y bridas peritoneales—En el primer caso, de dos maneras diferentes puede producirse la oclusion intestinal: ó bien porque una porcion de intestino, generalmente en estado de vacuidad, penetra al través de un orificio que existe normalmente; ó bien porque esta penetracion tiene lugar por un orificio anormal formado á expensas de estados patológicos que se enumerarán más tarde.

Sea de uno ú otro modo, este aprisionamiento de una parte del conducto intestinal, que da por resultado la detencion del curso de las heces, constituye el estado patológico denominado *encarcelaciones* ó *estrangulacion interna.*

Como se comprende facilmente, el mecanismo por el cual se produce la estrangulacion no difiere en manera alguna del mecanismo que produce

las hernias en general, con la única diferencia del sitio, pues éstas llevan el nombre de *intra-abdominales*.

Nos encontramos, pues, en presencia de una verdadera hernia, con todos sus elementos constitutivos, tales como saco y cuello, y sugeta igualmente á sufrir todas las consecuencias á que por la evolucion del proceso morboso están expuestas sus congéneres.

Una vez iniciada la estrangulacion, se manifiesta en seguida, y como consecuencia lógica, un pequeño movimiento inflamatorio que da como resultado inmediato la secrecion de linfa plástica en cantidad variable, segun el grado de la estrangulacion, y consiguientemente el aumento en espesor de las paredes del asa intestinal aprisionada.

Esto por sí solo podria traer en poco tiempo la irreductibilidad de la *hernia* ó la union de la parte encajada á las partes vecinas.

Pero si á esto se agrega la llegada periódica del contenido intestinal que aumenta mucho más las dimensiones del saco herniario, ejerciendo una presion desfavorable contra el anillo que le sugeta, y si se tiene en cuenta además la dificultad de la circulacion que trae aparejado este estado de cosas, tenemos que concluir indudablemente suponiendo la posibilidad de una gangrena ó de una seccion de la hernia, resultados ambos fatales para el enfermo.

Diferentes nombres han tomado las hernias intra-abdominales, segun el órgano donde está situado el orificio que les da orígen, y varios autores ilustres se han ocupado detenidamente de ellas, entre los que podemos citar á Cooper, Gosselin y Faucon, dedicándoles trabajos especiales.

Tenemos, pues, que considerar:

1° *La hernia iliaca*, que se desarrolla en una de las fosas de este nombre.

2° *La hernia meso-cólica*, formada á expensas del meso-cólon.

3° *La hernia del ligamento ancho*, formada á expensas del ligamento de este nombre.

4° *La hernia intra-pelviana*, llamada así porque el asa intestinal que la forma, descendiendo generalmente por detrás ó por los lados del recto, va á estacionarse en la pequeña pélvis.

5° *La hernia diafragmática*, que se produce al través de este músculo, ya por una de sus aberturas naturales, ó bien por una abertura formada accidentalmente.

Multitud de casos más podria citar, á fin de demostrar la gran variedad que caracteriza esta clase de hernias. Pero son casos aislados y de poca importancia, que arrojarian poca luz sobre la materia interesante de que trato.

Largamente se ha discutido, y por prácticos de la talla de Gosselin y Parise, el orígen de estas estrangulaciones internas; asegurando el primero

que todas las hernias intra-abdominales han sido en su principio desarrolladas exteriormente, para ir á determinar más tarde, despues de su reduccion, las alteraciones propias de la enfermedad que nos ocupa.

Su contrario, el señor Parise, opina de muy distinta manera, y cree que la hernia no puede formarse sino en el mismo punto donde tiene su asiento, para dar lugar más tarde á todos los fenómenos de la oclusion intestinal.

No han faltado otros sabios que en apoyo de la opinion de Gosselin, citen casos prácticos para probar esta manera de pensar. Tales son MM. Faucon y Leneveu.

No pasaré adelante sin haber mencionado la hernia producida al través del hiatus de Winslow, por su especial importancia, pues se citan casos en que una porcion considerable de los intestinos delgados ha pasado detrás de los epiplones al través de este orificio natural, que serviria entónces de anillo estrangulador.

Nos resta ahora ocuparnos de las estrangulaciones internas, producidas á causa de bridas formadas accidentalmente, como consecuencia de estados patológicos diversos, y que llegan á circunscribir á veces un orificio anormal donde penetrando una parte del tubo digestivo, se produce una verdadera estrangulacion.

Generalmente, estas bridas son el resultado de

antiguas peritonitis, como la brida célulo-fibrosa de que hablan varios autores por su mayor frecuencia, y que unida por sus extremos á la manera de puente con la pared abdominal, circunscribe por lo general un espacio capaz de producir la estrangulacion del asa intestinal que consiga salvarle y ponerse con él en relacion.

Otras veces, estas bridas se extienden de una asa intestinal á otra, del intestino al mesenterio, de este mismo órgano al epiplon ó á la pared abdominal, y con mucha mayor frecuencia á los órganos inmediatos, especialmente á la vejiga y al útero.

No es esta la única forma que puede dar lugar á esta clase de estrangulacion. En muchas circunstancias y sin que intervenga para nada el intestino que desempeña entónces un papel completamente pasivo, estas bridas se extienden del mesenterio ó del epiplon á la pared abdominal, ó atraviesan la pélvis en diferentes sentidos, constituyendo verdaderas cuerdas rígidas, en las que cabalga alguna asa intestinal, lo que hace posible su estrangulacion.

Muchas veces, el apéndice vermiforme, así como otras un divertículo del ileo, pueden dar lugar al conjunto de fenómenos objeto de nuestro estudio.

El señor Parise señala un caso de estrangulacion determinado por la presencia de divertículos en el intestino, que anudándose al rededor de una

asa intestinal, consiguen muchas veces interrumpir su luz.

Por lo que queda expuesto, se ve cuan variadas son las relaciones que el intestino estrangulado contrae en su nueva posicion con los órganos inmediatos, y que seria bien difícil poder citar dos casos semejantes.

c *Torsiones del intestino*—Hay oclusion intestinal debida á esta causa,cuando el intestino, girando sobre sí mismo en el sentido de su longitud, se estrecha en un punto cualquiera de su trayecto, al extremo de ser un obstáculo para el libre curso de las materias fecales. A esta forma de estrechez se ha dado tambien el nombre de *vólvulo* ó *estrangulacion rotatoria de Rokitanski.*

Las mismas bridas que hace un momento fueron mencionadas y que juegan un papel tan importante en el desarrollo de las estrangulaciones internas, no son extrañas á esta forma de lesion y pueden originar en consecuencia el *vólvulo* ó sea la *estrangulacion por torsion.*

La gran laxitud de los repliegues serosos mesentéricos del ciego y de la *S* iliaca, hace que sean estos los puntos en que de preferencia se produce la rotacion.

Esta puede ser total ó parcial. En el primer caso, los cabos del intestino que giran sobre sí mismos pero en sentido opuesto, describen una circunferencia de círculo completa, pudiendo ir más allá.

En el segundo caso, se detienen en su movimiento de rotacion antes de alcanzar esta extension.

Muchas veces, estas torsiones del *ciego* y de la *S iliaca* que dejo consignadas, repercuten en el intestino delgado, dando lugar á que este se arrolle y se estrangule sobre un repliegue del mismo mesenterio que le sirve de eje.

En otras partes del intestino grueso, puede tener tambien su asiento esta clase de oclusion, pero con ménos frecuencia.

Se citan casos en que la torsion ha sido consecutiva á la ingestion de una gran cantidad de alimentos indigestos; y otros, en que ha sido la consecuencia de violentos esfuerzos del cuerpo. Pero esto no está demostrado.

CAUSAS DE OCLUSION INTESTINAL RESIDENTES EN LAS PAREDES MISMAS DE ESTE ÓRGANO.

Aquí, como en la forma anterior, numerosas y muy variadas son las causas que pueden dar orígen á la oclusion intestinal.

Sin embargo, se les puede reunir en tres grupos ó categorias, á fin de facilitar su estudio, que son:—1° *Los tumores que pueden desarrollarse ó tener su asiento en las paredes de este órgano*—2° *Las cicatrices*—3° *Las invaginaciones ó intususcepciones.*

a. Tumores—De diferente naturaleza son los que pueden tener su asiento en las paredes del intestino, y dar lugar por su presencia á la oclusion intestinal, en vista de la estrechez que determinan en el punto donde se desarrollan. Tales son los pólipos y la hipertrofia parcial del intestino, á los que se puede agregar el caso observado por Laennec, en que la estrechez habia sido consecutiva á un quiste hidatídico desarrollado en el espesor de sus paredes.

b. Cicatrices—Bien conocidas son para nosotros las retracciones que las cicatrices en general determinan en los tejidos ú órganos donde tienen su asiento.

Los intestinos no están exentos de esta clase de alteraciones, y así vemos á la *disenteria* y á la *tuberculosis*, producir con sus *ulceraciones*, deformidades y fruncimientos en las túnicas del intestino que importan más tarde una estrechez para este órgano.

De igual naturaleza son las alteraciones que producen, aunque en menor escala, la fiebre tifoidea y el catarro intestinal.

La *sífilis*, en el largo catálogo de sus manifesciones patológicas, presta tambien aquí su poderoso contingente en el desarrollo de esta clase de oclusiones, si bien la estrechez á que da orígen tiene su asiento exclusivamente, como lo hace notar Fournier, en el recto.

Lo mismo podriamos decir de las estrecheces que determinan la disenteria, la tuberculosis y la fiebre tifoidea, que residen casi siempre en el intestino grueso, al revés de lo que sucede en la oclusion producida por el *cáncer*, que tiene lugar con más frecuencia en el intestino delgado.

En apoyo de esta opinion, citaré la observacion del señor Bulteau, pues de ciento ocho casos recogidos por él de esta afeccion, setenta y dos veces ha tenido su asiento en el ileon y recto.

c. Invaginaciones ó *intususcepciones* — En esta forma de oclusion intestinal, la estrechez es consecutiva á la penetracion de una parte del intestino en otra.

Esta invaginacion puede tener lugar de dos maneras.

Muchas veces, y éste es el caso más frecuente, la penetracion se verifica en el sentido del curso de las heces, ó lo que es lo mismo, el cabo superior penetra en el inferior, constituyendo lo que se ha dado en llamar por algunos autores, *invaginacion progresiva* ó *descendente.*

En otros casos, aunque con ménos frecuencia, es el extremo inferior el que penetra en el superior. A esta forma de invaginacion se le denomina *retrógrada* ó *ascendente.*

Una vez producida la invaginacion, es bien fácil explicarse el mecanismo por el cual se produce la oclusion.

En efecto, la porcion de intestino invaginada sufre, como es consiguiente, la compresion insólita que el extremo opuesto del intestino invaginador ejerce sobre ella. Es una especie de anillo que estrangula, por decir así, la parte invaginada, disminuyendo su calibre.

Si las cosas pararan en esto, poco tendriamos que lamentar sus consecuencias; pero desgraciadamente no sucede así, y vemos al mesenterio que acompaña al intestino en estos movimientos, intervenir de una manera activa para producir por su resistencia y segun el grado de la invaginacion, una corvadura más ó ménos extensa que aumenta la estrechez.

Por otra parte, vemos á la inflamacion como complemento necesario en estos casos, presentándose primeramente la *congestion* que aumenta igualmente la estrechez por el engrosamiento que origina en las paredes del intestino sitio del mal; y en segundo lugar, la secrecion de *linfa plástica*, que vertida al nivel de las serosas puestas en contacto, consigue su adhesion y hace persistir el obstáculo.

Sin embargo, esta misma inflamacion ha podido dar lugar en muchos casos á la curacion espóntanea de esta clase de oclusiones.

La compresion de los vasos del mesenterio, privando de su nutricion al cilindro invaginado, acarrea su necrosis, y á no ser por la inflamacion

adhesiva á que hago referencia, y que se ha encargado antes de unir los dos estremos del intestino así separados, nos encontrariamos en presencia de una comunicacion entre esta cavidad y la del peritoneo, y de ahí, con una peritonitis generalmente mortal.

Bastante discutidas han sido las causas de la invaginacion.

Para unos, seria debida á un trastorno de los *movimientos peristálticos del intestino*, como consecuencia de una irritacion inflamatoria.

Otros creen sea ocasionada por las *ascáridas lumbricoideas*.

La más probable de todas estas opiniones, me parece que es la de los que suponen la invaginacion determinada por *pólipos*.

Efectivamente, estos por su peso consiguen casi siempre arrastrar la porcion de intestino á que están adheridos é invaginarla en el segmento inferior.

Respecto al asiento de la invaginacion, arrojará alguna luz la observacion de M. Bulteau, consignada en su tésis, y que en un total de 763 casos, encuentra 392 invaginaciones ileo-cecales, 220 en los intestinos delgados y 151 en los intestinos gruesos.

Por lo que toca á la edad, parece ser esta una de las causas más frecuentes de oclusion intestinal en los niños.

Causas de oclusion intestinal residentes en el interior de esta cavidad, ó sea oclusion por obstruccion.

Las numerosas causas que originan esta clase de oclusion comprenden toda la variedad de cuerpos extraños que desarrollados en el interior mismo del intestino, ó ya sea venidos de afuera ó de algun órgano inmediato, se detienen en un punto cualquiera de su trayecto, interrumpiendo el curso de las materias fecales.

En la primera categoria se podria colocar las diferentes clases de *vermes intestinales*, aunque hasta el presente no se ha demostrado su influencia en esta clase de alteraciones; y las *concreciones intestinales* ó *enterolitos* formados casi exclusivamente de fosfato amónico-magnésico ó de sales calcáreas, que pueden ser originados en el interior de esta cavidad ó llegar á ella de órganos inmediatos.

En la segunda categoria colocaré la acumulacion de materias fecales endurecidas, que constituyen los tumores estercoráceos, coincidiendo tal vez este accidente con una relajacion relativa de las paredes intestinales que facilita su formacion.

Muchas veces este obstáculo al curso de las heces es ocasionado por la ingestion de cuerpos

extraños en el tubo digestivo, que sirven de núcleo al rededor del cual se depositan nuevos elementos que aumentan su volúmen.

La ciencia registra muchos casos de esta clase que han terminado por la muerte en muy pocas horas, á causa de la estrangulacion que generalmente determinan en el interior del conducto intestinal.

Igual accidente determinan á veces los cálculos biliares, aunque haya sido negado por varios autores, en vista del poco volúmen de ellos.

Sin embargo, el Dr. Morse reune 38 casos de esta naturaleza en su tésis, y el Dr. Murchinson explica esta clase de oclusion diciendo que los cálculos voluminosos que pueden originarla, hacen su aparicion en esta cavidad al través de una *fístula intestinal.*

Me resta ahora hablar de las modificaciones sufridas por el intestino y debidas á la oclusion.

Bien conocidas son las alteraciones que la evolucion del proceso morboso determina *in situ* de la oclusion, y me he ocupado de ellas en cada una de sus formas.

Diré solamente aquí, que la porcion de intestino que sigue al obstáculo, en virtud de haber sido condenada á la inaccion completa, concluye por atrofiarse.

Todo lo contrario sucede en el extremo superior, pues este, obligado á dar cabida en su cavidad á

los materiales que le llegan periódicamente, concluye á su vez por distenderse de una manera extraordinaria dando lugar á muchos fenómenos de vecindad.

SINTOMAS

Es bien difícil seguramente el estudio metódico y ordenado de la gran variedad de síntomas que caracterizan esta afeccion, mucho más si se tienen en cuenta las numerosas causas que pueden originarla, así como tambien los diferentes sitios que caprichosamente puede ocupar.

Sin embargo, una vez constituida la enfermedad, se caracteriza por los cuatro síntomas siguientes: 1° *Dolor*; 2° *Estreñimiento*; 3° *Meteorismo*, y 4° *Vómitos*, á los que podemos agregar la *apirexia*.

a. Dolor—Segun la forma de la oclusion, el dolor se presenta brusca ó lentamente, teniendo como carácter especial no abarcar nunca toda la region del abdómen, sinó circunscribirse á un solo punto de esta region, como el ombligo, las fosas iliacas, por ejemplo, donde es más pronunciado, para irradiarse despues en distintas direcciones.

Como el de la peritonitis, al que nunca alcanza en intensidad, el *dolor* se exaspera por la presion, pero no de una manera uniforme, sino en ciertos puntos que son generalmente asiento del mal.

b. Estreñimiento—Mucho varia, segun los casos, la época en que se presenta este fenómeno. Unas veces acompaña desde el primer dia á la enfermedad; otras, lo hace más tarde y paulatinamente.

En efecto, la oclusion puede muy bien ser completa, pero estar colocada muy arriba. En este caso la porcion de intestino situada por debajo del sitio de la obstruccion necesita por lo general de uno á dos dias para arrojar su contenido.

Otras veces, y cualquiera que sea el sitio de la oclusion, esta es incompleta y permite el paso de los materiales semi-líquidos contenidos en el segmento superior, que más tarde se traducen por evacuaciones alvinas.

Sin embargo, se puede decir que casi siempre la constipacion es absoluta y tenaz al finalizar el primer dia, si la oclusion es completa, no notándose ni desprendimiento de gases por el ano.

c. Meteorismo—Los gases desarrollados y contenidos en el segmento superior del tubo intestinal, no pudiendo salvar el obstáculo de la oclusion, se estacionan y distienden las paredes de este segmento, y con ellas las de toda la cavidad abdominal, constituyendo lo que se llama el *meteorismo*.

Este se presenta generalmente de la veinti-

cuatro á las cuarenta y ocho horas, despues de la oclusion completa.

Desde este momento, la percusion acusa un sonido timpánico, y el exámen de las vísceras por medio de la palpacion se hace imposible.

Sin embargo, cree el señor Jaccoud que al través de las paredes abdominales así distendidas es posible percibir aún las asas intestinales "dibujadas por los gases mismos que las extienden, tomando el aspecto de gruesos cilindros flexuosos, culebras enroscadas á quienes de vez en cuando agitan contracciones convulsivas".

Por otra parte, tenemos al diafragma que, rechazado hácia la cavidad torácica por la distension de éstos mismos órganos, é imposibilitado en sus movimientos de contraccion, da lugar por este mecanismo á la *dísnea* y el *hipo*, síntomas casi siempre constantes.

d. Vómitos—No son seguramente los primeros en anunciar la enfermedad, pues aunque la oclusion completa haya tenido lugar poco tiempo despues de las comidas, en cuyo caso son la consecuencia inmediata, el práctico los atribuye generalmente á una simple indigestion, hasta que el cambio de carácter de ellos ó la aparicion de nuevos síntomas consiguen ilustrar el diagnóstico.

Sin embargo, estos vómitos y dado el caso citado, se presentan de una manera brusca: desocupan rápidamente el estómago de su contenido,

procurando al enfermo una mejoria engañosa, de pocas horas.

Otras veces, la oclusion coincide con un estado de vacuidad del estómago, y entónces tardan mucho más tiempo en presentarse estos accidentes.

No obstante, y ya sea que en uno ú otro caso estos vómitos respondan á la oclusion intestinal, tienen sus caracteres especiales.

Al principio, están compuestos casi en su totalidad de materias alimenticias, ó son de naturaleza muco-biliosos, que revelan un trastorno en el aparato biliar.

Más tarde, y generalmente del segundo al cuarto dia, toman el aspecto y el olor de las *deyecciones diarréicas*, ó lo que es lo mismo, el estómago arroja un líquido amarillo y fétido semejante al que se encuentra en los intestinos delgados y cólon ascendente, que al pasar por la garganta ocasiona á los pobres enfermos angustias penosísimas.

En este momento, los sufrimientos del paciente llegan á su apogeo para proporcionarle en seguida un alivio momentáneo y pasajero, y esto en lo que se refiere á los síntomas puramente abdominales, pues el estado general del enfermo sigue agravándose de hora en hora, como lo demuestran claramente las alteraciones de la cara y de las demás funciones.

La respiracion, desde el principio, muy frecuente, se debilita poco á poco, al extremo de que con

dificultad consigue muchas veces el enfermo hacer oir su voz, que en este caso es trémula y coincide con la disminucion casi absoluta del murmullo vesicular.

La sed es insaciable; pero estos desgraciados rehusan muchas veces la ingestion de líquidos, por temor de que se renueven los vómitos y con ellos sus sufrimientos.

La orina se hace cada vez más escasa, sobre todo, segun Barlow, si el obstáculo reside en un punto próximo al estómago.

El pulso, pequeño y frecuente, concluye por hacerse filiforme é irregular.

El adelgazamiento hace rápidos progresos, contrastando la emaciacion de la cara, de las extremidades y del torax con el volúmen á veces monstruoso del vientre.

La piel, fria y arrugada, se cubre de sudores viscosos que denotan, segun Jaccoud, el anonadamiento de la inervacion vaso-motriz.

La alteracion de las facciones se acentúa de una manera notable. El semblante está pálido y contraido: la lengua, seca, roja y puntiaguda, cubierta de un barniz más ó ménos espeso.

La temperatura conserva sin embargo su mínimum fisiológico, y la *asfixia* es gradualmente progresiva. En fin, el enfermo cae en una especie de letargo que indica la proximidad de la muerte, que no tardará en llegar.

La inteligencia, sin embargo, es la única que se conserva intacta en medio de este horroroso cuadro de síntomas, como si obligara al paciente á asistir á su propia destruccion.

MARCHA, DURACION Y TERMINACION

Una vez iniciada la enfermedad, su *marcha* es de ordinario regular y contínua. Los accidentes se agravan sucesivamente hasta su terminacion, ya sea por la muerte ó por una desobstruccion completa.

Sin embargo, esta regla no carece de excepciones, y vemos en casos muy graves, á estos síntomas hacer un paréntesis que permite abrigar alguna esperanza. ¡Vana ilusion! Despues de restablecido por algun tiempo el curso de las heces, vuelven á presentarse con más vigor los accidentes característicos de esta grave enfermedad, que á partir de este momento adquiere una marcha más rápida.

Dan lugar generalmente á esta clase de fenómenos, las oclusiones determinadas por pólipos ó cuerpos extraños que han conseguido franquear el conducto ó independizarse de sus ataduras.

La *duracion* de esta enfermedad varia mucho segun los casos, teniendo mucha influencia en su terminacion más ó menos rápida, las complicaciones á que puede dar orígen, así como tambien la forma de la oclusion.

Sin embargo, se puede decir en general que la duracion varia entre un dia y dos semanas, pudiendo alcanzar excepcionalmente á un mes.

La *terminacion* de la oclusion puede tener lugar de dos maneras. En ciertos casos, que desgraciadamente son los ménos, la *curacion* pone punto final á todo el cortejo de síntomas que hemos visto desarrollarse con una expresion tan seria, en el curso de esta enfermedad.

Desde este momento, el enfermo arroja por el ano, en union de los gases, una cantidad verdaderamente sorprendente de materias líquidas y semi-sólidas.

El alivio no se hace esperar y si la oclusion no ha ocasionado lesiones graves en el intestino ó en sus inmediaciones, la convalescencia es rápida.

En otros casos, este resultado favorable se consigue á expensas de una fístula estercorácea ó de un ano preternatural.

Con mucha mayor frecuencia, la muerte sorprende este estado de cosas, siendo por lo general causada por el *colapso*, la asfixia ó una *peritonitis* con ó sin perforacion.

PRONÓSTICO

El pronóstico generalmente es muy grave, aun cuando sea incompleta la obstruccion. Sin embargo, varia mucho segun los casos y la forma de la oclusion. Así, por ejemplo, en la oclusion determinada por materias estercoráceas, como tambien en la que es debida á una *neurosis* ó á un espasmo intestinal, es por lo regular más benigno que en las otras formas de oclusion: tales como, la invaginacion, el vólvulo y muy especialmente la estrangulacion interna, que le imprime un carácter de los más graves.

Con mucha frecuencia, es bien difícil establecer

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico exactode esta enfermedad, tanto más si se tiene en cuenta la gran variedad de causas que pueden originarla, y lo numeroso de sus síntomas.

Por lo tanto, el práctico debe concretarse á

resolver las tres cuestiones siguientes: 1ª ¿Hay oclusion intestinal? 2ª ¿Cuál es su sitio y naturaleza? 3ª Determinar su causa.

Nos pondrán en camino del diagnóstico respecto á la primera cuestion, los antecedentes del enfermo, su estado presente, los conmemorativos de la marcha de la enfermedad y el exámen minucioso de aquellas regiones en que comunmente se presentan las hernias.

Para no confundir esta enfermedad con la peritonitis aguda, con la metro-peritonitis aguda, y muy especialmente con la peritonitis por perforacion, debemos tener siempre presente, que en estas enfermedades el meteorismo es más uniforme y generalizado, que los vómitos no son esencialmente fecaloides sinó más bien biliosos, que los desarreglos intestinales son ménos marcados, permitiendo á intervalos la salida de gases y materias fecales; y sobre todo, la temperatura, que en estos casos es muy elevada, contrastando con la *apirexia* de la oclusion.

Respecto al *sitio de la lesion*, no se podria decir otro tanto, pues es bien difícil establacer el sitio anatómico de la oclusion, si se hace excepcion de las que tienen su asiento en el cólon descendente, en las que por lo general la exploracion del recto ó el tacto vaginal arrojan alguna luz.

Muchas veces se comprueban por este medio las

estrecheces cicatriciales, los cánceres, los tumores estercoráceos y las invaginaciones del recto.

Todo lo más que se puede hacer en estos casos, es distinguir si el obstáculo reside en el intestino delgado ó en el grueso.

El punto inicial del dolor es un síntoma de la mayor importancia y que debe tenerse siempre presente.

La falta de vómitos fecales así como la desaparicion casi completa de la orina, indican que el sitio de la obstruccion reside en un punto muy cercano del estómago.

El aumento de volúmen del abdómen, más pronunciado en unos puntos que en otros, no deja de tener tambien su importancia.

Cuando el meteorismo, desarrollado rápidamente, se extiende á toda la cavidad abdominal, es una prueba de que el obstáculo reside en los intestinos gruesos. A igual suposicion dan lugar los vómitos tardios que se presentan mucho tiempo despues de iniciada la enfermedad por otros síntomas.

La naturaleza del obstáculo, es en muchas ocasiones difícil de reconocer. Sin embargo, los antecedentes y el exámen anterior del enfermo podrian ilustrarnos en esta cuestion.

Si se alegara, por ejemplo, una peritonitis antigua, supondriamos que las bridas han originado la oclusion. Si una fiebre tifoidea, la disenteria

ó la sífilis, pensariamos en una estrechez por cicatriz.

El principio brusco ó lento de la enfermedad son tambien indicios que nos permiten averiguar la naturaleza del obstáculo; siendo el primero de ellos propio de la estrangulacion y del vólvulo ó torsion, mientras que el segundo es más bien propio de la invaginacion.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la oclusion intestinal se divide en médico y quirúrjico.

El tratamiento médico, que es por lo general la primera indicacion que se emplea, sea cual fuere la forma de la oclusion, puesto que es bien difícil en la mayoria de los casos averiguar la causa cierta de la enfermedad, tratamiento que se usa aún suponiendo que aquello se consiga, porque nunca se interviene tan activamente antes de haber agotado los recursos de la terapéutica, comprende: 1° Los purgantes; 2° Los calmantes. Cuando un médico es solicitado para prestar sus servicios profesionales á un enfermo de oclusion intestinal, lo primero que se le ocurre á fin de restablecer el curso interrumpido de las heces, es la administracion de un purgante.

Al principio, debe echarse manos de los purgantes suaves y muy especialmente de aquellos que tienen la propiedad, por la trasudacion serosa abundante que provocan, de favorecer la disgregacion de las materias fecales endurecidas, tales como las sales neutras y los calomelanos. Más tarde, debe recurrirse á purgantes más enérgicos, tales como la elaterina ó el aceite de croton-tiglio, que puede administrarse ya sea interiormente ó bien en aplicaciones abdominales.

No siempre que se recurre á estos medios terapéuticos, deben administrarse por la boca. En muchas ocasiones y segun la forma de la oclusion, ha dado excelentes resultados su aplicacion en enemas.

Antes de terminar, diré que las formas de oclusion en que su uso es más racional, son aquellas en que el obstáculo es debido á una acumulacion de materias fecales, á una paresia intestinal ó á un acodamiento del intestino.

En muchos casos, y cuando el obstáculo está situado en el cólon descendente, como he tenido oportunidad de presenciar un caso en la clínica del distinguido médico doctor don Alfredo French, dan buenos resultados las irrigaciones forzadas por el ano.

Estas se practicaban por medio de un largo tubo de goma cuyo extremo inferior se ponia en comunicacion con un depósito de agua prévia-

mente preparado con la sustancia medicamentosa que se debia emplear, y colocado á cierta altura, é introduciendo el otro extremo en el recto.

Fácil es de prever la fuerza con que esta columna líquida viene á herir el obstáculo causa de la oclusion.

Cuando los medios que quedan indicados se han empleado sin resultado, se recurre entónces á la *medicacion calmante*, que tiene por objeto combatir el dolor, la irritacion y el espasmo intestinal.

Figura en primera línea el opio y sus alcaloides, de entre los cuales la morfina en inyecciones hipodérmicas presta en nuestros dias servicios importantísimos.

Viene en seguida la belladona, que por su accion especial sobre la fibra muscular del intestino, ha sido tan legítimamente preconizada por Trousseau.

Por igual motivo se ha recurrido en otros casos á la electricidad, la nuez-vómica y sobre todo al hielo administrado *intus et extra.*

Esta última medicacion presta indudablemente servicios importantes, no solo combatiendo la irritacion, sinó tambien disminuyendo la cantidad de gases desarrollados en el segmento superior del intestino, y aumentando la contractibilidad suspendida de las fibras musculares de estas paredes.

A muchos otros medios se ha recurrido que me

limitaré á enumerar. Tales son, como agentes mecánicos, el mercurio, el plomo en forma de bolas, etc., administrados por la boca, el dedo, la cureta y el cateterismo por medio de la sonda exofágica, interviniendo por el ano.

En último caso, y cuando los medios empleados anteriormente han sido infructuosos, se recurre al *tratamiento quirúrjico.*

El *tratamiento quirúrjico* está considerado hoy dia y con justicia por la inmensa mayoria de prácticos, como el único capaz de curar una oclusion.

El tratamiento médico, con su prodigioso número de recursos, por lo general ineficaces, debe intervenir para nosotros pura y exclusivamente como medio de diagnóstico.

El tratamiento quirúrjico, comprende: 1° la *Laparotomia*, 2° la *Enterotomia.*

La laparotomia consiste simplemente en incindir el abdómen, ya sea en la línea media ó lateralmente, á fin de averiguar las alteraciones que pueden tener su asiento en los diversos órganos de esta cavidad.

Aunque conocida desde la antigüedad, esta operacion no se ha puesto sin embargo en práctica y con éxito hasta nuestros dias, en que los grandes recursos de la cirujia moderna la han generalizado, asignándole un puesto importante por sus numerosas aplicaciones, no solamente al tratamiento de esta enfermedad, sino tambien á la extraccion

de los tumores de diferente naturaleza que pueden tener su asiento en esta region, ó á la extirpacion de algun órgano degenerado, como el riñon, el ovario, el bazo, etc.

Una vez abierta la cavidad y en presencia misma de las vísceras, le toca al cirujano averiguar el punto y causa de la oclusion.

En muchos casos la intervencion se limita, como lo hace notar Dieulafoy, á colocar el intestino en su direccion normal (vólvulo), á desplegar la invaginacion, á seccionar una brida ó anillo (estrangulacion), á incindir el intestino (cuerpos extraños), etcétera.

Pero en otros casos completa la operacion anterior ó *laparotomia*, la *enterotomia*, que consiste en escindir una porcion más ó ménos larga del conducto intestinal, asiento de la oclusion, suturando despues completamente los extremos del intestino así separados, ó haciendo una sutura incompleta que en combinacion con la herida practicada en las paredes del abdómen, hace fácil la formacion de un ano *contra-natura*.

Autores distinguidísimos, entre los que podemos colocar á M. Backel, á M. Cozin, de Boulogne, y á M. Verneuil, que han practicado esta operacion con éxito en diferentes ocasiones, patentizan elocuentemente su bondad.

OBSERVACION

Angel Ferrari, italiano, de 36 años de edad, entró en el Hospital General de Hombres á mediados de Agosto de 1882, ocupando una cama de la sala 4ª, clínica entonces del Dr. D. Alfredo French.

De temperamento linfático y constitucion debilitada, indicaba con su rostro pálido y demacrado un padecimiento muy grave.

Sus ojos, excavados y rodeados de un círculo lívido, expresaban el dolor.

Interrogado que fué por nosotros acerca de su padecimiento, nos contestó, que todo su mal residia en el vientre y que hacia lo ménos un mes que no defecaba.

Instintivamente procedimos al exámen de esta region, comprabando la existencia de un tumor duro y voluminoso en la fosa iliaca-izquierda, así como tambien una elevacion monstruosa del vientre que contrastaba con el enflaquecimiento de la cara, del torax y de las extremidades.

El enfermo tenia vómitos fecaloides.

Su respiracion anhelosa y frecuente, no estaba de manera alguna en relacion con la baja temperatura que pudimos comprobar, pues el termómetro nos acusó 36 grados y 9 décimos de grado.

Inmediatamente, y suponiéndose una *oclusion intestinal*, se le administró un enema compuesto de la manera siguiente:

Cocimiento de sen	120 gramos
Sulfato de soda	30 gramos

Como este fuera devuelto íntegro por el enfermo sin que mejorara su estado, se le prescribió seis píldoras de elaterina de un centígramo cada una, que el enfermo debia tomar de hora en hora hasta que se produjeran evacuaciones alvinas.

Tampoco dieron estas resultado y solo se consiguió agravar los padecimientos del enfermo.

Al dia siguiente y durante la visita fué examinado más detenidamente el enfermo, y entonces se pudo comprobar mediante la exploracion del recto, un gran *bolo fecal* situado al alcance de nuestros dedos y que originaba por su presencia la oclusion.

A varios medios se recurrió desde este momento á fin de facilitar su disgregacion, convencidos de la ineficacia de los purgantes y enemas en este caso.

La sonda exofágica y las irrigaciones forzadas de agua fueron aplicadas alternativamente sin el menor resultado, tal era la consistencia del bolo.

Los dedos vinieron á reemplazar con ventaja á todos los instrumentos que pudieran emplearse, y despues de algunas horas de trabajo, conseguimos efectivamente disminuir su volúmen y facilitar su expulsion.

Estaba compuesto en su totalidad, de fibras entrecruzadas en diferentes sentidos, circunscribiendo á la manera de celdas, pequeñas cavidades llenas de materias fecales endurecidas.

Lo que se siguió á su expulsion, fué verdaderamente sorprendente. Durante tres dias sin exageracion, nuestro enfermo arrojó una cantidad de materias fecales, que su apreciacion hace imposible todo cálculo.

Un purgante administrado al segundo dia de dejar expedito el curso de las heces, completó el tratamiento.

A fin de combatir la irritacion consiguiente y volver á las paredes del intestino su tonicidad, se le aconsejó despues unas píldoras de belladona y extracto de nuez-vómica.

Inútil es decir que el enfermo volvió á la vida, cuando estaba á punto de extinguirse, y que su mejoria desde este momento siguió una marcha rápidamente progresiva, hasta su salida del Hospital, efectuada quince dias despues de la operacion.

Dos meses despues, el mismo individuo con idénticas alteraciones, era recibido en el Hospital.

El empleo del procedimiento indicado anteriormente, dió por resultado salvarlo por segunda vez.

Veinte dias más tarde, salia de alta al parecer curado, é ignoro la suerte que haya corrido despues.

Vº Bº

L. Montes de Oca.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

ANATOMIA—Region infra-iodea.

ANATOMIA TOPOGRAFICA—Region supra-clavicular.

PATOLOGIA GENERAL—Importancia de la auscultacion.

FISIOLOGIA—Caracteres diferenciales entre los vegetales y los animales.

MATERIA MÉDICA—Anestésicos.

PATOLOGIA EXTERNA—Causas, síntomas y tratamiento de la embolia.

NOSOGRAFIA MÉDICA — La enfermedad de Brigth ¿es ó no general?

CLINICA MÉDICA—¿Qué enfermedades se consideran incurables?

MEDICINA LEGAL Y TEXICOLOGIA—¿Es suficiente la pena que establece el Código para la madre infanticida?

OBSTETRICIA—Menstruacion.

OFTALMOLOGIA — Empleo del oftalmoscopio para determinar objetivamente el estado de refraccion extática y medir las ametropias.