Duplicado del Inv: 10476
Ubi:

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

OCLUSION INTESTINAL

POR

ACÚMULO DE MATERIAS

(BOLO FECAL)

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

TOMÁS D. WEST

26.203.

BUENOS AIRES

Imprenta LA UNIVERSIDAD, de J. N. Klingelfuss, Calle Venezuela, N. 234

ENTRE LAS CALLES PERÚ Y CHACABUCO

MDCCCLXXXV

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DÉCANO	Dr. D.	PEDRO A. PARDO
ACADÉMICOS	» »	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	» »	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	« « Pedró A. Mattos
Higiene pública y privada	« « Antonio F. Crespo
Patologia externa	« « L. Montes de Oca
Medicina operatoria	« « Bartolomé Novaro
Enfermedades de mugeres y clínica respectiva.	« « Jacob de T. Pinto
Patologia interna	« « Manuel Arauz
Clínica Quirúrgica	« « Ignacio Pirovano
Oftalmologia y clínica respectiva	« « Cleto Aguirre
Enfermedades de niños y clínica respectiva	« « Manuel Blancas
Clínica médica	« « Manuel P. de Peralta
Medicina legal y Toxicologia	« « Eduardo Wilde
Obstetricia y clínica respectiva	« « Pedro A. Pardo
Farmácia y práctica farmacéutica	« « Martin Spuch
Quimica farmacéutica	« « Domingo Parodi

SUSTITUTOS

Anatomia descriptiva y topográfica	Dres. Juan J. Naon y J. Arce (en ejerc.
Histologia y Anatomia Patológica	Dr. D. Eduardo Perez
Fisiologia general y humana	« « Cárlos Villar
Patologia general y ejercicios clínicos	« « Claudio Benitez
Materia Médica y Terapéutica	« « E. del Arca y Just. Ledesma
Higiene pública y privada	Dres. José M. Ramos Mejia y Meliton G. del Solar
Patologia externa	Dr. D. Juvencio Arce
Medicina operatoria	Dr. D. Julian Aguilar
Patologia interna	Dres. José Penna é Inocencio Torino
Clínica Quirúrgica	(Vacante)
Oftalmologia y clínica respectiva	Dres. Pedro Lagleyze y Ed. Obejero
Clínica Médica	« Juan B. Gil y Eufemio Uballes
Medicina legal y Toxicologia	Dr. D. M. Blancas (en ejercicio)
Obstetricia y clínica respectiva	Dres. J. R. Fernandez y Luis F. Vila
Farmacia y práctica farmacéutica	Dr. D. Atanasio Quiroga
Quimica farmacéutica	« « Miguel Puiggari (en ejercicio).
Enfermedades de niños y su clínica	« « Dr. D. Facundo Larguia
Enfermedades de mujeres y su clínica	(Vacante)

DISECTORES

Don Andrés F. Llobet y Don Alejandro Castro

PRESIDENTE DE TESIS

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

A MI MADRE

A LA MEMORIA DEL Dr. MANUEL A. MONTES DE OCA

Veneracion y respeto.

A MIS MAESTROS

Agradecimiento eterno.

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES ACADÉMICOS:

Vengo ante vosotros á coronar mi vida de estudiante, y sujetándome á preceptos reglamentarios, á pediros el título de Doctor en Medicina, si es que encontrais en el humilde trabajo que os presento méritos bastantes para ello.

Mucho he trepidado antes de decidirme en la eleccion del tema que me habia de servir para este acto.

Talvez me haya pasado lo que pasa á todo aquel que mucho elije.

No me arrepiento si tal me ha sucedido, porque por insignificante que el tema pueda ser en sí, al desarrollarlo haré uso de mi cosecha de observacion á la cabecera del enfermo, mientras que, en otros mas interesantes, no hubiera hecho otra cosa sinó reflejar la asimilacion de la cosecha agena.

No espereis encontrar novedades en las pájinas de mi trabajo porque no tengo aún ni el tiempo ni la práctica necesaria para realizarlo.

No creo que me exijais que diga mas que lo que puedo decir y ello es lo que he observado por mi mismo y lo que me ha permitido deducir de esa observacion el criterio médico que debo á vuestras lecciones y consejos.

Señor Presidente:

Señores Académicos:

Antes de principiar la lectura de mi trabajo permitidme que con la sinceridad que me es propia, os manifieste mi agradecimiento por esas lecciones y esos consejos y os pida disculpa si mi inesperiencia me ha impedido sacar de ellos todo el fruto que teniaís derecho á esperar.

OCLUSION INTESTINAL POR ACÚMULO DE MATERIAS

Las causas capaces de producir la oclusion intestinal, son múltiples y diversas, pudiendo clasificarse en tres órdenes distintos, susceptíbles de subdividirse en diez y siete variedades.

Los tres órdenes de causas son: las que tienen su asiento en las paredes del intestino, reconociendo por orígen, ya una lesion física, ya una afeccion orgánica y que pueden llamarse *parietales;* las que, teniendo su asiento fuera del intestino, son capaces de disminuir su cavidad por compresion directa ejercida sobre sus paredes y que pueden calificarse de *extrínsecas;* y las que, teniendo su asiento en el interior de la cavidad, producen la oclusion por disminucion ú obstruccion de la luz del canal y pueden denominarse causas *cavitarias.*

A fin de evitar la descripcion sucinta de cada una de las variedades de causas comprendidas en esos tres órdenes, lo que no haria sino prolongar este trabajo alejándome de su objetivo principal, coloco á continuacion un cuadro sinóptico que dice mas á ese respecto que todas las descripciones que pudiera hacer.

Causas PARIETALES.....	I. *Por lesion orgánica*.....	1° Estrechamiento inflamatorio
		2° « cicatricial
		3° « hipertrófico
		4° « por pólipo
		5° « carcinomatoso.
	II. *Por cambio de posicion*.	6° Invaginacion
		7° Torcion
		8° Flexion brusca.
Causas EXTRÍNSECAS.....	I. *Por estrangulamiento*....	1° Hernias internas al través del diáfragma, aberturas anormales del mesentério etc.
		2° Estrangulamiento por el apéndice ileo cecal ó un diverticulum intestinal.
		3° Estrangulamiento por brida peritoneal.
	II. *Por compresion de cuerpos estraños*	4° Compresion por otras vísceras como el riñon, útero etc.
		5° Compresion por tumores abdominales.
Causas CAVITARIAS.....	I. *Cuerpos estraños ingeridos*	1° Pepas de frutos, pelos, clavos etc.
	II. *Cuerpos estraños internos*	2° Cálculos { biliares / enterolitos
		3° Vermes intestinales.
		4° Acúmulo de materias endurecidas.

Respecto de la frecuencia de estas causas, Brinton ha concluido del exámen de seiscientos casos, que la invaginacion ocupaba el primer rango: 49 por 100; despues seguian en órden de frecuencia las bridas y adherencias: 31,5 por 100; despues los estrechamientos y compresiones de las paredes intestinales: 17,5 por 100 y en fin la torcion ó vólvulus: 8 por 100.

Nada dice respecto de la frecuencia de la oclusion por acúmulo de materias estercoráceas endurecidas, á pesar de ser bastante frecuente, por lo ménos entre nosotros, principalmente en la campaña.

Ignoro si á los médicos que han prácticado y práctican en nuestra provincia les sucede lo que á mi que, en diez y ocho ó veinte meses que hace que resido en Navarro he tenido oportunidad de prestar cuidados á

unos veinte y tantos enfermos de esa naturaleza, habiéndome encontrado en ocasiones con tres de ellos que padecian á un tiempo de oclusion por acúmulo de materias.

La circunstancia de haber tenido oportunidad de observar de cerca un número regular de enfermos de esa clase y el hecho de que los autores que he consultado pasan sobre ese punto sin detenerse ni darle la importancia que le dan á las otras causas mucho menos frecuentes, es lo que me ha llevado á elejirlo para tema de mi trabajo inaugural.

No me ocuparé, pues, sino de lo que se refiere al acúmulo simple de materias como causa de oclusion intestinal.

I.

¿Cuáles son las causas que pueden obrar para producir, el acúmulo y endurecimiento de las materias estercoráceas, no existiendo una alteracion orgánica ni cambio físico en la relacion de las paredes intestinales?

He observado que la oclusion intestinal se produce por lo general, en personas que habitan en la campaña apartadas de los centros de poblacion; por lo menos en los veinte y tantos casos que he cuidado en el año y medio que resido en Navarro, solo dos han sido de personas residentes en el pueblo y de esas dos, una estaba en condiciones escepcionales por sus hábitos viciosos y la falta absoluta de régimen.

Fuera de esos casos de oclusion confirmada, he notado que, en la inmensa generalidad, las gentes de la campaña adolecen de cierta irregularidad en el funcionamiento intestinal, de tal modo que rara es la persona cuyo vientre tiene evacuaciones diarias, presentándose estas comunmente cada dos, tres, y aún mas dias.

La constipacion es, pues, general y casi puede decirse habitual en nuestros paisanos y tanto es así, que cualquiera de ellos á quien se le pregunte si sus funciones intestinales son regulares, contesta siempre que andan *corriente* y *natural*, pero, inquiriendo con mas

minuciosidad al respecto, resulta que la gran mayoria llama *corriente* y *natural* el tener evacuaciones cada dos ó tres dias.

Reflexionando sobre la frecuencia de la oclusion por acúmulo de materias y sobre lo general que es la constipacion en los habitantes de la campaña, he procurado darme cuenta de cuales pueden ser las causas que tienen una influencia directa sobre ese resultado.

De ese estudio y del reconocimiento de sus usos y costumbres, he llegado á concluir que la causa mas directa de ello es el género de alimentacion que se emplea por la generalidad.

Su régimen alimenticio se compone casi esclusivamente de carne de oveja y un poco de galleta.

Esto se esplica.

La desidia proverbial del paisano por una parte y la falta de recursos por otra, hacen que solo en los grandes establecimientos de campo, y eso no en todos, se preocupan las gentes de la sementera de legumbres, de modo que la escasez de ellas es casi absoluta.

De esa carencia general de legumbres resulta, que las cuatro quintas partes de la poblacion se contente con tener á su mesa para llenar las necesidades de la vida, el asado al asador ó el *churrasco* revolcado en las cenizas del fogón.

Lo que afirmo puede atestiguarlo cualquiera que conozca un poco las costumbres de la campaña en la Provincia de Buenos Aires. El paisano por otra parte es sóbrio.

Ahora bien, veamos como puede influir ese régimen en la constipacion tan general que hago notar.

¿Qué es lo que constituye las materias fecales?

Por una parte la descamacion del epitelio intestinal que se produce despues de cada acto digestivo y, por otra, los restos no asimilables de los alimentos y de los líquidos digestivos.

De modo que, á parte de la descamacion epitelial que siempre se produce, habrá tanta mayor cantidad de despojos de la dijestion capaces de aumentar la cantidad de materias fecales, cuanta mayor sea la proporcion de elementos indigeribles que ingiera el individuo en su alimentacion.

¿Cuáles son los alimentos que producen mayor cantidad de elementos indigeribles?

En ello no hay discusion posible; son indudablemente los vejetales.

Nadie puede negar que los herbívoros producen heces muchísimo mas abundantes que los carnívoros.

Luego pues, un hombre que se alimenta esclusivamente de carne, debe producir una cantidad de despojos dijestivos mucho menor que otro que toma una alimentacion mixta ó en la que predominan los elementos vejetales.

El hombre de campo que, por desidia ó por falta de recursos, elimina voluntariamente de su alimentacion regular las sustancias vegetales, para no alimentarse sino de carne, tiene, pues, que producir poca cantidad de materias fecales.

¿Qué resulta de ahí?

Por mas que una vez, llegados al recto los despojos de la alimentacion y digestion, su cantidad no obste á que las contracciones se produzcan y la necesidad de la defecacion se haga sentir, es indudable que esa necesidad será tanto mas intensa y apremiante cuanto

mayor sea la proporcion de las materias contenidas en el intestino grueso.

El hombre que use un régimen alimenticio que produzca pocos despojos fecales, tiene lógicamente que sentir necesidades menos apremiantes que otro que use un régimen susceptible de producirlos en mayor cantidad.

No hay duda de que el hábito tiene gran parte en ello; á ese punto deseo llegar.

El hábito lo forma el hombre de acuerdo con sus necesidades.

Si su alimentacion produce muchas materias de desperdicio, la necesidad de eliminarlas será mas frecuente y apremiante, y se formará de esa necesidad un hábito y hará sus evacuaciones diarias, porque así lo requiere su bienestar, para acallar la sensacion que le producirá el acúmulo de materias en el recto.

Aquel cuya alimentacion, como en nuestros paisanos, produce poco desperdicio eliminable, sentirá esa necesidad con la misma regularidad, pero no será nunca tan apremiante, y como el acto no es agradable, la resistirá una vez, y el movimiento antiperistáltico del intestino rechazará las materias á la *S. iliaca*, desapareciendo por un tiempo mas ó menos largo la sensacion de necesidad que esperimentaba.

Pasado un tiempo bajarán las materias nuevamente provocando su espulsion, y si la sensacion es resistida, una vez mas, volverán á ser rechazadas á la *S.*, hasta que la sensibilidad del recto concluya por embotarse, y se adquiera el hábito de no obedecer á esa necesidad fisiológica sinó cada cierto tiempo que puede ser, de dos, tres y aun más dias.

Tenemos pues al individuo con constipacion habitual, constipacion que reconoce indudablemente, como causa primordial, la poca cantidad de materias fecales que produce el régimen alimenticio esclusivamente animal.

Se me objetará que la constipacion se produce así tambien en un individuo que usa un régimen mixto.

Concedo; pero se producirá en uno ó en diez, y no en cientos ni en la inmensa mayoria, como se observa en la gente de campo. Aquellos diez esplicarán su constipacion por la desidia, esta mayoria puede esplicarla por otra causa que no puede ser, á mi modo de ver, sino la escasez de materias que resulta de ese régimen eminentemente animal, por una parte, y la desidia ó ignorancia de la higiene y de las funciones fisiológicas, por otra.

Esta constipacion habitual es para mi, la que produce el acúmulo y endurecimiento de las materias que tiene como resultado la oclusion intestinal.

Veamos de que manera tiene lugar.

El intestino, cuya sensibilidad se ha embotado por el hábito vicioso no revela ya, con la intensidad normal por la presencia de las materias, esa sensacion de necesidad que es efecto de la parte centrípeta del reflejo nervioso que precede al movimiento peristáltico de las túnicas musculares del recto, que producen en gran parte la espulsion.

En las personas cuyas evacuaciones son diarias y aún dos veces por dia, las cámaras tienen una cierta fluidez y blandura que les permite ser espulsadas casi por ese solo movimiento peristáltico del recto. Es la integridad perfecta del funcionamiento fisiológico.

En aquellos, en quienes por hábito ó por otra causa cualquiera, no se producen evacuaciones diarias y sí cada dos ó tres dias, la permanencia de las materias en el intestino les dá cierta consistencia, privándolas además la poca absorcion del intestino grueso, de los líquidos que pudieran haber salvado de la absorcion superior.

Esto es innegable y puede verificarlo cualquiera persona cuyo vientre funcione con regularidad diaria. Si por cualquier evento altera su régimen, la sensacion tarda en volver á presentarse y no lo hace sinó á la hora de hábito y ya entónces sus cámaras, antes semifluidas y fáciles, tienen cierta consistencia y necesitan para su espulsion de un esfuerzo inusitado, que requiere el empleo de las fuerzas coadyuvantes del acto defecatorio.

A medida que el hábito aleja mas los espacios en tiempo para la produccion de aquel acto, es mayor la sequedad de las materias y, por consiguiente, su consistencia.

El esfinter no se deja dilatar ya con la misma facilidad, y la intervencion de las fuerzas coadyuctoras es mas y mas necesaria é intensa cada vez, de modo que, el acto defecatorio llega á convertirse en molesto, por los esfuerzos á que tiene que entregarse el individuo.

Esa molestia, á veces bastante grande, le hace frecuentemente eludir el acto, agregando un factor mas á la falta de régimen y que lo lleva irremediablemente á la oclusion.

La constipacion, en ese camino, llega á convertirse en tenaz, por el embotamiento de la sensibilidad absoluta y la sequedad y dureza habitual de las materias,

haciendo necesaria ya la intervencion de medios artificiales (purgantes, lavativas, supositorios) para exitar esa sensibilidad pervertida.

Dado un indivíduo en esas condiciones y lo tenemos en la gran mayoria de la gente de campo, ¿es difícil la produccion del acúmulo de materias que producen la oclusion?

De ninguna manera. Basta que una contingencia cualquiera y aún un simple descuido lleve el alejamiento del acto defecatorio mas allá de cierto término, para que un núcleo de materias endurecidas se forme y adquiera tal consistencia que no pueda ya vencer el esfinter, á pesar de los esfuerzos mas grandes, que no siempre obtienen resultado por cuanto no son ayudados por el movimiento peristáltico del intestino. cuya sensibilidad está profundamente embotada.

Tenemos de esa manera el bolo y con él la base de todos los fenómenos de la oclusion por acúmulo de materias.

No es necesario para que esto se produzca que existan muchas materias en el recto ó en la S.; no, casos de oclusion he visto, como los que motivan las observaciones 3ª y 4ª, en que el obstáculo á la marcha de las materias era producido por un núcleo muy pequeño, pero de una dureza escepcional.

Esas son á mi entender las causas que producen con tanta generalidad la enfermedad, que es tema de mi trabajo. Por lo menos, esas son las conclusiones á que me ha permitido llegar la observacion de los casos y el estudio de su orígen y medios posibles de produccion.

¿Cómo se esplica la formacion del bolo unas veces

en la parte inferior del recto y otras en su parte superior y aún en la *S. iliaca?*

Para mi, ello depende principalmente de la pérdida de sensibilidad que debilitando el fenómeno reflejo paraliza el movimiento peristáltico de las fibras intestinales.

Así cuando se acumula una cierta cantidad de materias en la S. iliaca, esta tiende á espulsarlas hácia el recto y, teniendo este su sensibilidad normal, si la pesantez que produce la sensacion de necesidad no es escuchada, las materias por un movimiento antiperistáltico del recto, son rechazadas á la S. iliaca, de donde nuevamente son devueltas.

En este movimiento de vaiven, se absorben los líquidos, llegando un momento en que su consistencia los retiene, y en que perdiendo su sensibilidad la mucosa intestinal, las contracciones no se producen ya y el bolo queda formando obstáculo en el punto donde se encuentre.

Puede aún suceder otra cosa. Las materias se acumulan y endurecen escalonándose en el recto hasta llegar á la S. y puede muy bien suceder que, con las últimas evacuaciones, salga el contenido del recto y quede sin poder descender la parte endurecida que se encuentra en la parte superior del recto ó en la S., viniendo á formarse allí el obstáculo.

De cualquier manera que sea, lo cierto es que unas veces las materias se encuentran inmediatamente por encima del esfinter, y otras el obstáculo se sitúa mucho mas arriba, quedando en estado absoluto de vacuidad el recto.

II.

He raciocinado sobre las causas que creo producen el acúmulo de materias que dá por resultado la oclusion por bolo fecal.

Paso ahora á ocuparme de trazar el cuadro sintomatológico que es el efecto de esas causas.

Al trazarlo me valdré pura y esclusivamente de mi observacion personal, por cuanto, como he dicho antes, los autores se estienden mucho sobre las otras variedades de oclusion y no dicen sinó pocas palabras ó ninguna de esta que, entre nosotros, es la mas frecuente, por lo menos en la campaña.

¿Qué es lo que se cbserva en un enfermo de oclusion intestinal por bolo fecal?

Nos encontramos generalmente con una persona cuyo hábito esterno no ofrece nada de particular, á no ser un abultamiento del abdómen mas ó ménos pronunciado, segun el tiempo de que data su falta de evacuaciones.

Se queja de constipacion, manifestando que hace un número mas ó ménos largo de dias que no consigue tener evacuaciones, á pesar de los esfuerzos á que para ello se ha entregado y de los purgantes ú otros medios de que ha creido deber echar mano antes de recurrir á un médico.

No siente, por lo general y en un principio, dolor

alguno, esperimentando tan solo esa sensacion de peso en el periné que constituye la necesidad de defecar, sensacion que esperimenta de una manera casi continuada, obligando al enfermo á ir al síllico sin poder, á pesar de sus esfuerzos, hacer la evacuacion que tanto ansia y tan urgentemente reclama su organismo.

En ocasiones, esa pesantez se acompaña de un calor urente al ano ó á la region sacra, que aumenta el tenesmo de que se queja.

Á parte de ello siente una sensacion de plenitud molesta en la region epigástrica que llega á veces á producirle una dificultad pasagera en la respiracion.

En la mayoria de los casos el enfermo siente necesidad ineludible de erutar, viéndose obligado, aun contra su voluntad, á dar salida á los gases del estómago en erutos frecuentes, ámplios y ruidosos. Estos erutos le producen algun alivio.

En un grado mas avanzado, esos erutos ván acompañados de náuseas frecuentes y rara vez de vómitos.

El enfermo, en un completo estado de apirexia, siente repugnancia por los alimentos y solo ingiere con gusto aquello que espera pueda sacarlo de la situacion en que se encuentra.

Esos son por lo general los síntomas subjetivos del enfermo; veamos lo que puede obtener el médico de su exámen.

A la simple inspeccion se nota el vientre elevado.

Esta elevacion es á veces parcial y se limita á la region hipogástrica y á la fosa iliaca izquierda y otras á las regiones epigástrica y umbilical.

Pero, por lo general, el aumento de volúmen del vien-

tre es generalizado y ya el abdómen aparece redondeado como un globo, siendo las paredes perfectamente lisas, ya presenta elevaciones y abolladuras, lo que le dá un aspecto desigual marcándose claramente al través de la piel las asas intestinales, principalmente en las regiones laterales á la altura de los colons ascendente y descendente.

La palpacion, cuando la elevacion es generalizada y las paredes del abdómen aparecen iguales y lisas, dá la sensacion de una masa de aire sin que sea posible percibir nada figurado con escepcion de la fosa iliaca izquierda, donde, casi siempre, por una presion un poco fuerte, se percibe una tumefaccion alargada y de la forma de la S. intestinal. Este síntoma es casi constante faltando solo en aquellos casos en que los enfermos acuden pronto al médico ó en los que por temor ó por prudencia, han eludido ingerir alimentos sólidos despues de los primeros dias de la constipacion y cuando notaban ya la dificultad de evacuar á pesar de sus esfuerzos. Cuando esa tumefaccion no existe en la S. iliaca se la encuentra mas abajo en la continuidad del recto.

Cuando el abdómen aparece desigual y con abolladuras, por la palpacion se nota la existencia de cuerpos figurados, un poco aplanados, blanduzcos y que se dejan deprimir y desalojar por la mano, conservando su impresion y la deformacion que ella produce. Estos cuerpos blanduzcos aparecen á veces en gran número y escalonados en las partes laterales del abdómen, en la continuidad de los colons ascendente y descendente; otras veces su número se limita á dos ó tres ó bien á uno solo prolongado, existiendo entonces en el colon descendente, ó en el principio de la S. iliaca.

La determinacion del número de estos cuerpos es necesaria porque muchas veces despues de disgregado un primer bolo, se producen algunas evacuaciones y uno cree libre al enfermo, pero, la constipacion no tarda en reaparecer, reconociéndose recien entonces que no era uno solo el obstáculo. Esa precaucion evita ciertos errores que hacen siempre mala impresion en el enfermo, al ver que el médico le asegura que está ya libre de su molestia y esta no tarda en desmentir ese aserto.

La percusion del abdómen demuestra generalmente la existencia de gran cantidad de gases, que dan un sonido hueco y timpánico, principalmente en las partes superiores del abdómen.

Cuando existen las abolladuras de que he hablado anteriormente, la percusion dá zonas alternativas de timpanismo y macicez, correspondiendo esta á los puntos donde se alojan esos cuerpos blanduzcos que forman las elevaciones que dan al abdómen su aspecto desigual.

Nos queda aún un medio de exámen, que es el mas precioso y seguro en estos casos, medio del que no se debe privar nunca el médico, siquiera tenga una sospecha remota de que pueda existir una oclusion, principalmente cuando se tiene delante un enfermo con constipacion ó con retencion de orina parcial ó total.

Este medio es el tacto rectal.

El tacto rectal suministra siempre, ó casi siempre, datos preciosos para el diagnóstico, permitiendo formar un juicio sobre la causa que produce la oclusion y tomar un punto de partida para lo que debe hacerse á fin de remediar el mal.

Veamos los datos que puede darnos:

Colocado el enfermo en posicion conveniente, se introduce el índice en el recto y por él se puede apreciar la situacion del bolo.

Comunmente éste se encuentra en la parte inferior del recto, inmediatamente por encima del esfinter interno. Es un cuerpo duro, resistente y del cual se puede con la uña, desprender partículas de materia que tienen por lo general un color verdinegro. Por mucha presion que sobre él se haga, no es posible desalojarlo, apareciendo el recto materialmente atascado.

Paseando la estremidad del dedo en su derredor, se puede apreciar su forma, que es siempre la de un cuerpo redondeado como un cilindro, y dá al tacto la sensacion de una pelota redonda. La mayor parte de las veces la pared del intestino aparece adosada al bolo, y es casi imposible poder hacer penetrar el dedo entre él y la pared, á menos de practicar una ranura sobre dicho bolo haciendo fuerte presion con la pulpa del dedo ó, mejor, con la uña.

Aún cuando lo comun es que el bolo esté situado inmediatamente por encima del esfinter, tal como acabo de describirlo, no siempre sucede así.

Hay ocasiones en que el dedo esplorador encuentra la parte inferior del recto dilatado en forma de *infundibulum* y tiene que penetrar mas allá para alcanzar el obstáculo.

Cuando esto sucede, la p rcion del intestino inmediatamente inferior al bolo se encuentra como plegada sobre si misma, de modo que se nota el obstáculo pero al través de las membranas, costando algun trabajo poder llegar hasta él, porque el conducto se escapa

muy facilmente al dedo á causa de la movilidad de que en estos casos goza el bolo.

Con un poco de paciencia se llega á encontrar el conducto y á tocar directamente el nódulo redondeado de materias endurecidas. Cuando se tropieza con alguna dificultad, como sucede siempre con los primeros casos que uno observa, estos desaparecen por completo y el camino queda espedito con inyectar un enema un poco abundante que desplegando las paredes del recto dilate su cavidad y facilite el acceso.

Otras veces el camino está perfectamente espedito, las paredes del recto estan adosadas y la vacuidad de su cavidad aparece perfecta. Con un exámen superficial se llega á creer en la no existencia del bolo.

El bolo existe, pero está situado un poco arriba y entonces es necesario ejercer presion con la mano esploradora sobre el periné, á fin de elevar el dedo lo mas arriba posible y aun introducir el dedo medio y combinar esta presion con otra de arriba abajo ejercida por la mano libre en la fosa iliaca izquierda. De esta manera se comprueba su presencia, que de otro modo pasa desapercibida al tacto aunque no á la palpacion.

Es lo que pasó en el caso de que trata la observacion 5ª.

Hay casos aunque raros en que el obstáculo no se alcanza en manera alguna, como nos aconteció con el que motiva la observacion 2ª. En estos casos el tacto es del todo inútil y el diagnóstico queda siempre en duda, siendo solo el tratamiento el que puede dar alguna luz.

Afortunadamente es el menor número, tanto que solo en un caso de todos los que he observado me ha sucedido esto.

Todos esos síntomas, tantos subjetivos como objetivos, no revisten un caracter alarmente si el médico y el enfermo tienen paciencia para someterse al tratamiento racional, pero lo adquieren en alto grado, por el estado de desesperacion y abatimiento en que queda el enfermo cuando se recurre á medios violentos como los purgantes drásticos enérgicos.

Aparte de algunos otros síntomas insignificantes y especiales en cada caso, nada mas he notado digno de mencion.

Olvidábame hacer constar que, aún cuando en la mayoria de los casos el enfermo no siente sino la incomodidad producida por el peso en el periné, el tenesmo rectal y el dolor urente en el sacro ó en un punto que está siempre en relacion con el sitio donde se aloja el bolo, á veces, y principalmente cuando se le hace tomar drásticos, el paciente siente dolores de intensidad variable y en relacion directa con el grado de desarrollo del vientre y la gravedad de los fenómenos sintomáticos.

En ocasiones se convierten en dolores cólicos bastante fuertes que arrancan quejidos y aún gritos al enfermo.

III.

Una vez conocidos los síntomas principales que produce el bolo fecal, voy á procurar diferenciarlo de las demás causas capaces de producir la oclusion, haciendo resaltar sus caractéres propios.

No he tenido oportunidad de apreciar practicamente casos de oclusion producidos por otra causa que la que motiva mi trabajo; pero el estudio que sobre la oclusion en general he hecho, me permite trazar un cuadro de los síntomas que son el resultado de cada uno de los órdenes de causas que antes he enumerado, sacando los elementos de él de los distintos autores que, con ese objeto, he consultado.

En esta, como en todas las enfermedades, hay casos oscuros, que no siempre permiten un diagnóstico cierto, como sucedió con el caso de Santana (Observacion 2ª), pero, esos casos, son raros y, en la generalidad, el diagnóstico es fácil, cuando se tiene un poco de hábito y, mas que hábito, un poco de cuidado en la observacion.

Esa misma sencillez del diagnóstico y la facilidad con que en la mayoria de los casos puede ser removida la causa que produce ese cuadro de síntomas, en ocasiones muy alarmantes para el enfermo y los que le rodean, debe preocupar al práctico para evitar la difícil situacion que le crearía el que despues de per-

der un tiempo precioso en divagar con medicaciones casi siempre inútiles, resultara que otro colega mas avisado y perspicaz removiese con una simple operacion la causa que produgera los trastornos, que él ha sido impotente para combatir ó, mejor dicho, comprender.

El ridículo se debe procurar evitar siempre, principalmente en la medicina en la que la reputacion puede ser juguete del primer mal intencionado, porque, si bien muchos errores pueden pasar desapercibidos al ojo poco esperto, el público tiene siempre fijos la vista y el oido en lo que dice y hace el médico, de modo que, apesar de la mejor voluntad, no siempre se pueden ocultar errores tan visibles como el que se cometería desconociendo la causa tan comun que produce la oclusion intestinal por bolo fecal.

La maledicencia no necesita mucho para ensañarse, y es necesario evitarle todo motivo por nímio que parezca.

Práctico he visto que, rehuyendo la repugnante maniobra operatoria, ha creido salvar la situacion haciéndose el desentendido, pero, en vez de salvarla se ha convertido en crítica, cayendo sobre él el desprestigio mas atroz como efecto, no de su ignorancia, que solo era aparente, sino del deseo de eludir un acto operatorio que es casi un sacrificio profesional. Pero ¿qué hacer? La medicina es un sacerdocio y el que la abraza debe soportar sus contingencias por mas que, á veces, revista las faces de una abnegacion sin límites, cuyo alcance no siempre se comprende y menos se agradece.

Insensiblemente me he apartado de mi objeto prin-

cipal; disculpad esas breves consideraciones y permitidme volver al diagnóstico diferencial entre la oclusion por acúmulo de materias y la que puede sobrevenir por las demas causas capaces de producirla.

Mi deseo habria sido formar un cuadro ó varias columnas en el cual se encontráran los síntomas principales, unos frente á otros para hacer resaltar su diferencia, pero he tropezado con dificultades para mi objeto que no he podido salvar y solo he podido formar un cuadro de los síntomas producidos por las causas mas comunes é importantes. Sobre él calcaré la sintomalogía del bolo fecal, haciendo notar sus diferencias respectivas.

Oclusion por cambio de relacion de las paredes intestinales: (TORCION, FLEXION BRUSCA, INVAGINACION)	Oclusion por lesion orgánica de las paredes intestinales: (ESTRECHAMIENTOS DE LA CAVIDAD POR DEGENERACION DE LAS MEMBRANAS.)	Oclusion por estrangulamiento propiamente dicho.
Principio brusco.	Principio gradual y precedido de enfermedades graves del intestino: (DEGENERACION CANCEROSA, DISENTERIA, FIEBRE TIFOIDEA, ÚLCERAS SIFILÍTICAS, ETC.)	Principio gradual y consecutivo á (FLEGMASIAS PERITONEALES GRAVES, HERIDAS PENETRANTES DEL ABDÓMEN ETC.)
—	Estado caquéctico del enfermo.	—
Constipacion rara vez absoluta, cámaras diarreicas sanguinolentas, fétidas.	Alternativas frecuentes de constipacion y de diarrea.	Constipacion absoluta.
Vientre retraido al principio.	Vientre habitualmente voluminoso.	Vientre variable.
Timpanismo tardio y poco considerable.	Timpanitis muy desarrollada.	Timpanizacion mediana y limitada.
Vómitos biliosos, rara vez estercoráceos.	Vómitos fecaloideos	Vómitos precoces incoercibles.
Dolores cólicos con alternativas de reposo.	Dolores lentos y poco frecuentes.	Dolores muy intensos en el momento del estrangulamiento.

Tenesmo anal continuado y á menudo muy violento.	Tenesmo poco pronunciado.	—
Tumor abdominal, cilíndrico, acodado, mas largo que ancho y mas saliente durante los cólicos. Especial de la invaginacion.	Rara vez tumor, de forma variable.	No hay tumor.
Por el tacto rectal á veces tumor blanduzco que puede llegar á salir por el ano y formado por las membranas invaginadas.	No ofrece nada particular al tacto.	Nada digno de mencion.

Las demas causas son numerosas y variadas para que sea posible agruparlas en un cuadro genérico porque sus síntomas son muy diversos y, siendo además raras, queda al cuidado del práctico el hacer la distincion cuando el caso se le presente.

Sin embargo hay dos enfermedades que en cierto grado de su desarrollo pueden simular mucho la oclusion por acúmulo de materias y vamos á colocar en un nuevo cuadro los síntomas principales que corresponden á cada una de ellas. Nos referimos al tumor canceroso de los órganos vecinos al intestino como los ganglios linfáticos, el peritoneo, el hígado y el útero, que, en cierta faz de su evolucion, pueden producir la oclusion, por compresion, y á los cálculos intestinales que pueden formarse por la ingestion de sustancias pilosas, pepas de frutos y medicamentos minerales inertes como el carbon, la creta, el subnitrato de bismuto, la magnesia, etc.

Oclusion producida por la compresion de un tumor canceroso de los órganos vecinos.	**Oclusion producida por ún cálculo intestinal (enterolito.)**
Principio gradual, precedido de dolores mas ó menos frecuentes y alternativas de constipacion y diarrea.	Principio gradual precedido de un dolor fijo y profundo existiendo antecedentes de hábitos viciosos.
Estado caquéctico.	Caquexia y marasmo algunas veces.

Constipacion á veces absoluta seguida de cámaras ya sólidas en forma de cinta, ya diarréicas sanguinolentas y aún de sangre pura.	Constipacion á veces tenaz alternada con cámaras serosas y sanguinolentas, acompañadas y seguidas de tenesmo violento y penoso.
Vientre mas ó menos timpánico.	Vientre muy timpanizado señalándose á veces las asas intestinales.
Nauseas y vómitos alimenticios y biliosos.	Náuseas y vómitos copiosos de mucus y espuma sanguinolenta á veces.
Dolores mas ó menos frecuentes, lancinantes y localizados en un punto dado.	Dolor fijo, profundo y circunscrito á un punto del abdómen con dolores cólicos violentos algunas veces.
Tenesmo penoso con dolores sacrolumbares cuando el tumor comprime el recto.	Tenesmo continuado y doloroso antes y despues de defecar con pesantez al periné.
Tumor muy apreciable á veces en una de las fosas iliacas ó en la parte media del hipogastrio.	Tumor redondeado, duro, ocupando una de las fosas iliacas: no siempre apreciable.
Cuando el cáncer comprime el recto es apreciable por el tacto rectal.	El tacto permite apreciar el enterolito cuando ocupa el recto.

Veamos ahora, comparando la sintomatologia de la oclusion por acúmulo simple de materias con esos cuadros, cuales son sus diferencias.

En las otras causas, la oclusion es precedida de enfermedades graves y prolongadas, ó se presenta de una manera brusca como en los cambios de posicion del intestino; en el bolo fecal no hay mas que la constipacion habitual desapareciendo las cámaras por espacio de quince á veinte dias. La oclusion producida, la constipacion es absoluta casi siempre, á pesar de los purgantes, mientras que en las demás hay alternativas de constipacion y diarrea.

Casi todas las especies de oclusion producidas por una causa distinta del bolo, van acompañadas de vómitos ya mucosos, ya biliosos, ya sanguinolentos; en el bolo no hay nunca vómitos y solo se presentan náuseas cuando el timpanismo es exagerado.

En el bolo no hay nunca dolores á ménos que sean cólicos producidos por el uso inmoderado de los drás-

ticos; las demás causas producen dolores más ó ménos intensos, frecuentes y con carácteres distintos segun su orígen.

El tenesmo es violento y doloroso en casi todas las variedades de oclusion ó no existe en algunas, mientras que en el bolo el tenesmo anal es continuado é indolente, siendo pocas veces acompañado de un dolor urente en la parte posterior del hipogástrio.

El tumor del bolo á veces no es apreciable y otras se presenta ya único de forma, alargada y cilíndrica en la fosa iliaca izquierda ó en todo el hipogástrio, afectando la forma del recto, ya múltiple, redondeado aplanado y situándose en los colon ascendente, descendente ó transverso. Es siempre movible y mas ó menos susceptible de ser deformado, recibiendo la impresion de la mano.

Es siempre indolente.

Por el tacto rectal se nota generalmente un tumor duro, del que pueden desprenderse partículas fecales endurecidas, cosa que no existe ni en la invaginacion ni en el cáncer y tampoco en los cálculos intestinales.

A parte de todo ello, con escepcion del enterolito, en todas las demás variedades existe siempre una peritonitis mas ó menos estendida é intensa. En el bolo nunca la hay.

Los síntomas de aquellos presentan alternativas de crisis y reposo, mientras que en este son continuados y aumentan gradualmente en intensidad hasta que se remueve el obstáculo.

En una palabra, hay diferencias capitales que permiten distinguir facilmente la oclusion por bolo de todas las de mas variedades de la enfermedad.

IV.

Siendo el pronóstico de la enfermedad que me ocupa de ninguna gravedad cuando un tratamiento adecuado combate los síntomas que produce y remueve el obstáculo que es su causa, veamos cuales son los medios con que el médico cuenta para conseguir ese resultado.

Siguiendo la norma de conducta que me he trazado al escribir este trabajo, solo hablaré de aquello que me haya producido un buen resultado en los casos que he tenido oportunidad de tratar.

A primera vista parece que, lo lógico, cuando se trata de la imposibilidad de espulsar las materias fecales, fuera el uso de los purgantes para despertar la contractilidad del intestino.

Sin embargo no es así, y, á pesar de todo lo lógico que pueda parecer teoricamente, en la práctica, se reconoce que, cuando el bolo está formado, los purgantes, en la mayoria de los casos, son no solo inútiles, sino aún perjudiciales.

Son inútiles porque ni aún los drásticos mas enérjicos producen el resultado que se debe esperar de ellos: la remocion del obstáculo. Yo he empleado el aceite de ricino, el citrato de magnesia, el sulfato de magnesia, la tintura de jalapa compuesta, el aloes, el sen, el aceite de croton, etc., todos sin el mínimo resultado.

Son perjudiciales porque á parte de no dar resultado agravan el estado del enfermo por el acúmulo mayor de materias que se produce encima del obstáculo, acúmulo que acentúa el cuadro sintomático de la enfermedad, despertando los síntomas tardíos como son las nauseas, dolores y timpanismo exajerado que, sin su uso, tardan mucho en presentarse.

A mas de ello, las contracciones violentas que se producen en el intestino para vencer el obstáculo, pueden traer por resultado su invaginacion, su torcion y aún su ruptura.

Por esas consideraciones no se debe abusar de los purgantes y aún desecharlos una vez que se tiene seguridad de la existencia del bolo.

Cuando un enfermo de esa naturaleza requiere auxilios, la mayor parte de las veces ha usado y abusado de los purgantes y, solo cuando el diagnóstico me ofrece algunas dudas, formulo un purgante suave de citrato de magnesia que no produce cólicos ni contracciones violentas. Si éste, como sucede siempre, es impotente, recurro á los demás medios que son mas breves, mas seguros y menos perjudiciales.

Si el bolo está al alcance del dedo explorador en el recto, lo mas directo y mejor es reblandecerlo un poco en su parte inferior por medio de grandes enemas con agua de malvas ó de jabon mezclado con aceite de olivas.

Para este efecto me sirvo siempre de un irrigador cualquiera que tenga bastante capacidad ó de un simple aparatito de goma de Davidson ó Higginson, que es mas manuable y barato y que puede adaptarse á una vasija cualquiera.

Me sirvo del irrigador con preferencia á los clísteres de zinc ó de goma porque la pequeña capacidad de éstos hace molesta la operacion, por la necesidad de retirar é introducir frecuentemente la cánula del aparato, maniobra que, produciendo la inflamacion de las hemorroides, se hace penosa y aun muy dolorosa para el paciente, cosa que no sucede nunca con el irrigador de cualquier forma que sea.

A mas de esa ventaja, el irrigador ofrece otra, que es la de dar mayor presion al líquido inyectado, lo que facilita la disgregacion del bolo.

Despues de haber hecho uso de estos grandes enemas, doy principio á la disgregacion directa y gradual del tumor fecal ya sea con la estremidad del índice y medio, ya con una cureta ó una sonda de muger. Siempre que el tumor no es de una dureza estrema prefiero el dedo por cuanto permite apreciar mejor la marcha del trabajo y hace mas difícil el lesionar las paredes del intestino.

Si el bolo es simple y ocupa el recto, todo ha concluido y basta poner al enfermo dos ó tres enemas abundantes ó propinarle un purgante para que desaparezca todo su mal.

Pero no siempre se presentan las cosas de una manera tan sencilla, y entonces requieren el uso de otros medios combinados con los anteriores.

Por ejemplo, consideremos el caso en que el tumor se sitúe en la parte superior del recto ó en la S. iliaca, ó aún aquel en que á mas del bolo rectal existen otros varios escalonados en los colon.

¿Qué debe hacer el práctico?

En primer lugar procurar su descenso, si es posible,

y en segundo, tratar de disgregarlo en el sitio donde se encuentre, cuando no se puede obtener su desalojo.

Para hacerlo descender se puede apelar al masaje de las paredes abdominales, que se practica combinando la presion de las manos en la direccion que debe recorrer el bolo para descender hasta el recto.

Con ese masaje se consigue no solo desalojar el bolo cuando no es muy grande sinó aún disgregarlo cuando no es muy duro. En las observaciones que acompaño puede apreciarse la utilidad que se puede obtener de esta operacion.

Además del masaje se puede conseguir igual resultado con la aplicacion del hielo en el abdómen que, por el enfriamiento que produce, provoca la contraccion del intestino y hace marchar el obstáculo. En la campaña, donde la adquisicion del hielo es casi imposible, se puede sustituir por una mezcla de nitro, sal comun y sal amoniaco, haciendo disolver esa mezcla en pequeñas cantidades de agua hasta la saturacion.

Combinando la mezcla refrigerante con la introduccion de supositores de belladona en el recto, se puede hacer descender el obstáculo y aun obtener cámaras.

Cuando el bolo no desciende á pesar del uso de estos medios, como me ha sucedido algunas veces, no queda otro recurso sinó procurar su disgregacion en el sitio donde se encuentre.

Para ese efecto, si el tumor se encuentra en el recto ó en la S., se puede introducir la mano, haciendo la dilatacion gradual de los esfínteres, para ir á disgregarlo directamente, operacion que se practica como cuando está en la parte inferior del intestino grueso.

Si no es posible determinar su situacion como nos

sucedió en la observacion 2ª, no queda otro recurso sino apelar á los grandes enemas de dos y tres litros de agua que lo disgregan paulatinamente, despues de algun tiempo de constancia y paciencia.

No siempre es único el obstáculo y muchas veces sucede que, despues de disgregado el bolo mas inmediato al ano, el enfermo produce evacuaciones muy copiosas y numerosas para volver de nuevo á quedar constipado. En esos casos es necesario reiterar las mismas maniobras, no pudiendo esperarse nada de los purgantes que, si bien producen cámaras, no son suficientes para dividir el bolo facilitando su espulsion.

Ese es en resúmen el tratamiento curativo que mejores resultados produce en la oclusion por bolo y al cual no se me ha resistido ningun caso. Pero es el tratamiento general dirigido á la causa; véamos cual es el que conviene á los síntomas que suelen presentarse acompañando la oclusion, como un efecto directo de ella ó provocado por una terapéutica inadecuada.

El timpanismo exajerado es el que mayores trastornos produce, pues es el que acarrea en pos de sí, las nauseas, los dolores cólicos, los erutos bastante incómodos, el tenesmo continuado y doloroso y aun la sensacion de plenitud harto molesta que aqueja el enfermo y le produce accesos de disnea.

Todos estos síntomas desaparecen con la simple aplicacion de la mezcla refrigerante de que he hablado antes, ó del hielo cuando se le tiene á mano, que, operando la condensacion de los gases disminuye su volúmen y minora por consiguiente la dilatacion del vientre y el meteorismo.

Otro de los síntomas que es necesario combatir siempre que el bolo ó bolos han permanecido muchos dias en el intestino, es la pereza exajerada de que se resiente la contractilidad de la capa muscular, tanto que, en los primeros dias, á pesar de la desaparicion del obstáculo al curso de las materias, si no se ocurre en ayuda del síndroma que produce la espulsion de las heces, estas tienen siempre tendencia á acumularse nuevamente en el recto.

Esa pereza se puede combatir con un purgante enérgico, pero no es prudente porque solo proporciona una tregua, volviendo luego en pos de su efecto la constipacion. Preferible á ese medio es el uso de un purgante suave, que, en vez de producir espoliaciones abundantes, las produzca limitadas, pero despierte la contractilidad perezosa. A ese efecto hago uso siempre, sin tener porque arrepentirme, del *rammus frángula* en cocimiento muy acuoso y poco concentrado, adicionado con la tintura de belladona.

Es una pocion suave que, tomada por copas durante dos ó tres dias, produce evacuaciones que pueden limitarse con su uso mas ó ménos frecuente, segun la susceptibilidad que á ella ofrezca el intestino.

Me falta mencionar, para concluir mi trabajo, los medios de prevenir la repeticion de la enfermedad que recidiva con suma frecuencia si no se hace uso de un régimen muy sencillo y apropiado para combatir esa tendencia á la constipacion.

Véamos cual es él.

La oclusion es el resultado de la constipacion ocasionada por un mal régimen alimenticio, y cuando

predomine en él la carne, como sucede generalmente en la campaña, indíquese una alimentacion en que abunden los vegetales á fin de aumentar la cantidad de los despojos de la digestion.

Como el hábito suele tener mucha parte en la constipacion, ordénese al enfermo que, todos los dias, principalmente despues de las comidas, procure desocupar su vientre, usando los enemas de agua comun cuando no lo consiga espontáneamente. Esto solo ó ayudado con el uso de la belladona y el podofilino, segun el consejo de Trousseau, bastará para combatir la constipacion habitual, obteniéndose cámaras diarias y con toda regularidad.

Nada mas tengo que agregar respecto al tratamiento.

A continuacion coloco las observaciones que he recogido elijiendo aquellas que he considerado mas importantes, siendo ellas las que me han servido de base para este humilde trabajo que, si algun mérito tiene, no es otro sino ser hijo esclusivo de mi observacion personal.

Señor Presidente:

Señores Académicos:

Habeis escuchado mi trabajo; antes de poco sabré si ha merecido vuestra aprobacion. Si tal sucede, debido á vuestra bondad, habré visto coronados mis esfuerzos y podré entregarme de lleno á la árdua tarea que esa aprobacion me concede. Al hacerlo

podeis tenerlo por seguro, que, en sus contingencias felices, tendré siempre presente los prudentes consejos que os debo, así como, en las desgraciadas, no haré sinó culpar á mi impericia que no ha sabido sacar de ellos todo su fruto.

OBSERVACIONES

I.

El 20 de Marzo del año 1883 fuí llamado para prestar asistencia á la muger Silvestra Pondal, soltera, de cuarenta y ocho años de edad y de una buena constitucion.

Esta muger no habia padecido en su vida mas enfermedad que una constipacion tenaz, como dos años antes, de la que habia logrado salvar á fuerza de purgantes enérgicos, como el aceite de croton y otros, que le habia recetado un boticario que la asistia entonces.

Con posterioridad á esa enfermedad, habíale quedado un poco de constipacion, siendo sus cámaras escasas, dificultosas y cada tres ó cuatro dias.

Hubo ocasiones en que llegó á pasar hasta ocho dias sin sentir necesidad de defecar, viéndose obligada, cuando eso le sucedia, á tomar un purgante ó á aplicarse un enema para obtener las cámaras que no se presentaban espontáneamente.

Con esas alterativas pasó hasta los primeros dias de Marzo en que verificó su última deyeccion.

Pasaron ocho dias sin tener cámaras y tomó como de costumbre un purgante de aceite de ricino sin obtener el resultado que buscaba.

Se aplicó una lavativa y esta tampoco le produjo

efecto, devolviendo el líquido de ella con solo rastros de una materia oscura.

En esas circunstancias, y á pesar de no sentir novedad alguna de consideracion, creyó conveniente llamar médico, temiendo la repeticion de su primera enfermedad.

Fué llamado el Dr. Castaño, que estaba en esos dias accidentalmente en Navarro.

Recetóle éste un purgante y dejó de ver á la enferma por circunstancias que no me es dado precisar.

Pasaron así cinco dias y habiendo regresado yo á Navarro, fuí llamado por la enferma que se encontraba bastante apurada; observé en ella lo siguiente:

La facies de la enferma era la de una persona que sufre mucho, presentando ese aspecto particular que ofrece la fisonomía de los que padecen una enfermedad dolorosa del abdómen.

Tenia náuseas frecuentes y erutos de un olor fétido; no vomitaba.

A pesar de no existir nada digno de mencion en el aparato respiratorio, la enferma tenia la respiracion dificultosa casi dispneica; dificultad que le era producida por una sensacion de plenitud de parte de las vísceras abdominales.

El abdómen estaba aumentado de volúmen y muy meteorizado.

La palpacion y la percusion daban la sensacion de un globo lleno de aire en el epigástrio y region umbilical.

La palpacion era un poco dolorosa, y al deprimir las paredes del abdómen, principalmente al nivel de los colons y la S. iliaca, se notaba la presencia de materias blanduzcas y depresibles.

Sentia deseos frecuentes de orinar y no podia verter una gota de líquido.

Presentaba tambien tenesmo rectal y una sensacion de peso al periné con dolor sordo y urente que localizaba en la parte media é inferior del sacro.

No existia reaccion febril.

La falta de práctica, de que adolece el estudiante cuando recien sale de la Escuela y se eucuentra frente á un caso cuyo simil no ha tenido oportunidad de observar, me hizo omitir el alimento mas precioso del diagnóstico en ese género de padecimientos, el tacto rectal, sin el cual no es posible formar un juicio exacto de la causa que produce todo el cuadro de síntomas que he mencionado y que asume las mas de las veces un carácter alarmante por el estado de escitacion que produce en el paciente.

Diagnostiqué una constipacion y le ordené un purgante de tintura de jalapa compuesta.

Lo tomó y, tres horas despues, fuí llamado urgentemente porque el estado de la enferma se había agravado mucho.

En efecto, la escitacion y el desasociego eran mucho mayores, habiendo aumentado tambien las náuseas, los dolores al hipogástrio y la sensacion de plenitud que dificultaba la respiracion de la enferma.

El volúmen del vientre era mayor y el tenesmo rectal mucho mas frecuente, y mas doloroso.

En tales circunstancias, apremiado por el estado de la enferma, recurrí á las enemas con el objeto de coadyuvar á la accion del purgante, pero, la inyeccion del líquido fué casi imposible porque, además de que era difícil hacer penetrar la cánula del instrumento, el líquido era rechazado con violencia.

La presencia en la cánula de partículas de materias fecales consistentes, que habían salido adheridas á ella, me dió la esplicacion de lo que pasaba y me llevó á practicar el tacto rectal pudiendo apreciar con toda exactitud la causa que producía el estado patólogico que observaba.

Por el tacto pude apreciar que el recto estaba materialmente atascado de materias endurecidas cuya espulsion era difícil por la simple accion de las fuerzas fisiolójicas.

Era imprescindiblemente necesario proceder á su estraccion por los medios mas apropiados al efecto.

Solicité la presencia de mi amigo el Dr. Cabrera, que ejercía entónces en Navarro y, de acuerdo, procedimos á la operacion.

Hicimos disponer una gran vasija con agua de malvas, y disolvimos en ella jabon amarillo comun.

Colocamos á la enferma en el borde de la cama en decúbito lateral con la pierna inferior en estencion y la superior en flexion sobre el muslo y este sobre el abdómen, y, colocando préviamente un impermeable, procedimos á practicar en el recto una irrigacion contínua por medio de uno de esos aparatitos de cautchuc que se usan en los aguacendos.

Las primeras porciones del líquido eran espedidas con violencia y tales como las inyectábamos, pero poco á poco, el líquido fué tomando al salir, la coloracion y el olor de las materias, arrastrando al mismo tiempo partículas fecales disgregadas.

Despues de haber practicado esa irrigacion por unos diez minutos, y cuando consideramos que la parte inferior del bolo estaría suficientemente reblandecida,

hicimos el tacto rectal y, ejerciendo presion con la uña y la pulpa de los dedos índice y medio, fuímos disgregando el bolo de materias y estrayéndolo.

La presion interior de los líquidos y gases contenidos en la cavidad intestinal era bastante grande, de manera que, á medida que estraiamos una parte del bolo fecal, este descendía á ocupar el sitio que quedaba vacante, lo que, si bien facilitaba la accion de la mano, dificultaba la inyeccion del líquido que podía ayudarnos mucho reblandeciendo y disgregando las materias que eran de tal consistencia que ofendian la yema de los dedos al practicar la disgregacion.

Despues de hora y media de trabajo, conseguimos estraer una cantidad asombrosa de materias fecales endurecidas.

La desaparicion de ese obstáculo principal, la continuacion de las inyecciones, la dilatacion de los esfinteres por el trabajo hecho y las presiones sobre la pared abdominal coadyuvaron á la espulsion de las últimas porciones del bolo y, una vez franqueado el paso, se derramó espontáneamente una cantidad increible de líquidos fecales, mezclados con porciones ya consístentes.

Despues de ello el alivio de la enferma fué grande desapareciendo todos los síntomas para no quedar sinó el agostamiento natural de las fuerzas y el dolor producido por la inflamacion de las hemorroides á consecuencia del trabajo tan prolongado que esa parte habia sufrido.

Tomó la enferma un baño de asiento templado y despues de una alimentacion reparadora le aconsejamos el reposo de que tanto necesitaba.

Por la noche despues de un sueño prolongado, se encontraba la enferma muy descansada y no sentia mas incomodidad sino la que le producian las hemorroides inflamadas.

Le ordené la continuacion de los baños templados, una pomada con atropina en el sitio del dolor y una pocion con belladona.

Las evacuaciones continuaron frecuentes, diarreicas y con abundancia.

Dos dias despues todo habia desaparecido y la enferma se encontraba en su estado normal.

Pasaron cuatro dias y la constipacion reapareció; la combatí con enemas de agua fria y cloruro de sodio aplicadas mañana y tarde despues de las comidas y con píldoras de podofilina y belladona continuadas durante un tiempo.

Le señalé un régimen dietético en el que debian predominar las sustancias vegetales, y la constipacion desapareció por completo regularizándose las cámaras.

Hoy, dos años despues de operada, la enferma se considera perfectamente curada de su dolencia, y las evacuaciones, que, antes se presentaban cada cuatro ó cinco dias, lo hacen con regularidad cuotidiana; sus digestiones se verifican bien y goza de una salud completa.

La alegria ha vuelto á renacer en su espíritu que se habia hecho retraido y melancólico, mientras su vientre funcionaba mal.

II.

El 18 de Junio de 1883 fuí requerido para prestar asistencia médica al individuo Maximiano Santana que hacia como veínte dias que no defecaba.

Este individuo, argentino, de cuarenta y cinco años próximamente, ha sido soldado de línea y conserva los recuerdos de su vida de cuartel en sus hábitos viciosos y desordenados.

Baste decir que es un gran bebedor para comprender que olvida en absoluto las reglas mas remidentarias de la higiene en lo que concierne á regularidad de vida y alimentacion.

Segun su propia confesion ha pasado semanas enteras, ébrio, sin tomar alimentacion, en los intérvalos en que el alcohòl dejaba un momento lucido á su cerebro, que una caja de sardinas ó un trozo de queso y, aún ello, como un simple pretesto para tener oportunidad de beber nuevamente.

Ese abandono absoluto y tal género de alimentacion se esplican por su carencia de familia y de persona alguna que se conduela de él, á pesar de su posicion regular de fortuna.

No ha padecido enfermedad anterior alguna, á escepcion de las venéreas.

Su vientre no se ha movido nunca con regularidad pasando normalmente tres, cuatro y mas dias sin tener evacuaciones.

Cuando lo ví por primera vez, habia pasado, como he dicho ántes, unos veinte dias sin tener evacuaciones ventrales.

En su viciosa dejadez no lo hubo notado hasta que un dia habiendo esperimentado necesidad de defecar, no pudo verificarlo á pesar de los esfuerzos á que para ello se entregara.

En consecuencia resolvió tomar un purgante de sulfato de magnesia.

Este no produjo efecto alguno, apreciable, por lo menos, y, al dia siguiente tomó un nuevo purgante de aceite de ricino, sin ser mas feliz.

En esas circunstancias demandó mis auxilios.

Observé en él, lo siguiente:

Su hábito externo era el de una persona estragada por la bebida pero en estado de salud aparente.

No sentia dolor alguno.

No habia cambio en la temperatura ni en el pulso. Aquella era de 36 $^{9}/_{10}$ y éste de 76 pulsaciones por minuto.

Por momentos la respiracion se aceleraba un poco y volvia á su estado normal despues que el enfermo daba salida á los gases del estómago en erutos ruidosos, ámplios y prolongados.

Lo que mas llamaba la atencion en él era el abdómen que aparecia bastante elevado, en las regiones epigástricas y umbilical.

La palpacion de las paredes abdominales daba la sensacion de un globo lleno de aire.

Al travez de las paredes, por mas que se investigase, no era posible percibir cuerpo estraño sólido alguno y, en las partes aumentadas de volúmen no se

apreciaba mas que el meteorismo y el borborigmo producido por los gases.

La percusion no daba mejores resultados y solo se obtenia el ruido timpánico y hueco del meteorismo.

Por el tacto rectal se apreciaban las paredes del recto un poco pastosas y como edematosas sin que la investigacion mas prolija descubriera la presencia de materias fecales al alcance del dedo esplorador.

El tacto aumentaba el tenesmo y el enfermo hacia esfuerzos casi involuntarios de defecacion sin que se produjera ni escape de gases.

Presentaba ademas los siguientes síntomas:

Tenesmo rectal continuado.

Tenesmo vesical bastante acentuado siendo la orína escasa y espulsada sin dolor en pequeñas cantidades.

El líquido espulsado tenia el aspecto y cualidades normales.

Tenia náuseas pero no vómitos.

Erutos frecuentes y ámplios que dejaban escapar ruidosamente gran cantidad de gases, cuyo olor tenia nada de particular.

¿De qué se trataba?

Era indudable que lo que producia ese cuadro de síntomas tenia su asiento en el aparato gastro intestinal.

¿Cuál era esta causa?

La falta de reaccion febril, la ausencia absoluta de dolores á pesar de la timpanizacion existente, el tenesmo rectal y la falta de deposiciones durante veinte dias, unido el todo á los hábitos del enfermo, me hicieron creer que se trataba de un caso de constipacion tenaz ó de una oclusion intestinal cuya causa quedaba por averiguar.

Para ser una simple constipacion por mas tenaz que pudiera suponérsela, habia pasado de los límites en cuanto al tiempo que los autores le señalan y habia resistido además á dos ó tres purgantes como el sulfato de magnesia y el aceite de ricino.

Además de esas consideraciones, el hecho de que los gases escapáran fácilmente por la boca y no lo hiciesen por el ano, á pesar de los esfuerzos á que se entregaba el enfermo, y el contraste chocante de presentarse adosadas las paredes del recto por vacuidad de su cavidad cuando el resto del abdómen aparecia tan distendido, me hicieron desechar la idea de la constipacion simple, para adherirme á la de que algun obstáculo material ú orgánico era el que impedia el curso de las materias fecales y traia los trastornos funcionales que presentaba Santana.

Hácia ahí se dirigieron mis investigaciones.

A pesar de ellas no pude encontrar nada que me permitiera precisar mi diagnóstico respecto de la causa intrínseca que producia la oclusion y resolví proceder á atacar el obstáculo buscando en la observacion del enfermo y los efectos del tratamiento una luz que me encaminára.

Habia usado mi enfermo los purgantes de sulfato de magnesia y de aceite de ricino ¿habian sido suficientemente enérgicos? ¿su cantidad y calidad no podrian haber influido en su ineficacia? á fin de convencerme, y como lo mas propio para el caso, indiqué un purgante de cuarenta y cinco gramos de tintura de jalapa compuesta á tomar de una vez, y la aplicacion de enemas de una infusion de sen con sulfato de soda (20 gramos de hojas y 20 de sal en 120 gramos de vehículo para dos enemas).

Santana tomó el purgante indicado y le fueron aplicados los enemas sin que se obtuviera de ellos efecto alguno favorable.

El líquido de los enemas fué espelido, despues de un tiempo, perfectamente límpido y semejante al que se habia inyectado, sin mas que con un ligero olor fecal.

El vientre se elevó mas, siendo mas continuados y frecuentes los accesos de dispnea y los erutos; aumentó tambien el tenesmo rectal, pero sin que se alcanzára por el tacto materia alguna en su cavidad.

Hice dar al enfermo un poco de caldo y leche y lo dejé que pasara la noche sin hacer otra cosa para ver si el purgante producia su efecto.

Al dia siguiente el enfermo se encontraba en el mismo estado. Habia dormido algo; habia erutado mucho y estaba mas tranquilo; sin embargo, la elevacion del vientre era la misma.

Formulé un nuevo purgante de 45 gramos de citrato de magnesia y 3 gotas de aceite de croton en 120 gramos de vehículo, á tomar en tres dósis y en media hora, y la aplicacion de grandes enemas frecuentemente repetidos de agua, aceite de olivas y cloruro de sodio.

No fuí mas feliz con estas indicaciones.

Los enemas no produjeron mas resultado que irritar las hemorroides, y agregar un sufrimiento mas, por la frecuente introduccion de la cánula del tristel.

El purgante produjo, como era natural, el resultado que de él se esperaba, y fué aumentar las secreciones intestinales, pero, en vez de ser favorables al enfermo, estos efectos resultaron diametralmente opuestos.

No se produjeron cámaras, pero sí dolores cólicos bastante fuertes, y un aumento tan grande en el volúmen del vientre que las asas intestinales se marcaban al través de las paredes del abdómen.

La respiracion se hizo anhelosa y difícil y se produjeron náuseas tan frecuentes, que me hicieron temer la presentacion de vómitos.

La situacion era premiosa porque el enfermo estaba en un estado desesperante.

Encontrándome desarmado para combatir ese estado, ordené la continuacion de los enemas y pedí el concurso de un médico.

Fué llamado el Dr. Cabrera, quien haciendo un pronóstico fatal, aconsejó el uso de la infusion de café para combatir las náuseas y la continuacion de los purgantes, una vez que estas cesaran.

No me satisfizo ni el pronóstico, ni el tratamiento.

La indicacion del café no la alcanzaba muy clara en el estado en que se encontraba el enfermo, y, la continuacion de los purgantes me pareció arriesgada porque me había convencido que, en este caso y en el otro que había tenido oportunidad de tratar, estos daban siempre un resultado negativo, pues lejos de vencer el obstáculo, no hacían sinó agravar el estado del enfermo, aumentando el acúmulo de las materias por encima de la barrera que á su curso se oponía.

Fué llamado en consecuencia el Dr. Eulojio del Mármol, que practica hace muchos años en el pueblo de Lobos.

Cuando el Dr. del Mármol vió á Santana, éste tenia vómitos agregados á todos los síntomas que dejo des-

critos. Los vómitos, si bien no eran francamente fecaloides tenian un olor que los hacia asemejarse.

La opinion del Dr. del Mármol, conteste con la mia, fué que se trataba de una oclusion intestinal cuya causa era difícil precisar apesar de inclinarse él á creer que podia tener por orígen un vólvulus.

Indicó la supresion absoluta de los purgantes enérgicos, la aplicacion de cataplasmas de linaza, la continuacion de los enemas y el uso del sulfato de soda al interior en pequeñas dósis (treinta gramos en un litro de agua á tomar por cucharadas.) Su pronóstico fué reservado si bien hizo presente la gravedad del enfermo

Entablé ese tratamiento.

Su resultado fué el que me esperaba.

Los vómitos siguieron; la elevacion del abdómen se mantuvo idéntica; la respiracion siempre dificultada y la vacuidad del recto la misma.

En vista de ello y apremiado por los parientes del enfermo, que lo cuidaban, resolví despues de dos dias proceder de la manera siguiente:

La percusion del abdómen demostraba que, á parte de los líquidos y materias fecales contenidas, habia gran cantidad de gases y, como ellos contribuian en gran parte á aumentar el volúmen del vientre, contribuian tambien á producir los vómitos y á dificultar la respiracion.

Por consiguiente, disminuyendo su volúmen por condensacion, los síntomas mas alarmantes debian de disminuir ó desaparecer.

Para ese efecto resolví retirar las cataplasmas indi-

cadas por el Dr. Mármol y hacer por el contrario aplicaciones frias.

Un paño de algodon, bastante grande para cubrir todo el abdómen y plegado en cuatro dobleces, al que hice ensopar continuamente en agua fresca, me sirvió para ese fin. Estas aplicaciones se continuaron durante ese dia y toda la noche subsiguiente.

Al entrar al dia siguiente en casa del enfermo fuí recibido alegremente. Habia sentido bastante alivio; los vómitos y las náuseas habian principiado á disminuir despues de unas cuantas aplicaciones y, como á la una de la mañana, habian cesado por completo y el volúmen del vientre habia disminuido sensiblemente. El enfermo habia conciliado el sueño, durmiendo tres ó cuatro horas tranquilamente.

Este resultado me alentó y continué con las aplicaciones frías, pero mas intensas. Careciendo de hielo, hice preparar en una vejiga de buey una mezcla de nitro, sal comun y sal amoniaco á cuya mezcla debia agregarse pequeñas cantidades de agua para que la solucion se hiciera paulatinamente y produjera la refrigeracion que produce la solucion saturada de toda sal en el agua.

La refrigeracion á que dá lugar esta mezcla, es bastante intensa.

Su aplicacion intermitente, manteniéndola sobre el abdómen por intérvalo de una hora, para retirarla luego por un tiempo mas ó menos prolongado, prodújome magníficos efectos.

La timpanizacion desapareció casi por completo, quedando el abdómen, antes enormemente abultado con dimensiones poco mas que normales.

La dificultad respiratoria no volvió á presentarse. Los erutos desaparecieron y la tranquilidad volvió á reaparecer en el enfermo.

Solo sí, las cámaras no se producian.

Volver á los purgantes era provocar la reaparicion del cuadro sintomático alarmante que acababa de combatir con felicidad.

Los deseché y me reduje á la inyeccion de grandes cantidades de agua en el recto por medio de un irrigador compuesto de un reservorio de bastante capacidad y provisto de una bombita aspirante é impelente que daba una regular presion al líquido, que era inyectado por un tubo de goma con una cánula fina de hueso en su estremidad.

El líquido que usé en los enemas fué: decoccion de malvas fria con cloruro de sódio y aceite de olivas en suspension.

Le hacia inyectar de dos en dos horas todo el líquido que el enfermo podia soportar.

Al principio un litro le producia un tenesmo bastante fuerte para impedir la inyeccion de mayor cantidad y provocar la expulsion inmediata del que habia recibido, que salia en el mismo estado en que habia sido introducido, pero, paulatinamente, fué recibiendo mayores cantidades y reteniéndolas por un tiempo mas ó menos largo.

Al mismo tiempo que usaba estos grandes enemas y la aplicacion del frio, alimentaba al enfermo con líquidos que lleváran bastantes jugos nutritivos y produjeran poco material para las heces.

El líquido inyectado en cantidad de dos y medio y aún tres litros que volvía claro en un principio, em-

pezó á teñirse poco á poco trayendo cada vez mayor cantidad de detritus fecales en disolucion y aún suspendidos.

Dejando en reposo la vasija que recibia el líquido espelido y decantándolo luego, quedaba en el fondo una sustancia parduzca y granulada que denotaba claramente que existia un bolo fecal que el líquido de los enemas iba disgregando.

La accion del agua sobre el bolo era indudable, puesto que empezó á tomar mas consistencia trayendo suspendidas gran cantidad de heces que le daban el aspecto de una cámara diarréica.

Cuando comprendí que el bolo habia perdido mucho de su volúmen y consistencia, principié á hacer tomar al enfermo una pocion con infusion de sen, tintura de ruibarbo, sulfato de soda y estracto de belladona, por cucharadas, de hora en hora.

El resultado obtenido coronó mis esfuerzos y esperanzas, pues, el 2 de Julio, es decir, veinte dias despues de haber comenzado la asistencia, el enfermo, pocos momentos despues de haber espelido el último enema con bastante cantidad de materias fecales, empezó á defecar por sí mismo haciendo evacuaciones diarréicas y muy abundantes.

La oclusion habia desaparecido y, como se comprende, habia sido producida á no dudarlo por un bolo fecal situado probablemente muy arriba en el intestino, á donde los grandes enemas habian ido á disgregarlo paulatinamente.

Un régimen alimenticio mixto en el que predominaban las sustancias vegetales, el uso de píldoras de belladona y podofilino, continuadas durante un tiem-

po, y la aplicacion de un enema de agua comun cuando las cámaras no se presentáran á una hora mas ó menos la misma, produjeron la completa curacion de este enfermo, que vió desaparecer su constipacion durante dos años, para reaparecer la oclusion como consecuencia de haber olvidado su cuidado para entregarse nuevamente á sus hábitos viciosos.

III.

El 11 de Noviembre de 1883, fuí llamado para prestar asistencia á la mujer Liboria Espíndola, argentina, de cincuenta años de edad y domiciliada en los «Altos Verdes» de Navarro.

Esta mujer que se ocupa en trabajos de campo, es de una constitucion bastante fuerte á pesar de su edad y no ha padecido mas enfermedad que una pulmonia á la edad de veinte años.

Lo único que ha sentido siempre, sin prestarle atencion pues lo consideraba como normal en ella, es la ausencia de cámaras durante cuatro ó cinco dias, siendo estas, cuando las tenia, sumamente laboriosas por la consistencia de las materias que espelia, comparando ella cada defecacion con un parto.

Su alimentacion ha sido siempre, como en la gran mayoria de la gente de campo, casi esclusivamente de carne de oveja y galleta, siendo el pan fresco y las verduras, un lujo que pocas veces podia permitirse por su escasez de recursos y la dificultad de obtenerlos.

Cuando la ví, hacia quince dias que no tenia evacuaciones, á pesar de haber hecho grandes esfuerzos para conseguirlas.

El vientre estaba poco elevado y no sentia dolor alguno, molestándola tan solo una sensacion de ple-

nitud y una pesantez continuada en el periné, que le producia un tenesmo rectal constante.

La palpacion de las paredes abdominales permitia percibir en el trayecto de los colons ascendente y descendente, cuerpos de consistencia blanduzca, aplanados y que recibian al través de las paredes la impresion del dedo. En la fosa iliaca izquierda existian tambien cuerpos semejantes pero de mayor consistencia.

Eran indudablemente materias estercoráceas.

El tacto rectal no dejaba duda alguna al respecto pues el recto estaba tan materialmente atestado de materia fecal, y era tal su consistencia que la introduccion del dedo era casi imposible.

El diagnóstico era evidente; se trataba de una oclusion intestinal por acúmulo de materias.

El tratamiento nó admitia discusion; era necesario estraerlas directamente.

Manifesté á la enferma la necesidad de la operacion y, por ignorancia ó porque la palabra *operacion* la amedrentára, no permitió dejarse operar y me contestó que si no habia otro medio, preferiria morir.

Inútiles fueron mis razonamientos y la esplicacion de lo que habia que hacer; nada pudo compelerla á permitir que se la hiciera lo que era necesario y mas espedito.

Ante tal tenacidad procuré sorprenderla y, aparentando acceder á sus deseos, pretesté un exámen para ver lo que podia hacer á fin de evitar la operacion.

Permitióme el exámen é introduciendo el índice en el recto, pude con gran trabajo y despues de muchos esfuerzos, disgregar la parte del bolo que se encontraba

mas abajo y que era de una consistencia casi córnea.

Afortunadamente, era pequeño y, con gran sorpresa, noté que, apénas disgregado ese pequeño obstáculo, el dedo encontró menos consistencia y principió á fluir espontáneamente un líquido diarréico mezclado con nódulos de materia sólida.

Despidió así bastante cantidad, y como cesára le hice aplicar enemas purgantes.

Practiqué una especie de masaje en todo el vientre y ejerciendo presiones en la direccion de los colons y hácia la S. iliaca, obtuve la espulsion de otra porcion de heces fecales de regular consistencia.

Animado por este resultado, hice que continuaran aplicándole enemas de tiempo en tiempo, que caminara un poco en los intérvalos y se le practicára el masage del vientre tal como yo lo habia practicado.

Volví por la tarde á verla.

Me encontré con que habia hecho un buen número de deposiciones, y el exámen del abdómen me demostró que, si bien existian aún algunos cuerpos blanduzcos, estos habian disminuido mucho.

Hice que le aplicáran durante la noche una vejiga refrigerante en el vientre y le pusieran dos ó tres enemas en caso que el enfriamiento solo no produjera efecto.

No hubo necesidad de mas enemas porque inmediatamente despues de tener aplicado la mezcla refrigerante diez minutos ó un cuarto de hora, era necesario retirársela porque se producia la necesidad de defecar dando salida á una buena porcion de materias.

Le dí un purgante de citrato de magnesia que acabó de barrer los intestinos y despues de dos ó tres dias

de observacion en que las cámaras se regularizaron, la dí de alta perfectamente curada y dispuesta á aplicarse un enema de agua fria cada dia que pasara sin defecar.

Algun tiempo despues la he visto y, segun lo que espresó, se felicitaba de haber seguido mis indicaciones.

IV

El diez de Octubre del año próximo pasado se me presentó el individuo Felipe Gallo, de treinta y cinco años de edad, argentino y vecino del cuartel 5° del Partido de Navarro.

No recordaba haber padecido enfermedad de gravedad anteriormente.

Hacía, cuande lo ví, como veinte y cinco dias que no podia defecar.

Sus evacuaciones habian sido antes regulares de dos en dos dias.

Habiendo salido á llevar una hacienda al partido de Chivilcoy, antes de enfermarse, habia galopado mucho y habíase pasado unos cuatro dias sin sentir necesidad de defecar.

Como habia comido mal en esos dias no prestó atencion á esta irregularidad y siguió así hasta los ocho dias.

Entró recien en cuidado y fué á ver á un curandero en aquel pueblo.

Este le recetó, segun él, unos polvos, que no le produjeron efecto alguno.

Habiendo vuelto á su casa vió al Dr. Ibarra quien le recetó algunos medicamentos que tampoco le produjeron resultado favorable.

Habiendo pasado así veinte y cuatro dias sin defecar resolvió trasladarse á Navarro.

Fué entonces que lo ví.

No sentia sinó algunos dolores lentos de tarde en tarde y una pesantez en el periné.

El vientre estaba poco abultado y la palpacion como la percusion no denotaban sino un poco de timpanismo.

No habia fiebre, la lengua estaba limpia y no presentaba síntoma alarmante alguno, pareciendo un hombre que gozára de perfecta salud.

Tenia un poco de sed.

Le receté un purgante con cuarenta y cinco gramos de citrato de magnesia, manifestándole que me avisára al dia siguiente á primera hora en caso de que no le produjera efecto como creia que sucederia.

Así sucedió; el purgante no produjo evacuacion alguna y solo resultó de él un aumento en el volúmen del vientre y de la pesantez en el periné.

Esa mañana como me esperara en cama el enfermo, que hasta entonces se habia mantenido en pié, lo examiné mas detenidamente y diagnostiqué que se trataba de una oclusion intestinal por retencion de materias.

Con el fin de cerciorarme si era fundado mi diagnóstico, practiqué el tacto rectal y noté que en la parte inferior del recto é inmediatamente por encima del esfinter interno existia un bolo fecal, bastante duro para poder ser la causa y el efecto indudable de la constipacion que el enfermo sentia de tanto tiempo atrás.

Le manifesté la necesidad de la operacion y, conforme con sufrirla, hice lo siguiente:

Le apliqué dos ó tres enemas con gran cantidad de

decoccion de malvas, las que al principio rechazaba para recibirlas poco á poco en mayor cantidad.

Con ellas se reblandecia un poco el bolo y pude deshacerlo con el dedo índice.

Era bastante duro pero muy pequeño y parecia imposible que un obstáculo tan insignificante hubiera sido suficiente para detener el curso de las materias.

Vencido ese pequeño obstáculo en menos de diez minutos y aplicado un abundante enema, el enfermo manifestó deseos de defecar, y lo verificó sin esfuerzo, sin dolor y de una manera bastante copiosa para quedar aliviado inmediatamente.

Tomó un baño de asiento y se le aplicaron dos ó tres enemas mas, espeliendo despues de cada uno de ellos nueva cantidad de materias semi-fluidas que podian atribuirse al efecto del purgante, y á la accion del líquido inyectado.

La noche la pasó bien aún cuando no hizo deposicion alguna despues de las tres de la tarde, en que se le aplicó el último enema.

Al dia siguiente, hasta la una, tampoco se movió el vientre, á pesar de haber tomado regular cantidad de alimentos.

Habia pereza intestinal.

Apliquéle unos supositorios de belladona y la contractilidad se despertó.

Despues de cada supositorio se produjo una evacuacion copiosa y todo entró en el órden normal cuatro dias despues.

Marchó para el campo llevando píldoras de podofilino y belladona y un réjimen dietétito á proposito.

No ha tenido novedad alguna despues.

V

La señora N. Noriega, argentina, de unos cuarenta y cinco años de edad y domiciliada en el Cuartel 6°, del Partido de Navarro demandó mis cuidados en el pueblo, despues de haber sido asistida sin resultado por el doctor Ibarra durante quince dias.

Esta señora, de una constitucion bastante buena, no ha padecido enfermedad de gravedad alguna á escepcion de algunos ataques de reumatismo, que le quedaron como una reliquia de la permanencia prolongada en el agua durante las últimas inundaciones.

Cuando la ví hacía como un mes, segun sus recuerdos, que no defecaba sino en muy pequeñas cantidades y ello sumamente fluido y despues de grandes esfuerzos.

Sentía dolores en el vientre bastantes fuertes, pesantez en el periné con sensacion de quemadura y tenesmo rectal continuo.

Tenesmo vesical con espulsion frecuente de orina, si bien el liquido espelido era escretado en pequeñas cantidades.

Tenia náuseas, erutos, desgano absoluto de tomar alimentos, sudores profusos y abatimiento general.

No existia aumento de temperatura y el pulso estaba un poco frecuente, pequeño y débil.

El abdómen elevado en su totalidad. A la percusion daba un sonido mate. Habia poco meteorismo.

A la palpacion se percibia en la estension de los colons y en las fosas iliacas, cuerpos estraños, blanduzcos, que dejándose deprimir por la presion conservaban la señal impresa por el dedo.

Formaban especie de abolladuras y prominencias bien limitadas y visibles en ciertos puntos.

Se movian de una parte á otra cediendo á la accion de la mano y produciendo borborigmos.

Estos cuerpos estraños, movibles en el intestino, eran indudablemente materias fecales acumuladas en bolos bastante voluminosos.

El tacto rectal demostró la vacuidad completa de la parte inferior del recto, pero llevado lo mas arriba posible, por la introduccion del medio y del índice, y ejerciendo presiones combinadas en el periné y en la fosa iliaca, se alcanzaba á tocar á una regular altura, las materias fecales allí acumuladas, formando un bolo bastante consistente y de un diámetro que dificultaba el descenso, y era la causa de la oclusion.

El recto estaba dilatado en infundibulum inferiormente y arrollado sobre si mismo mas arriba, puesto que al hacer un esfuerzo de defecacion la enferma, por el tacto, se notaban los pliegues formados por sus túnicas, y á pesar de palparse por su intermedio el bolo, era difícil encontrar acceso hasta él á menos de dilatar la cavidad, desplegando sus paredes con un enema abundante.

No había duda posible; se trataba de un bolo fecal con retencion de gran cantidad de materias.

¿Qué debía hacerse?

Hacer uso de los purgantes era tiempo perdido y precipitar un cuadro de síntomas aflijentes que alarmarian inútilmente la familia y producirían sufrimientos mayores á la enferma.

Los deseché.

La disgregacion directa del bolo era difícil por que la mano no lo alcanzaba, de modo que facilitase las maniobras, pues inmediatamente que se pretendía disgregarlo se elevaba en el recto aunque se ejercieran fuertes presiones en la fosa iliaca izquierda.

En vista de ello hice practicar un masaje suave y continuado en las paredes del abdómen, con el objeto de acumular las materias en la parte inferior del tubo intestinal y ver si esta presion operaba el descenso del bolo.

Este masaje fué alternado con la aplicacion de la mezcla refrigerante, á fin de producir la condensacion de los gases y despertar la contractilidad intestinal que ejercen presion sobre el bolo, y con la aplicacion de abundantísimos enemas que, dilatando la cavidad del recto, inferior al bolo, facilitasen su descenso.

Al dia siguiente el bolo habia descendido un poco, pero no tanto como para permitir las maniobras operatorias.

Continué con el mismo tratamiento.

Por la tarde se alcanzaba lo suficiente para principiar la disgregacion, y haciendo presiones sobre el abdómen de modo que impidiera la elevacion del bolo, conseguí deshacer una parte de él y, á medida que iba disgregándolo, descendia por sí mismo de modo que siempre tenía la parte inferior al alcalce de la mano.

Desaparecido ese obstáculo, una gran cantidad de

materias semi-fluidas fueron espelidas y la enferma consiguió un gran alivio.

La sensacion de quemadura desapareció y ordenando la continuacion de los enemas, le receté un purgante de tintura de jalapa compuesta, por considerar que habiendo desaparecido el obstáculo, aquel contribuiria poderosamente á la espulsion de los nódulos blanduzcos que aun se palpaban en toda la estension de los colons.

Mis cálculos fallaron, pues á las cuatro de la mañana subsiguiente á la noche de la operacion, fuí llamado urgentemente por sentirse la enferma muy mal.

En efecto lo estaba.

Habia tenido dos ó tres cámaras casi líquidas durante la noche. Los dolores intestinales se habian convertido en fuertes retorcijones; el abdómen habia aumentado de volúmen y estaba timpánico.

Las náuseas y erutos habian reaparecido y estaba muy inquieta, no sintiendo alivio en un frecuente cambio de posturas.

La palpacion denotaba la existencia aún en la cavidad intestinal de los bolos anteriormente citados.

En la parte inferior de la S. iliaca y porcion superior del recto se notaba deprimiendo las paredes, un tumor bastante voluminoso y de consistencia algo pastosa.

Fuertes presiones sobre él no despertaban dolor alguno á pesar de deformarlo un poco.

¿Eran materias fecales? así lo supuse, y en realidad lo eran.

Pero despues de agotar todos los medios que pudo surjerirme el deseo de desalojarlo para traerlo al alcance de la mano, no pude conseguirlo.

Se mantenia inmóvil en su sitio, burlando mis deseos.

La enferma se encontraba bastante mal, acosada por los dolores, las náuseas y aún vómitos y un desasosiego que no le permitió conciliar el sueño durante dos dias con sus noches.

Resolví en consecuencia ir á buscar el bolo donde se encontraba á fin de desalojarlo si me era posible ó disgregarlo allí.

Lo propuse á la enferma y á la familia haciendo presente las dificultades, y se me contestó que hiciese cuanto fuera necesario para sacarla de aquel estado desesperante.

No esperé mas y puse manos á la obra.

Practiqué la dilatacion pausada de los esfinteres introduciendo sucesivamente los dedos hasta que me fué posible hacer penetrar la mano.

Dado este primer y mas difícil paso fuí elevando la mano en el recto con toda precaucion hasta llegar al punto donde se encontraba el obstáculo, que era, como habia creido, un bolo de materias fecales endurecidas.

Con gran precaucion y trabajo conseguí disgregarlo, observando aquí lo que en todos los casos; á medida que iba disgregando la parte inferior lo demás iba presentándose sucesivamente al alcance de la mano.

Con los últimos rastros del bolo me fué necesario sacar la mano porque se precipitó una cantidad tal de materias fecales sólidas y líquidas, que de no haberlo presenciado, la referencia que de ello se me hubiese hecho, me hubiera parecido una paradoja.

Despues de este resultado el alivio de la enferma fué inmediato, á pesar de quedar, como es natural, el

dolor consiguiente á la dilatacion y á la inflamacion por ella producida.

La hice dar un baño de asiento tibio, tomó un poco de alimento y se durmió tranquilamente.

Despues de esto, todo siguió en camino á la curacion.

Hizo gran número de evacuaciones; la dilatacion de los esfínteres desapareció por completo y la enferma pudo marchar para su domicilio una semana despues de haber venido.

Con el tratamiento dietético que le indiqué y en el que predominaban los vejetales, y la indicacion profiláctica y curativa por medio de la belladona, el podofilino y las lavativas de agua comun diarias, las funciones intestinales se han restablecido normalmente.

Hoy, cuatro meses despues de operada, la enferma no tiene sino que felicitarse de observar esas sencillas y razonables indicaciones.

Vº. Bº.
L. Montes de Oca.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

ANATOMIA DESCRIPTIVA—*¿Cuáles son los órganos que forman el periné?*

ANATOMIA TOPOGRÁFICA—*Region geniana.*

HISTOLOGIA—*El cristalino y el humor vítrio no son otra cosa que sustancia conjuntiva.*

ANATOMIA PATOLÓGICA—*¿En la fiebre tifoidea qué trabajo patológico se pasa en las placas de Peyer?*

FISIOLOGIA—*Fenómenos químicos de la contraccion muscular.*

PATOLOGIA GENERAL—*¿Qué signos puede suministrar la region precordial por medio de la auscultacion?*

PATOLOGIA ESTERNA—*Lesiones producidas por el frio.*

NOSOGRAFIA MÉDICA—*¿La coqueluche es contagiosa ó infecciosa?*

MATERIA MÉDICA Y TERAPÉUTICA—*Antimoniales.*

CLÍNICA MÉDICA—*¿Las diversas formas de la fiebre tifoidea, modifican su terapéutica?*

MEDICINA LEGAL—*¿Son útiles los expertos en las cuestiones de Medicina legal y de Toxicología ó puede cualquier médico actuar como experto?*

OBSTETRICIA—*Del parto gemelar.*