UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTUDIO

SOBRE

OCLUSION INTESTINAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJIA

POR

JULIO C. AGUILAR

EX-INTERNO POR CONCURSO DEL HOSPITAL SAN ROQUE

BUENOS AIRES

3810—IMPRENTA «LA TRIBUNA NACIONAL», CALLE BOLIVAR 38

1887

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTUDIO

SOBRE

OCLUSION INTESTINAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJIA

POR

JULIO C. AGUILAR

EX-INTERNO POR CONCURSO DEL HOSPITAL SAN ROQUE

BUENOS AIRES

3810—IMPRENTA «LA TRIBUNA NACIONAL», CALLE BOLIVAR 38

1887

Art. 162 del Reglamento. La facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

Facultad de Ciencias Médicas

Décano

DR. DON CLETO AGUIRRE

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. MATOS
» » JOSÉ T. BACA
» » DOMINGO PARODI
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » IGNACIO PIROVANO
» » PEDRO MALLO
» » GUILLERMO RAWSON

Secretario

DR. D. LUIS DE LA CARCOVA

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS
Anatomía descriptiva y topográfica.....	Dr. D. Mauricio Gonzalez Catan
Histolojía.....	» » Francisco A. Tamini.
Fisiolojía jeneral y humana.....	» » Jose M. Astigueta.
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos.....	» » José T. Baca.
Materia Médica y Terapéutica.....	» » Pedro A. Mattos.
Higiene pública y privada.....	» » Antonio F. Crespo.
Patolojía esterna.....	» » Leopoldo Montes de Oca
Medicina operatoria.....	» » Bartolomé Novaro.
Enfermedades de mujeres y clínica respectiva.	» » Jacob T. Pinto.
Patolojía interna.....	» » Manuel Arauz.
Clínica Quirúrjica.....	» » Ignacio Pirovano.
» »	» » L. Güemes.
Clínica Médica.....	» » Manuel P. de Peralta.
» »	» » Juan B. Gil.
Oftalmolojía y Clínica respectiva.....	» » Cleto Aguirre.
Enfermedades de niños y clínica respectiva..	» » Manuel Blancas.
Medicina legal y Toxicolojía.....	» » Eduardo Wilde.
Obstetricia y Clínica respectiva.....	» » Samuel A. Molina.
Farmacia y práctica farmacéutica.....	» » Martin Spuch.
Química farmacéutica.....	» » Domingo Parodi.
Enfermedades nerviosas	» » Jose M. Ramos Mejia.
Anatomía Patolójica.....	» » Telémaco Susini.
Patología mental.....	» » Lucio Melendez.

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica.....	Dr. D. Juan J. Naon—J. Arce.
Histolojía.....	» » (Vacante).
Fisiolojía jeneral y humana.....	» » Cárlos Villar.
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos.....	» » Claudio Benitez — Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica.....	» » Enrique del Arca — Justiniano Ledesma.
Higiene pública y privada.....	» » Meliton G. del Solar (en ejercicio)
Patolojía esterna.....	» » G. Udaondo.
Medicina operatoria.....	» » Julian Aguilar.
Patolojía interna.....	» » José Penna
Clínica Quirúrjica.....	» » Antonio Gandolfo
Oftalmolojía y Clínica respectiva.....	» » Pedro Lagleyze — Eduardo Obejero.
Clínica Médica.....	» » Eufemio Uballes (en ejercicio).
Medicina legal y Toxicolojía	» » Eduardo Perez »
Obstetricia y Clínica respectiva.....	» » J. R. Fernandez—Luis F. Vila.
Farmacia y práctica farmacéutica.....	» » Atanasio Quiroga.
Química farmacéutica.....	» » Miguel Puiggari (en ejercicio).
Enfermedades de mujeres y su clínica.....	» » Enrique Bazterrica.
» de niños y su clínica.....	» » Facundo Larguia y F. A. Piñero
Patología mental.....	» » D. Cabret.

PADRINO DE TÉSIS

Doctor Don José T. Baca

A la memoria de mi Madre

A MI QUERIDO PADRE

A la Sra. Rosa F. de Aguilar

GRATITUD

A MIS HERMANOS

CARIÑO

Señor Presidente:

Señores Académicos:

Hubiera deseado hacer un estudio sobre el cólera, combatiendo al cual he estado durante tres meses en Mendoza y otras provincias; pero, la circunstancia de haberse presentado un número crecido de trabajos sobre este tema por distinguidos condiscípulos, me ha decidido por el que hoy someto á vuestra ilustrada consideracion.

Durante mi internado en el Hospital San Roque, he observado distintas veces casos de oclusion intestinal; este es el punto que he elejido para mi última prueba. Nada de nuevo pretendo que encontreis en ella, que no os sea bien conocido; recibidlo con la benevolencia que dispensais á los de su clase y solo como el adios del alumno, que al ver satisfechas sus mas íntimas aspiraciones, se despide, llevando grabada la gratitud hácia sus maestros y el deber en la nueva vida que empieza, á la que tanto habeis contribuido.

Definicion

La oclusion intestinal ha sido definida de distintos modos, segun los conocimientos que en épocas anteriores se tenian sobre su naturaleza.

En un principio se le consideró como espasmódica, pero la Anatomía Patológica, en la que reposan nuestros conocimientos respecto á esta enfermedad, demostró en el siglo pasado, que en la gran mayoría de casos reconocía por causa un obstáculo mecánico al curso de los materiales contenidos en el intestino.

El Dr. Oscar Masson en su Tésis (1857), dió el nombre de oclusion intestinal al conjunto de accidentes que la caracterizan, notables sobre todo por su uniformidad, cualquiera que fuese su orígen.

Correspóndele el honor de haber reemplazado con un nombre aceptado en la actualidad por la generalidad de los autores, las denominaciones de *íleo, vólvulo, pasion ilíaca verdadera* (*Sydenham*) *estrangulacion interna, cólico miserere, etc.*, con que diferentes autores llamaban á un estado morboso caracterizado por la ausencia absoluta de evacuaciones, la elevacion del abdómen, vómitos incoercibles y dolores intensos.

Jaccoud en su tratado de Patología Ínterna, designa con el nombre de oclusion intestinal, «toda modificacion en el calibre del intestino, suficiente para detener el curso de los materiales.»

Causas

La multiplicidad de las causas que se oponen al curso de las materias intestinales, ha obligado, por decirlo así, á clasificarlas para facilitar su estudio.

La mayor parte de los autores están acordes en dividirlas en tres clases, segun el sitio que ocupan con relacion al conducto intestinal.

Estudiaremos con Jaccoud.

1°. *Causas extrínsecas*, ó que residen fuera de las paredes intestinales;

2° *Causas parietales* ó que residen en las mismas túnicas del intestino; y

3° *Causas intrínsecas* ó *cavitarias*, situadas en la cavidad intestinal.

Causas extrínsecas

Muy variadas son las que forman esta clase, produciendo todas ellas la oclusion, por un mecanismo semejante; aproximan una á otra las paredes del segmento intestinal sobre que actúan, é interrupen su luz mas ó menos completamente, á lo que se agrega la acumulacion de materiales encima del obstáculo, que tiende á acentuar la compresion.

Consideraremos entre las causas principales de este

grupo: 1° *los tumores inmediatos;* 2° *los orificios y bridas del peritoneo* y 3° *las torsiones* del intestino.

1°. *Tumores.* Todos los tumores del abdómen dificultan mas ó menos la circulacion de las materias contenidas en el intestino. Pocas veces dan orígen á una oclusion completa, y se comprende que para producirla necesitan tener ciertas condiciones de volúmen y de posicion.

La hipertrofia ó dislocacion de algunos órganos como el hígado, el bazo, el pancreas; el cáncer del peritóneo, la degeneracion tuberculosa de los ganglios mesentéricos, la retroversion uterina, los quistes y tumores del ovario, los cuerpos fibrosos, el flemon periuterino, etc., producen en muchas ocasiones, una oclusion relativa por lo general.

Segun Bamberger, una parte del intestino, distendida por materias fecales formando un tumor, puede aplicarse sobre otra porcion del mismo é interrumpir su luz.

2°. *Orificios* y *bridas peritoneales.*—Las oclusiones determinadas por estas causas, nos ofrecen ejemplos bastante exactos de hernia estrangulada, pudiendo ésta servirnos de tipo para su descripcion; el uso ha reservado el nombre de estrangulacion interna ó encarcelacion, á las oclusiones producidas de este modo en la cavidad abdominal.

La única distincion existente entre ellas, es relativa como se vé, al sitio que ocupan, esterna la una é intraabdominal la que estudiamos aquí

El mecanismo de su produccion es sencillo; un asa

intestinal encontrándose vacia, se introduce en uno de estos orificios; la llegada de materiales dificulta é imposibilita su reduccion, rechazando las paredes del conducto contra el obstáculo que le aprisiona, la dificultad circulatoria de la pared aumenta proporcionalmente á la estrechez; establécese un estado inflamatorio, cuya oxudacion plástica, en variable cantidad, contribuye á agravar mas la situacion por las adherencias que determina, trayendo este estado de cosas como consecuencia, la necrosis de la porcion estrangulada, por falta de circulacion sanguínea é influencia nerviosa, exactamente como sucede, por ejemplo, en la hernia inguinal estrangulada.

A veces existe un verdadero saco, formado por un divertículo del peritoneo, provisto de cuello que es el agente estrangulador.

Las hernias intra-abdominales, asi constituidas, estudiadas desde A. Cooper, hasta Gosselin y Parise, han sido objeto de multitud de trabajos por parte de autores distinguidos.

Se ha discutido extensamente sobre el orígen de estas estrangulaciones internas, para unos, á cuyo frente se encuentra Gosselin, han sido primitivamente esternas; Parise, al contrario, considera las hernias intra-abdominales, formadas en el mismo sitio que ocupan.

Diversos observadores como Faucon y otros, han comprobado la opinion del primero y puede agregarse los casos en que reducida una hernia estrangulada, han continuado los síntomas de la oclusion, determi-

nados por la compresion del cuello y saco, que imprevistamente acompañaron al intestino.

Necesario es conciliar ambas opiniones para aproximarnos á la verdad, pues si bien en unos casos será exacta la de Gosselin, en otros lo será la de su contrario el Sr. Parise.

Se desprende de esta discusion la importancia para el diagnóstico y tratamiento, de investigar si existían hernias externas anteriormente, en presencia de un caso de oclusion intestinal.

En algunos casos, la constriccion tiene lugar al nivel de aberturas congénitas de los repliegues peritoneales, ó formadas accidentalmente en los que se introduce el intestino.

Se ha dado diversos nonbres á las hernias intra-abdominales, en relacion con la parte en que está situado el orificio que le sirve de cuello.

Se distinguen principalmente:

1° La *hernia iliaca*, desarrollada en una de las fosas ilíacas.

2° La *hernia meso-cólica* que se forma á causa de orificios del meso-cólon.

3° La *hernia ante-vesical*, en la parte anterior de la vejiga.

4° La *hernia del ligamento ancho*, en el repliegue de este nombre.

5° La *hernia intra-pelviana*, causada por el descenso de una parte del conducto intestinal, por los lados y detrás del recto.

A esta variedad de hernias situadas en las cavida-

des abdominal y pelviana, se agregan las qne se forman á espensas de la cavidad torácica, constituyendo las *hernius diafragmáticas*, producidas por orificios normales ó anormales del músculo ó formados accidentalmente, y casos se han observado aunque pocos, en que el diafragma mismo, distendido localmente, formaba por sí solo las cubiertas de la hernia,

Es de notarse que en la variedad congénita, existen casi constantemente otros vicios de conformacion-pocas veces compatibles con la vida.

Mencionaré por último entre las ocusiones causadas por orificios, la determinada por el paso de los intestinos á la cavidad posterior de los epiplones por el hiato de Winslow; se ha visto á la mayor parte del intestino delgado pasar á la cavidad mencionada, variedad á la que Treitz ha dado el nombre de h*ernia retro peritoneal.*

La estrangulacion es determinada en ocasiones por *bridas* célulo-fibrosas ó membranosas, resultado de inflamaciones del peritoneo; varían al infinito en número, disposicion y relaciones, á tal punto que no es posible hacer una descripcion que comprenda todos los casos.

Se estienden á veces en forma de puente, con sus dos estremos fijos en la pared abdominal, circunscribiendo un espacio en el que puede ser estrangulada un asa intestinal.

La mayor parte de las veces estas bridas en forma de cordones ó placas, unen los órganos entre si, pasan de un asa intestinal á otra, del intestino al

mesenterio, al epiplon ó á la pared abdominal; pueden no tener relacion con el tubo digestivo, por medio de adherencias, uniendo entónces principalmente los órganos situados en la pelvis y particularmente el útero y la vejiga, entre sí, con otras vísceras ó con las paredes de la cavidad abdominal.

Estas bridas pueden existir durante muchos años, sin ocasionar peligro alguno, pero á consecuencia de una distension excesiva, de una constipacion prolongada y quizá de movimientos bruscos, se acetúa la compresion, dando lugar á los síntomas de la oclusion.

Los *diverticulos intestinales* anormales ó el apéndice ileo-cecal, cuando á consecuencia de peritonítis, ha contraido adherencia su estremidad libre, producen la oclusion obrando como una brida; en otros casos, estas prolongaciones flotantes dan lugar al mismo efecto, anudándose al rededor de un asa instestinal, á la que Parise ha dado el nombre de *nudos diverticulares.*

3° *Torsion ó vólvulo*—La lesion determinada de este modo, se produce cuando una parte del tubo intestinal, girando sobre sí mismo en el sentido de su longitud, ocasiona como consecueucia de este movimiento, una estrechez del conducto, oponiendo un obstáculo al curso del contenido intestinal.

Las partes en que se le ebserva mayor número de veces, son la S iliaca y el ciego; los repliegues serosos de estas porciones por su estension y laxitud, oponen poca resistencia al movimiento que necesita para su produccion.

Esta torsion del intestino grueso, suele ser el orígen de lesiones análogas en el intestino delgado, ocurriendo aquí tal *revolvimiento*, que su mesenterio que le sirve de eje, se convierte en agente estrangulador.

No se conocen bien las causas y mecanismo del vólvulo; las bridas del peritoneo no son estrañas á su produccion, aunque no con la frecuencia que originan la estrangulacion propiamente dicha. Se citan casos en que la torsion ha sido consecutiva á la ingestion abundante de alimentos indigestos y á movimientos bruscos y violentos. La alimentacion vegetal y la constipacion habitual, produciendo la dilatacion del intestino, por la detencion de las materias fecales, ocasiona la relajacion de los repliegues peritoneales, circunstancia favorable para el cambio de posicion que constituye el vólvulo.

Segun Brinton, la torsion (*estrangulacion rotatoria* de Rokitanski), produce un 8 por 0[0 de los casos de oclusion; un 2,10 por 0[0 segun Leichtenstein.

Causas parietales

Diferentes son las causas de este grupo que producen la oclusion intestinal.

Estudiaremos, 1° *Los tumores*, que tienen su asiento en las paredes del conducto. 2° *Las cicatrices*, resultado de lesiones orgánicas y 3° *Las invaginaciones* ó *intususcepciones*.

1° *Tumores.*—De diversa naturaleza son los que situados en las túnicas intestinales, determinan á medida de su desarrollo, una estrechez que es la causa de los accidentes. Generalmente dan lugar á esta afeccion, las producciones cancerosas, los pólipos y la hipertrofia parcial, consecutiva á una inflamacion crónica. Tumores los mas diversos la ocasionan á veces; Laenec ha observado un quiste hidatídico en el espesor de las paredes, que era el orígen de al enfermedad y Bretonneau menciona el caso de un derrame sanguíneo entre las túnicas intestinales como causa de la lesion.

En cuanto á la frecuencia del sitio de los neoplasmas, en las distintas porciones del tubo digestivo, Leichtenstein, dá las proporciones siguientes: en el recto 80 por 100; en el cólon 11.5 por 100; en el ciego 4.1 por 100 y en el intestino delgado 4.3 por 100.

2° *Cicatrices.*—Las cicatrices, en cualquier órgano ó tejido que se las considere y por desemejante que sea su orígen, están sujetas á una retraccion inevitable; las del tubo digestivo, no podian quedar exentas de esta retraccion y el fruncimiento que determina en sus túnicas se traduce por una estenosis. Vemos producirse así la oclusion á consecuencia de la estrechez cicatricial que dejan las *lesiones traumáticas* del conducto intestinal; *las ulceraciones tuberculosas* en el intestino delgado, mas especialmente las de la *disentería*, que como las otras que indicaré, tienen su asiento en el intestino grueso.

Deformidades análogas, aunque menos graduadas,

las producen la *fiebre tifoídea* y *el catarro intestinal.*

La *sífilis* en sus manifestaciones múltiples, figura entre las causas ya tan numerosas de este estado morboso; las cicatrices á que dá orígen, se encuentran esclusivamente, segun Fournier, en el recto. Conviene llamar la atencion sobre esta causa «por la curabilidad, por cierto escepcional, de la oclusion que produce» (Jaccoud).

3° *Invaginacion.*—Está constituida por la penetracion de una parte del intestino en otra; es simple cuando consta de tres paredes, encontrándose la mucosa de la esterna que forma vaina, en contacto con la de la capa media y la serosa de ésta, con la de la interna.

Esta es la variedad mas numerosa, pero se observan á veces invaginaciones dobles ó triples que tienen cinco y siete paredes respectivamente.

A este proceso por sí mismo, no podria considerársele como causa de los accidentes, porque la diminucion del calibre del conducto no es bastante para determinarlos, pero el mesenterio, ejerciendo traccion sobre el borde posterior del intestino, hace tomar á las partes sobre que actúa, una forma encorvada, desviando la estremidad de la porcion invaginada sobre el segmento invaginante, y el orificio por el que la luz de la porcion invaginada se comunica con el intestino, pierde su forma circular, tomando la de una hendidura mas ó menos estrecha; esta modificacion es segun Jaccoud, la verdadera causa de los accidentes.

Producida la invaginacion, la llegada de materiales tiende á aumentar la compresion y dá orígen á que se estienda la lesion, obrando por su peso, á no ser el movimiento inflamatorio que tiene lugar al nivel del orificio de la vaina invaginadora que le sirve de cuello; esta flogosis determina la adherencia de las serosas al nivel de la constriccion, y algunas veces, la de los cilindros invaginado é invaginador en cierta estension.

En ocasiones todo termina aquí, la congestion de que son asiento las partes se disipa y el enfermo consigue una curacion relativa.

Otras veces el segmento invaginado privado de su nutricion por la compresion de sus vasos, se gangrena, y daria lugar por el derrame en la cavidad del peritoneo de los materiales contenidos en el intestinos, á una peritonitis de mala naturaleza, rápidamente mortal, á no ser la inflamacion adhesiva que produce la adherencia de la serosa. Eliminado el cilindro mortificado, que sale al esterior con las heces, se restablece la continuidad, obteniéndose así una curacion espontánea.

Sucede á la curacion en algunos casos, un catarro intestinal intenso, que es originado por la accion irritante del cilindro invaginado, sobre la mucosa ó lo que es mas probable, á causa de la eliminacion de partículas gangrenosas, que no ha podido efectuarse sino lentamente.

La invaginacion es por lo general *descendente ó progresiva*, es decir que la porcion situada encima se

introduce en la que le sigue, pero diversos observadores, han encontrado invaginaciones *retrógadas ó ascendentes*, que es lo contrario de la anterior. Bucquoy refiere cuatro casos de esta variedad.

La estension de la intususcepcion varia bastante, por lo comun de algunos centímetros, alcanza á veces á una longitud considerable; se han visto casos en que la porcion inferior del intestino delgado, el ciego, el cólon ascendente y trasverso, ocupaban el cólon descendente, al punto de hacer salida al esterior por el ano.

Se comprenden las lesiones que se producirán á causa de cambios tan estensos, y la peritonitis generalizada, puede ser la consecuencia de la ruptura del mesenterio y de la hemorragia de los vasos que soporta sin necesidad que exista perforacion.

Entre las causas mas frecuentes de la invaginacion, se citan la diarrea con pneumátosis, la disentería y los pólipos.

El mecanismo de su produccion no está demostrado, esceptuando los casos de pólipos, que por su peso arrastran la parte del intestino en que tienen su asiento y consiguen invaginarla; se trata de esplicarlo por un trastorno de los movimientos peristálticos del intestino, causado por una irritacion inflamatoria.

Con frecuencia se observan en el cadáver, sobretodo, en el intestino delgado, invaginaciones múltiples que no se manifestaron durante la vida, pero la falta de proceso inflamatorio, la facilidad con que cede la porcion invaginada á una débil traccion de la mano

y la ausencia de síntomas, hacen pensar que estas intususcepciones se han producido momentos ántes de la muerte. *La irregularidad de las contracciones intestinales,* es frecuente en la agonía, lo que esplica su produccion.

En cuanto al asiento de la lesion, las invaginaciones *íleo-cecales*, que están formadas por la penetracion del íleon y ciego, formando este el vértice del cilindro, en el cólon, son las mas frecuentes; vienen despues las del intestino delgado y por último las del intestino grueso. Existe una variedad mucho mas rara, á la que Leichtenstein ha dado el nombre de *íleo-cólicas*, en las que el íleon penetra en el cólon, pasando por la válvula íleo-cecal, sin que varíe la situacion del ciego.

Bulteau, en su tésis, menciona 392 invaginaciones ileo-cecales, 220 en el intestino delgado y 151 en el intestino grueso. Las estadísticas de Brinton y de Leichtenstein, concuerdan con la citada.

La invaginacion es frecuente en los niños y sobre todo en el primer año de la vida y en cuanto á las causas de esta predisposicion singular, son poco conocidas; no puede concederse un rol patogénico importante, á los movimientos violentos comunicados al niño, si se atiende á los movimientos activos, vigorosos, de los de mas edad, en los que se observa con menos frecuencia.

Entre las causas de oclusion intestinal, esta es sin duda una de las mas importantes; Brinton en 600 casos de esta enfermedad, ha visto que figuraba con

un 49 por 100; un 37 por 100 segun Philipps y Besmir refiere 47 casos de intususcepcion en 183 de oclusion.

Causas intrínsecas ó cavitarias

Las numerosas causas de esta clase son las que con mas frecuencia dan lugar á la oclusion intestinal.

Comprenden todos los cuerpos estraños, que originados en el interior del intestino ó venidos de afuera, forman por su volúmen, un obstáculo al curso de las materias fecales.

Unos de estos cuerpos presentan la particularidad de estar constituidos por *vermes intestinales;* de vez en cuando se refieren ejemplos de este órden, en los que ha sido determinada la obstruccion, por el apelotonamiento de *ascárides lumbricoides* (Trousseau).

Piorri ha dado el nombre de *esterco-enterectasia* ó *escorenteracsia* á los tumores estercorales, ó sea formados por materias fecales endurecidas, basado dicho nombre, en la dilatacion que estas determinan en el intestino.

Tienen frecuentemente por orígen, sustancias refractarias á la digestion, un cálculo biliar, etc., coincidiendo casi siempre con una constipacion habitual.

Su asiento es con preferencia la S iliaca y el ciego.

En este grupo encontramos las *concreciones intestinales ó enterolitos*, concreciones cuya constitucion

se asemeja á la de los cálculos, componiéndose como ellos, de una parte central ó núcleo, que es por lo general un cuerpo estraño cualquiera, en ocasiones un cálculo biliar, á cuyo alrededor se agregan capas formadas casi esclusivamente de fosfato y carbonato de cal y de fosfato amónico magnésico.

La influencia de estas causas está favorecida por un estado de atonia ó relajacion de las túnicas intestinales.

Los *cálculos biliares* son á veces causa de oclusion, pero no siempre sucede del modo que queda indicado; por su volúmen, cuando es considerable, bastan por sí solos para oponer un obstáculo al curso del contenido intestinal.

Lógico es pensar que estos cálculos no han penetrado al intestino por el canal colédoco. La patogenia de estos casos se esplica como cree el Dr. Murchinson y la observacion lo comprueba, por el paso del cálculo voluminoso, al través de la vesícula biliar y del intestino contíguo, por una *fístula intestinal*, despues que una peritonitis circunscrita consecutiva á la ulceracion causada por el cuerpo estraño, ha determinado la adherencia de las paredes de ambos órganos.

No son solamente las causas enumeradas las únicas que ocasionan la oclusion por obstruccion; basta indicar para conocer su multiplicidad, que pueden determinarla los cuerpos mas diversos tragados ó no accidentalmente. Las semillas de las frutas han producido algunos casos fatales de este padecimiento,

como el referido por Trousseau, de un soldado que habia comido glotonamente una cantidad de cerezas, inclusive los carosos, demostrando la autopsia, la existencia de una masa de estos carosos que obstruia el intestino delgado, cerca de la válvula de Bauhin.

Estudiaré aquí las alteraciones mas ó menos marcadas que sufren el intestino y las partes próximas en todos los casos, ampliando así lo que al respecto hemos dicho al describir cada una de las causas de oclusion.

Al nivel de la constriccion, el conducto puede ser cortado á causa de la duracion é intensidad de la misma, determinando un derrame intra-peritoneal.

En la torsion es raro que el intestino presente lesiones intensas.

En algunas variedades, en el segmento intestinal aislado del resto del tubo digestivo por el anillo que le comprime, se observa una falta de circulacion, y acentuándose ésta, dá lugar á la gangrena de dicho segmento, tomando entonces el color de hoja seca.

La parte del intestino superior al obstáculo, distendida como está por materiales y gases, toma proporciones considerables; lo contrario sucede en la porcion inferior que se encuentra plegada, como perdida entre la voluminosa masa que forma el estremo superior.

En las partes próximas se encuentran comunmente lesiones del peritoneo, constituidas por una peritonitis generalizada, producida ó no por perforacion, ó bien la inflamacion de la serosa, está limitada al sitio de la lesion.

La mucosa presenta lesiones de un catarro de variable intensidad.

Síntomas

La oclusion intestinal, es una de las especies patológicas mejor caraterizadas; el número considerable de sus causas, contrasta con la uniformidad de los síntomas que ocasionan.

Variable en su modo de iniciarse, la enfermedad una vez constituida, se nos dá á conocer por un número determinado de síntomas, siempre los mismos, tales como *el dolor, la constipacion, el meteorismo* y *los vómitos,* á lo que debe agregarse un signo negativo de gran valor diagnóstico, cual es la falta de fiebre (apirexia).

Dolor—El dolor varía bastante, en relacion con la causa de la oclusion; obtuso unas veces, adquiere otras tal intensidad que se hace intolerable.

La presion lo aumenta pero solo en los puntos que son asiento del mal.

No es contínuo por lo general, ofreciendo exacer-

vaciones que coinciden muchas veces con contracciones intestinales.

Se presenta brusca ó gradualmente y localizado al principio al nivel del ombligo ó en los lados en las fosas ilíacas, se irradia mas tarde al resto del abdómen. Su desaparicion brusca, está relacionada con la aparicion del colapso ó la gangrena.

Constipacion—Este es uno de los síntomas mas precoces y dura tanto como la enfermedad. Puede ser completa y persistente desde el principio, pero no siempre sucede así; en los primeros dias, el cabo intestinal situado debajo del obstáculo, se desembaraza paulatinamente de las materias que contiene y mientras mas arriba esté aquel, mayor número de veces se repetirán estas cámaras, engañosas para el diagnóstico.

Se ha observado á veces que las evacuaciones, poco abundantes es cierto, existian durante todo el padecimiento, debido esto á que la oclusion no es completa. La invaginacion y las oclusiones por compresion y estrechéz, nos presentan ejemplos de esta clase; en la primera, existe además casi siempre, tenesmo con espulsion de mucosidades mezcladas con sangre líquida ó coagulada y en las segundas, se observan períodos de constipacion alternando con diarrea. Se han comprobado algunos casos producidos por cuerpos estraños ó materias fecales endurecidas, en los que se había formado al traves de estas masas, un canal que daba paso á los líquidos intestinales del segmento superior.

Estas oclusiones incompletas, esplican la larga duracion que adquiere á veces la enfermedad.

Fuera de estos casos, el estreñimiento es completo y ni los gases salvan el obstáculo.

Meteorismo. Veinte y cuatro ó cuarenta y ocho horas despues de la constipacion completa y como consecuencia de esta, aparece el meteorismo, constituido por los gases que no pudiendo pasar el obstáculo, distienden la parte del tubo digestivo situado arriba del mismo.

Se desarrolla con lentitud, pudiéndose reconocer al principio por la forma del abdómen, segun Laugier, el sitio del obstáculo; así, si este está en el intestino delgado, solo las regiones hipogástrica, umbilical y epigástrica estarán timpanizadas y si en el intestino grueso, este, dilatado en forma de cilindro, se dibuja al través de las paredes abdominales, circunscribiendo la parte central deprimida.

Esto se observa solo al empezar el meteorismo, mas tarde se hace general; la percusion dá en todas partes un sonido timpánico; la pared abdominal distendida en estremo, se hace resistente y dura, y si al principio podian reconocerse tumores, el cilindro formado por la invaginacion, etc., ahora, el exámen que se hiciera con este objeto quedaria sin resultado, á parte de las molestias que sufriría el paciente.

El desarrollo del abdómen rechaza el diafragma hácia la cavidad torácica, dificultando y trastornando las funciones de ese músculo; la disnea y el hipo en efecto, son síntomas casi siempre constantes.

Vómitos. Es el síntoma mas penoso de esta enfermedad. Precedido por regurgitaciones y náuseas, lo provocan á menudo la ingestion de líquidos, las contracciones intestinales y la compresion del abdómen; al principio el enfermo hace esfuerzos para vomitar, pero despues no toma en esto parte alguna, vomita automáticamente.

Es mas tardío en manifestarse que los otros síntomas enumerados ántes, escepto sin embargo cuando se produce la oclusion muy arriba, ó durante la digestion estomacal, en cuyo caso el estómago se desocupa de su contenido, á lo que sucede una mejoria de algunas horas, haciendo esto pensar equivocadamente en una indigestion.

Los caractéres del vómito son variables; alimenticios primero, toman despues el aspecto bilioso ó mucobilioso, debido segun Jaccoud á un trastorno del aparato biliar, para hacerse mas tarde *fecaloides*; este es su carácter mas importante, que hace del síntoma que estudiamos, un signo patognomónico; están constituidos por un líquido ó puré amarillento, semejante al que se encuentra en la última parte del intestino delgado y cólon ascendente; su olor fecal es típico y al pasar por la garganta y boca de los desdichados enfermos, acusan estos horribles angustias.

En el apogeo de sus sufrimientos durante los vómitos llamados fecaloides, esperimenta el paciente despues de cada uno de ellos, un alivio pasagero, en lo relativo á los síntomas abdominales.

En las oclusiones de marcha crónica y cuando

el obstáculo está situado en las últimas porciones del intestino, los vómitos no se presentan ó son tardíos en manifestarse y raras veces se hacen fecaloides.

El estado general entre tanto, se agrava paso á paso, como lo demuestra la cara y las funciones.

La disminucion de la cantidad de orina, se observa principalmente cuando el sitio del obstáculo está cerca del estómago (Barlow), siendo debida probablemente, no al hecho en sí del sitio superior del obstáculo, sinó á la persistencia de los vómitos, resultado de una obstruccion completa.

La respiracion, frecuente al principio, vá debilitándose progresivamente, llegando casi á estinguirse el murmullo vesicular. El enfermo con mucho trabajo hace oir su voz que se torna trémula y apagada.

Los enfermos reusan muchas veces satisfacer la sed insaciable que sienten, por temor de ver renovados sus sufrimientos por los vóminos, que provocan la ingestion de líquidos.

El pulso, frecuente y pequeño primero, se hace filiforme é irregular.

El adelgazamiento es progresivo y contrasta la emaciacion de la cara, de las estremidades y del tórax, con el volúmen considerable del vientre.

La temperatura, salvo complicacion, conserva su cifra fisiológica, descendiendo despues 1 á 2 grados.

La cara presenta el tipo llamado hipocrático. La

piel, fria y tersa, cubierta de sudores viscosos; la lengua, seca, roja, puntiaguda y fria, se cubre de un barniz mas ó menos espeso.

La asfixia hace rápidos progresos.

La inteligencia se conserva intacta; algunas veces aparece un sub-delirio. Finalmente el paciente cae en un letargo, que anuncia la proximidad de la muerte.

Marcha, duracion y terminacion

Esta enfermedad tiene por lo general, una *marcha* contínua y regular. Los accidentes que ocasiona, ván agravándose sucesivamente hasta su terminacion por la muerte ó por la curacion, si tiene lugar una desobstruccion completa.

Esta regla sin embargo, no carece de escepciones y se vén casos en los que los fenómenos graves del padecimiento, desaparecen por mas ó menos tiempo, haciendo creer en una curacion difinitiva, para aparecer mas tarde. Las oclusiones determinadas por pólipos y cuerpos estraños, nos ofreen ejemplos de estas alternativas, que pueden repetirse varias veces hasta la terminacion.

Su *duracion* depende en gran parte de la variedad á que pertenezca la oclusion.

Una estrangulacion propiamente dicha, dura menos tiempo que una invaginacion, y si la causa que deter-

mina el padecimiento es una estrechez ó una compresion, su duracion es relativa al grado de obstáculos que determinan.

Las complicaciones, una peritonitis, por ejemplo, apresura la terminacion desfavorable.

En general, puede decirse que es de 4 á 10 dias y escepcionalmente de 40; esta prolongacion de los accidentes, es de un pronóstico favorable.

En cuanto á la *terminacion* de esta enfermedad, la *curacion* se establece por el restablecimiento del curso de las materias intestinales, en cuyo caso, sorprende la cantidad considerable de estas materias líquidas ó semi-sólidas y gases que salen por el ano, y si el intestino no padece una lesion grave, la convalecencia es corta y la curacion difinitiva, favorecida con un régimen apropiado y una vigilancia atenta de las funciones intestinales.

Esta terminacion feliz no es frecuente por desgracia.

Puede establecerse la curacion por otro mecanismo. El peritoneo, al nivel de la lesion, contrae adherencias con las paredes abdominales, que impiden el derrame en la cavidad peritoneal, de las materias contenidas en el intestino, pudiendo estas abrirse paso al esterior, en cuyo caso se forma así, espontáneamente, un ano contra-natura. Otras veces se establece una comunicacion con una porcion del intestino contíguo, restableciéndose de este modo, por lo menos temporalmente, el curso de los materiales.

En fin, la muerte es producida por el *colapso*, por

peritonitis, que se anuncia por la mayor intensidad de los dolores y fiebre, por *hemorragia intestinal* y lo que es mas frecuente, por *asfixia*, consecuencia del rechazo de las vísceras torácicas, por la dilatacion estrema del abdómen.

Diagnóstico

El diagnóstico de este padecimiento no ofrece en general, grandes dificultades.

Para llegar á él con mas facilidad, conviene resolver los tres puntos siguientes: 1° Distinguir la oclusion de las otras enfermedades que pueden simularla; 2° Reconocer su sitio; 3° Determinar su causa.

1°—De la *peritonitis* se distingue porque en esta afeccion los dolores son mas intensos y generales, los vómitos son biliosos y no fecaloides, el meteorismo es mas uniforme, la constipacion no es completa y la temperatura es elevada. La peritonitis por perforacion, cuando no tiene con ella, relacion de causalidad, ha hecho creer algunas veces en la oclusion, pero, la falta absoluta de cámaras, los vómitos característicos y los antecentes del enfermo, aparte de los síntomas mencionados de la peritonitis, nos pondrán en guardia contra este error.

La *hernia estrangulada* presenta un cuadro sintomático igual á esta enfermedad, puesto que como hemos visto, el mecanismo de su produccion es aná-

logo; es entonces de regla, la esploracion de las regiones en que comunmente se presentan las hernias.

En los niños recien nacidos, que presenten síntomas de oclusion, deberá examinarse el ano y el recto, donde pueden encontrarse como causa de los fenómenos algunos vicios de conformacion.

En cuanto á su distincion con el *envenenamiento* y el *cólera* á que se refieren todos los observadores, bastará tener presente la posibilidad de este error.

Mencionaré finalmente una variedad de oclusion discutida en la actualidad, que reconoce por causa fenómenos puramente nerviosos.

Me refiero á la oclusion por *espasmo intestinal*; al *íleo nervioso*.

Numerosos casos de esta naturaleza, refieren los autores antiguos en los que observaron todos los síntomas de la oclusion, faltando solo el obstáculo mecánico al curso del contenido intestinal.

Varias interpretaciones se han dado de esta anomalía y parece ser un hecho su localizacion en el sistema nervioso.

Monfalcon lo considera como una especie mórbida primitiva *sui géneris*, definiéndola como «un cólico estremadamente violento, acompañado de constipacion tenaz y vómitos de las materias contenidas en el tubo digestivo.»

Para Barthez, son originadas estas alteraciones por un movimiento anti-peristáltico del intestino, que dá lugar á la marcha de las materias intestinales en direccion contraria á su curso natural.

Dos casos de este género observados por Jacooud han hecho que este autor, admita el *íleo nervioso* (pasion ilíaca verdadera), como una entidad morbosa; uno de ellos en 1867 en su clínica del Hospital de San Antonio, en una jóven que padecía histerismo convulsivo, y otro en 1881 en el Hospital Lariboisiere, en una mujer muy nerviosa. La primera se restableció á los ocho dias y poco tiempo despues, falleció de fiebre tifoidea; la autopsia, fuera de las lesiones propias de esa fiebre, no demostró nada que diera cuenta de la inversion del curso de las materias estercoráceas. La segunda curó mediante una medicacion anti-espasmódica.

No puedo menos que trascribir las conclusiones que deduce el profesor Jacooud, al referir los casos mencionados.

«De este hecho, dice, observado con la mas escru-
»pulosa atencion, tanto por mí como por el Doctor
»Dieulafoy, entonces mi interno, se desprenden las
»consecuencias siguientes: el íleo nervioso, la oclusion
»por espasmo intestinal, existe realmente; en el esta-
»do patológico, puede ser forzada la válvula de
»Bauhin y observarse vómitos estercoráceos, una
»verdadera defecacion bucal; la contraccion anti-peris-
»táltica del intestino está demostrada y establecido
»además que es bastante poderosa para provocar la
»proyeccion de materiales por las vias superiores.
»Este hecho puede poner fin á las innumerables
»controversias á que ha dado lugar el mecanismo de
»los vómitos fecaloides en la oclusion mecánica.»

Para distinguir esta variedad, por otra parte bastante rara, nos servirán de elementos diagnósticos, el histerismo, el temperamento nervioso, el sexo femenino, el desarrollo tardío de los síntomas graves y el tratamiento.

No carece de importancia observar de acuerdo con la mayoría de los prácticos, que el espasmo, complica con frecuencia las otras causas, siendo originado por una irritacion; así por ejemplo, las cicatrices intestinales, son el asiento de esta irritacion á consecuencia de excesos en el régimen, y el elemento espasmódico, agregándose á la alteracion del conducto, agrava singularmente los accidentes.

2° El conocimiento del sitio de la lesion presenta algunas dificultades en muchos casos, sin embargo, puede establecerse con facilidad.

El desarrollo del meteorismo y la forma del abdómen como se ha dicho antes, suministra datos útiles al respecto.

Se ha insistido sobre un síntoma de gran valor, llamado *signo de Dance* que consiste en una depresion marcada en la fosa ilíaca derecha, contrastando con un abultamiento considerable en la parte izquierda del abdómen, depresion producida á causa del cambio de situacion del ciego, en las invaginaciones íleo-cecales.

El punto de mayor dolor, debe siempre tenerse presente, particularmente para la intervencion quirúrgica. Besnier, en 183 casos ha comprobado que,

en mas de la mitad, el sitio del mayor dolor correspondía al de la lesion.

La aparicion precoz de los vómitos iniciales, la diminucion de la cantidad de orina y la falta de vómitos fecaloides, indican que el obstáculo se encuentra en una parte próxima al estómago.

Si el englobamiento del abdómen lo permite y se nota un tumor en una de las fosas ilíacas, el sitio de la lesion estará probablemente en el intestino grueso, y si en la última porcion de éste, el meteorismo mas generalizado, los vómitos mas tardíos, la cantidad de líquidos que pueden introducirse por las irrigaciones y especialmente el tacto rectal y vaginal nos pondrán en una via cierta de diagnóstico.

No carece de interés la siguiente estadística de E. Besnier, relativa á la causa y sitio de la oclusion en 183 casos:

Naturaleza de la estrangulacion	*Número de casos*	*En el intest. delgado*	*En el intest. grueso*
Invaginacion	47	13	34
Estrechez	26	9	17
Estrang. por torsion. .	10	2	8
Flexion	6	5	1
Bridas sólidas. . . .	26	19	7
Aplicaciones del ciego .	9	9	0
Divertículos	9	9	0
Bridas intestinales . .	5	5	0
Orificios anormales de los repliegues peritoneales	11	9	2

Orificios del diafragma.	4	0	4
Sacos peritoneales intra-abdominales . .	4	4	0
Por compresion (tumores)	6	2	4

3.° Es muy difícil en la mayoria de casos llegar á establecer con exactitud la *naturaleza* del obstáculo.

Está basado este diagnóstico patogénico, sobre la aparicion de algunos síntomas, la marcha de la enfermedad, los antecedentes del enfermo, sobre su edad, etc.

Si entre los conmemorativos encontramos una peritonitis, podemos sospechar que la estrangulacion es producida por bridas y con mayor razon si entre ataques graves, tiene el paciente una salud perfecta (J. Hutchinson).

La peritonitis crónica, por lo general tuberculosa, dá lugar á adherencias entre las asas intestinales y consecutivamente á su flexion, que ocasiona una oclusion de forma crónica.

La invaginacion está caracterizada por un tumor blando, cilíndrico, y como el meteorismo que produce esta forma, es poco marcado, puede reconocerse su presencia por la palpacion, en el trayecto del intestino grueso; en ocasiones como observa Henoch, á pesar de la flacidez relativa de las paredes abdominales, no es posible descubrir el cilindro de la invaginacion, á

causa de que algunas asas intestinales distendidas por gases, se interponen entre él y la pared abdominal dificultando la esploracion.

Un flujo sanguíneo con tenesmo acompaña casi siempre á esta variedad y el estreñimiento pocas veces es absoluto.

Cuando la estremidad inferior del segmento invaginado se presenta á la esploracion rectal, dá al tacto una sensacion análoga á la que ofrece la porcion vaginal del útero al dedo esplorador.

Al signo de Dance, cuando existe, se concede una importancia real.

Debe tenerse presente que la intususcepcion, es la variedad mas frecuente en los niños, á tal punto, que puede decirse que es la única que se observa en ellos.

La torsion es casi esclusivamente de la edad media de la vida y de la vejez. El dolor bastante marcado lo refiere el enfermo á la parte correspondiente á la S. ilíaca, donde preferentemente tiene asiento la torsion, y el timpanismo es mas graduado á la izquierda del abdómen.

La disenteria, la fiebre tifoidea y la sífiles, nos indican una estrechez cicatricial. Si se descubre un tumor abdominal, será la compresion la causa de los accidentes; estas variedades tienen un principio gradual, siendo frecuente, que á largos períodos de constipacion, sigan intérvalos de diarrea.

Es imposible en un gran número de casos, conocer la causa de la oclusion, pero en la clínica se distinguen

dos formas de esta afeccion, lo que presenta verdadera importancia para el tratamiento.

La estrangulacion, la torsion, la invaginacion y algunas de las otras variedades, revisten una forma aguda, el dolor es intenso, los vómitos fecaloides mas precoces, todos los accidentes en fin, se desarrollan con rapidez, apareciendo bruscamente en medio de una salud satisfactoria; las otras clases de oclusion y la invaginacion algunas veces, tienen por el contrario una forma crónica, precedida en ocasiones por alteraciones digestivas variables.

Pronóstico

En general el pronóstico es grave.

Abandonada á si misma, la oclusion intestinal se termina casi siempre por la muerte.

La oclusion determinada por tumores estercoráceos, es la que mas frecuentemente dá lugar á la curacion.

En las producidas por compresiones y cicatrices, se puede alejar la terminacion fatal por un régimen conveniente y el empleo de purgantes apropiados.

La invaginacion, ofrece algunas probalidades de curacion espontánea, sea porque se desinvagine el intestino ó que se esfacele y elimine el cilindro invaginado. Leichtenstein en 557 casos—ha encontrado 151 curaciones (27 por 100) y 406 muertes (73 por 100) 149 casos en que se esfaceló el segmento invaginado,

dieron 88 curaciones (59 por 100) y 61 muertes (41 por 100), mientras que en 408 en los que no se esfaceló el intestino, solo dieron 63 curaciones (15 por 100) 85 por 100 de mortalidad.

El pronóstico de la torsion y de la estrangulacion, es de los mas sérios.

«La peritonitis, agrava considerablemente la situa-« cion, pues mata por si misma y contra indica la ope-« racion que podria salvar al enfermo» (Jaccoud).

Tratamiento

Numerosos son los agentes terapéuticos que se ponen en práctica en el *tratamiento médico* de la oclusion intestinal.

La primera indicacion que se presenta es casi siempre un purgante, que en ocasiones se administra como medio de diagnóstico; debe elejirse de aquellos que dan lugar á una trasudacion serosa, abundante, las sales neutras, etc., con el propósito de que disociando las materias estercoráceas, determinen su salida con mas facilidad. Ademas de su accion colagoga, obran sobre las fibras musculares del intestino, á cuyos dos factores, debe atribuirse la desaparicion de los accidentes en muchos casos.

Se ha visto á los drásticos, el aceite de croton entre otros producir accidentes temibles, la ruptura del intestino y sus consecuencias; tal es un caso observa-

do por Dujardin-Beaumetz, en la Clínica de Behier. Debemos abstenernos en vista de estos hechos, de hacer uso de purgantes muy enérgicos.

En general, están contra-indicados en la oclusion de forma aguda.

Su empleo es conveniente en los casos determinados por acumulacion de materias fecales, por compresion y en los originados por lesiones orgánicas de las paredes intestinales.

Si el obstáculo, formado por materias estercoráceas endurecidas, se encuentra accesible al tacto rectal, la indicacion es librar directamente al intestino, del bolo fecal que impide el curso de las heces.

Los enemas purgantes ó de agua templada ó fria que provocan las contracciones intestinales, prestan en la mayoría de hechos, inmejorables servicios; igual cosa puede decirse de los enemas de agua cargada de ácido carbónico.

La *enteroclisis*, especialmente en los casos de compresion por tumores abdominales, en los de estrechez por cicatriz y tumores fecales, dá resultados satisfactorios á veces. Cuando es practicable, conviene llevar el líquido por medio de un tubo ó una sonda rectal, mas arriba del sitio del obstáculo, en medio de las masas de materias estercoráceas, tratando así de obtener que salgan en estado mas ó menos líquido.

Con las *irrigaciones forzadas* se trata de llevar al intestino una enérgica corriente de agua por medio de bombas impelentes. Estas irrigaciones, no están libres de producir accidentes.

En los casos de intususcepcion se ha intentado reducir mecánicamente la porcion invaginada por medio de una esponja, fijada en la estremidad de un tallo y tambien por las irrigaciones; se comprende con facilidad los peligros á que esponen estos procedimientos cuando son forzados, la ruptura del intestino sería su consecuencia. Cuando hay lugar á creer que la invaginacion es reciente y no ha contraido adherencias, pueden hacerse con la mayor prudencia estas tentativas de reduccion.

La insuflacion de aire por el ano, aconsejada por Hipócrates, ha dado algunos resultados favorables.

Las maniobras externas ó masage, pueden ser útiles en los casos de invaginacion y de obstruccion, siendo conveniente recurrir á la anestesia, para obtener la relajacion de las paredes abdominales.

La belladona por su accion sobre las fibras lisas del intestino, ha sido preconizada por diferentes prácticos, atribuyéndosele buen número de éxitos.

El opio presta útiles servicios sobre todo en la forma aguda de la enfermedad; disminuye el dolor y los movimientos peristálticos exagerados y calma los vómitos. Se le administra al interior, con preferencia el estracto, agregándole pequeñas cantidades de belladona, ó bien el clorhidrato de morfina en inyecciones hipodérmicas.

En el *hielo* tenemos un buen agente; aplicado sobre el abdómen disminuye el meteorismo concentrando los gases y previene la peritonitis que con frecuencia complica á algunas variedades de oclusion. En esta

como en otras muchas enfermedades, ofrece ventajas su ingestion en fragmentos pequeños.

El *mercurio metálico*, á la dósis de 100 á 500 gramos, ha tenido su época en el tratamiento de esta enfermedad y á pesar de los numerosos casos de curacion que se han citado, está lejos de salir del justo olvido en que se encuentra.

Leroy (de Etiolles), es el primero que ha aconsejado *la electricidad* en esta afeccion. Boudet refiere 44 curaciones en 63 casos tratados de este modo.

Obra sin duda como el hielo, estimulando las contracciones intestinales y no ofrecerá grandes ventajas, en los casos en que los movimientos peristálticos están exagerados, como en la estrangulacion y torsion.

El desarrollo considerable del abdómen, hace á veces inminente la asfixia, á la vez que aumenta la sensibilidad del vientre y para paliar estos accidentes ocasionados por el meteorismo, puede recurrirse á un medio poderoso, las *punciones intestinales*, que autores distinguidos aseguran no ofrecer inconvenientes; sucede en ocasiones, como he tenido oportunidad de observarlo, que estas punciones capilares, quedan sin resultado, pero no siempre sucede así y la salida de gases que determina, haciendo cesar la distension, vuelve á las fibras musculares su contractilidad perdida.

Recientemente Kussmaul, Fauché, Whittakes y otros, han recomendado el *lavaje del estómago;* obra, dicen, vaciando el contenido intestinal por los movimientos anti-peristálticos que provoca. Este nuevo

método, atendidos los elojios que de él hacen los autores mencionados, parece disputar uno de los primeros puestos en el tratamiento de la oclusion.

El régimen alimenticio del enfermo debe ser objeto de atentos cuidados· conviene dar aquellas sustancias que conteniendo mayor cantidad de elementos nutritivos, dejen menos resíduos, y si los vómitos impiden la alimentacion por la via estomacal, los enemas nutritivos prestan entonces útiles servicios.

Los medios terapéuticos enumerados, son con frecuencia insuficientes.

Al *tratamiento quirúrgico* es al que debe darse preferencia en la mayoría de casos, muy especialmente en la forma aguda de la enfermedad, en la que los agentes mencionados solo consiguen casi siempre, agravar los accidentes, haciendo perder un tiempo precioso que podria emplearse con provecho del enfermo en la intervencion quirúrgica.

Las operaciones que se practican para remediar los accidentes de la oclusion, son: 1°. la *laparotomia*, 2°. la *enterotomia* y *colotomia* y 3°. la *enterectomia* y *colectomia*.

Con la primera se abre mas ó menos ámpliamente la cavidad abdominal. La incision puede hacerse sobre el obstáculo, lo que conviene solo á algunas variedades; en la fosa ilíaca derecha (Parise), y en la línea media como para la ovariotomia, que es el procedimiento generalmente usado, por ofrecer la ventaja de poder remover el obstáculo de cualquier punto del abdómen en que esté situado.

Esta operacion fué aconsejada por primera vez en esta afeccion, por Praxagoras de Cos, (350 años antes de J. C.), y á pesar de su antigüedad, puede decirse que recien en este siglo, ha llegado á ocupar el puesto que legítimamente le corresponde.

El temor que causaba la abertura del abdómen, los malos éxitos obtenidos por algunos cirujanos eminentes que la proscribian de su práctica, en beneficio de la enterotomia, y las dificultades del diagnóstico patogénico, son causas que han retardado por tanto tiempo, el empleo de este precioso recurso.

Los asombrosos resultados de la ovariotomia, que en el dia casi puede decirse que cada operacion es un éxito, han inclinado á la generalidad de los prácticos á aceptar la laparotomia en el tratamiento de la oclusion intestinal.

La laparotomia constituye una operacion de urgencia en la forma aguda de este padecimiento, reduciéndose despues de abierta la cavidad abdominal, á hacer desaparecer el obstáculo, ya incindiendo una brida, desbridando un orificio, colocando el intestino en su posicion (vólvulo) ó reduciendo el intestino invaginado.

Otras veces es esploratriz y preliminar de otros procedimientos quirúrgicos; la estirpacion de un tumor abdominal ó de algunas operaciones que se practican sobre el intestino.

Respecto á la intervencion en la invaginacion, no son uniformes las opiniones y la estadística le es desfavorable.

La mortalidad en esta variedad es segun Leichtenstein de 73 por 100 y tratada por la laparotomia, de 75 por 100; es decir 2 por 100 mas. En la intususcepcion crónica aumenta todavía la mortalidad, siendo de 86 por 100 (Rafinesque).

En cuanto á la estadística general de la laparotomia, J. Ashhurst en 346 operaciones (en las que están incluidas 65 por invaginacion), cuenta 104 curaciones, 7 cuyo resultado no es conocido y 235 insucesos (69.3 por 100 de mortalidad); 92 laparotomias referidas por Bulteau dan 59 muertes y 33 curaciones (36 por 100 de éxito) y en 190 reunidas por Schramm, dan 68 curaciones y 122 muertos (64.2 por 100). Estas 190 operaciones están divididas en dos séries, la primera hasta el año 1873, comprende 78 casos que dieron una mortalidad de 73 por 100 y la segunda de 112, operados despues de 1873, dá 65 muertes (58 por 100 de mortalidad). Con el método antiséptico, la mortalidad ha disminuido en 15 por 100 y disminuirá mas aun, cuando los cirujanos se familiaricen con este tratamiento (Poulet y Bousquet).

Una de las causas que mas influyen en los insucesos de la laparotomía, es que la operacion se practica muchas veces, en una época bastante alejada del principio de la enfermedad, despues que se vé que los distintos agentes terapéuticos, no dan ningun resultado.

Sobre este particular insisten todos los prácticos. Sucede aquí como con la hernia estrangulada, que cuanto mas pronto se operen, mayor es el número de curaciones.

En los varios casos que he visto operar sin éxito en los Hospitales, los enfermos entraron á estos, en un estado nada satisfactorio, tocando ya los accidentes últimos, y es natural no esperar buenos resultados en condiciones tan desfavorables.

La enterotomía y colotomía, son operaciones por las que se establece un ano artificial, para conjurar los peligros inmediatos de la oclusion; por la primera, se abre el intestino delgado en la fosa ilíaca derecha (Nélaton), y por la segunda, se practica sobre cuatro puntos del intestino grueso: sobre S la ilíaca ó colotomía ilíaca (procedimiento de Littré) en el ciego (procedimiento de Pillore) y en el cólon ascendente y descendente por la region lumbar ó colotomia lumbar derecha ó izquierda (procedimiento de Calisen ó de Amussat).

Estas operaciones convienen en los casos en que no es posible hacer desaparecer el obstáculo, siendo por consiguiente solo paliativos, y lo que mas influye en su contra es que deja al enfermo sometido á los graves inconvenientes de un ano preter natural.

Se han practicado estas operaciones en casi todos los casos, pero su empleo es mas racional en los producidos por estrechez cicatricial y neoplásica, en los por compresion y en algunos casos de cuerpos estraños.

Para la nécrosis y eliminacion del segmento invaginado, se necesitan de 8 á 12 dias, por lo que algunos autores, entre otros Bryant, aconsejan recurrir á la enterotomia en la intususcepcion, con la que se gana

tiempo y la deformidad que deja, solo es provisoria en la mayor parte de los casos, por el restablecimiento de la luz del intestino, despues de la eliminacion del cilindro invaginado. Hemos visto además, que por los hechos conocidos, la laparotomia no ha dado buenos resultados en esta forma de oclusion.

El manual operatorio, es mas sencillo en la enterotomia y colotomia ilíaca, pero la colotomia lumbar da mejores resultados y ofrece las ventajas de que por este procedimiento, no se abre la cavidad del peritoneo y los enfermos pueden llevar con mas comodidad los aparatos destinados á correjir los inconvenientes del ano artificial.

Siendo de necesidad abrir el intestino en un punto superior al obstáculo, la indicacion de cada uno de estos procedimientos, está relacionada con el sitio de la lesion.

Las estadísticas de estas operaciones, son mas favorables á la colotomía.

Treves en 61 enterotomias, encuentra 20 curaciones, (67 por 100 de mortalidad.)

Con la colotomía, los Doctores Allingham y Reeves han obtenido, el primero, 67 curaciones en 69 casos y el segundo 46 en 53 casos. La estadística de M. Bryant no es tan favorable como las mencionadas; pues dá 33 insucesos en 82 operados y 49 curaciones mas ó menos durables.

La *enterectomía y colectomía,* consisten en la reseccion de una parte del intestino delgado ó grueso, y se practica en los casos en que se trata de hacer

desaparecer la causa del padecimiento, siendo necesario para esto excindir con ella, la porcion del intestino en que está situada.

Se han llevado á cabo con resultado en los casos en que el intestino está amenazado de gangrena, en las estrecheces cicatriciales y neoplásicas y en algunos casos de invaginacion.

Kocher y Koeberle han excindido con éxito el primero, 42 centímetros y el segundo, 2 metros de intestino.

Este procedimiento necesita la enterorrafia ó sutura del intestino, y es curativo como la laparotomía á la que complementa.

Respecto á la estadística de estas dos operaciones, en 94 observaciones recojidas por M. Makins, se encuentran **44** insucesos (46,8 por 100) y 121 casos de Reichel, dán 58 muertes (47,9 por 100 de mortalidad.)

Observacion I

Rosa M., argentina, de 30 años de edad, buena constitucion, entró al Hospital de Clínicas el 28 de Agosto del corriente año, ocupando la cama núm. 2 de la sala 10ª, clínica del Dr. Pinto.

Sin antecedentes hereditarios, refiere la enferma que desde hace tres años, viene padeciendo de estreñimiento cada vez mas acentuado; en los últimos

dias del mes de Mayo ppdo., estuvo varios dias sin hacer ninguna deposicion y el vientre se le hinchó de un modo considerable, lo que le ocasionaba dificultad para respirar é hipo; estos accidentes desaparecieron con purgantes que le administraron en el público.

Poco tiempo despues, notó un bulto, dice la enferma, en la parte derecha del vientre, el estreñimiento se acentuó mas y cuando fué examinada en el Hospital, aseguraba que durante *tres meses* no se había movido el vientre una sola vez.

El timpanismo mas marcado en la parte media del abdómen, le producia una disnea poco intensa.

Presenta un tumor voluminoso, poco movible, que conserva la impresion de los dedos, en la fosa ilíaca derecha, en la que la enferma acusa bastante dolor á la presion; tiene dolor tambien en la fosa ilíaca izquierda, en menor grado.

Al caminar, lo que le producia cansancio, el dolor se manifestaba espontáneamente.

Algunas veces ha tenido vómitos alimenticios durante el trabajo de la digestion, muco-biliosos despues.

Por el tacto rectal y vaginal, no se alcanzaba á tocar cuerpo extraño alguno.

Es indudable que se trata de un tumor fecal situado en el ciego.

Los enemas de glicerina y de hiel de buey con que se empezó el tratamiento, solo facilitaron la salida de pequeñas cantidades de materias fecales, que no le

causaban alivio alguno; el último produjo algunos cólicos que incomodaron á la enferma.

Vista la ineficacia de los medios mencionados, se le dió Agua Hunyadi János por la via gástrica y enemas del mismo purgante, obteniéndose con esto tan buenos resultados, que hacia creer en una curacion inmediata. El timpanismo desapareció por completo, los vómitos nos se han producido desde entónces, el dolor en ambas fosas ilíacas es menos apreciable y el tumor, existe aún pero considerablemente disminuido en su volúmen.

El dia 28 de Setiembre, su estado era el siguiente: el tumor del tamaño de una naranja, estaba situado casi en la línea media; el dolor es apreciable á la presion en las fosas ilíacas.

La enferma conserva el apetito que ha tenido desde el principio de la enfermedad, lo que es digno de llamar la atencion, tanto mas cuanto que segun nos dijo, no habia modificado su alimentacion ordinaria.

Por lo demás, está bien.

Desde el 29 empezó á tomar todas las mañanas, una cucharada (20 gramos) de aceite de ricino, continuando con los enemas (3 al dia) de agua Hunyadi János. Con este tratamiento ha movido el vientre tres y cuatro veces al dia, en gran cantidad, espulsando pequeñas concreciones duras.

El 7 de Octubre, última vez que la ví, el dolor y el tumor habian desaparecido. Su estado es pues completamente satisfactorio y no tardará en salir de alta.

Observacion II

Juan R., argentino, de 71 años de edad, de temperamento sanguíneo y constitucion regular, entró al Hospital de Clínicas el 31 de Julio próximo pasado á ocupar la cama número 12 de la sala 8.ª, clínica del Doctor Gil.

Como antecedentes, el enfermo manifiesta que ha padecido de estreñimiento desde mucho tiempo atrás; que en el mes de Mayo de este año, tuvo la misma enfermedad que motiva su permanencia en el Hospital, la que desapareció con purgantes, que se le administraron.

A su entrada al establecimiento, hacia un mes que no se movia el vientre. Presentaba un tumor en la fosa ilíaca izquierda, bastante voluminoso, resistente y que dejaba por un tiempo la depresion producida por los dedos.

Tenia dolor poco marcado á la presion sobre el tumor; este podia circunscribirse gracias al poco desarrollo del meteorismo.

El apetito ha sido escaso y la lengua cubierta de una capa saburral.

Por el tacto rectal, se tocaba un tumor fecal que obstruia completamente el intestino.

Los purgantes y enemas, no dieron ningun resultado. El masage hábilmente practicado, quedó sin

efecto. En vista de esto se recurrió á la estraccion digital, la que se hizo en tres sesiones, dándose salida á la mayor parte del tumor, constituido por materias fecales endurecidas.

Despues de la estraccion, se hizo varias veces la enteroclisis, con aceite, que terminó lo que la mano habia empezado.

Se le dió un purgante (agua H. János), que produjo los efectos que eran de esperarse.

Durante algunos dias se le administraron de dos á cuatro píldoras de estracto de cáscara sagrada (de 0.20 cent. cada una), con lo que terminó el tratamiento. Permaneció algunos dias mas sin tomar medicamentos, en los cuales se movió el vientre espontáneamente, saliendo curado del Hospital, el 10 de Setiembre.

Observacion III

Miguel C., italiano, jornalero, de 45 años de edad, entró al Hospital San Roque el 17 de Agosto, ocupando la cama N. 7 de la Sala 11ª, á cargo del Dr. Revilla.

Refiere el enfermo que desde mucho tiempo atrás, padece un estreñimiento pertinaz, obligándole á hacer uso frecuente de purgantes.

No tiene otros antecedentes.

Desde un mes ántes de entrar al Hospital, dice que no se le habia movido el vientre una sola vez; ha tenido náuseas y vómitos amarillentos y el apetito ha sido

nulo. Los purgantes repetidos que se le dieron en el público, habian quedado sin resultado.

El dia de su entrada, presentaba los síntomas siguientes: meteorismo general que ocasionaba una dificultad respiratoria bastante marcada; los cólons distendidos formaban gruesos cilindros timpánicos que se dibujaban al traves de las paredes abdominales delgadas del paciente.

La percusion denotaba macisez en las fosas ilíacas, mas marcada en la izquierda al nivel de la S ilíaca, sentia dolor en todo el abdómen acentuándose mas á la presion, en la fosa ilíaca izquierda, en la que podia reconocerse un tumor prolongado, voluminoso.

Los vómitos biliosos ó muco-biliosos, se repitieron varias veces, haciéndose *fecaloides* en los últimos dias.

Por el tacto rectal, se alcanzaba á tocar un cuerpo duro que obstruia el paso de las materias fecales.

Su estado general, poco satisfactorio.

El diagnóstico no dejaba lugar á dudas, una oclusion de causa cavitaria, era el orígen de los accidentes.

El dia de su entrada al Hospital, se le dió un purgante de sulfato de soda (40 gramos), que como los que habia tomado anteriormente, quedó sin producir efecto alguno. Los enemas y las irrigaciones intestinales que se le hicieron, dieron el mismo resultado.

Para corregir un síntoma molesto á la vez que peligroso, la disnea, producida por el timpanismo, se practicaron varias punciones capilares, pero desgraciadamente, solo salian pequeñas cantidades de gas,

pareciendo que se obstruia la cánula, por lo que habia necesidad de retirarla; repetida esta operacion, dió varias veces el mismo resultado.

En atencion al estado del enfermo y á la urgencia que habia de librarlo de la obstruccion, que los medios empleados no habian podido vencer, se procedió á estraer directamente la causa del obstáculo.

Como la situacion algo elevada del cuerpo estraño (última porcion de la S ilíaca) hacia impracticable la estraccion inmediata, fué necesario hacer algunas incisiones, en el esfinter esterno del ano, pudiéndose así introducir tres dedos de la mano derecha; de este modo se pudo contornear el tumor facilitándose su estraccion. Estaba formado de materias tanto mas duras cuanto mas se acercaba á su centro. Poco á poco fué enucleándose hasta la salida del núcleo, de consistencia pétrea.

Esta operacion se practicó el 20 de Agosto, despues de cloroformizado el enfermo y en una sesion que duró 40 minutos mas ó menos.

Poco despues se movió el vientre espontáneamente, regularizándose la defecacion desde entonces.

Buenos Aires, Octubre 8 de 1887.

Pase á los señores, Académico Dr. Montes de Oca y Catedráticos, titular Dr. Gil y suplente Dr. Villar para que informen sobre la admisibilidad de esta tésis.

AGUIRRE.
L. de la Cárcova.
Secretario.

—

Octubre 28 de 1887.

Señor Décano: Esta tésis puede imprimirse.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
Cárlos L. Villar.
Juan B. Gil.

—

Octubre 29 de 1887.

De acuerdo con el informe que antecede, entréguese al interesado para su impresion, debiendo fijarse por Secretaría el dia que deba sostenerse en acto público ante la Comision examinadora respectiva.

AGUIRRE.
L. de la Cárcova.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Histología—El cristalino y el humor vítreo, no son otra cosa que sustancia conjuntiva.

Anatomía Patológica—En la fiebre tifoidea qué trabajo patológico se pasa en las placas de Peyer?

Anatomía descriptiva—Cuáles son los órganos que forman el periné?

Anatomía topográfica—Region geniana.

Fisiología—Fenómenos químicos de la contraccion muscular.

Materia Médica y Terapéutica—Antimoniales.

Patología Externa—Lesiones producidas por el frio.

Nosografía Médica—La coqueluche es contagiosa ó infecciosa?

Patología General—Qué signos puede suministrar la region precordial por medio de la auscultacion?

Clínica Médica—Las diversas formas de fiebre tifoidea, modifican su terapéutica?

Medicina Legal y Toxicología—En virtud de qué derecho la sociedad secuestra los enagenados?

Obstetricia—Presentaciones y posiciones, su diagnóstico.

Oftalmología—Oftalmia simpática.