



Año 1917

N. 3222

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Mic. B. h. h.

Oclusión Intestinal

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICANOR A. PAZ

Ex practicante de la Asistencia Pública (Casa Central)

Ex practicante del Hospital Pirovano

Ex practicante del Hospital Tornú—Médico interno del Sanatorio Palacio Arabe

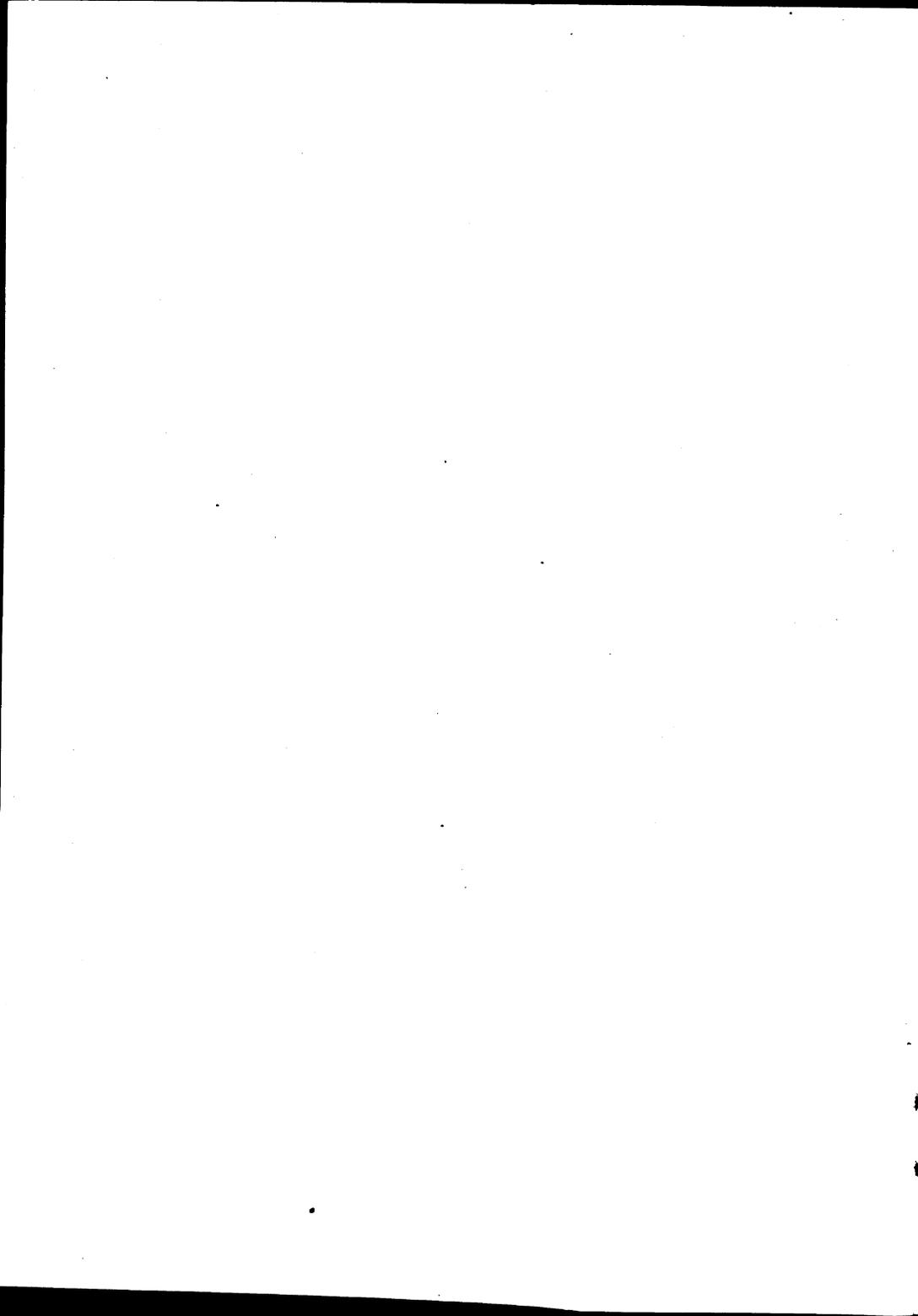


BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151

1917

OCLUSIÓN INTESTINAL



Año 1917

N. 3222

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Oclusión Intestinal

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICANOR A. PAZ

Ex practicante de la Asistencia Pública (Casa Central)

Ex practicante del Hospital Pirovano

Ex practicante del Hospital Tornú—Médico interno del Sanatorio Palacio Arabe



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI · CORRIENTES 3151
1917

Handwritten signatures and initials

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la Facultad

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

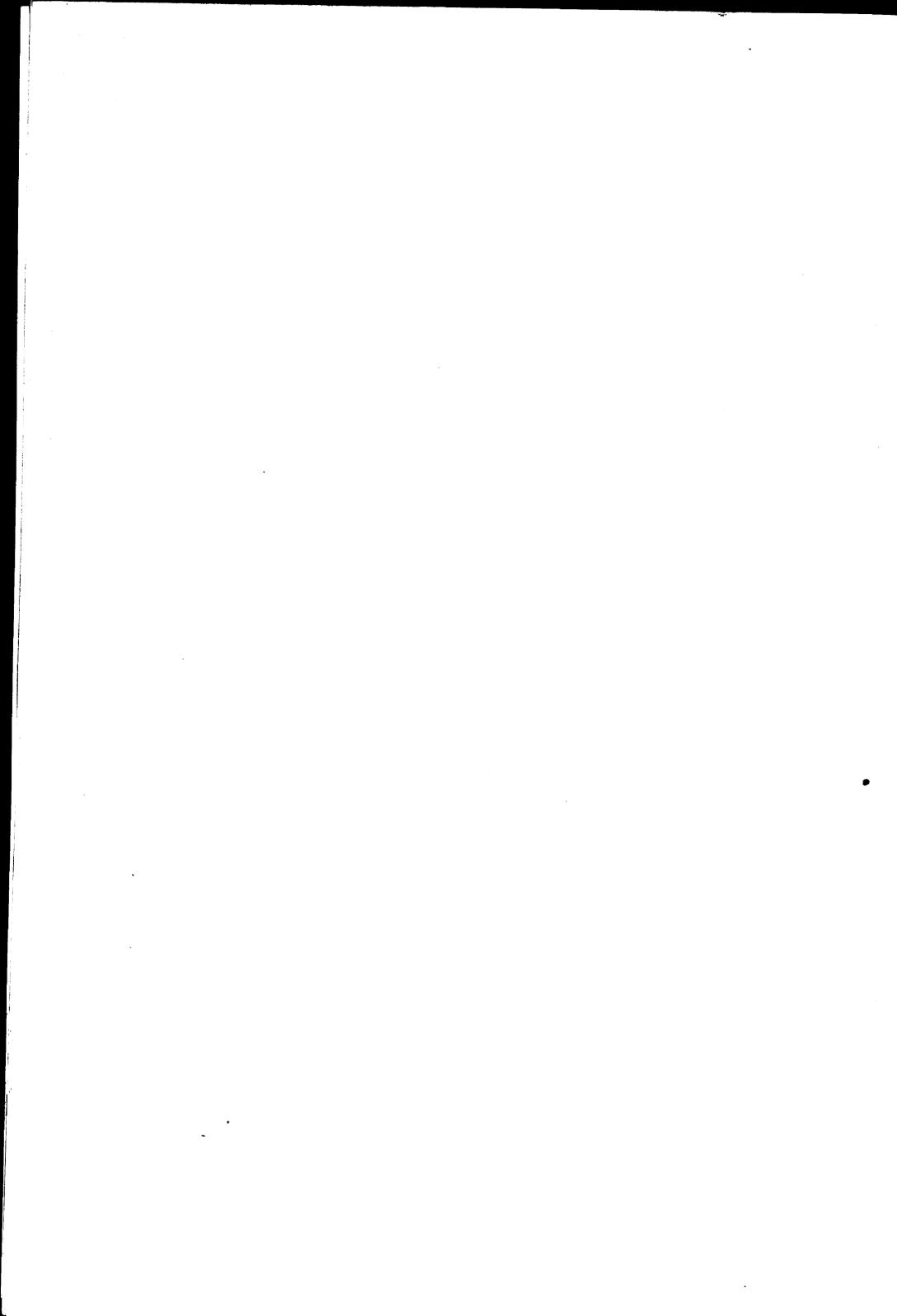
Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS

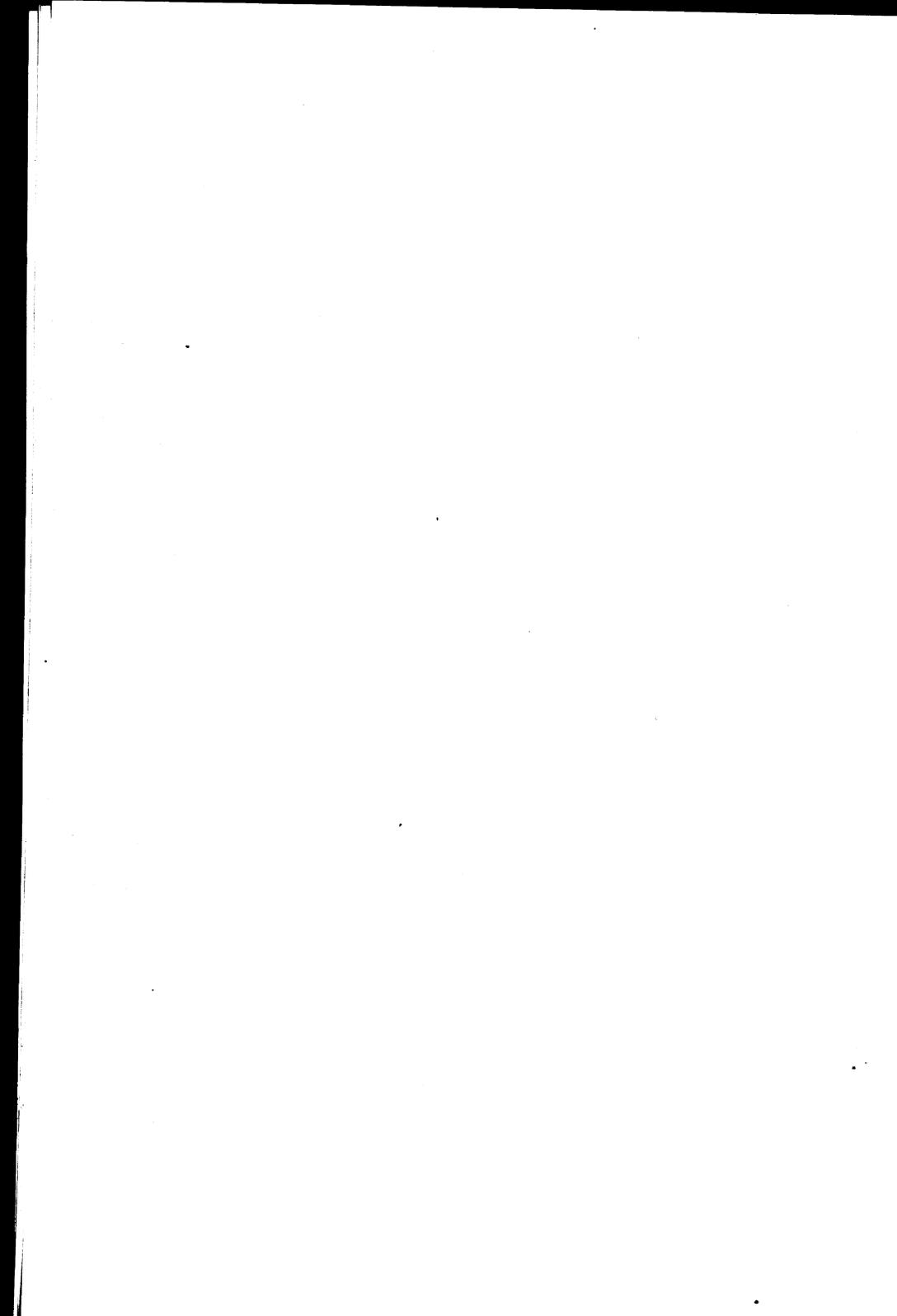


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

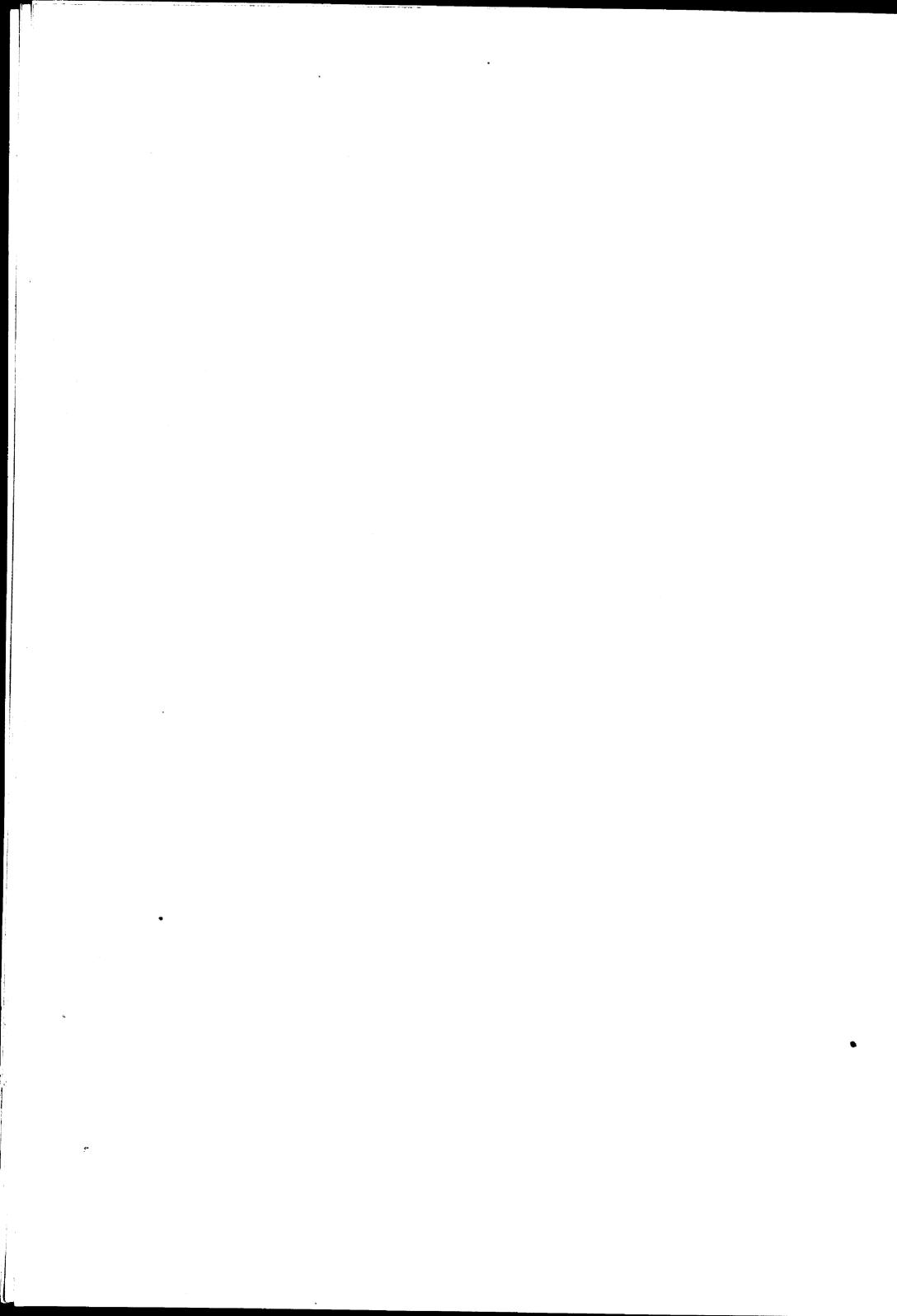
Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
» » FANOR VELARDE
» » IGNACIO ALLENDE
» » MARCELO VIÑAS
» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

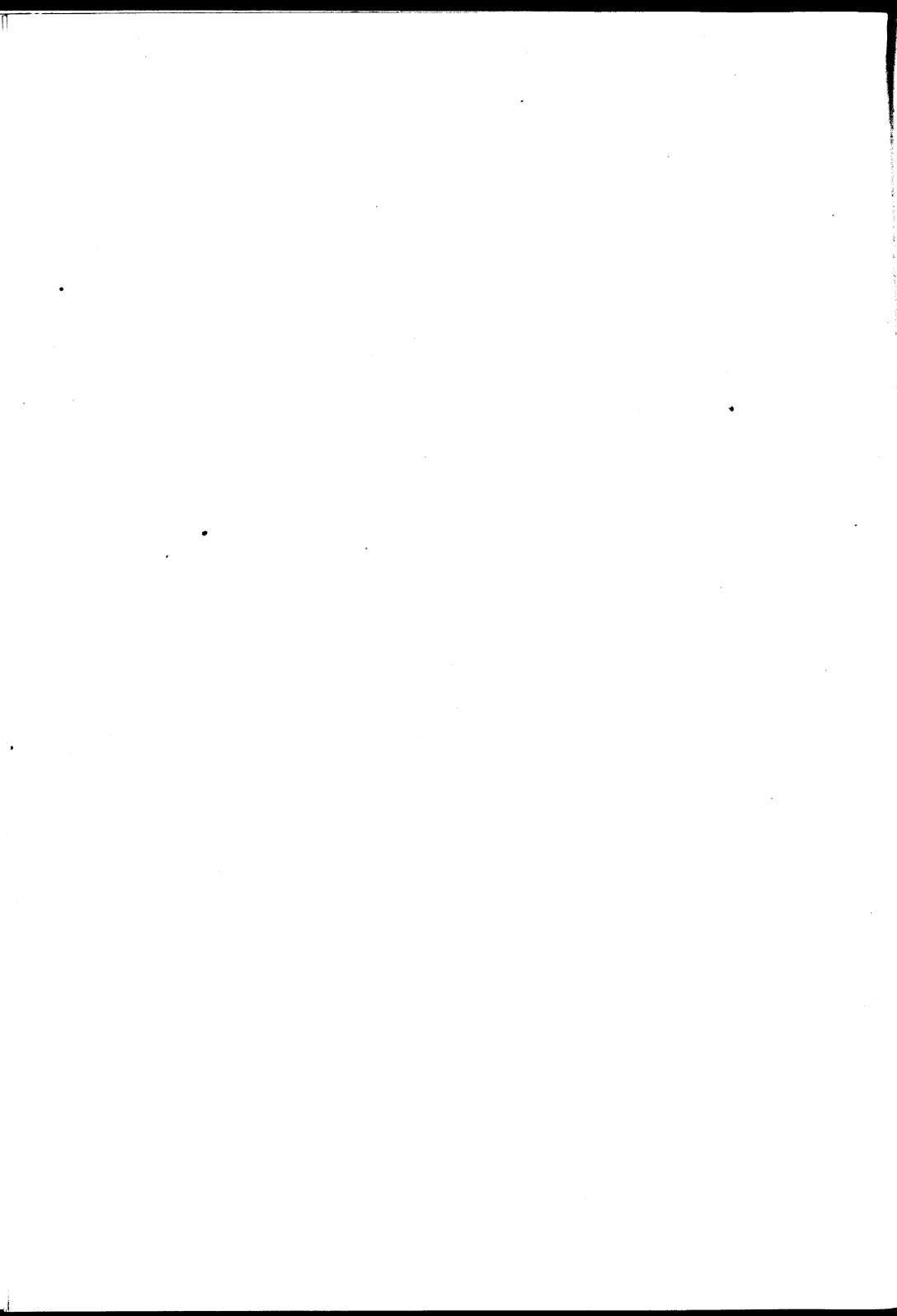
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAZONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica .	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicio clínico. }	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica..	» BALDOMERO SOMMER
Clinica Génito-uritarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	(vacante)
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS .
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

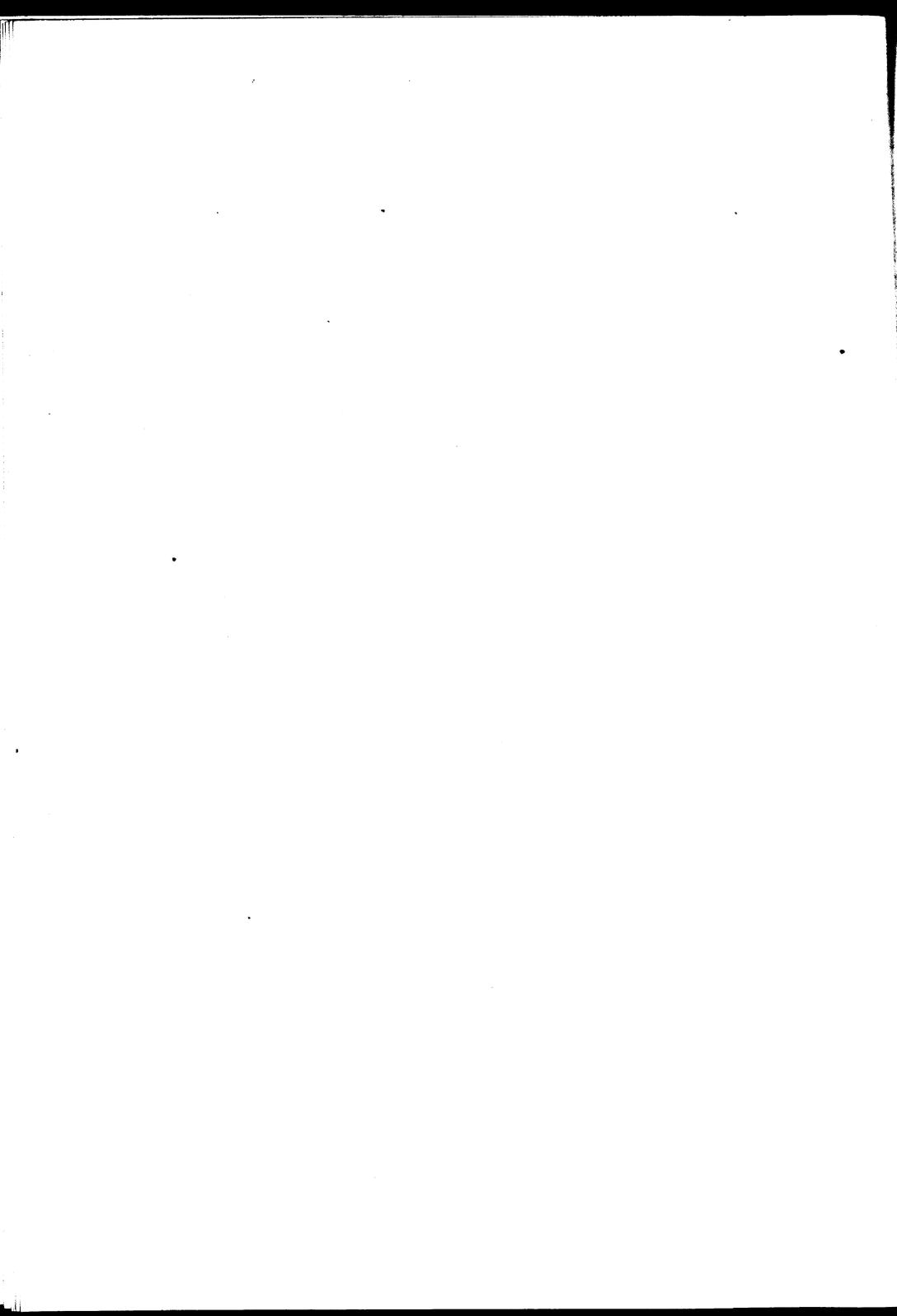
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología éM dica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	» LEOPOLDO URIARTE
Clínica Ginecológica.....	» ALOIS BACHMANN
Clínica Médica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica génito-urinaria.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Neurológica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Psiquiátrica.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Pediátrica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Quirúrgica.....	» MARIANO ALURRALDE
Patología Interna.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica oto-rino-laringológica..	» JOSÉ T. BORDA
	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGA
	» RICARDO COLON
	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEFFER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. FAROLDI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	» BERNARDO HOU-SAY
Higiene Médica.....	» RODOLFO RIVAROLA
Semiología y ejercicios clínicos.....	» SALVADOR MAZZA
Anatomía patológica.....	» BENJAMIN GALARCE
Materia médica y terapéutica.....	» FELIPE A. JUSTO
Medicina operatoria.....	» MANUEL V. CARBONELL
Patología externa.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Clinica dermato-sifilográfica.....	» ALFREDO VITON
» Génito urinaria.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
» epidemiológica.....	» ANGEL H. ROFFO
» oftalmológica.....	» JOSÉ MORENO
» oto-rino-laringológica.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología interna.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica quirúrgica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» Neurológica.....	» CASTELFORT LUGONES
» Médica.....	» NICOLÁS V. GRECO
» pediátrica.....	» PEDRO L. BALISA
» ginecológica.....	» JOAQUÍN NIN POSADAS
» obstétrica.....	» FERNANDO R. TORRES
Medicina legal.....	» FRANCISCO DESTEFANO
	» ANTONINO MARCO DEL PONT
	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» ADOLFO NOCETTI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAQUI
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLAHO
	» EDUARDO MARIÑO
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. LANDIVAR
	» VICENTE DIMITRI
	» ROQUELO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTEFANO
	» JUAN B. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGEMBERG
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIMÉ SALVADOR
	» TORIBIO FICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO L. TRONCÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINQUES
	» JUAN A. GABASTOU
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOAQUÍN A. CERRICO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. DR. J. C. LLAMES MASSINI

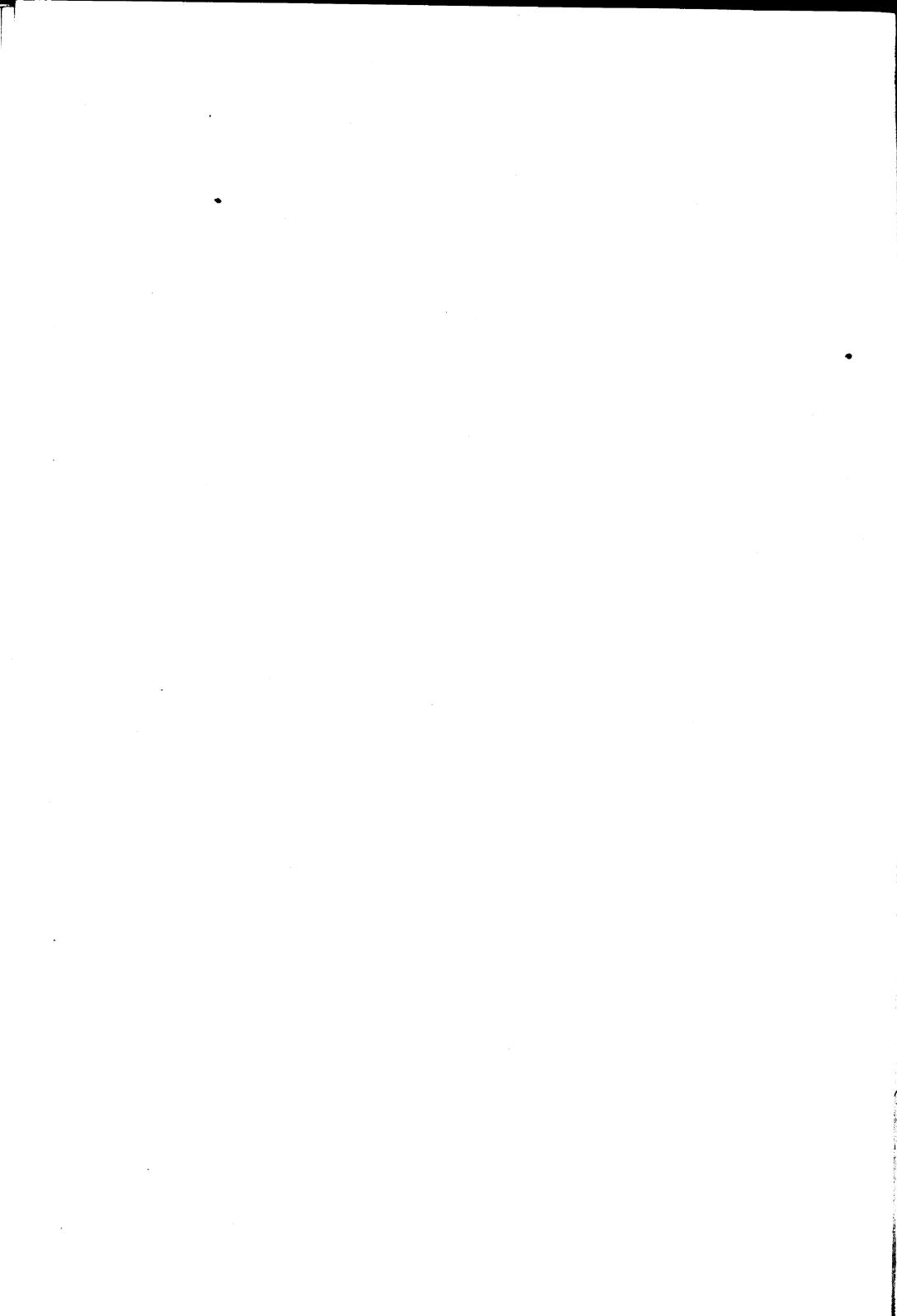
Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARWELL

Tercer año:

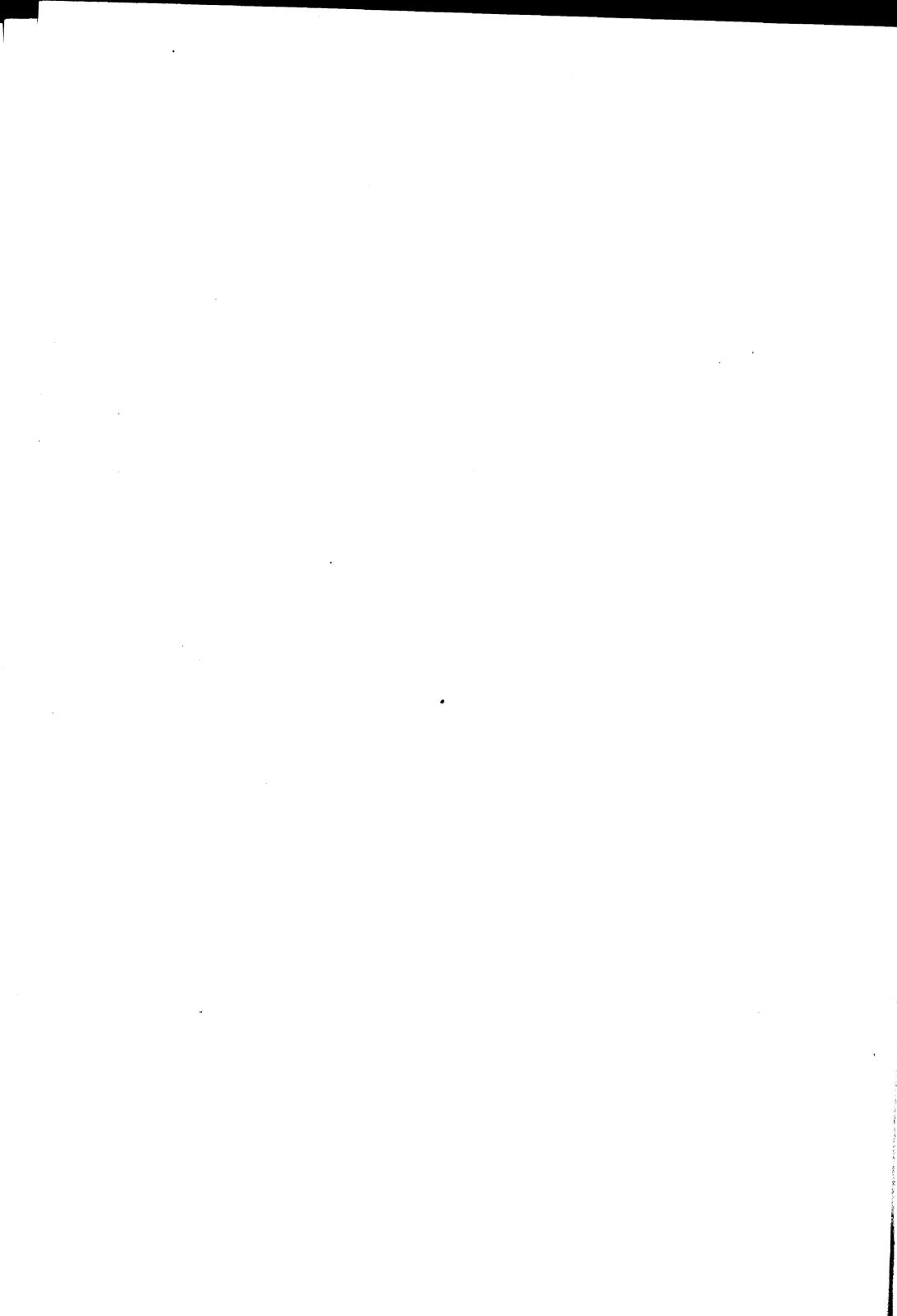
Clínica ostétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura DR. UBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general, Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ
Asignaturas	
Catedráticos sustitutos	
Técnica farmacéutica.....	» RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas.....	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica.....	SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS GUAGLIALEMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES

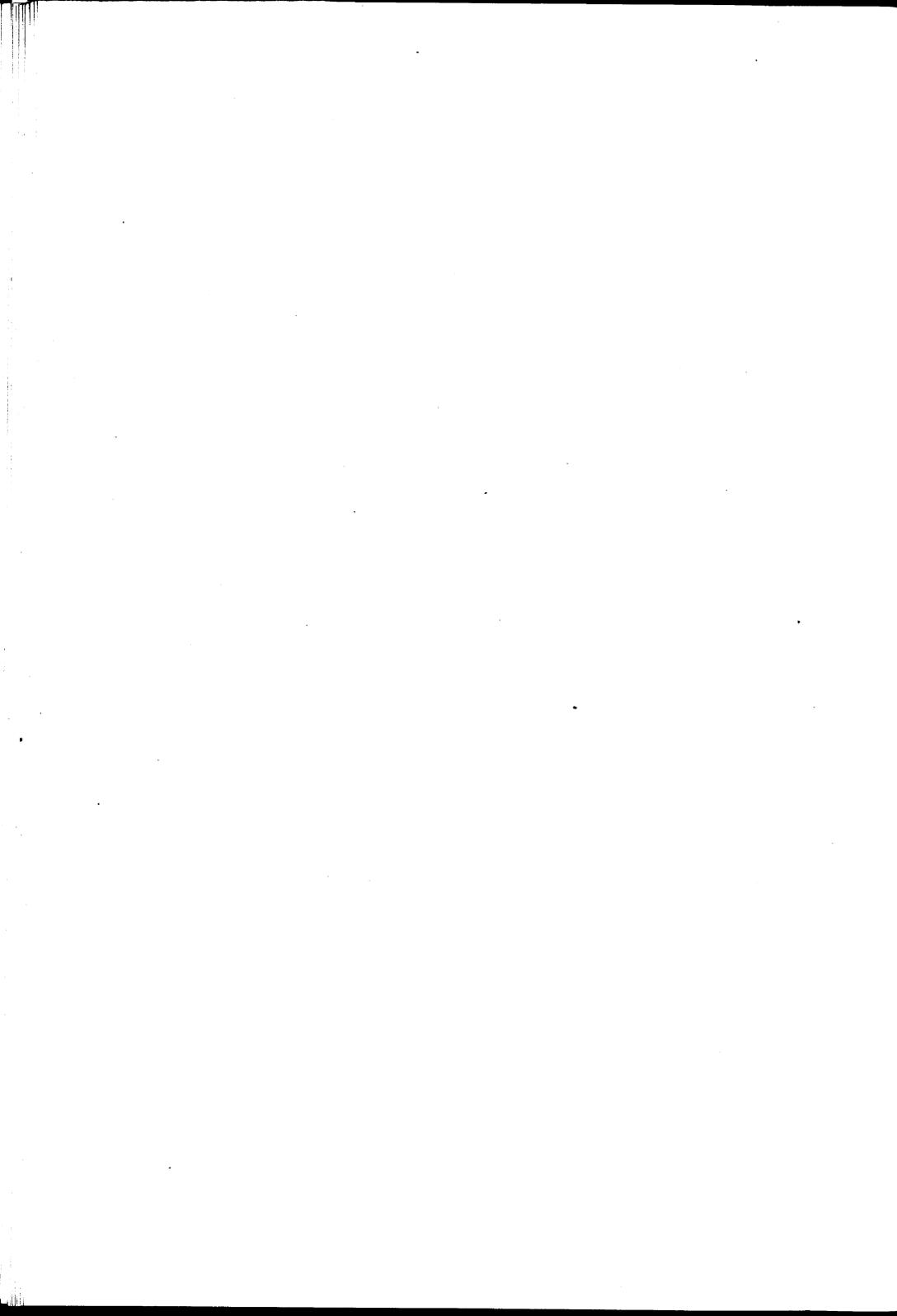


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

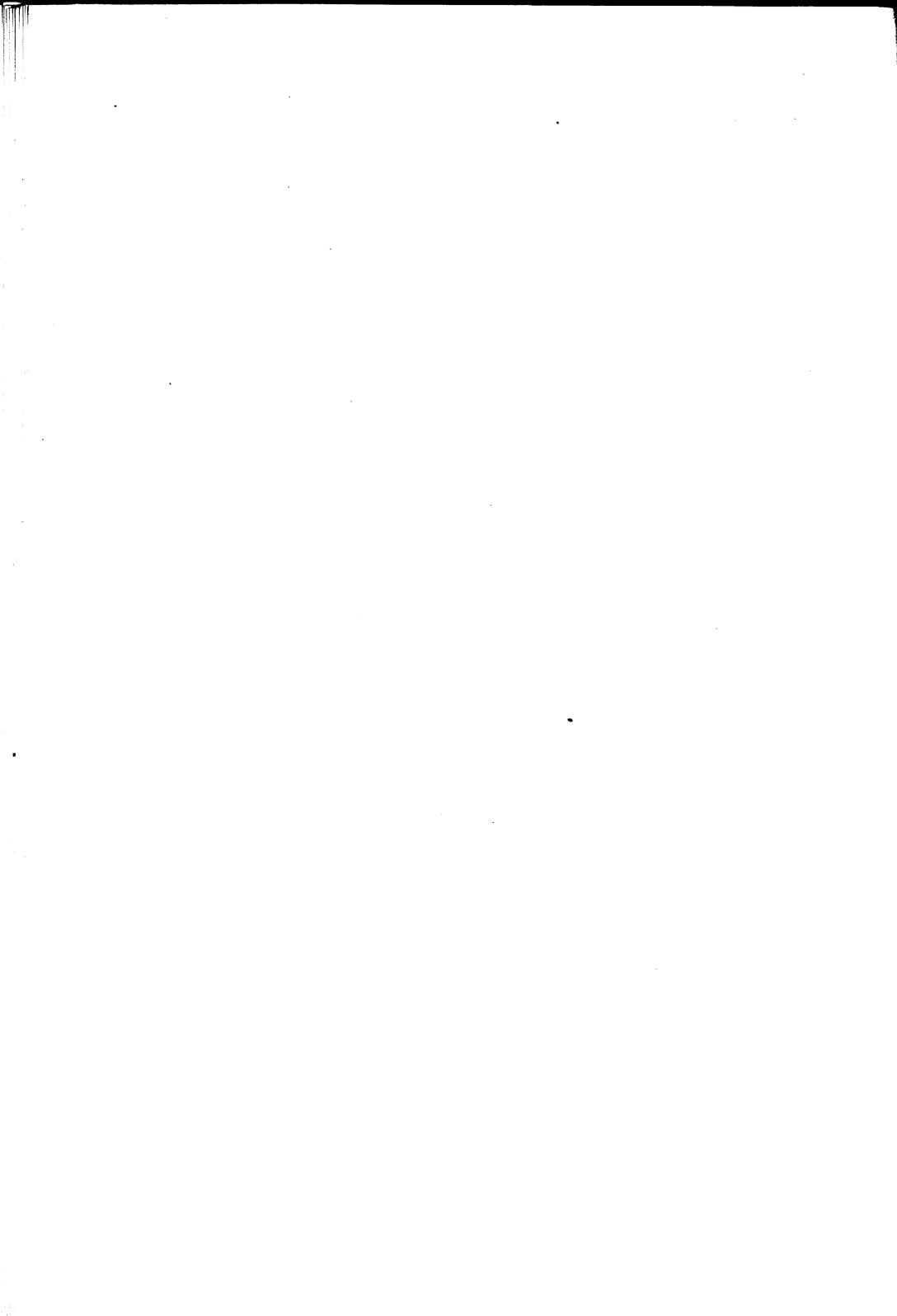
Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)



PADRINO DE TESIS :
DOCTOR PEDRO CARRASCO



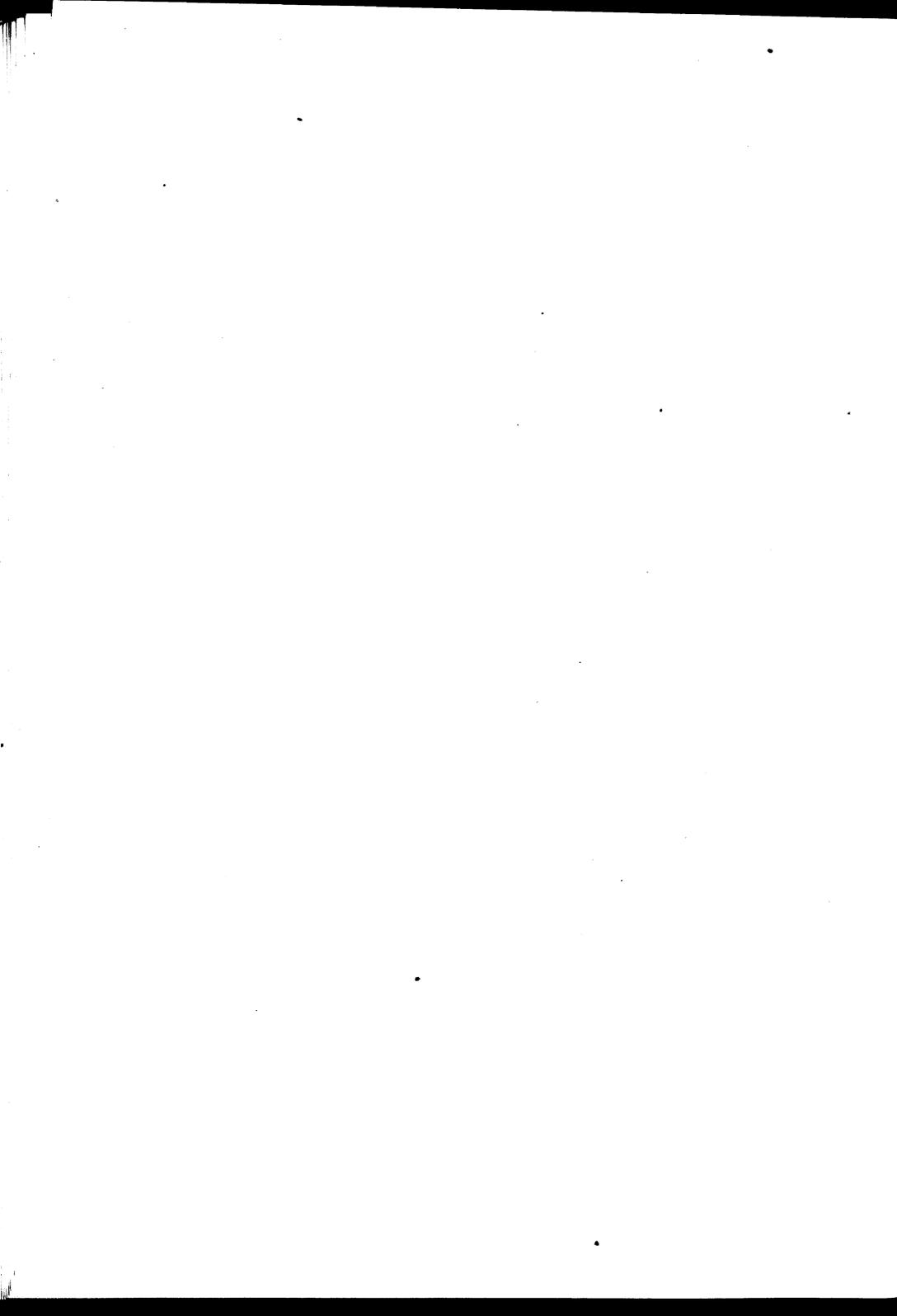
A MIS PADRES



A MIS HERMANOS



A MI ABUELA IGNACIA F. DE ROJAS



A MIS AMIGOS:

Dr. ROLANDO RINFSI

GERMÁN LAS HERAS

TANCREDI CARLOMAGNO



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Algunos interesantes casos de oclusión intestinal, especialmente por bridas que he observado, me han sugerido el tema de este trabajo que hoy presento a vuestra consideración para cumplir la última prescripción reglamentaria que exige nuestra Facultad de Medicina.

Nada hay en él que tenga el mérito de la originalidad, pues todo ha sido tomado de nuestros maestros, argentinos y extranjeros, persiguiendo como único fin, la difusión de los conocimientos de esa enfermedad.

Al retirarme de la Escuela, quiero dejar constancia de mi gratitud hacia los que con su ciencia y experiencia trataron de legarme conocimientos durante mi permanencia a su lado.

Al Dr. R. A. Marotta de quien tanta enseñan-

za teórica y práctica he recibido, mi más profundo agradecimiento no sólo científicamente, sino también en calidad de caballero y amigo.

Al Dr. Juan B. Emina, quien me ha servido de guía en mis primeros pasos de mi vida de estudiante, la expresión de mi gratitud.

A los Dres. José M. Carreras, Ignacio Allende y Diógenes Decoud mi reconocimiento por las enseñanzas y atenciones que de ellos he recibido.

A mis compañeros de internado, a mis amigos, con quienes he compartido mis tareas y distracciones, mi amistad más sincera.

Al Dr. Pedro Carrasco que me discierne el honor de acompañarme en este acto, las seguridades de mi más alta estimación.

DEFINICION

Esta enfermedad ha sido apreciada y definida de muy distintas maneras.

La llamaban indistintamente íleo, vólvulos, estrangulación interna, pasión íliaca, cólico miserere, invaginación, etc.

Masson en 1857, reemplazó tantos nombres, con el de oclusión intestinal; que es el nombre con que universalmente se la conoce y acepta.

Oclusión intestinal es, toda modificación en el calibre del intestino, capaz de detener el curso de las materias fecales.



ETIOLOGIA

Se han hecho varias clasificaciones para agrupar las causas distintas, productoras de la oclusión.

Entre ellas, citaremos la de Maisonneuve que las divide:

1.—Oclusiones por compresión o por causas extrínsecas.

2.—Oclusiones por obturación o por causas cavitarias.

3.—Oclusiones por estrechamiento o por causas parietales.

La de Peyrot, es más completa que ésta; pues comprende las invaginaciones, las torsiones, los vólvulos, que no tenían colocación natural en la división de Maisonneuve. Las clasifica Peyrot: 1.º Oclusiones por vicio de posición. 2.º Oclusiones por compresión. 3.º Oclusiones por obstruc-

ción. 4.º Oclusiones por estrechamiento canceroso o no.

Sin embargo, ninguna de las dos comprende a todas las causas de obstrucción, y por eso nos parece más completa la de Duval, Gosset, Lécene y Lenormand que reúnen las causas de esta enfermedad en dos grandes grupos: 1.º Detención de curso de las materias fecales por trastornos de dinámica intestinal (ileus dinámico). 2.º Detención por obstáculo en el intestino (ileus mecánico) o verdadera oclusión intestinal.

En el fondo, la clasificación de Peyrot vendría a estar comprendida en la segunda parte de la clasificación de Duval, Gosset, Lécene y Lenormand. Seguiremos aquella, pues nos vamos a ocupar con preferencia del ileus mecánico, e iniciaremos nuestra exposición por las:

Oclusiones por vicios de posición. — Comprenden estas: las invaginaciones, los vólvulos, las acodaduras y las hernias internas.

Invaginación intestinal.—La invaginación consiste en la intususcepción de una porción del intestino, en la porción que le sigue o le precede.

Como bien lo dice Beguin, es una hernia del intestino en el mismo intestino.

Puede radicar en el intestino delgado y en el grueso. Las ileo cecales son las más frecuentes,

tanto que en la estadística de Leichtenstern se encuentran en el 44 por ciento de los casos.

Es como se vé, el sitio de elección.

La invaginación se compone por lo menos de tres cilindros, pudiendo tener cinco o siete; a los que Duchaussoy llama doble o triple. El cilindro externo es el de envoltura, el medio y el interno forman el segmento invaginado.

El mesenterio se encuentra entre el segmento y el tercer cilindro, está comprimido particularmente al nivel del cuello.

Es en este sitio donde se verifica la constricción vascular.

El mesenterio ejerce una tracción sobre el cilindro invaginado, lo pliega y le imprime una concavidad que le da el aspecto de una hendidura muy estrecha.

Las lesiones que se producen, son trastornos locales en la circulación; gangrena con perforación y eliminación de los tegidos esfacelados.

La eliminación de la parte invaginada, y el restablecimiento del conducto por medio de adherencias al nivel del cuello, es el proceso de curación natural, pero más tarde puede hacerse una estrechez cicatricial en forma de anillo.

Es muy frecuente en los niños, tanto que se la encuentra en la proporción del 70 por ciento.

Oclusión por cólvulos.—El vólvulo del intestino,

es la torsión de éste sobre su pedículo mesentérico.

El mesenterio participa en parte de la torsión, siendo el punto de rotación su misma raíz, el vólvulo es entero-mesentérico.

El vólvulo más frecuente es el de la S iliaca, que según Traves constituye la cuarta parte de los casos de oclusión intestinal.

La torsión del intestino delgado se encuentra con preferencia en los niños. La torsión del intestino grueso es más frecuente en la vejez.

Ciertos traumatismos pueden ser causa de vólvulos. Se han citado casos en que después de una contusión abdominal, el enfermo se ha encontrado afectado de oclusión intestinal por vólvulos.

Algunas operaciones abdominales han sido también seguidas de esta enfermedad, debido a adherencias que se habían formado entre el intestino y el mesenterio.

A nivel de la torsión mesentérica los vasos están torcidos, la circulación se hace con dificultad, la circulación venosa es imposible, pero las arterias continúan permeables. Como consecuencia hay un infarto hemorrágico del intestino con ascitis sanguinolenta, necrosis de la mucosa, y distensión de las asas del intestino.

El esfacelo puede producirse, así como una peritonitis.

Oclusión por acodaduras. — Adenot y Terrier han llamado la atención sobre las oclusiones que se producen por acodadura, al nivel de los ángulos cólicos.

Normalmente, estos se presentan al nivel del bazo y del hígado.

Por una causa cualquiera, por ejemplo en un sujeto adiposo cuyo epiplón esté muy cargado de grasa, su peso bajaría el colon transversal y exageraría esta acodadura. Muchas oclusiones reconocen esta causa.

Más frecuentes son las acodaduras por fijación patológica del intestino, adherencias a la pared, a un tumor, a los órganos genitales, a la vejiga, en fin, a todos los órganos vecinos. (Por esto debe tenerse especial cuidado de peritonizarse todas las superficies cruentas en las operaciones abdominales por quistes, fibromas uterinos, etc., pues son a veces causa de oclusión por acodadura).

Oclusión por hernias internas. — Hay muchas clases de hernias internas causas de oclusión.

La hernia retro-peritoneal de Treitz en que el intestino penetra en el hiatus de Winslow. El intestino pasa a la trascavidad de los epiplones y se estrangula en el hiatus.

La hernia de Rieux se forma abajo del caecum alrededor de esta porción del intestino grueso.

La hernia mesocólica se forma en los pequeños orificios que existen a lo largo del colon ascendente y descendente; se abre en los pequeños prolongamientos peritoneales situados entre el intestino y la pared abdominal posterior.

La hernia del diafragma, que puede producirse a través de los orificios normales o anormales del músculo.

Delbet menciona un caso en que, en una laparotomía por oclusión intestinal, una asa del intestino delgado se encontraba en la cavidad pleural, estando estrangulada en un orificio anormal del diafragma.

Este enfermo había sido herido siete años antes en el dorso.

Había curado, pero la herida diafragmática había dejado definitivamente un ojal.

(Curioso: El Dr. Manuel Augusto Montes de Oca operó un caso igual con resultado satisfactorio en el antiguo Hospital de Hombres el año 1880.)

Oclusiones por compresión. — Pueden ser extensas y circunscritas las compresiones del intestino.

Entre las primeras se encuentran los tumores y entre las segundas las bridas peritoneales, los divertículos del intestino delgado, los divertículos de la vejiga.

Compresión por tumores. — Todo tumor abdominal o un órgano cualquiera aumentado de volu-

men puede ser causa de oclusión intestinal por compresión.

El embarazo extrauterino, la retroflexión, los tumores de la próstata, los quistes hidatídicos, los tumores del hígado y del páncreas, los aneurismas de la aorta abdominal, la tuberculosis de los gánglios mesentéricos, un cálculo considerable de la vesícula biliar, etc., pueden modificar el calibre del intestino y detener el curso de las heces.

También materias fecales, acumuladas en una asa intestinal, pueden distenderla y comprimir otra asa causando oclusión.

Oclusión por bridas.—El estrangulamiento del intestino por bridas es muy frecuente. En la inmensa mayoría de los casos son restos de antiguas peritonitis. Se extienden en forma de puentes, de cordones, de placas, de una asa intestinal a la otra, del intestino a las paredes del vientre, al epiplon, al mesenterio, a un órgano vecino, principalmente al útero, a la vejiga. Hay algunos casos en los cuales la brida puede estar representada por el apéndice vermicular inflamado.

Ellas también pueden ser vestigios de los vasos omfalo-mesentéricos, representando una disposición congénita. Fitz encuentra 21 casos sobre 295 operados.

Las bridas siguen casi siempre a una peritonitis, a una pelvi-peritonitis, o a una apendicitis.

La prueba concluyente es que al lado de ellas, se encuentran otras varias adherencias que tienen igual origen y son formadas al mismo tiempo.

Un apéndice largo puede producir un estrangulamiento por bridas, si una infección anterior le ha hecho contraer adherencias con un órgano vecino o a la pared abdominal. Duffocq cita un caso de éstos; una institutriz después de una crisis abdominal dolorosa, fué presa de signos de oclusión intestinal. Practicada la laparotomía se encuentra un apéndice bastante largo tendido sólidamente del caecum al origen del yeyuno, sobre el cual se adhería por su extremidad. La enferma cura después de cortada la brida.

Jacoulet cita otro, en que el intestino estaba estrangulado bajo una brida que se extendía desde el apéndice a los anexos derechos. Levantado el anexo y el apéndice, la enferma cura.

Estos estragulamientos son relativamente frecuentes en la mujer, siendo su sitio de preferencia la pequeña pelvis (peritonitis genitales) sobre todo entre los veinte y treinta años.

Obalinski cita un caso en que una brida tendida desde el ovario al mesenterio estrangula un asa intestinal. Alonio otro caso en que una brida que unía el ligamento ancho al bazo desplazado, producía fenómenos de oclusión.

El divertículo de Meckel inflamado puede tam-

bién dar lugar a oclusión intestinal adhiriéndose a los órganos vecinos.

Leichtenstein cita un caso en que el divertículo de Meckel plegaba tres porciones de intestino por medio de una brida produciendo oclusión.

La oclusión por bridas pericólicas es relativamente frecuente. La causa de esta oclusión, reside en las adherencias que inmovilizan el ángulo cólico y no en la disposición angular del mismo. Braune cita varios casos de oclusión por adherencias pericólicas.

Franjas epiploicas que en el colon transversal vienen a adherirse por su extremidad libre a la hoja inferior del epiplón mayor constriñendo el intestino con un verdadero cordón, son a veces también causas de oclusión.

Quenú atribuye las adherencias de la franja epiploica a pequeños ataques de linfagitis de origen cólico que originan una reacción peritoneal muy ligera y circunscrita.

El útero puede fijarse al recto por medio de bridas y producir una oclusión. Brun cita un curioso caso: una brida doble que partía de la cara posterior del útero y se iba a fijar en el peritórneo rectal, dejando un espacio entre ambas cuerdas donde se estranguló una asa intestinal. Un caso muy parecido es el de Boune, pues dos bridas tendidas entre la cara posterior de la vejiga y

la porción lumbar del raquis, habían comprimido el intestino entre la brida posterior y la región vertebral.

El estrangulamiento por bridas en unos casos es absoluto, mientras que en otros es relativo. A la compresión producida por bridas se une un espasmo concomitante del intestino. Así se explica que esta obstrucción pueda ser intermitente y que pueda haber mejorías transitorias.

Estrangulación por divertículo de Meckel. — Suele ser causa de oclusión intestinal el divertículo de Meckel vestigio del conducto vitelino.

Este persiste en algunos individuos bajo la forma de un tubo diverticular de una longitud de dos a veinte centímetros.

Da lugar a oclusión intestinal de dos maneras: 1.º Conduciéndose como una brida fija en la pared o en un órgano cualquiera de la cavidad abdominal. 2.º Arrollándose alrededor de un asa intestinal, formando un nudo que la constriñe y está sujeto por la dilatación de la ampolla terminal o por las adherencias de ésta ampolla.

Oclusiones por obliteración. — Las obliteraciones son debidas a cuerpos extraños o fecalomas en el intestino.

Oclusión por cuerpos extraños. — Los cuerpos extraños más diversos pueden ser causa de oclusión intestinal; cálculos biliares, vermes intesti-

nales, pedazos de metales (frecuente en los dementes), pepitas de durazno, piezas dentarias, etc.

Las oclusiones por cálculos biliares son más frecuentes en las mujeres, sobre todo entre los 50 y 60 años.

Según Naunyn un cálculo de tres centímetros de ancho, tiene muchas probabilidades de producir una oclusión, deteniéndose a nivel de la válvula de Bauhin.

La oclusión por vermes es rara. Trousseau habla de una enferma que sucumbió con todos los síntomas de oclusión, y en cuya autopsia se encontró un gran paquete de vermes enredados que obstruían completamente el intestino.

Esta oclusión resulta una enfermedad grave. Simón cita seis casos con cinco defunciones. Duchaussoy reunió nueve casos, fatales casi todos ellos.

Obliteración por materias fecales. — Esta oclusión es debida al endurecimiento de las materias fecales (casi siempre en tapones redondos) que llenan el calibre del intestino.

Se producen generalmente en enfermos habitualmente constipados, presentando entonces fenómenos de obstrucción incompleta, que puede hacerse completa, sino se hace tratamiento apropiado.

Los cambios de dirección del intestino favore-

cen el paro de las materias fecales, como también las sinuosidades de la S ilíaca.

La retención de las maetrias fecales al nivel de la ampolla rectal pueden invadir la S ilíaca y el colon, pudiendo tomar estas porciones del intestino dimensiones considerables.

En la clínica del doctor Gandolfo, un enfermo presentaba un fecaloma del tamaño de una cabeza de adulto.

Oclusiones por estrecheces del intestino. — El intestino puede estrecharse por inflamaciones, por neoplasias, o por lesiones congénitas.

Estrecheces inflamatorias. — Las estrecheces inflamatorias del intestino pueden ser debidas a múltiples causas. Pueden ser únicas o varias.

Las cicatrices que siguen a las ulceraciones de la mucosa fruncen el intestino y determinan estrecheces; las disentéricas y tuberculosas son, según Jacoud, las que con más frecuencia las producen, a las que siguen las de la fiebre tifóidea.

Las estrecheces disentéricas suelen ser más frecuentes en el colon descendente, S ilíaca y recto.

Las estrecheces por lesiones sifilíticas son raras en las porciones altas del intestino. Son más frecuentes en el recto.

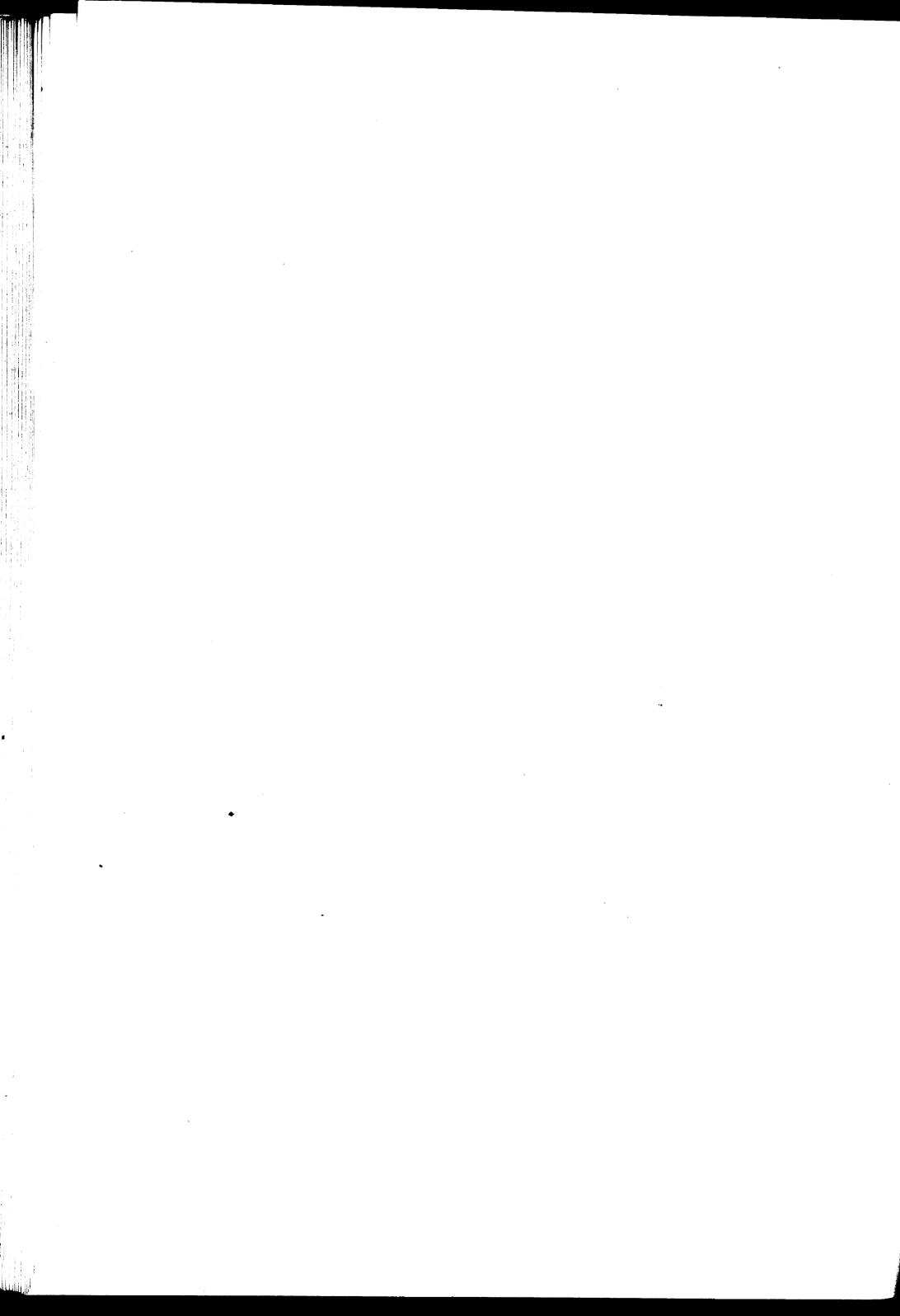
Estrecheces por neoplasias. — Pueden causar oclusión los tumores benignos y malignos que se desarrollan en el intestino. Generalmente es el

cáncer el productor de estas oclusiones, siendo la por polipos bastante rara.

Son sus sitios de elección el recto (80 por ciento de los casos según Leichtenstern) siguiéndole en frecuencia los de la S iliaca. Los cánceres del recto prosperan gradualmente. Es una oclusión a marcha lenta.

Laennec ha expuesto un caso de oclusión debido a un quiste hidatídico desarrollado entre las membranas del intestino.

Estrecheces congénitas. — Las estrecheces congénitas son muy raras. Son el resultado de una falta de desarrollo; de un paro en la evolución del intestino inferior cuando tiene su sitio en el recto. Si es el delgado el afectado, es por consecuencia de una atrofia que tiene su asiento en el punto de inserción de la embocadura del conducto de la vesícula umbilical.



SINTOMATOLOGIA Y EVOLUCION

Hay dos tipos clínicos bien definidos de oclusión intestinal. La oclusión aguda y la oclusión crónica.

Oclusión aguda. — Tiene la oclusión aguda manifestaciones tan expresivas, que la mayoría de las veces es fácil reconocerlas, pudiendo presentarse subitamente en un individuo completamente sano, como en uno que venía sufriendo de algunas molestias de causa intestinal.

Sin causa apreciable, o después de un movimiento brusco, de una comida abundante, de un purgante, el enfermo siente dolores abdominales, fijos unas veces, diseminados otras, casi siempre intensos, que no se calman con la posición, ni bolsa de hielo, etc. Más luego suelen presentarse eructos, náuseas, angustias, que terminan con vómitos de los alimentos contenidos en el estómago, sin que esto calme las náuseas ;después mucosos

y biliosos, manteniéndose el estómago en un estado de excitación tal, que devuelve hasta las bebidas que se le administren. Más luego, después de algunas horas o de dos o más días los vómitos adquieren una fetidez fecalóide.

Al revés de lo que pasa en el tubo intestinal superior, en el inferior sucede todo lo contrario; el paciente no arroja a pesar de sus tentativas voluntarias y de los enemas que se le administren, ni materias fecales ni gases. Solamente en los primeros momentos se expulsan las heces que han quedado debajo de la obstrucción.

El vientre en general se altera; unas veces se retrae, otras veces, si hay contracción de los músculos, se hunde el plano anterior en forma de piso de barquilla, otras en fin, después de la retracción, el vientre se abulta, los intestinos se dilatan, y se presenta un meteorismo variable en su intensidad y en su forma. Siempre está doloroso.

El enfermo tiene una cara de angustia, de abatimiento, su rostro se descompone, los ojos se hunden, la nariz se afila, se pone violáceo, el pulso se debilita, se cubre de sudor, la temperatura baja y la respiración se hace tipo supra-costal. Si la enfermedad persiste, se presenta a veces nipo que es muy tenaz, el pulso se hace filiforme, el sujeto adquiere el aspecto de un co-

lérico, y muere súbitamente unas veces, otras, después de dolorosa agonía.

Este cuadro presenta pequeñas variaciones debidas a circunstancias de enfermedad y de individuo, pero los dolores abdominales, el estreñimiento, la retención de gases, los vómitos incesantes, la hipotermia, y la agudez de los síntomas, forman un cuadro tan expresivo, que la mayoría de los casos basta para hacer ei diagnóstico.

Diremos unas palabras sobre los caracteres de los síntomas principales.

Dolor.—El dolor es un signo constante. Se le ha comparado a una quemadura, a una desgarradura; es tan intenso algunas veces, que el peso de las sábanas basta para hacerlo insoportable.

Al principio el dolor es localizado (signo de gran valor para el diagnóstico del sitio de la lesión). Se generaliza rápidamente y se irradia en todos sentidos. Se presenta por crisis que resulta de los movimientos peristálticos luchando con el obstáculo.

Cuando el dolor disminuye, persistiendo los demás síntomas, hay que tener mucho cuidado, pues la gangrena y la perforación suelen coincidir con la desaparición de éste esíntoma.

Constipación.—La constipación es un síntoma de gran valor, siendo algunas veces el primero que se presenta.

La supresión de las materias fecales y de los gases es completa mientras dure la oclusión. Hay que tener muy en cuenta las evacuaciones que se producen en las primeras horas de la enfermedad, pues son las contenidas en la porción situada por debajo del obstáculo.

Vómitos—En la enfermedad que nos ocupa, son precoces las náuseas y los vómitos. Las materias vomitadas son comunmente, primero alimenticias, después mucosas, biliosas, y por fin fecaloides.

Los vómitos son originados, según Kirstein, por un antiperistaltismo muy intenso, mientras que según Huguenot, serían debidos a una evacuación del intestino por rebosamiento. Todos estos vómitos son muy penosos, van acompañados de náuseas; su frecuencia y su importancia son variables, siendo más frecuentes y abundantes, cuanto más cerca del estómago quede el sitio de la oclusión.

Temperatura y pulso.—La fiebre no existe o es poco elevada, pero después de un escalofrío intenso, puede elevarse pasajeraamente hasta 40 grados. En el último período la hipotermia es la regla.

El pulso, al principio es acelerado y tenso, pero bajo la influencia de la intoxicación de origen intestinal, se hace rápido y sin tensión.

La discordancia entre el pulso y la temperatura

es la regla en el período terminal de la oclusión. Temperatura por debajo de la normal, y pulso que llega a 150 o más pulsaciones por minuto.

Meteorismo. — La dilatación del abdomen está localizada al principio, se generaliza después. La dilatación intestinal comienza siempre por el asa situada por encima del obstáculo; manifestándose a la inspección, por una asimetría abdominal. A la palpación da la sensación de un cilindro membranoso y tenso, lleno de aire; a la percusión se nota timpanismo exagerado, cuando está distendido por líquido, da macicez. Después, la dilatación se generaliza a toda la masa intestinal, situada por encima del obstáculo, dando al abdomen la forma de tonel.

Oclusión crónica. --- Caracteriza la forma crónica de oclusión intestinal, su principio generalmente insidioso, la lentitud de su evolución, y la poca intensidad de los fenómenos generales. Su historia suele ser la de esos pacientes gástricos y abdominales, cuya apariencia se presta a todas las variedades posibles de aspecto, desde la robustez hasta la caquexia. Digestiones desiguales, dolores abdominales que son tolerables, diarreas alternando con estreñimiento. Algunos enfermos después de un trabajo brusco tienen cólicos pasajeros, otros necesitan hacer grandes esfuerzos para de-

fecar. Examinados sus excrementos contienen con frecuencia estrías y manchas sanguinolentas.

Como muchas veces las molestias son pocas, los enfermos no dan importancia a estos trastornos, y el día menos pensado la forma aguda los sorprende; otras veces las molestias son persistentes y dolorosas, las flatulencias, la diarrea, la toxemia de origen intestinal, que producen los fermentos y retenciones anormales, las náuseas; etc., producen un descalabro físico que lleva al abatimiento y a la extenuación.

El curso insidioso del padecimiento, el poco relieve de los síntomas característicos, las remisiones e intermitencias del mal, la escasa reacción de los trastornos reflejos (descomposición del rostro, enfriamiento), forman los rasgos más caracterizados de esta enfermedad, la cual puede en cualquier momento determinar una explosión aguda, con todos sus síntomas.

Los medios mecánicos puestos en juego vencen la mayoría de las veces la obstrucción, y reaparece el estado anterior hasta que la estrechez se hace infranqueable, o la presión del tumor invencible. Entonces estalla la última complicación, la peritonitis por perforación, siempre que una intervención no haga desaparecer el obstáculo causante de la enfermedad.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

Tres problemas se le presentan al médico a resolver, cuando tiene un enfermo en el que se observan síntomas de oclusión intestinal.

1.º—Determinar si existe una oclusión verdadera.

2.º—Conocer la naturaleza.

3.º—Conocer el sitio de la lesión.

Lo primero que se debe pensar es si existe una hernia estrangulada y buscar en todas las regiones herniarias aun en las más raras.

Con la enfermedad cuya sintomatología es muy parecida, la peritonitis generalizada, el diagnóstico es muy difícil y muchas veces imposible.

Cuando se nos presenta un enfermo con oclusión intestinal, llama la atención que no mueve el vientre, ni elimina gases, al mismo tiempo tiene dolores de forma cólica, intermitentes, con sensación de vientre dolorido en los intervalos.

Al principio y en el período de estado, se diferencia de la peritonitis, porque entre otras cosas el dolor a la presión no es superficial, sino profundo, no hay defensa muscular, sino distensión de las paredes abdominales por el meteorismo.

En el ileus paralítico la falta de emisión de gases y de excrementos es menos absoluta, el dolor se generaliza más rápidamente, el vientre es más duro, la dilatación abdominal es difusa y más regularmente repartida, y existe falta absoluta de movimientos peristálticos.

Los vómitos son porráceos, al contrario de lo que pasa en la oclusión que pueden ser fecalóideos.

Un signo sobre el cual han llamado la atención Carter y Jafre, es la gran cantidad de indicán que contiene la orina en los casos de ileus.

La hiperleucocitosis de la peritonitis es un signo de muy poca seguridad.

La brusquedad del principio de la oclusión intestinal, la hipotermia, el colapso, los vómitos, pueden hacer pensar en el cólera, sobre todo cuando una epidemia esté asolando la comarca en que se presenta el enfermo.

También los cólicos hepáticos, nefríticos, por la intensidad de los dolores, pueden prestarse a confusión. Pero en todos estos estados, la constipación no es jamás absoluta como en la oclusión aguda, la emisión de gases es imposible, los vó-

mitos no son tan rápidamente fecaloides, en fin, tienen todos ellos sus caracteres propios (sitio preciso del dolor, irradiaciones, etc.).

Causas de la oclusión.—Es muy difícil de conocer las causas de la oclusión intestinal, tanto que Duplay dice que sólo se puede hacer con exactitud cuando se trata de una invaginación intestinal, pues en este caso la oclusión es generalmente incompleta, el abovedamiento del vientre no es muy considerable, las heces son disentéricas, con sangre, conteniendo a veces pedazos de intestino esfacelado, en fin se constata un tomor blando, doloroso a la presión, de forma cilíndrica y móvil, colocado por regla general en la fosa ilíaca derecha.

Debemos sospechar de vólvulo, si existe un dolor vivo en la fosa ilíaca izquierda (su sitio de elección es la S ilíaca). Si el timpanismo ha empezado por esa región, si se encuentra a la palpación el asa sigmoidea distendida y fija, y sobre todo si se encuentra por el tacto rectal en el fondo del saco de Douglas una tumefacción renitente.

Si el enfermo ha tenido durante mucho tiempo alternativas de constipación, y de diarrea, enflaquecimiento, melena, se pensará en un cáncer intestinal, y el diagnóstico puede ser confirmado

si a la palpación abdominal se encuentra un tumor o si se toca por el tacto rectal.

Probablemente se tratará de una estrangulación interna, si el dolor es muy agudo, los vómitos muy pronto fecaloides, el colapso rápido con hipotensión arterial, oliguria y hasta anuria completa.

Se podrá pensar en un divertículo de Meckel si el enfermo tiene algunas deformaciones congénitas como ser labio leporino, ectopia testicular. Además su situación a la derecha. Puede confundirse una estrangulación por divertículo con una apendicitis, o con una oclusión por el mismo apéndice.

Es necesario no olvidarse de que a veces se trata de enfermos que tienen un cáncer anular de la porción inferior del colón pelviano, que no se alcanza a tocar ni por el abdomen ni por el tacto rectal y que presenta como primera señal del padecimiento, síntomas de una obstrucción intestinal aguda. Sin embargo, observando atentamente se ve que tienen deposiciones escasas con pus fétido, cosa que debe ponernos en guardia tratándose de un viejo y obligarnos a practicar una rectoscopia con lo cual resolveremos el problema.

El sitio de la oclusión.—Es casi imposible diagnosticar el sitio de la oclusión con toda seguridad.

El examen más minucioso de los síntomas, solo nos dará presunciones.

El diagnóstico, como lo dice Duplay, está basado en vistas teóricas que la observación contradice a cada instante.

La inspección a veces nos da algunos datos que debemos tener en cuenta. Cuando se encuentra un abdomen uniformemente abultado, ensanchado en los vacíos por el meteorismo del colon ascendente y descendente es probable que el obstáculo ocupe la región del asa sigmoidea o del recto. Si solo está ensanchado en el vacío derecho, es muy probable que la lesión resida a nivel de un ángulo cólico. Si el abdomen es globuloso, prominente hacia adelante, con abultamiento circunscripto primero a los alrededores del ombligo, la obstrucción ocupa probablemente el intestino delgado. Cuando el obstáculo está en el intestino grueso, el ciego está dilatado y se nota en la fosa iliaca derecha un bazuqueo de timbre anfórico.

La palpación nos da datos de alguna importancia.

Según Von Wahl, es fácil reconocer el sitio de la lesión en las primeras horas, por la investigación del asa dilatada que está inmediatamente por encima de ella. Hay que practicar el tacto rectal, pues puede ser allí el sitio donde se produ-

ce generalmente la oclusión por estrechez cancerosa. Son fáciles de reconocer los fecalomas del recto por este examen.

La comprobación de un punto doloroso en el vientre de un individuo que tenga síntomas de oclusión intestinal, puede ser un dato precioso para establecer el sitio probable de la enfermedad.

La percusión permite a veces comprobar en las partes declives del abdomen, la presencia de una zona mate, cuyos límites cambian con los movimientos del enfermo y que es debida a la presencia de un derrame serohemático (signo de Gandolphe).

Las lesiones del intestino delgado afectan generalmente una marcha aguda; las del intestino grueso, asumen una evolución sub aguda.

La cantidad de orina según Hiltón, es tanto menor cuando más elevado es el sitio del obstáculo. Hay más cantidad de indicán en las oclusiones del colón.

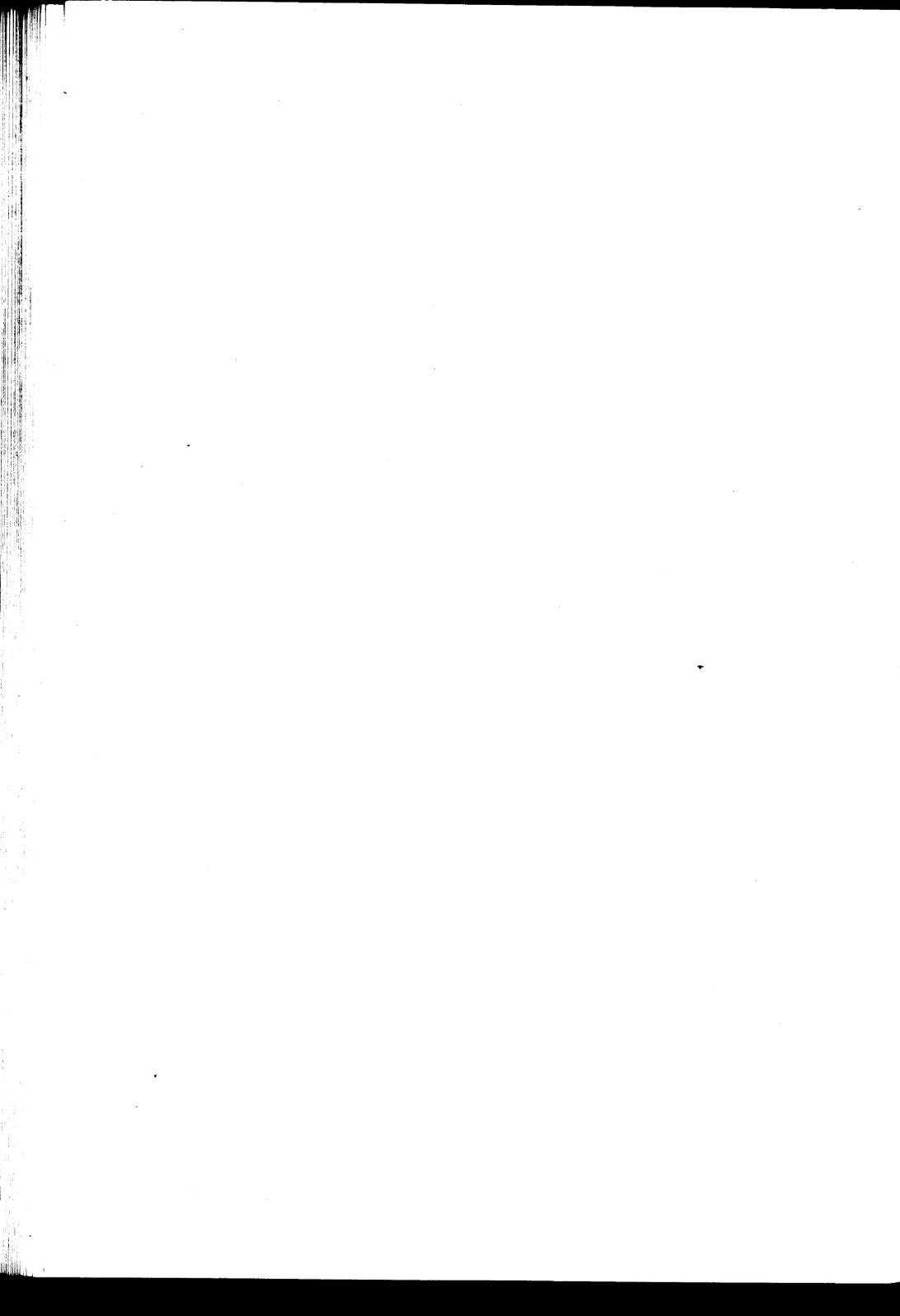
Puede ser de alguna utilidad para el diagnóstico del sitio de la lesión, las inyecciones de agua por el recto, por la cantidad de este líquido que se puede inyectar en el órgano. La rectoscopia puede ser de gran valor para establecer el sitio de la lesión y sobre todo la radioscopia por ingestión previa de lechada de carbonato de bismuto, de enemas de la misma sal en suspensión,

con lo cual podremos establecer si hay oclusión y hasta el sitio. La radiografía no es de tanta importancia, porque nos da una sola imagen aunque puede repetirse, pero ni aun así resulta tan completa la observación como con la radioscopia.

Pronóstico. — El pronóstico de las oclusiones intestinales es muy grave. Abandonadas a si mismas terminan habitualmente con la muerte. Hay casos raros de invaginación que se curan con la eliminación de la parte esfacelada, quedando el intestino sin solución de continuidad por adherencias al nivel del cuello.

En 1877 publicó el Dr. Peron un caso de curación espontánea de la invaginación intestinal después de la expulsión de un metro de intestino delgado.

Otro modo de curación espontánea, consiste en la producción de una peritonitis localizada en el punto de oclusión, previniendo las adherencias, el derrame en el peritóneo de las materias intestinales. Pueden éstas, abrirse paso a través de la pared abdominal haciéndose un ano contra natura o también en una porción del tubo digestivo. Es excepcional este modo de curación natural.



TRATAMIENTO

El tratamiento de la oclusión intestinal puede ser médico o quirúrgico, siendo este último el que se emplea con más frecuencia.

Como no siempre se sabe la causa de la oclusión intestinal, el tratamiento médico es el que debe hacerse inmediatamente, pues sin tentarlo, no debe someterse al enfermo al tratamiento quirúrgico que siempre es grave.

Tratamiento médico.—Varios tratamientos se han usado para curar la oclusión intestinal. Los lavajes muy calientes, el ácido carbónico, la electricidad, el opio, la estrocinina, el lavaje de estómago, los enemas de aceite, de agua con glicerina, los purgantes, etc., etc.

Lo primero que debe hacerse frente a un caso de oclusión intestinal, es un enema simple de aceite, de agua glicerinada, etc., o también uno de aceite primero, en seguida del cual se hará

uno de agua con glicerina, con sonda e irrigador. Cuando se trata de un ileus paralítico, el tratamiento que ha dado muy buenos resultados es el enema eléctrico, pero a condición de que la corriente sea muy bien graduada, pues de otra manera es peligroso. Para dar el enema eléctrico, se usan las corrientes continuas evitando toda acción química sobre la mucosa del recto. Se introduce en él, una sonda rectal que tiene un mandrín metálico. El mandrín es unido por un hilo conductor a la batería y por medio de un tubo de caotchou a un irrigador que contiene agua salada. Esta agua pasa por el mandrín, se electriza y llena el intestino, llevando la excitación a todos los puntos en que está en contacto con la mucosa. El segundo excitador se aplica a la región dorsal o abdominal. La intensidad de la corriente no debe pasar de 50 miliamperes y cada sesión debe durar de 5 a 20 minutos.

Puede también este tratamiento hacer abortar una crisis aguda o sub aguda debida a una parexia intestinal.

El opio, o mejor la morfina, hace desaparecer los espasmos y puede ser usado en la practica. Mejor todavía la belladona que no produce constipación como la anterior.

De gran utilidad puede ser el lavaje de estómago, pues atenúa el dolor, disminuye el meteo-

rismo, los vómitos, el colapso, el pulso se regulariza, las orinas aumentan y se apaciguan los fenómenos generales de la oclusión. Debe ser usado mientras persistan las náuseas. Todos los medios destinados a forzar el obstáculo deben desecharse: ingestión de mercurio, grandes inyecciones de líquidos o de gases elevados a presión; pues las perforaciones que han producido, los condenan.

En cuanto a la administración de purgantes deben abandonarse en absoluto, pues no vencen el obstáculo y no hacen más que aumentar la dilatación del abdomen, exagerar la secreción intestinal por encima del obstáculo, aumentar la intoxicación estercorémica por reabsorción de estos líquidos intestinales hipertóxicos. Este aumento de líquido trae aparejadas muchas dificultades para el tratamiento quirúrgico.

Tratamiento quirúrgico.—El tratamiento quirúrgico se impone en las oclusiones agudas y crónicas, cuando ha fracasado el tratamiento médico.

Dos métodos se usan corrientemente, la enterostomía y la laparotomía con eliminación del obstáculo.

No se puede hacer un paralelo entre estas dos operaciones.

En la primera que es la operación de Nelaton se hace una intervención paliativa y tiene sus

indicaciones cuando la vida del enfermo está en peligro, ya sea por su estado general malo, por el colapso, por la pequeeñz y aceleración del pulso y sobre todo por la distensión abdominal. Cuando el meteorismo es generalizado y considerable, es aventurado buscar el obstáculo dada la gran dificultad de exploración; en ese caso se imponen las punciones del intestino con los consiguientes cuidados para evitar una posible infección del peritóneo.

Laparatomía.—Cuando el sitio de la lesión sea incierto, como sucede frecuentemente, la incisión debe hacerse sobre la línea blanca, un poco por encima del ombligo, a la altura de éste y por debajo. Una vez abierto el peritóneo, Treves aconseja buscar primeramente el caecum. Si el caecum está retraído, el obstáculo está situado en el intestino delgado; si está dilatado búsquese sobre el colon o la S iliaca, o el recto. Es un buen punto de reparo para limitar el examen. Si la obstrucción se encuentra muy alta, es fácil la operación porque el abdomen no está muy dilatado.

Si se encuentra en la S iliaca o en el recto, todo el intestino está distendido y tiene algunas veces proporciones enormes. Esta masa intestinal sale afuera de la cavidad, siéndo algunas veces muy difícil el volverlas a su lugar, aun envol-

viendo las asas intestinales en compresas, a la manera de Kümmell, es decir, introduciendo los bordes de la compresa a cada costado de la cavidad abdominal, y haciendo presión sobre esta especie de saco hernario artificial. Es fácil también en estas operaciones, rasgar la serosa que recubre el intestino. Debe hacerse suturas en todas estas rasgaduras y no abandonar nunca una serosa con soluciones de continuidad.

Reconocido el obstáculo, la conducta a seguir varía según su naturaleza. Si se trata de una brida se la secciona entre dos pinzas. Si de un estrangulamiento se reduce. Si es un vólvulo, se debe poner el intestino en buena posición. Si se tratara de un cuerpo extraño situado en el ileon, se tentará hacerlo caminar hasta el caecum que teniendo más calibre, a veces sigue libremente.

Naturalmente que hay casos en que, por ejemplo un enorme cálculo biliar, una compresa olvidada en el intestino, (como el caso de Chaput) hará necesario la apertura del intestino, seguida de enterorrafia. Si fuera un cáncer el que cerrara la luz del intestino, entonces la resección está indicada, una enteroanastomosis, o una exclusión intestinal según el grado de resistencia del enfermo para soportar operaciones más o menos largas y complicadas. Pero la laparotomía está realmente indicada cuando se ha hecho el

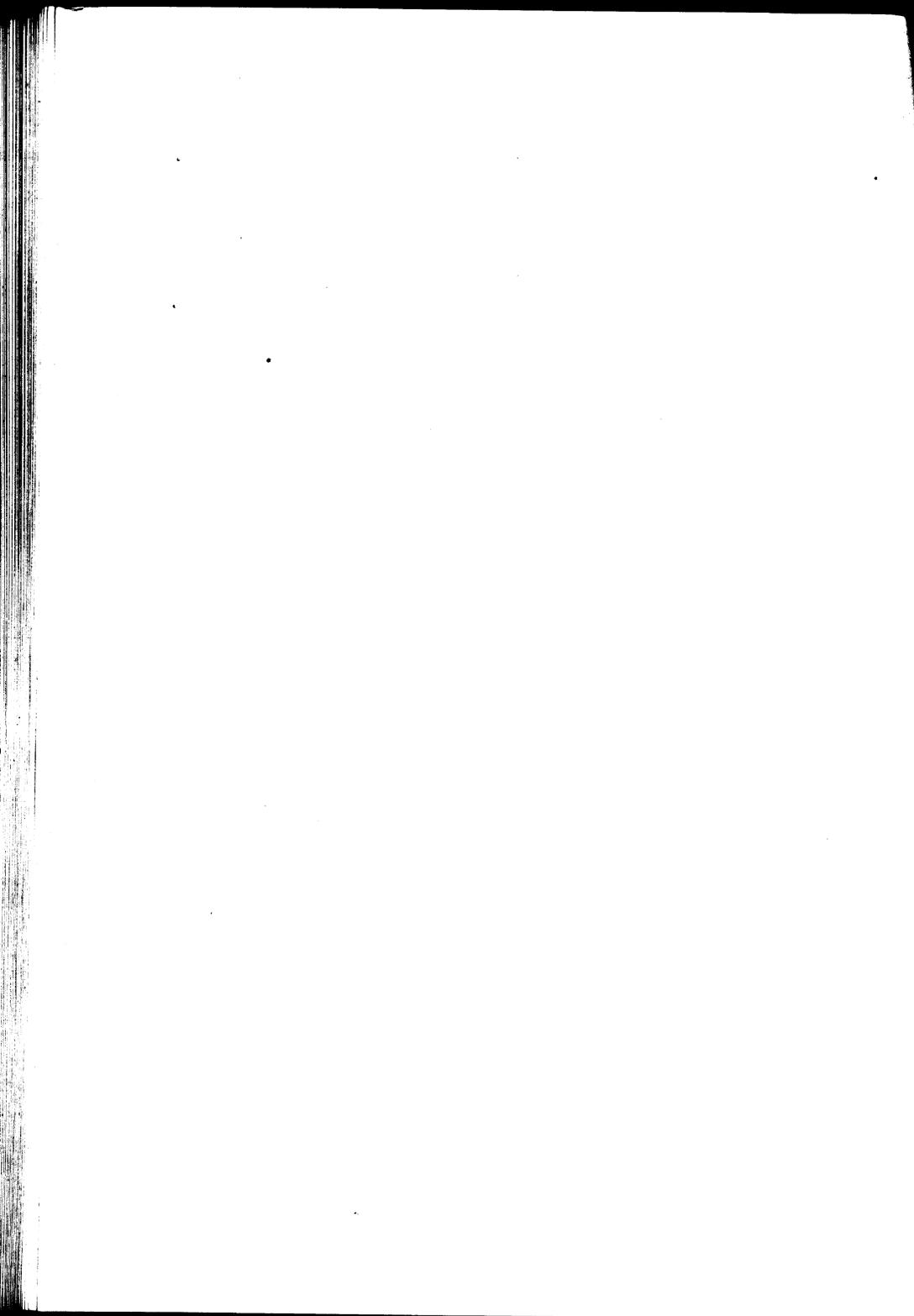
diagnóstico de estrangulación aguda por bridas, divertículos, vólvulos, nudo intestinal, invaginación y el estado general del enfermo lo permita, cosa que se encuentra al principio de la oclusión.

Enterostomia. — Nelaton fué el que preconizó esta operación y precisó la técnica que se usa generalmente hoy.

Se abre el vientre sea a izquierda, sea a derecha, por una incisión parecida a la de Roux para la apendicitis. Se fija a la pared la primer asa del intestino distendida que se encuentra y se incinde esta. Puede hacerse pequeña esta herida intestinal, pues a veces basta que salga el gas, para que los fenómenos de obstrucción cesen.

El sitio de la incisión según aconseja Nelaton cuando se ha hecho diagnóstico de cáncer del recto o de la S iliaca, debe ser la fosa iliaca derecha. Si el caecum está vacío, debe hacerse la abertura intestinal al final del intestino delgado, si está distendido. Si está dilatado el caecum, debe hacerse una caecostomia o ano caecal.

OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I

N. N.—30 años, casado, español. Sanatorio Palacio Arabe.—De la clientela particular del doctor Marotta.

Antecedentes.—Hace muchos años recibió una cornada en el abdomen que le produjo una enfermedad, pero de la cual curó. Desde entonces mueve el vientre dos veces y hasta tres por día, sin dolor.

Enfermedad actual.—Hace seis días, de improviso, sintió fuertes dolores en el lado derecho del abdomen y alrededor del ombligo, continuó con exacerbaciones semejantes a cólicos, constipación tenaz, no hay eliminación de gases, tiene algún vómito mucoso y bilioso el primer día, el vientre se le hincha poco a poco. Los enemas efectuados en su casa no dan resultado. Al ser observado, el enfermo tiene la cara ansiosa por el do-

lor, ojeroso. Lengua saburral poco húmeda. Pulso, noventa, buena tensión.

El abdomen está distendido por igual. No hay desarrollo venoso, dolor difuso, sin defensa muscular manifiesta, a la percusión hay timpanismo que borra en parte la región hepática.

Tratamiento.—Bolsas de hielo en el abdomen; píldoras de extracto de belladona, cuatro centigramos en las 24 horas, repartidos en cuatro veces, y un enema de aceite con sonda de goma, de un litro; con lo cual el enfermo mueve poco el vientre y arroja pocos gases.

En vista de este resultado, se le da un enema de agua con glicerina que le hace mover bastante el vientre, con lo cual desaparecen los dolores espontáneos, tolera bien la ingestión de líquidos, el enfermo se siente muy mejorado. El examen del abdomen muestra que está medianamente distendido y que hay ligero dolor a la presión, pulso ochenta y cuatro, lengua húmeda. Se le hace un enema de un litro de aceite a las 24 horas del primer movimiento de vientre del enfermo, que le provoca un vómito en el cual se ve mucho aceite cosa que no puede provenir sino del enema que acababa de aplicársele; el enfermo vuelve una parte del aceite tal como lo recibió; en el mismo día se inician nuevos dolores como antes, el vientre empieza a elevarse, aumenta el meteo-

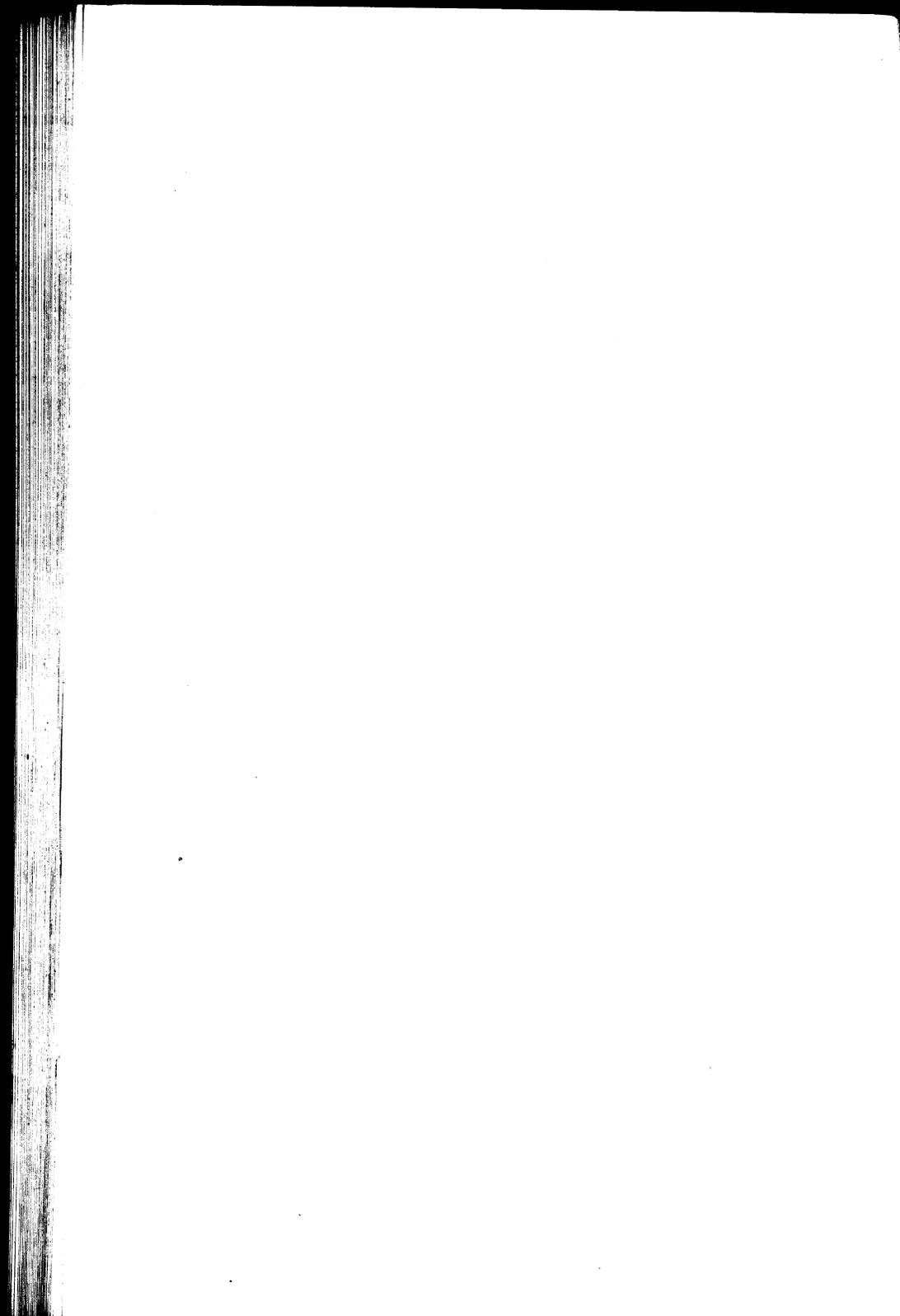
rismo, reaparecen los vómitos, las pulsaciones llegan a cien, la lengua se pone otra vez casi seca, tiene un vómito fecaloide.

En vista de la reaparición de los síntomas, lo cual hacía pensar en la existencia de un obstáculo mecánico acompañado de uno funcional (espasmo), lo que explica la casi intermitencia de los síntomas, se decide la operación.

Operador Dr. Marotta.—Anestesia general con éter, porque el enfermo no se deja operar con anestesia local. Incisión mediana algo por arriba del ombligo, sobre todo por debajo.

Se encuentra líquido serohemático en la cavidad peritoneal, asas del intestino delgado dilatadas, ciego plano y pequeño, se halla una brida epiploica que estrangula el intestino delgado, en la parte próxima a la desembocadura en el ciego, se secciona la brida y se ve que la pared del intestino tiene una equimosis en forma de collar correspondiendo precisamente al lugar de la brida pero las condiciones del intestino son tan buenas, que no obligan a hacer ninguna intervención sobre él. Se explora el apéndice, el colón descendente, S iliaca sin encontrar nada anormal. Se reduce el intestino y se cierra la pared.

De esto hace dos años. El enfermo se encuentra perfectamente.



OBSERVACION II

Eugenio Pérez.—18 años, argentino, soltero.
Hospital de Clínicas. Servicio Dr. Gandolfo.

Antecedentes.— A los seis años recibió una cox en el abdomen que le hizo guardar cama más de un mes. No es bebedor, fuma poco.

Enfermedad actual.— Hace doce días al levantarse sintió un dolor en el vientre. Tomó unos mates que los vomitó cuatro horas después, por lo que se acostó nuevamente. A las 4 p. m. después de haber tomado un mate y un huevo pasado por agua volvió a vomitar, continuando desde entonces hasta ahora con un dolor en el vientre. Los vómitos eran análogos a los producidos en la sala que eran de coloración amarillenta, un olor fecaloide, y cuya cantidad llegaba hasta dos y tres litros.

Hace doce días no mueve el vientre y con los enemas solo se consigue colorear el líquido.

Estado actual.— Hombre con poco panículo adi-

poso, facies indiferente, no tiene apariencia de enfermo grave, lengua sáburral poco húmeda, pulso poco tenso, pequeño.

El vientre tiene diámetros normales, llama la atención alguna que otra contracción anti-peristáltica. A la palpación se nota que es depresible que no hay mayor dolor, y mientras se palpa se provocan contracciones anti-peristálticas constituidas por cilindros que se tocan incompletamente, es decir se toca solo la porción anterior y que se disponen en direcciones varias. Percusión timpánica.

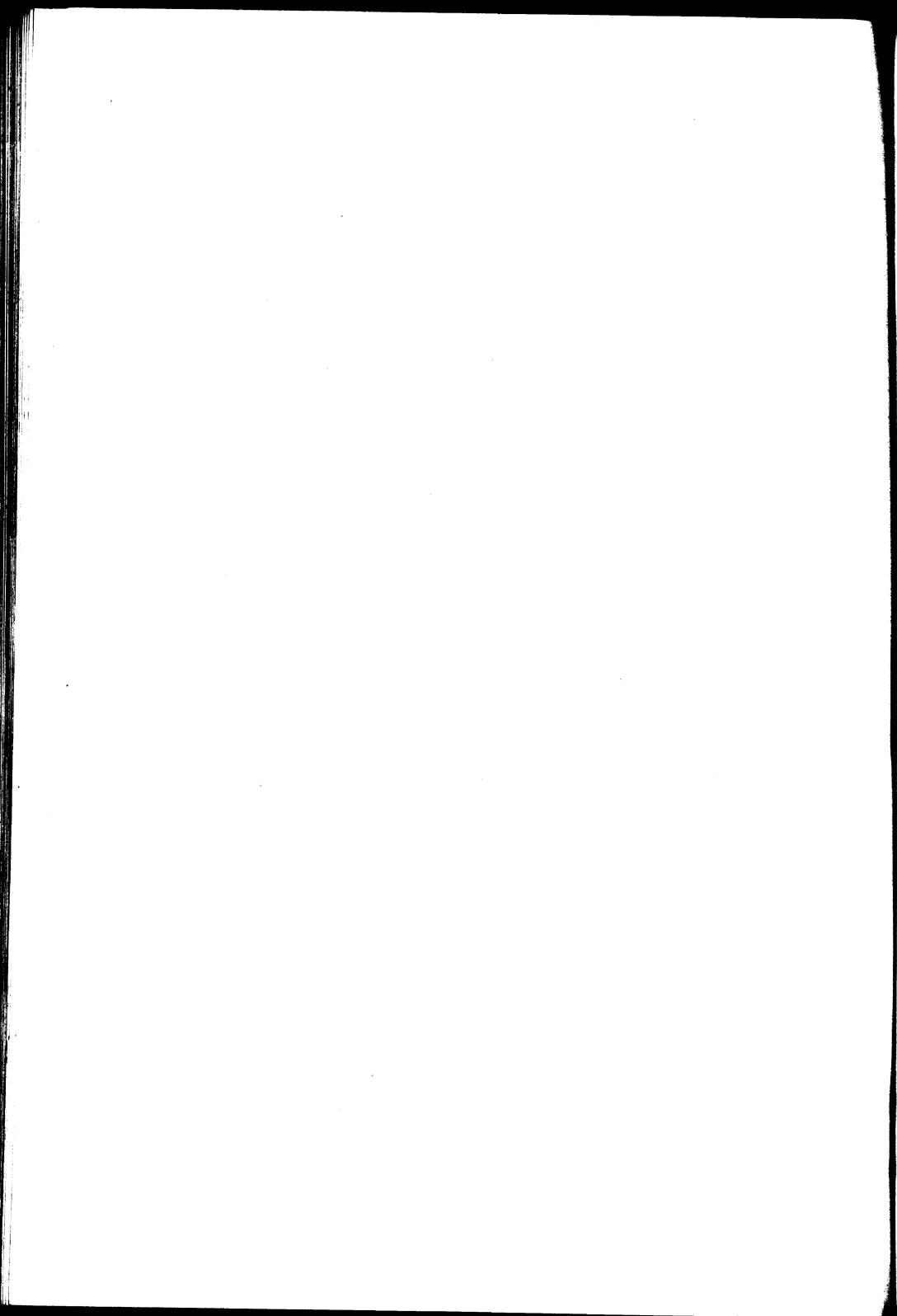
El día que entró el enfermo venía con dolores marcados sobre todo a la derecha del ombligo (espontáneos). Vientre medianamente distendido, pulso 110, regular, buena tensión, lengua saburral, poco timpanismo hepático, sin fiebre, hígado y bazo bien.

Al otro día con un enema movió un poco el vientre y eliminó gases. Después no movió más pero con una sonda eliminó gases. Los vómitos se suspendieron hasta cuatro días después en que tuvo uno fecaloide, en seguida de ingerir leche. Se resolvió la operación.

Operador Dr. Gaudolfo.—Laparotomía media supra e infra umbilical. Se encuentra un asa de intestino delgado dilatada, de cuatro centímetros de diámetro. Siguiendo el asa se encontró que había

un estrangulamiento producido por dos bridas epiplóicas. Seccionando éstas, se constató que el intestino no había sufrido nada y que pasaban gases a la porción retraída. Debe hacerse notar que una de las bridas epiplóicas comprimía poco el intestino, mientras que la otra lo apretaba, pero permitió pasar la yema del dedo para seccionarla. Se notaban adherencias muy antiguas entre las asas intestinales.

El enfermo curó.



OBSERVACION III

Alejandro Chirino.—Italiano, 24 años, soltero.
Servicio del Dr. Gandolfo.

Antecedentes. — Hace veinte días tuvo un fuerte dolor en el vientre, tomó un purgante, todo pasó moviendo bien el vientre.

Enfermedad actual.—Hace ocho días sintió un fuerte dolor de vientre mayor en el sitio donde tenía una hernia epiplóica, no va de cuerpo y vomita algunas de las cosas que come (leche, naranjas), de lo contrario, no. El dolor es intermitente en forma cólica.

Estado actual.— Sujeto de regular estado general, 86 pulsaciones, lengua medianamente seca.

Abdomen abombado y borrando todas las saliencias normales. Abultamiento mediano supra-umbilical del tamaño de una nuez, con piel normal. Observando atentamente el vientre, de tiempo en tiempo y coincidiendo con el dolor máximo, se

nota que el abultamiento no es regular, se perciben eminencias y depresiones que a poco andar desaparecen con un ruido de glou-glou, y al mismo tiempo se va el dolor. La irregularidad toma todo el bajo vientre y la parte superior izquierda. Mirando con cuidado se podría decir que se trataba de fragmentos de cilindro de tres a cuatro traveses de dedo, que se entrecruzan y que son palpables por momentos, sobre todo en el momento del dolor. A la palpación el enfermo no tiene dolor superficial, sino profundo, no muy fuerte, duele más en el sitio donde tiene la hernia epiplóica.

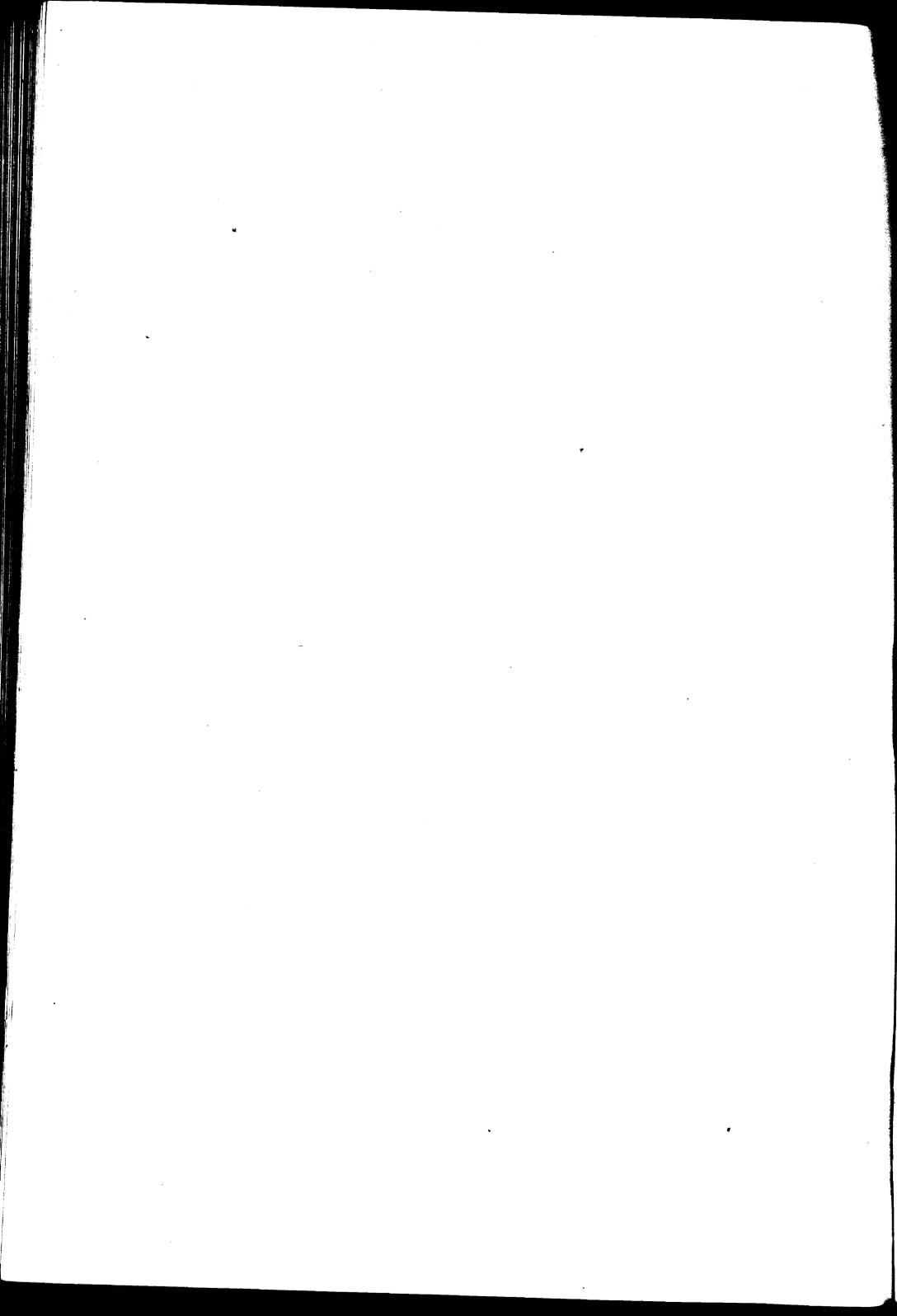
El abultamiento epigástrico está representado por un tumor lobulado y blando que no se reduce pero que tampoco tiene tensión, puesto que se puede aplastar parcialmente entre las manos.

Tratamiento.—Se le administra un enema, muere el vientre muy poco, persisten los dolores atenuados. Se le hace uno nuevo, el vientre muy hinchado, contracciones peristálticas, 120 pulsaciones, poca tensión, vómitos biliosos espontáneos. Se resuelve operarlo.

Operador Dr. Marotta.—Laparotomía supra umbilical. Se abre el saco de la hernia y se encuentra vacío, se prolonga la incisión hacia abajo, se encuentra un asa del intestino delgado distendida, colón del calibre de un pulgar, apéndice libre.

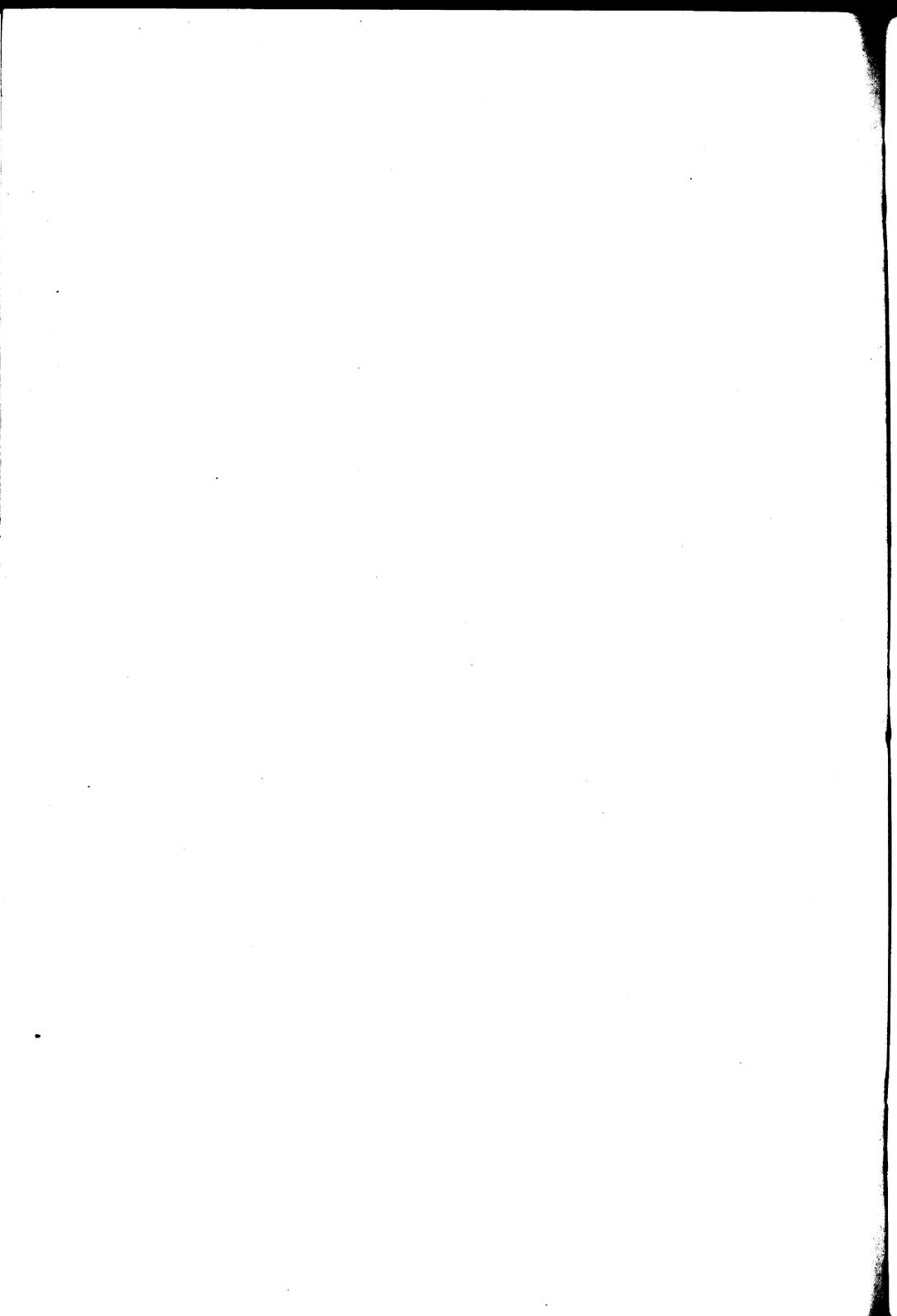
Se encuentra una brida que estrangula el intestino delgado, se la corta, y el intestino adopta su calibre normal. La alteración de la pared intestinal no obliga a resecaer éste. El enfermo curó.

NICANOR A. PAZ.



BIBLIOGRAFIA

- Dentu y Delbet.*—Tratado de cirugía.
- Duval, Gosset, Lecene y Lenormand.*—Patología quirúrgica.
- Forgue.*—Patología externa.
- Cahier.*—Les occlusions aiguës de l'intestin.
- Pulido.*—Tratado de las oclusiones del intestino.
- Zamith.*—Oclusión intestinal. (Tesis del Brasil, 1902.)
- J. C. Aguilar.*—Oclusión intestinal. (Tesis 1887).
- Keen.*—Tratado de cirugía, 1914.
- Dielafoy.*—Patología interna.
- S. Duplay.*—Diagnostic chirurgical.
- Enriquez.*—Tratado de medicina.
- Laurent.*—Clinique chirurgical.
- O. Masson.*—Oclusión intestinal. (Tesis de París).
- Berard et Patel.*—Occlusion inestinale. (Revue Chirurgie 1913.)
- Legars.*—La coudure ileale. (Semana Médica N.º 40, 1911).
- Follin.*—Tratado de Patología externa.



Buenos Aires. Marzo 19 de 1917.

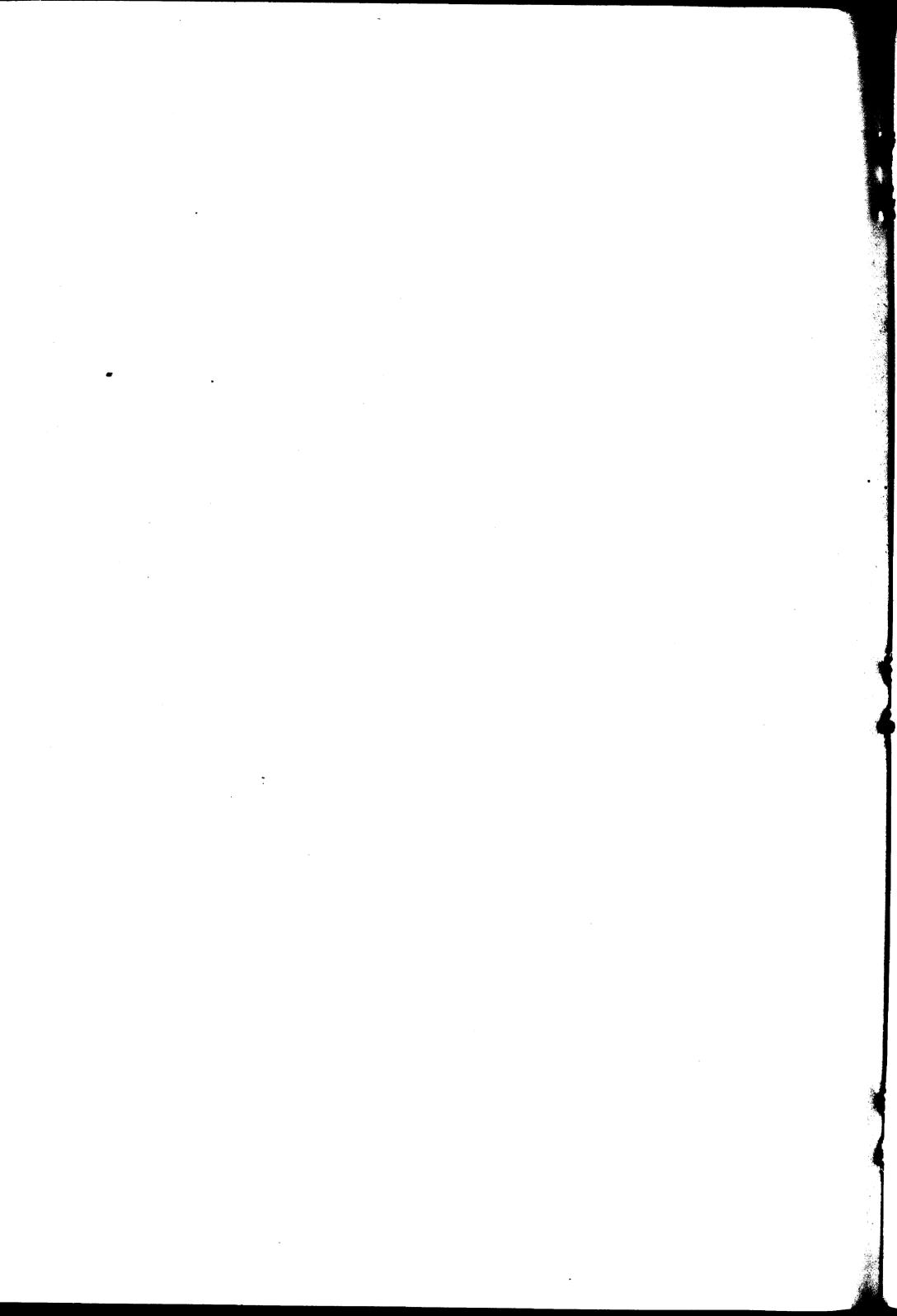
Nómbrese al señor Académico Dr. Diógenes Decoud, al profesor titular Dr. Ricardo S. Gómez y al profesor suplente Dr. Oscar Copello para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

Buenos Aires. Marzo 28 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3222 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Perturbaciones que revela la aceleración del pulso en la oclusión intestinal.

D. Decoud.

II

Tratamiento médico en las oclusiones intestinales. Sus resultados.

R. S. Gómez.

III

Indicaciones del ano contra natura en la oclusión intestinal.

Oscar Copello.

30756

