

De la Oclusion intestinal

Memoria de prueba para obtener el grado de licenciado en la Facultad de medicina de la Universidad de Chile.

Señores miembros de la comision examinadora:

Cumpliendo con el deber que me imponen los reglamentos de la Universidad, de presentar ante vuestra consideracion una memoria de prueba, tengo el honor de solicitar vuestra benevolencia, para juzgar favorablemente el ensayo humilde que motiva estas lineas. -

He elegido un tema demasiado conocido, pero que por razon de su frecuencia es jeneralmente olvidado i creo que bien pocos le hayan tomado con este objeto. Bien sabeis que es algo frecuente en muchos hospitales la enfermedad que podriamos designar, mecanicamente hablando, con el nombre de obstruccion intestinal i que una vez habra sido el tema de vuestras meditaciones. -

Es cierto que casi nada podria agregar a lo que se ha escrito a este respecto, salvo uno que otro detalle talvez insignificante; pero los buenos resultados obtenidos en determinadas ocaciones, i lo inseguro de algunos tratamientos comunmente usados, han llamado poderosamente mi atencion i me han decidido a elegir este tema como base de mi disertacion.

I si en la enumeracion de las causas, en la esposicion de los fenomenos que acompanan este terrible accidente omitiera algo de importancia, debido a mi inesperienza, os ruego lo disculpeis; pues mi objeto principal es detenerme

en el tratamiento.

Frecuencia. - La oclusión intestinal puede naturalmente ser primitiva o secundaria; pero yo me ocuparé en especial de la primera. Puede ser debida a causas que residen en el mismo tubo alimenticio, o bien a agentes colocados fuera de él, como es el caso de tumores, que obrando por compresión o de otro modo llegan al fin a producirla.

Es mas frecuente en la edad adulta i talvez en el hombre mas comun que en la mujer, si bien algunas formas predominan en éstas.

En ciertos individuos se la observa muy a menudo i bajo el imperio de causas que estudiaré detalladamente bien pronto. Muchos de los enfermos que llegan al hospital para ser tratados de una oclusión, la han padecido dos o tres veces ya, hasta que al fin caen abrumados por los tremendos síntomas que producen i que hacen imposible la prolongación de la vida.

Pero esto me conduce naturalmente a la cuestion etiologica que es uno de los puntos mas interesantes de la historia de esta enfermedad.

Etiología i Diferentes formas de Oclusión intestinal.

Deliberadamente he tratado juntos estas dos cuestiones que, por regla jeneral, deben ser tratadas por separado. Pero me ha parecido mas propio indicar las causas de Oclusión i la forma especial que a cada una sea ligada. Talvez esto perjudica la exposicion, pero contribuye a aclarar la historia de un mal que hace años por años numerosas víctimas.

La primera causa, que puede interrumpir las funciones mecánicas del tubo intestinal, es sin duda la estagnación de las masas escrementicias, que deben circular libremente por su cavidad en las condiciones normales. Esta forma de oclusión es muy singular y los autores la designan con el nombre muy significativo de Coprostasis intestinal, que quiere decir, detención de excremento.

Opérase por regla jeneral la estagnación en aquellos puntos en los que se detienen físicamente los excrementos para que su expulsión sea intermitente: tal es la S. ilíaca y el colon ascendente.

Facilitan la detención ciertos agentes que no debemos olvidar; como los cuerpos extraños, o la poca actividad de las fibras musculares del intestino, estado muy común en ciertas personas y que llega hasta ser habitual.

Consecuencia lógica de la poca actividad motriz de las fibras o mas bien de las túnicas musculares del intestino es una especie de disecación de las masas estagnadas, y una distensión de la cavidad intestinal, que se acrecienta rápidamente y que despues obra como poderoso elemento para hacer imposible o por lo menos muy difíciles las contracciones y mas tarde, como lo veremos luego, impotentes dado caso que existan.

Estas acumulaciones suelen alcanzar proporciones colosales y a veces algunos quilogramos de masa fecal entran a formar parte de estos depósitos. Así lo he visto en el sujeto de la primera de mis observaciones en cuya S. ilíaca distendida encontré mas de

4
dos Kilogramos de masa que por lo secas i
endurecidas tenían un aspecto terroso como
de barro aprensado. En el sujeto de la 2.^a mas
feliz que el anterior, pues fué salvado, se extra-
jeron mayores cantidades pero de consis-
tencia mucho menor.

Cuando estos depósitos no datan de muchas
semanas presentan cierta uniformidad en
su masa; pero cuando son antiguos el centro
es mas duro i su superficie cede a la presión,
siendo este un sintoma de un gran valor
para el diagnóstico; pues no deja duda
sobre la sustancia que forma el tumor ab-
dominal.

La forma es la de tumores o depósitos ci-
lindricos conformándose a la forma del
tubo que los contiene, son movibles i casi
indolentes i no es raro que deprimiendo
su superficie en sujetos de paredes abdomi-
nales delgadas se vea que la depresión
es muy pronto ocupada por gases que por
su fuerza elástica vienen allí a ocupar
ese lugar. Esto es, a mi juicio, otro sinto-
ma de mucha importancia i que cuan-
do existe, i se puede comprobar debidamen-
te, no deja lugar a duda.

A veces su estension es enorme i no solo el
recto, S. iliaca, sino tambien el colon decen-
dente i trasverso son invadidos i por expues-
to que las esperanzas de éxito en el trata-
miento se hacen menos numerosas a me-
dida que la estension i el tiempo son mayores.

Es lo que se observa a menudo en nuestros
trabajadores que bien pocos cuidadores de
su persona i no dando ninguna impor-

5
tancia a una detencion de las funciones de su vientre, notan que este se desarrolla mas i' mas. Siguen tomando alimentos i' entregados a su regimen cotidiano; hasta que la aparicion de sintomas formidables vienen a sacarlos de su criminal indolencia.

El 3.º de los individuos objeto de mis observaciones se halla en este caso i' cuando vino al hospital era la cuarta vez que era operado de un accidente semejante i' con toda sangre fria contaba que hacia mas de tres semanas a que no obraba nada i' pedia con la misma calma el empleo del baston.

Tal es señores miembros de la comision, la breve reseña que me es permitido hacer de la oclusion por coprostasis.

Mas no pasare a otra forma de oclusion sin advertiros que las detenciones esccrementicias, reconocen otras causas que las enunciadas i' mas de una vez son otras i' no esas las que dan lugar al fenomeno.

Asi sucede con los tumores abdominales, cualquiera que sea su naturaleza i' que cuando tienen dimensiones crecidas obran como agentes mecanicas que cerrando la luz del canal intestinal permiten acumularse encima del punto comprimido grandes porciones de masas esccrementicias, hasta que llega un momento en que sintomas de oclusion, vienen a llamar la atencion del medico.

Y no son solamente los grandes tumores las que pueden dar lugar a estos desastres, que hasta un rinon flotante los produce mas de una vez he oido de uno

de mis profesores la historia comprobada de un caso de esta naturaleza.

Para concluir con esta cuestión os dire que hasta las inflamaciones intestinales, las grandes ulceraciones, por ejemplo, pueden dar lugar de un modo secundario, a una constipación y complicar su curación con la aparición de accidentes graves que no tienen otro origen que el descuido en el régimen alimenticio del enfermo, que ha usado prematuramente alimentos mas abundantes que lo que su estado permite.

La segunda causa y muy curiosa forma de oclusión intestinal, es la torsión del intestino grueso (que en el delgado es muy raro y negado por muchos autores) en los puntos en que su movilidad es mayor y en los que es posible una torsión completa, que no solo interrumpe la circulación de materias intestinales, sino aun estrangula el intestino y determina la gangrena y la peritonitis mortal que es su necesaria consecuencia.

Por su puesto que al tocar este punto bien conozco que es labor demasiado penosa para mi y casi insuperable el hacer una exposición metódica de lo que sería tema mas que suficiente para toda mi disertación si hubiese de estudiarlo a la luz de una perfecta suficiencia, me limitare pues a una enunciaci6n breve y en consecuencia con lo poco que ocurra a mis conocimientos.

El mecanismo de la oclusi6n es en este caso, el siguiente: Sibilaca y todo el colon violentamente distendidos por un desarrollo de gases muy considerable salen de

7
su posición en cuanto se los permite los me-
jos - cólonos i' en el punto en que las insercio-
nes son menos íntimas o en que es posible
una mayor extensión de movimiento se ope-
ra un movimiento rotatorio de una parte
de la "S. iliaca" sobre su unión con el recto
que queda inmóvil. Si' el movimiento es
amplio la torsión es completa, la obstruc-
ción absoluta, si' el movimiento es menor la
oclusión es a medias i' gases i' líquidos pue-
den franquearla intermitentemente.

Si' es completa viene un nuevo elemento
en ayuda i' que determina en cierto modo
los graves accidentes que son la terminación
fatal de esta lesión. La acumulación de nue-
vos gases en la parte superior distiende
mas i' mas la "S. iliaca" i' el estiramiento
de las túnicas es tal, que en el punto de la
torsión, la circulación sanguínea es muy
difícil i' debe venir en él, como proceso
inevitable, una inflamación así como
sobre viene la gangrena en las porciones
superiores dilatadas al exceso i' en las cua-
les opérase bien pronto una inflamación
peritoneal que agrega nuevos elementos
perturbadores i' redgraba mas la situación.

Esta forma es común en las personas
en que a consecuencia de perturbaciones
de los órganos digestivos, de un mal ré-
jimen o de excesos en la alimentación,
las sustancias alimenticias en lugar
de sufrir el proceso fisiológico de diges-
tion, entran en una verdadera fermenta-
ción láctica, butírica o putrida i' una
de cuyas consecuencias es un desarrollo

80

de gases muy considerable. Estas personas su-
fren habitualmente flatuosidades, o emplean-
do un termino adecuado, neumatosis intes-
tinal, i' si sobreviene un enfriamiento de las
extremidades inferiores o de todo el cuerpo,
causa que como sabéis es mas que suficiente
para activar el desarrollo de gases entonces
la situacion del enfermo se hace grave i'
mas de una vez, una torsion irremediable
es su inmediata consecuencia.

Nunca será ponderada suficientemente
la benéfica influencia de una intervencion
terapeutica inmediata en tales casos, unico
medio de poner atajo a una de las enferme-
dades mas formidables del cuadro noso-
lójico; como no será nunca temprana to-
da operacion o procedimiento que combata
la torsion inmediatamente despues de
producida.

La pérdida de algunas horas, en aparien-
cia sucesos de poca importancia para mu-
chas familias, es la perdida irremediable
del enfermo i' la muerte en medio de los
mas atroces dolores, capaces a veces de des-
trozar el alma mas bien templada en los
sufrimientos, i' para los que rodean al enfer-
mo la desesperacion de no poder poner a
tajo a lo que es ya irremediablemente ne-
cesario.

Este hecho debe pues dominar la tera-
peutica de las oclusiones. Si en los casos
de coprostasis, se puede esperar, en estos
toda espera es no solo acto de negligencia
i' de grave ignorancia para un facultativo
sino certeza de haber faltado a un

9
inevitable deber profesional.

En razón de la rapidez con que se produce la obstrucción, la producción de los síntomas generales como los dolores colicos, los vomitos, el sufrimiento &c. es casi instantanea i' el individuo afectado pasa repentinamente, de un estado de salud relativo a uno de suma gravedad.

La localizacion del proceso de torsion es un punto determinado, que es casi siempre la estremidad inferior de la S. iliaca, produce un sintoma al que los médicos que conocen la enfermedad por una larga práctica le dan siempre un valor decisivo. El enfermo señala la fosa iliaca izquierda como el punto de partida de los grandes dolores, experimenta allí un dolor dislacerante i' todas las irradiaciones dolorosas toman origen o converjen a ese punto.

Escuchado me parece decir, terminando estos breves detalles sobre la obstrucción por torsion, o vólvulo, que esta forma es la más grave, ya por la rapidez con que se producen lesiones de gran trascendencia, ya por lo difícil que es obtener un resultado satisfactorio con los medios terapéuticos de que disponemos hoy.

La tercera forma es causada por la invaginación de una porción del intestino sobre la parte inferior que inmediatamente le sigue hacia abajo.

Esta forma puede decirse que es bastante rara i' favorecida por afecciones intestinales de larga duración que preparan, por decirlo así, el terreno privando a las tri-

ricas del intestino de las propiedades i caracteres que le son propios.

A veces es bastante pronunciada para que una porcion de varios centimetros de intestino quede invaginada i como las condiciones circulatorias en las paredes intestinales se modifican rapidamente no tarda en manifestarse una inflamacion violenta i una peritonitis circunscrita. ^{hasta} hasta es posible percibir por la palpacion un tumor alargado que señala con exactitud el punto invaginado.

Raro es en estos casos que la oclusion sea completa, siendo al contrario frecuente que quede una luz pequena o conducto por donde pueden pasar escrementos liquidos i gases lo que hace que la marcha sea mas lenta i los sintomas jenerales menos intensos i mas tardios. Tambien en estos casos aparecen evacuaciones sanguinolentas lo que no sucede en las formas enumeradas.

Esta clase de obstruccion que es algo mas comun en los niños exige en razon de su mecanismo un tratamiento diverso i sobre el cual dire mas tarde dos palabras.

La cuarta i ultima forma de oclusion es la producida por una estrangulacion interna.

El mecanismo de la estrangulacion es muy diverso del de las formas anteriormente descritas. Una asa intestinal es estrangulada por su penetracion al través de un agujero normal o accidental. Lo primero es raro i solo se ve en el hiatus de Winslow o en una abertu-

tura congénita o accidental en el epiploon
o en el mesenterio. Mucho mas frecuente
es la estrangulacion por bridas acciden-
tales debidas a peritonitis anteriores i que
entre sus accidentes, uno, no poco grave
para el porvenir, es la formacion de bridas
sólidas i tendidas de un punto a otro, ~~es~~
~~no~~, por ejemplo, del útero a otro órgano
circunvecino.

Indicados con la brevedad posible
las diferentes formas de oclusion intestinal,
me voi a permitir llamar la aten-
cion de la honorable comision hacia
algunos puntos del tratamiento. Son tan
conocidos los sintomas de esta enferme-
dad, i los puntos que sirven de base para
llegar a un diagnostico conveniente, asi
como las indicaciones pronósticas, que
temeria fastidiar enumerándolas i has-
ta creo que fenderia nuestra reconocida
ilustracion.

Tratamientos.

Muchos i muy variados son los proce-
deres puestos en práctica contra las di-
versas variedades de oclusion, ya sea re-
firiéndose a los tratamientos internos,
ya con relacion a los recetados externos
u operaciones variadas puestos en prác-
tica con tal objeto.

Comenzaré por reconocer la eficacia i gran
utilidad de todos los medicamentos que a
título de purgativos o evacuantes se acostum-
bra usar contra la oclusion. En los casos
leves, un purgante de calomelano, un obo-
so en alta dosis, producen una desocupacion

rápida; pero a veces se hace necesario recurrir a medios más enérgicos, como el étron por ejemplo, i en los casos desesperados hasta medios más sanios, como es una dosis grande de mercurio metálico.

Mas el tratamiento interno ineficaz en muchos casos, tiene por otra parte su oportunidad, pasada la cual, es hasta peligroso.

Bien sabéis que uno de los síntomas más penosos es el vómito. Pues bien la mayor parte de los medicamentos administrados al interior son espulsados de ese modo i trabajo penoso i difícil es oponerse a él a fin de dar lugar a la progresion de las sustancias ingeridas. Cuando en razon de lo avanzado del caso existen vómitos esterconacios pudiera decirse sin mucha exageracion que ha pasado ya la época de medicamentos internos; pues ya las lesiones o son irremediabiles o no pueden ser reparadas solo por estos agentes.

Es entonces cuando muchos prácticos creen llegado el caso de procederes externos i aun quirúrgicos pero una larga esperiencia i los pocos resultados de curacion obtenidos procediendo de ese modo han debido modificar la conducta del médico en tales circunstancias.

No es posible sostener que tratándose de una obstruccion por vólvulo se pierda el tiempo en esperar el buen o mal efecto de solo medicamentos internos. Ya os he explicado antes porque i os he dicho que la gangrena de las asas intestinales es el peligro más próximo i más inminente a la vez, que la sentenencia casi inevita

ble del enfermo, salvo los rarísimos casos en que siendo muy circunscrita termine por una perforacion al exterior i' la formacion de un absceso contranatura. Lo más frecuente es una peritonitis sobre aguda i' fuera de los recursos del arte médico.

¿Que hacer entonces? Es posible esperar? No me atrevo a decirlo categoricamente. Es en estos casos en que todo paso por prematuro que parezca siempre será oportuno i' conveniente.

El mas antiguo método usado en semejantes ocasiones es el empleo de lavativas o enemas mas o menos abundantes que bayan primero a limpiar la parte inferior del intestino i' despues a ejercer presion sobre el punto en que reside el obstáculo a la libre circulacion intestinal. Se daba antes mucha importancia a la clase de sustancias inyectadas en el recto o colon; pero hoy mas se cuenta con los enemas como medio mecánicos que dándoles otro valor.

Por eso marchando los años se ha llegado poco a poco, a modificar los aparatos inyectados i' hasta se conocen algunos, que pueden considerarse como especiales, tal es el aparato del doctor Hegar. La sifon bomba muy recomendada por muchos autores es hoy superada con mucho por este sencillísimo aparato que siempre es facil proporcionarselo.

Componese de un tubo de goma unido a recipiente de dos o tres litros o menos de volumen; de una longitud de tres o cuatro pies o mas i' adoptado a una cánula con una o muchas aberturas i' provisto o no

de llave en su comienzo. Funciona solo mediante la presión atmosférica i su autotada grande importancia a este punto, pues no tiene ninguno de los inconvenientes de las bombas impetentes de embolo; no por eso deja de llevar la inyección a una altura muy grande.

En las clínicas puedo decirse ha conseguido con este proceder salvar enfermos que parecían perdidos i ya operados de otro modo.

No quiere esto decir que venga ha hacerse apalija de la invención del Doctor Hegar ni a citarlo ante nosotros como un método infalible; pues es bien sabido que ningún método ni aparato, tiene tal carácter en medicina.

Si a este proceder para salvar obstáculos intestinales, que a mas de obrar lentamente ejerce una presión i distinción gradual, que el médico puede aumentar o disminuir o voluntad, se asocia el empleo de sondas metálicas o no metálicas, pero de suficiente resistencia, para ser introducidas hasta cierta altura, que sea el famoso i temido baston, que para alguno es un instrumento bárbaro o una sonda esofágica, se tendría el procedimiento que a mi juicio conduce a resultados mas satisfactorios.

Diré en corroboración de mis ideas, lo que he visto mas de una vez. Salvada a fuerza de trabajo una obstrucción por coprotaxis, mediante el aparato de Hegar i reblar decididas las masas

estereoraceas es posible introducir una sonda i' entonces el éxito es casi seguro, pues no tardan en seguir la expulsión de todas las sustancias estagnadas.

Cierto que en ocasiones no hai sonda que valga, ni aparato que permita atravesar una masa situada cerca del ano, i' que solo el dedo puede llegar a ese resultado, pero sea como fuere, siempre esta combinacion que he indicado será por hoy dia lo mejor.

He dicho ya varias veces que la oclusion por válvulo es la que menos esperanza de curacion deja i' la que con mas rapididad cuenta del paciente. Es posible en ese caso conformarse con los tratamientos internos i' el uso simultaneo del aparato de Hegar i' de todo otro proceder tendente a distender el intestino. Es posible en cojerse de brazos por haber escollado estos métodos usados con oportunidad i' apenas reconocida o sospechada la torsion. ¿Que hacer? se irá ya el último arbitrio aconsejado por la cirugía i' que solo ha dado buenos resultados en un periodo poco avanzado del mal. Se hará la gastrotomia sin mas ni mas.

Tristes preguntas i' sin embargo muy exactas i' que se las hace a un médico honrado i' instruido.

Ya no le queda mas, usó todos los purgantes, usó hasta el mercurio i' nada, usó el aparato de Hegar solo i' con sonda, las sondas solas i' nada tampoco.trato de distender el intestino con gases ya

sea inyectando ácido carbonico o aire comprimido con o sin gases de otro genero, nada aun. Y los vómitos son incessantes i los dolores atroces i la situacion del enfermo desesperada.

¿Se hará la gastrotomia? No señores, todavía no, todavía queda un arbitrio i un arbitrio que usado antes i prematuramente si se quiere, da resultados mas satisfactorios.

Es necesario substituir a la sonda dirigida por una mano hábil, pero que no tiene en su punta sensibilidad, la mano misma del operador i así se ha hecho i así se ha conseguido algunos resultados satisfactorios.

Cierto que es necesario cloroformar al enfermo, pero que hacer, antes que apelar al último extremo es indispensable agotar todo lo que se pueda hacer en tales condiciones.

No es tan poco una operacion difícil, i si una parálisis del esfinter viene despues, es necesario arrostrarla con valor, antes que dejar perecer al enfermo.

He aquí señores, las breves nociones que he podido recoger en mis estudios clínicos i que comprobadas por las observaciones que anoto mas adelante me dan derecho a esperar de vuestra induljencia un juicio favorable.

Intencionalmente no he querido anotar un número mayor de observaciones, me he contentado con elegir aquellas que mas se relacionan con las ideas que os

acabo de exponer i' casos en los que se ha obtenido un éxito favorable, que a la vez, que enseñanzas para un joven le dan confianza i' fe para el porvenir.

Los malos éxitos tampoco los he olvidado. Lecciones mas dolorosas, es cierto, son tambien razon de mayor ahines para obras con aliento i' constancia.

Observacion 1ª

N. N. 59 años de edad, casado, ganano, natural de Maipo, buena salud anterior, vida mui activa aun a pesar de sus años.

Su enfermedad data desde hace 25 a 30 dias. Dice haber notado que su vientre no se desocupaba bien: pero no le dió importancia a este incidente. Poco a poco se formó un tumor que el enfermo observó desde el principio i' a cuyo crecimiento asistió dia a dia indolente sin darle grande importancia. Tres dias antes de entrar al hospital el enfermo ha perdido toda apetencia para los alimentos, i' las nauseas que antes tenia han tomado la forma de vomitos pertinaces i' que hacen imposible no solo el uso de alimentos i' bebidas sino tambien de los medicamentos internos que le han aconsejado.

Presenta un aspecto mui triste el enfermo. Su enflaquecimiento es enorme; parece que la piel está adherida a los huesos i' hasta el paquete de Richat ha desaparecido; lo que da al semblante algo de mui original. Señala como causa de su enfermedad un tumor situado en el abdomen.

Este es cilindrico i se estiende desde el fondo de la fosa iliaca izquierda hasta el epigastrio, está como oblicua i su diámetro mayor o eje no es rectilíneo sino encorbado de modo que forma una convexidad izquierda. Es algo movable i indoloro no es elástico, sino resistente i si se le deprime con fuerza es fácil determinar una hendidura que queda permanente i que se ve ocupado por gases poco después.

El examen por el recto indispensable en estos casos da la existencia de un tumor fecal que llega hasta muy poca distancia del esfínter i de una dureza casi increíble.

El diagnóstico está pues asegurado i en consecuencia se procede en armonía con las circunstancias, sin olvidar el estado de verdadera inanición en que se halla el enfermo i que no permite un tratamiento mercurial.

Al 2.º día se administran al interior masas oleosas con una o dos gotas de aceite de croton i a fuerza de hielo se consigue detenerlas a pesar de inspirar al enfermo un horror casi invencible. Se ordenan lavativas i tentativas con sondas.

Al día después se cambia de tratamiento interno. Se usa una mezcla de calomelanos, polvos de jalapa i goma gutta i se consigue que el enfermo tenga abundantes deposiciones de materias líquidas i semi sólidas como en cantidad de dos kilogramos a lo menos. Favorecido el efecto purgante con lavativas i aplicación

Del baston metálico se consigue aumentar la espulsion i' el tumor disminuye sensiblemente i' sobre todo se acorta de la parte superior.

Durante tres dias se continuó con un tratamiento mas o meno igual pero siendo imposible reblandecer la masa principal del tumor que tiene asiento en la S. iliaca i' que está escondido en la cavidad de ese nombre. Entre tanto el enfermo pierde su fuerza mas i' mas i' muere al fin extenuado i' de una verdadera inanición al 8.º dia de su estadia en la sala de Santo Domingo N.º 4 de San Juan de Dios.

Autopsia. - Se hace la necropsia con el cuidado necesario, habiendo el abdomen se puede examinar la "S. iliaca" i' el colon ascendente. La S. iliaca solo forma el tumor i' solo su curvadura inferior: presenta un diametro de 18 a 20 centímetros i' al comprimirla se observan fenómenos iguales a los que daba el tumor en vida del enfermo.

Habiendo las tunicas intestinales es facil ver que habiendo sido la dilatacion enorme al principio, hoy las materias liquidas han podido i' pueden pasar libremente entre el tumor i' la pared i' así lo atestiguan la blandura i' semifluides de esta en la superficie.

La coprostasis es muy grande. Seran mas o menos dos o tres hilogramos que forman una especie de elipsoide u ovoide duro irrecistente que hasta serviria de proyectil tal es su dureza.

Un bisturí firme apenas puede penetrar con gran trabajo i' habiéndolo es de color gris terroso i' de la misma consistencia de arcilla amasada en agua i' secada al sol.

Observación 2^a - M. M. de 43 años, casado, de temperamento bilioso, arquenero de la ciudad, buena salud habitual, es la cuarta vez que viene al hospital con síntomas en todo iguales a los que le aquejan hoy. Ha estado las tres veces anteriores en el hospital i' las tres veces ha sido operado con el baston i' salvado de los graves accidentes que le prostraban. Confiesa que esta vez está más enfermo que las otras i' que espera la muerte resignado si la operación no da buen éxito.

Cuenta que su detención de vientre data de tres a cuatro semanas, arrojando en los últimos días pequeñas cantidades i' a costa de grandes esfuerzos.

Su semblante es pálido casi hipocrático sus extremidades están frías, vomita de un modo casi continuo materias biliosas i' muy escasas, los dolores en forma paroxística que como sabeis es la regla por la modalidad de las contracciones ~~dolores determinados en el sistema del simpático~~, el abdomen está enormemente distendido i' tenso hasta el punto de obtenerse ruidos timpaníticos exagerados. El pulso es muy pequeño pero no es frecuente lo que da cierta esperanza de una no complicación de la serosa peritoneal.

Por tales condiciones se diagnostica una nausea protracta i' se procede para compro

barla a practicar el examen del recto. A pesar de la gran distension por gases, a pesar de que el enfermo cuenta que los dolores i' neumatosis sobrevinieron repentinamente no es posible sostener una oclusion por volvulos pues todo hace creer en un depósito por materias fecales.

El examen del recto confirma la suposicion diagnostica i' asi se dispone el tratamiento: a purgantes oleosos alus del calomel se asocian grandes lavativas llevando la sonda con la mano hasta S. iliaca.

En la primera sesion se obtiene la expulsion de grandes porciones de masas fecales. Al dia siguiente una nueva tentativa da mejor exito aun i' al 3.^o todo estaba terminado. El intestino limpio de toda sustancia detenida funcionaba regularmente i' el apetito del enfermo comienza a indicar la necesidad de acudir a la alimentacion.

Despues de una convalecencia de seis a ocho dias el enfermo pide su alta.

En este caso como en otros se puso en practica en la convalecencia un tratamiento que un médico no debe nunca olvidar.

Despues de la inactividad de una porcion del tubo digestivo, despues de una distension que puede llegar a proporciones gigantescas, queda como consecuencia inevitable, un cierto estado mas o menos pronunciado de parálisis intestinal que predispone a recidivas

sino se combate debidamente.

Es indispensable con este objeto el empleo de la nuez vómica, de los tónicos amargos i' ante todo repetidas aplicaciones de corrientes eléctricas. Así las funciones del vientre vuelven rápidamente a su estado normal i' sin ningun accidente.

Para concluir os haré presente que en este caso la introduccion de la mano se pudo practicar sin elorformo i' combinada con el empleo del aparato de He-gar dio magnifico resultado.

El enfermo salió de alta al 20 avo día de su entrada al hospital de San Juan de Dios, sala de Santa Rosa N.º 14.

Observacion 3.ª. - B. B. de 28 años de edad, labrador, casado, sanguíneo, natural de melipilla, sufre su enfermedad actual desde hace tres semanas.

Despues de una comilona en regla al decir del enfermo, se sintió mal, con el vientre ocupado, flatuoidades, inapetencia. Siguió entregado a sus ocupaciones hasta que al fin las proporciones de su vientre se hicieron tales que no pudo moverse i' aparecieron a la vez vómitos disnea, sufrimiento. &c.

Al examen se podia comprobar un aumento muy grande de las dimensiones del vientre i' el colon estaba como dibujado en medio del aumento jeneral del abdomen. En todas partes la percusion daba timpanismo completo, apenas si en la fosa iliaca izquierda era posible comprobar una ligera matidez.

23

El examen del vientre no confirmaba, fue a primera vista una coprostasis; pero otro era el resultado i' lo fue en efecto examinado el recto, en el cual i' apenas se franqueaba el esfinter externo se podia tocar una masa dura i' resistente i' al parecer de gran volumen.

Se creyó mas prudente hacer tentativas de desobstruccion antes que propinar medicamentos. Despues de una hora de manipulaciones el enfermo estaba en mejores condiciones. Con el baston se llegó a extraer grandes trozos de materia fecal endurecida i' una lavativa con el aparato de Hegar concluyó por hacer mas practicable la circulacion de los intestinos.

Al dia siguiente fue aconsejado un poco de deposiciones abundantisimas fue por su consecuencia.

Omito decir que apenas superado el obstaculo por medio de una sonda de goma, se observó la violenta salida de masas inmensas de gases fetidos en los que por su olor predominaba el hidrógeno sulfurado.

Durante tres o cuatro dias continuó el enfermo en condiciones iguales, arrojando dia a dia una gran cantidad.

En este caso costó mucho vencer la parálisis i' al dia 23 de su estadia en el hospital, cualquier alimento de los que dejan residuos era intolerable pues daba lugar a neumatois muy desagradable.

Dos semanas despues salia a su casa en las mejores condiciones de salud. Ocupó la sala de Santo Domingo N.º 11.

Observacion H.ª. - E. C. de 52 años, constitucion debil, gañan, sufre mucho de cólicos, flatos &c.

Hace cinco dias a consecuencia de un resfrío se sintió con el vientre hinchado i dolorido. Dos horas despues ya no podia estar en pie, tenia vómitos, frío, sudores, hecados sensacion de desfallecimiento.

Ha permanecido en su casa 3 dias sin otro tratamiento que cataplasma al vientre i operaciones para espulsar al padre jusegun cuenta el viejo con toda formalidad.

Se hacen tentativas para vencer el obstaculo pero todo es infructuoso; apenas si se consigue hacer entrar una pequena cantidad de agua que luego es repetida con violencia. Purgantes i demas medicinas, todo es vomitado en el acto.

Al siguiente dia el pulso ya no es lento i debil sino miserable i frecuentisimo, los vómitos tienen un olor fecal i gangrenoso el frío es jeneral i la asficia está próxima. Al 6.º dia de su enfermedad i el 3.º de entrada al hospital era cadáver.

Neeroscopia. - En el nivel de la union del recto con la S. iliaca se vé un volvulo completo de la S. iliaca. En la parte torcida hai gruesas adherencias. La S. iliaca enormemente distendida casi no cabe en la cavidad abdomi-

nal tiene un color negro con toda la masa interna negra, equimótica, es un putrilago insoponible por su olor.

En ninguna parte hai masa fecales en gran cantidad.

Al nivel de la torsion las paredes a la vez que adheridas estan tumefactas i su superficie externa está cubierta de pseudo membranas, rectos i comprobantes de la peritonitis general agudísima que allí tuvo su punto de partida.

Observacion 5.^a — Juan B. Flores de 39 años de edad, casado, agricultor de buena salud anterior, tuvo hace cinco semanas una pulmonia aguda i estaba un convaleciente cuando a consecuencia de un desarreglo en su alimentacion tuvo una indigestion muy fuerte con vómitos diarrea violenta i que le duró 24 horas.

Seguia bien cuando a consecuencia de haber comido frijoles se sintió acometido de dolores de vientre reumáticos i repentinamente pudo percibir una especie de dolor lancinante en la fosa iliaca. Desde entonces la ocupacion del abdomen se hizo enorme llegando hasta dificultar la respiracion i hacer su situacion insoponible. En tales condiciones se vio forzado a emprender un largo viaje desde la estacion de Buin a Santiago, en carreta i en un dia frio i nebuloso.

Al llegar al hospital su semblante era cadavérico su vientre enormísimo, no podia ocupar otra posicion que el

de cubito supino.

Los miembros frios i casi inertes, sus ojos estraviados hacian manifestaciones de dolor cuando venian los grandes parosimos que son comunes en esta enfermedad. Cada cuarto de hora mas o menos, los intestinos a manera de gruesas serpientes se movian i se aumentaban o disminuian de diametro, haciendo mover parcialmente los gases i causando al enfermo quejas terribles.

Los vomitos eran incessantes i todo medicamento por este camino era de imposible empleo.

El aparato de Hegar no dió ningun resultado. Lavativas de tabaco, tampoco es diern los resultados que se les atribuyen. todo fue inutil.

En la tarde de ese dia se hicieron dos punciones para dar salida a los gases valiendose de un trocar capilar con un resultado satisfactorio. Desocupado el vientre se conceptuó util usar nuevamente el aparato de Hegar i se obtuvo el desprendimiento de muchos gases i de materias fecales negras casi de olor gangrenoso.

Entre tanto, que pareciendo venida la torsion se propinaban purgantes, por cesacion de los vomitos i bienestar del enfermo, el pulso se hizo mas i mas debil i el sufrimiento cada vez mayor. En fin al dia siguiente al 3º dia de su entrada, el enfermo falleció repentinamente al parecer por un síncope.

Autopsia. - Torsion de la bilinea, verda

dera estrangulacion del intestino por bridas
inflamatorias poco resistente pero muy gruesas,
nada de perforacion. Desde el punto de la torsion
hacia arriba, gangrena completa de todo el colon
distendido en forma de un intestino de buiy, tal era su diame-
tro.

Peritonitis en todo el resto del peritoneo
i' que sin duda tuvo su punto de partida
en el punto de la estrangulacion. -