



Año 1917

Núm. 3259

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA OCLUSIÓN INTESTINAL EN SUS RELACIONES
CON EL ESTADO PUERPERAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GERMAN F. FAGES

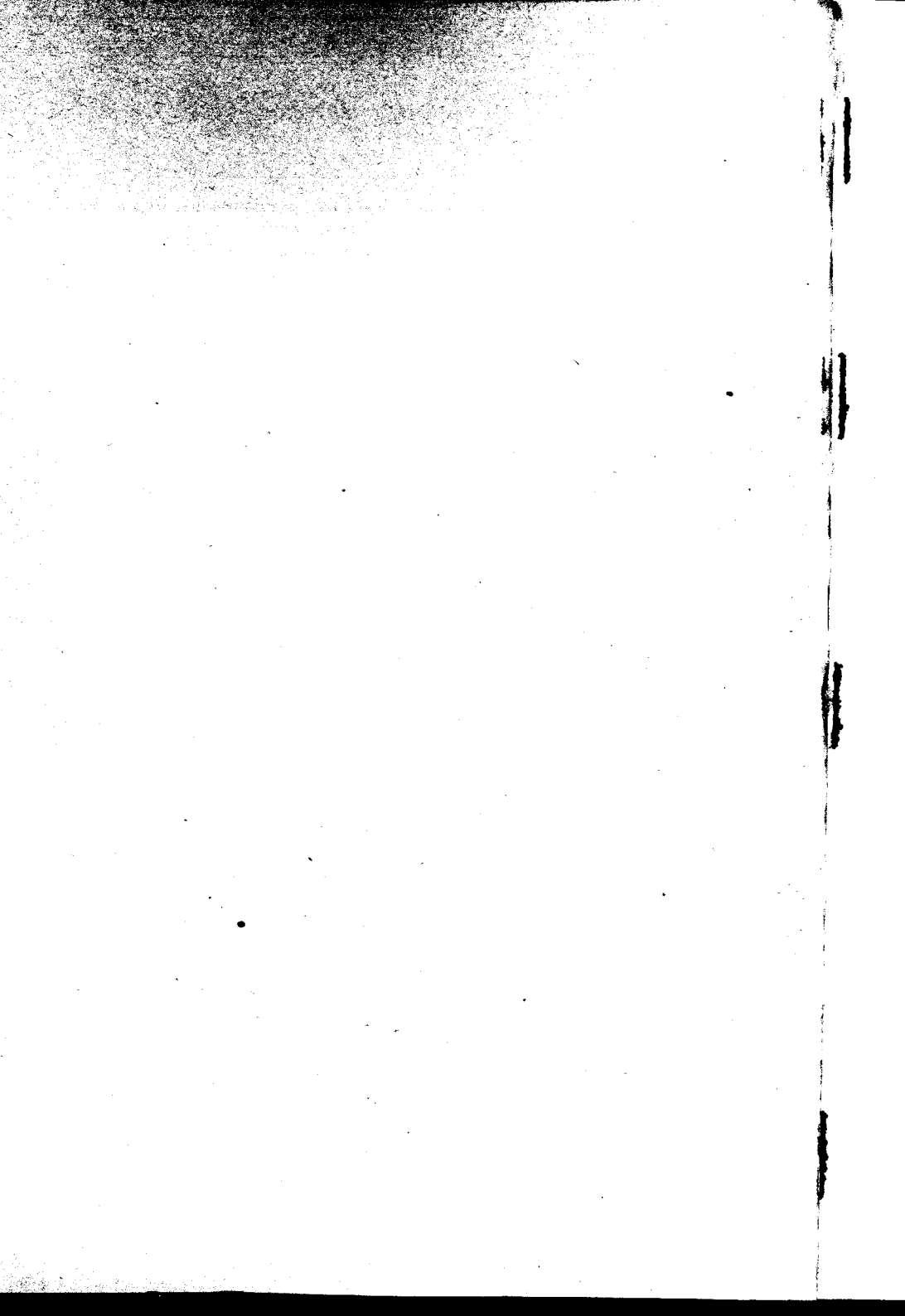
EX-PRACTICANTE INTERNO MENOR Y MAYOR DEL HOSPITAL
TORCUATO DE ALVEAR

Alm. G. B. 11/17



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES



LA OCLUSIÓN INTESTINAL EN SUS RELACIONES
===== CON EL ESTADO PUERPERAL =====



Año 1917

Núm. 3259

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**LA OCLUSIÓN INTESTINAL EN SUS RELACIONES
CON EL ESTADO PUERPERAL**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GERMÁN F. FAGES

EX-PRACTICANTE INTERNO MENOR Y MAYOR DEL HOSPITAL
TORCUATO DE ALVEAR



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABREDO

Vice-Presidente

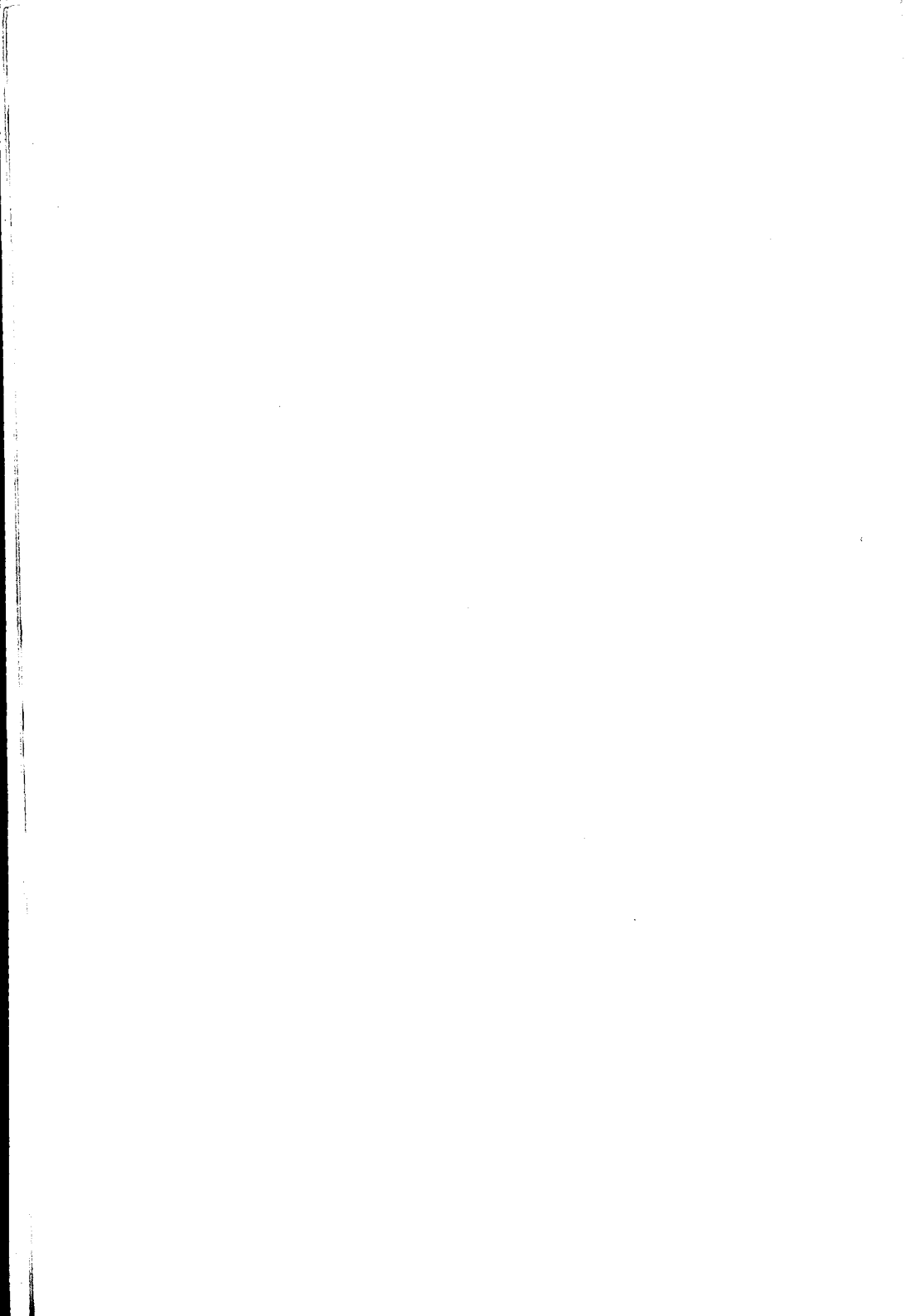
DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSE PENNA
5. " " LUIS GUÉMES
6. " " ELISEO CANTON
7. " " ANTONIO C. GAMBOLFO
8. " " ENRIQUE BAZTERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. PISERO
11. " " JUAN A. BOERI
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRAN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIOGENES DECOUD
18. " " BALDOMERO SOMMER
19. " " DESIDERIO F. DAVEL
20. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. " " DOMINGO CABREDO
22. " " ABEL AYERZA
23. " " EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO VIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
.. .. ELISEO CANTON
.. .. ANGEL M. CENTENO
.. .. DOMINGO CABRED
.. .. MARCIAL V. QUIROGA
.. .. JOSÉ ARCE
.. .. EUFEMIO UBALLES (con D.E.)
.. .. DANIEL J. GRANWELL
.. .. CARLOS MALBRAN
.. .. JOSÉ F. MOLINARI
.. .. MIGUEL PUGGARI
.. .. ANTONIO C. GANDELEO (Subde.)
.. .. FAÑOR VELARDE
.. .. IGNACIO ALLENDE
.. .. MARCELO VESAS
.. .. PASCAL PALMA

Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA

DR. D. JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

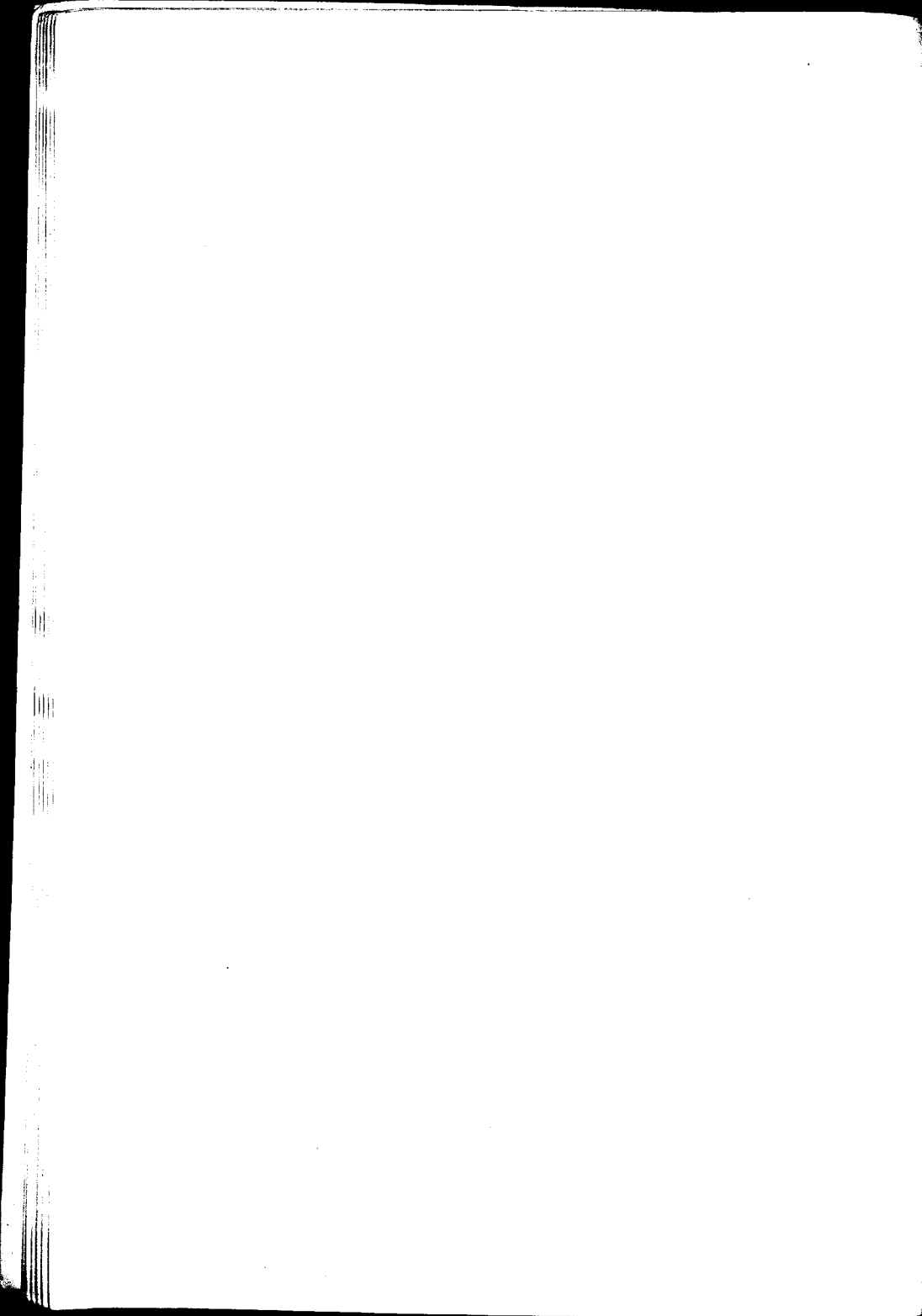
PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
.. JUVENCIO Z. ARCE
.. PEDRO N. ARATA
.. FRANCISCO DE VEYGA
.. ELISEO CANTON
.. JUAN A. BOERI
.. FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

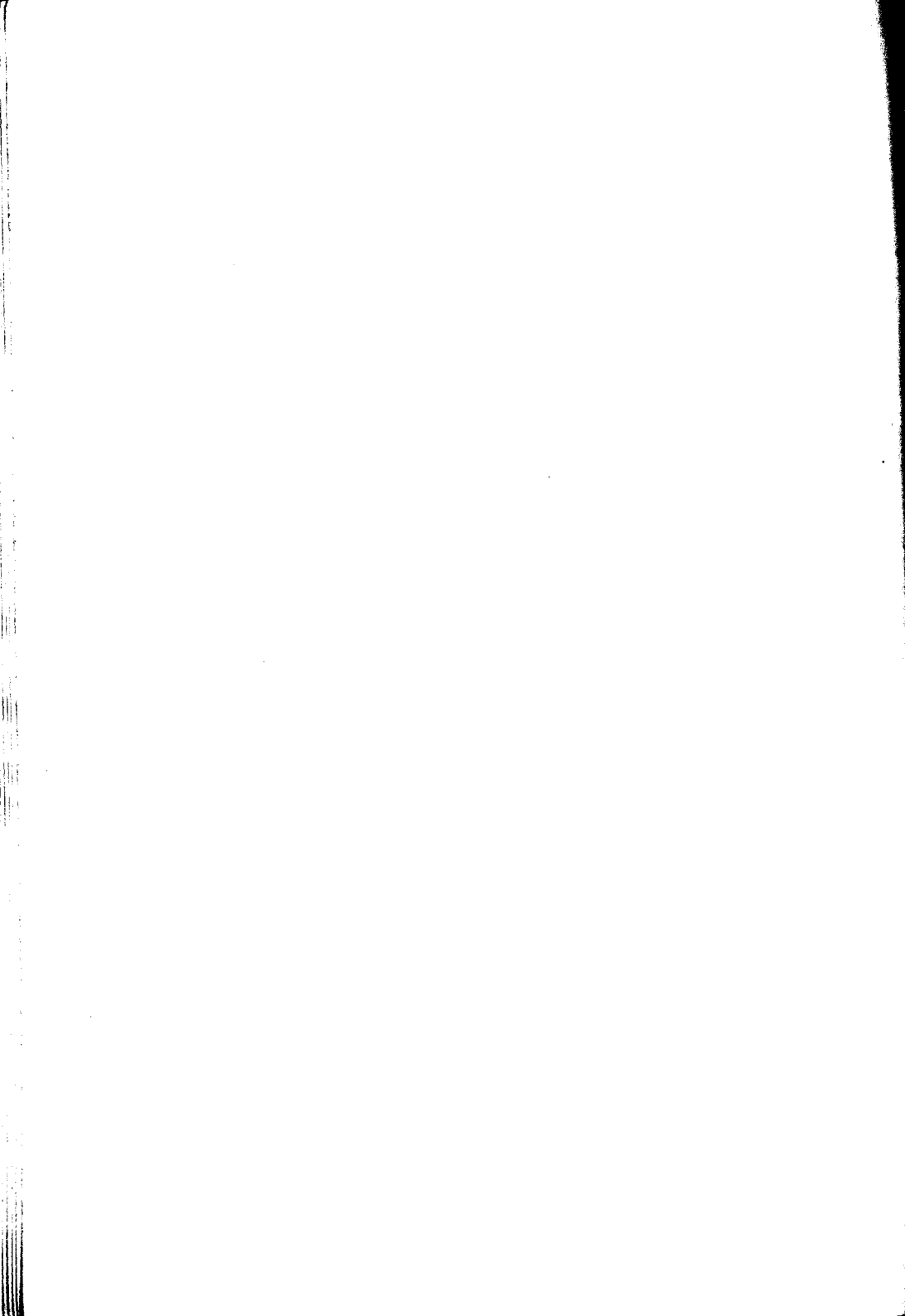
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	.. LUCIO DURASONA
Anatomía Descriptiva .....	.. RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva .....	.. R. SARMIENTO LASPIER
Anatomía Descriptiva .....	.. JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva .....	.. PEDRO BELOU
Histología .....	.. ROLOLFO 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 ejercicios clínicos ...	{ .. GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ .. DAVID SPIRONI
Anatomía Topográfica .....	.. AVELANO GUTIERREZ
Anatomía Patológica .....	.. TELEMACO SESINI
Materia Médica y Terapéutica ....	.. JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	.. DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	.. LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .....	.. BALDOMERO SOMMER
.. Génito-urinares .....	.. PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental .....	.. JUAN B. SESORANS
Clínica Epidemiológica .....	.. JOSÉ PENNA
.. Oto-rino-laringológica ....	.. EDUARDO OBEJERO
Patología Interna .....	.. MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica .....	.. Vacante
.. Médica .....	.. LUIS GUEMES
.. Médica .....	.. LUIS AGOTE
.. Médica .....	.. IGNACIO ALLENDE
.. Médica .....	.. ABEL AYERZA
.. Quirúrgica .....	.. PASCUAL PALMA
.. Quirúrgica .....	.. DIOGENES DECOUD
.. Quirúrgica	{ .. ANTONIO C. GANDOLFO
	{ .. MARCELO T. VIÑAS
.. Neurológica .....	.. JOSÉ A. ESTEVES
.. Psiquiátrica .....	.. DOMINGO CABRED
.. Obstétrica .....	.. ENRIQUE ZARATE
.. Obstétrica .....	.. SAMUEL MOLINA
.. Pediatría .....	.. ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal .....	.. DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica .....	.. ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

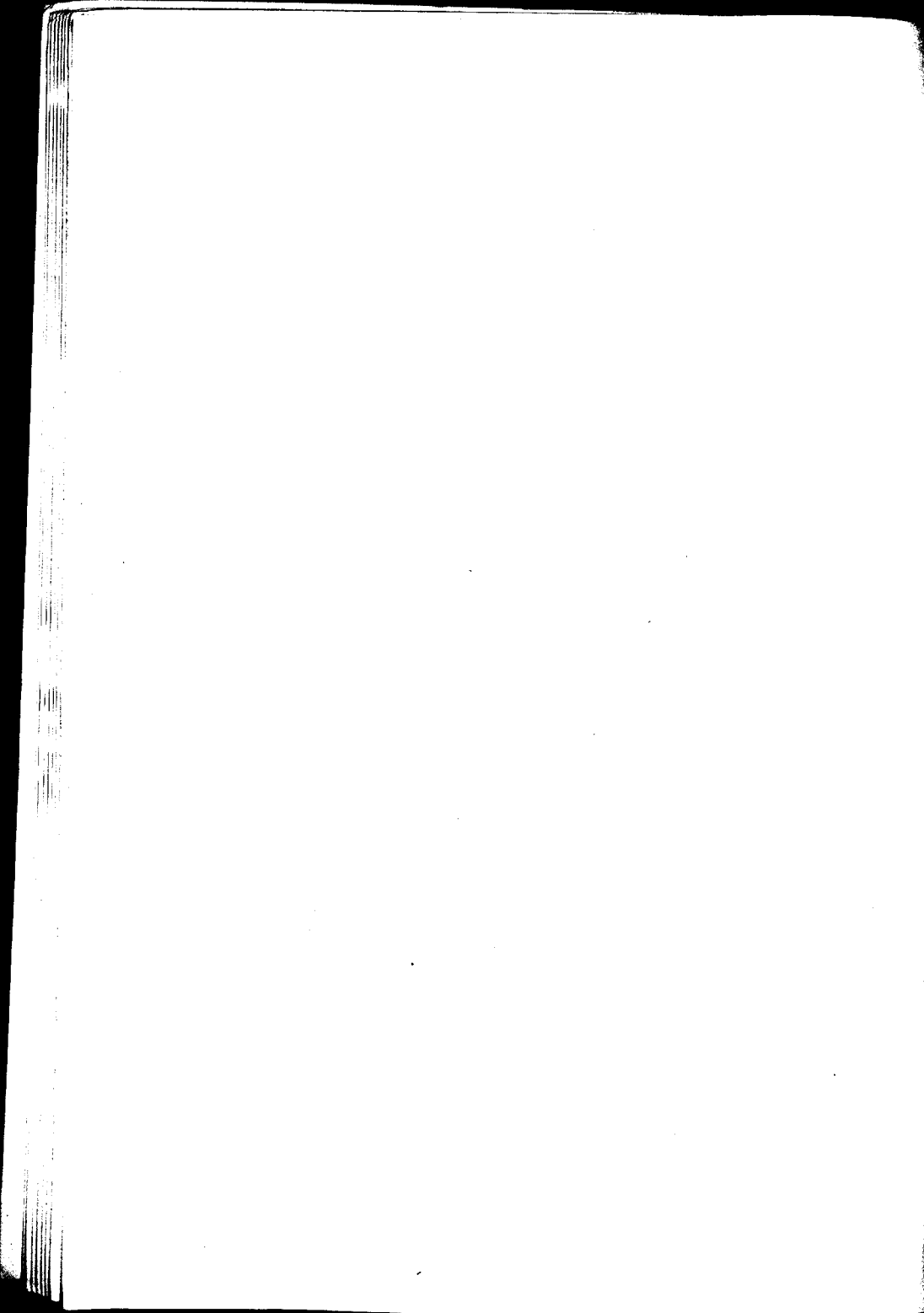
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica	„ JOSÉ P. MOLINARI
„ Médica	„ PATRICIO FLEMING
„ Dermato-sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Génito urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
Clinica Neurológica	„ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALERRALDE
Clinica Pedlátrica	„ ANTONIO F. PISERO
	„ MANUEL A. SANTAS
Clinica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
„ Quirúrgica	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna	„ RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ T. BORDA
	„ BENJAMIN T. SOLARI



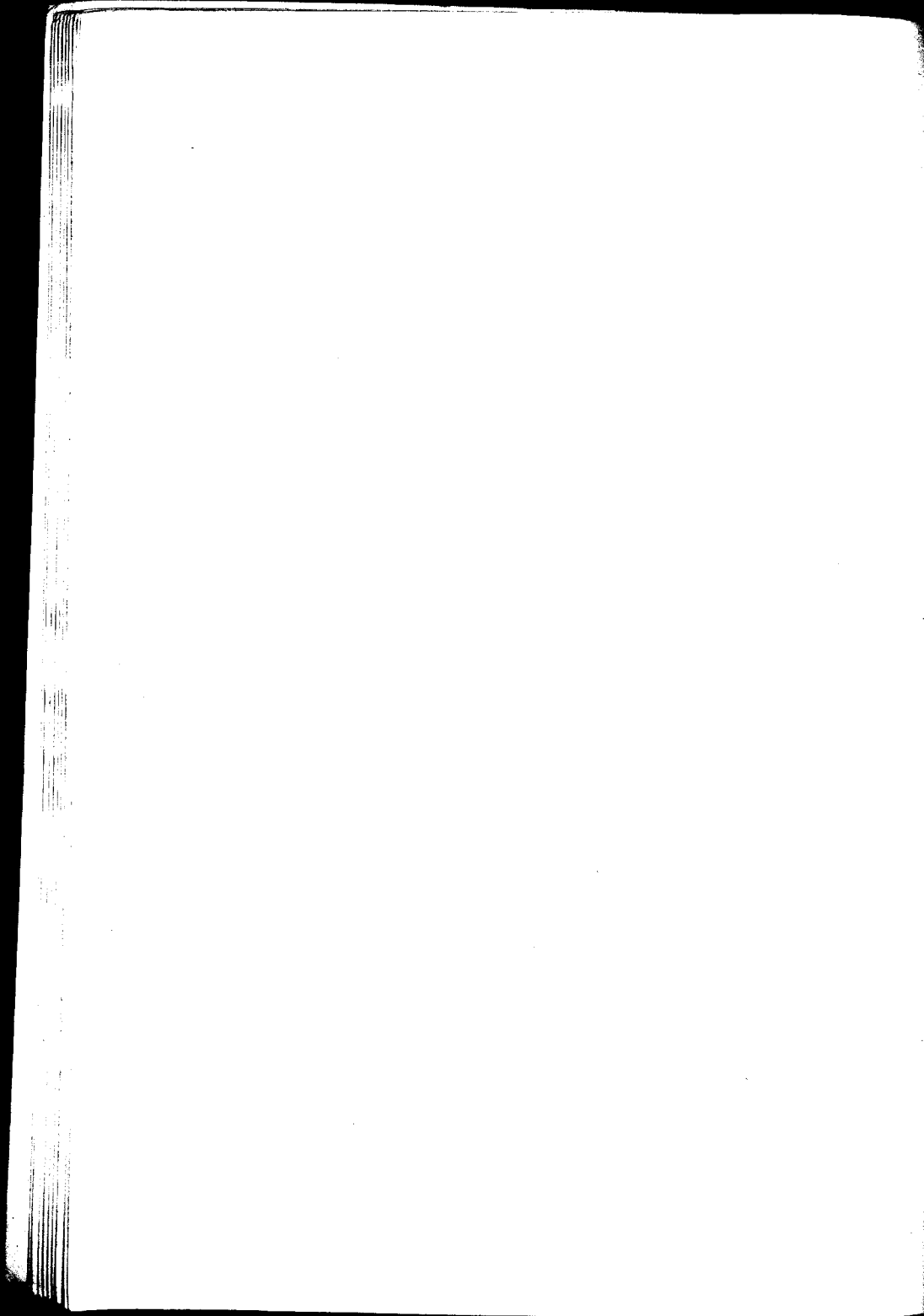
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	GUILLELMO SEBERER
Anatomía Descriptiva	SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana	EUGENIO GALLI
.....	FRANK L. SOLER
.....	BERNARDO HOUSSAY
.....	RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología	GERMAN ANSCHUTZ
.....	SALVADOR MAZZA
Química Biológica	BENJAMIN GALARCE
Higiene Médica	FELIPE JUSTO
.....	MANUEL V. CARBONELL
Semeiología y ejercicios clínicos	CARLOS BONORINO UBAONDO
.....	ALFREDO VITON
Anatomía Patológica	JOAQUIN LLAMBIAS
.....	ANGEL H. ROFFO
Materia Médica y Terapia	JOSE MORENO
Medicina Operatoria	ENRIQUE PINOCCHIETTO
.....	CARLOS ROBERTSON
.....	FRANCISCO P. CASTRO
Patología externa	CASTELEFORT LUGONES
.....	ENRIQUE M. OLIVIER
.....	ALEJANDRO CEBALLOS
Clínica Dermato-sifilográfica	NICOLAS V. GRECO
.....	PEDRO L. BALISA
.....	FERNANDO R. TORRES
.....	FRANCISCO DESTEFANO
.....	ANTONINO MARCO DEL PONT
.....	ENRIQUE B. DEMARIA (en ejer.)
.....	ADOLFO NOCETTI
.....	JUAN DE LA CRUZ CORREA
.....	MARTIN CASTRO ESCALADA
.....	PEDRO LABAQUI
Patología Interna	LEONIDAS TORGE FACIO
.....	LEON M. BARLARO
.....	EDUARDO MARINO
.....	JOSE ARCE
.....	ARMANDO R. MAROTTA
.....	LUIS A. TAMINI
.....	MIGUEL SUSSINI
Clínica Quirúrgica	ROBERTO SOLER
.....	PEDRO CHIETRO
.....	JOSE M. JORGE (hijo)
.....	OSCAR COPELLO
.....	ADOLFO P. LANDIVAR
.....	VICENTE DIMITRI
.....	ROMULO H. CHIAPPORI
.....	JUAN JOSE VITON
.....	PABLO J. MORSALINE
.....	RAPHAEL A. RULLRICH
.....	IGNACIO IMAZ
.....	PEDRO ESCUDERO
.....	MARIANO R. CASTEX
.....	PEDRO J. GARCIA
.....	JOSE DESTEFANO
.....	JUAN R. GOYENA
.....	JUAN JACOBO SPANGENBERG
.....	MAMERTO ACUNA
.....	GENARO SISTO
.....	PEDRO DE ELIZALDE
.....	FERNANDO SCHWEIZER
.....	JUAN CARLOS NAVARRO
.....	JAIIME SALVADOR
.....	TORIBIO RICARDO
.....	CARLOS R. CIRIO
.....	OSVALDO L. BOTTARO
.....	ARTURO ENRIQUEZ
.....	A. PERALTA RAMOS
.....	FAUSTINO J. TRONCE
.....	JUAN B. GONZALEZ
.....	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
.....	JUAN A. GABASTOU
.....	ENRIQUE A. BOBRO
.....	JOAQUIN V. GNECCO
Medicina Legal	JAVIER BRANDAN
.....	ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE PARTERAS

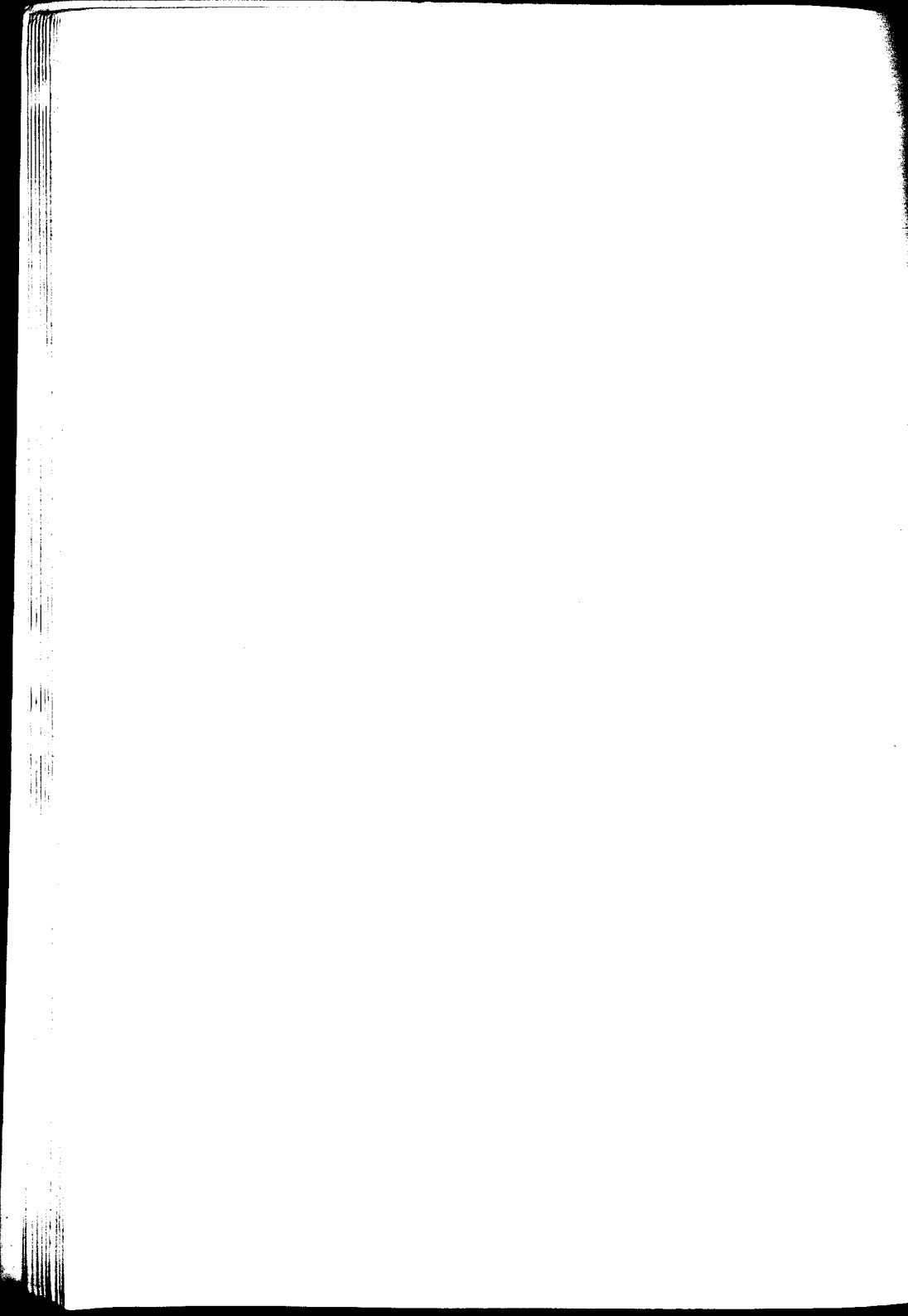
Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	„ MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica	„ FANOR VELARDE
Puericultura	„ UBALDO FERNANDEZ



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. DOMINGUEZ
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	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	" PASCUAL CORTI
Física farmacéutica	" OSCAR MIALOCK
Química orgánica	DR. TOMAS J. RUMI
Química analítica	SR. PEDRO J. MENIGOS
Química inorgánica	" LUIS GUGLIALMBELLI
	DR. JUAN A. SANCHEZ
	" ANGEL SABATINI
	" EMILIO M. FLORES

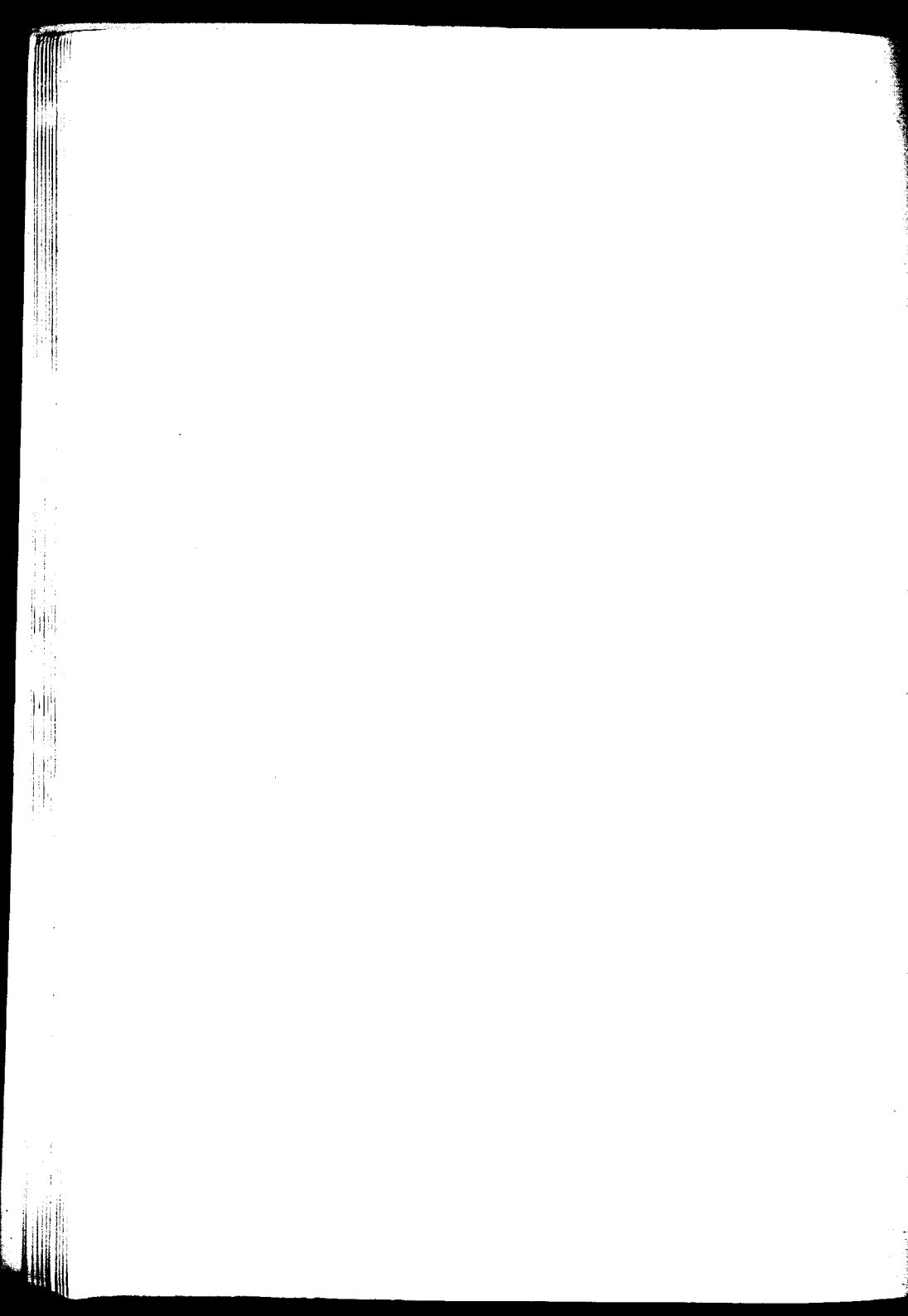


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

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

Catedráticos suplentes

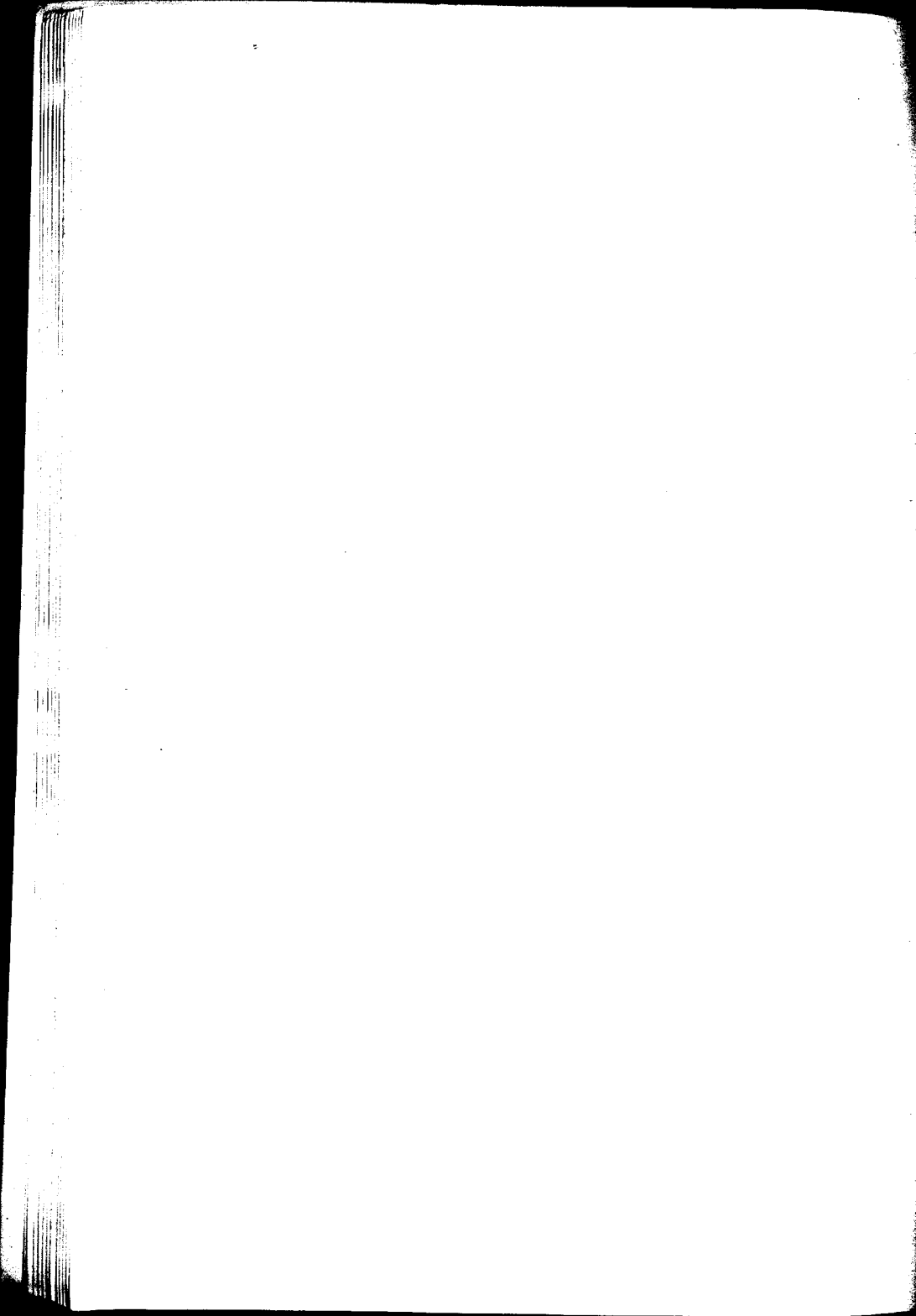
DR. D. ALEJANDRO CABANNE
DR. D. TOMÁS S. VARELA (2.º año)
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)



FADRINO DE TESIS:

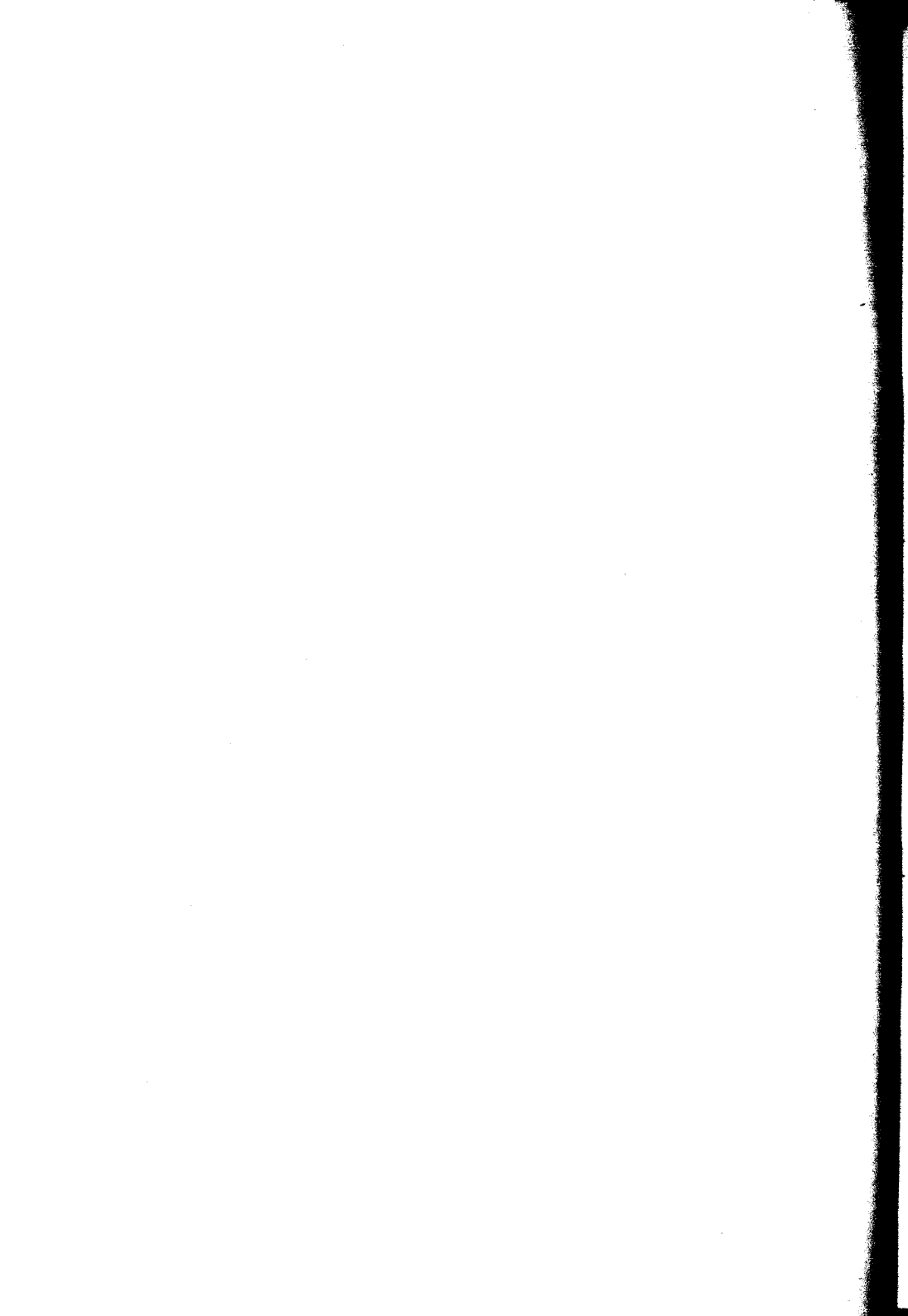
DOCTOR UBALDO FERNANDEZ

Profesor titular de Puericultura
Director de la Maternidad del Hospital Torcuato de Alvear



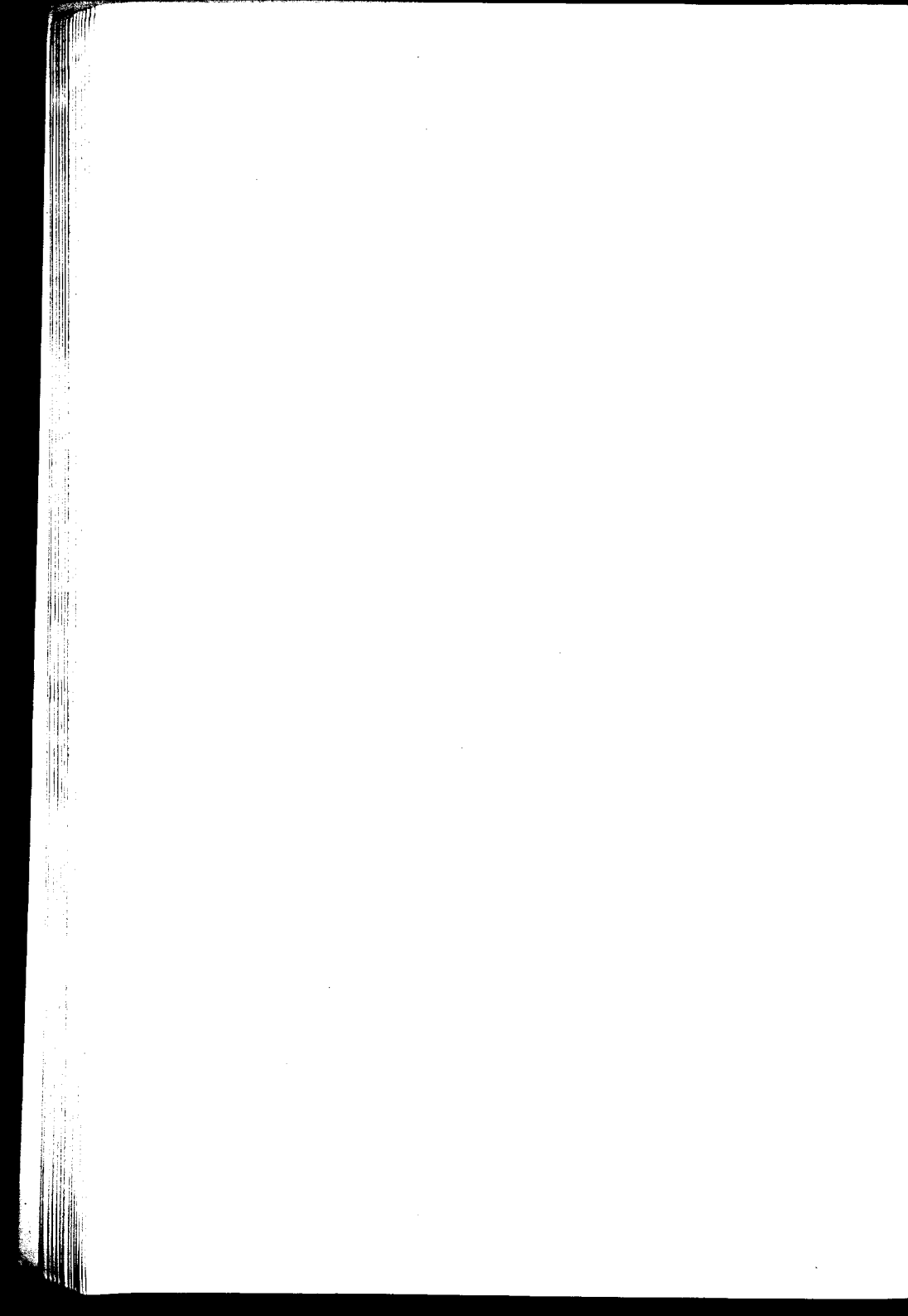
A MIS QUERIDOS PADRES

GRATITUD

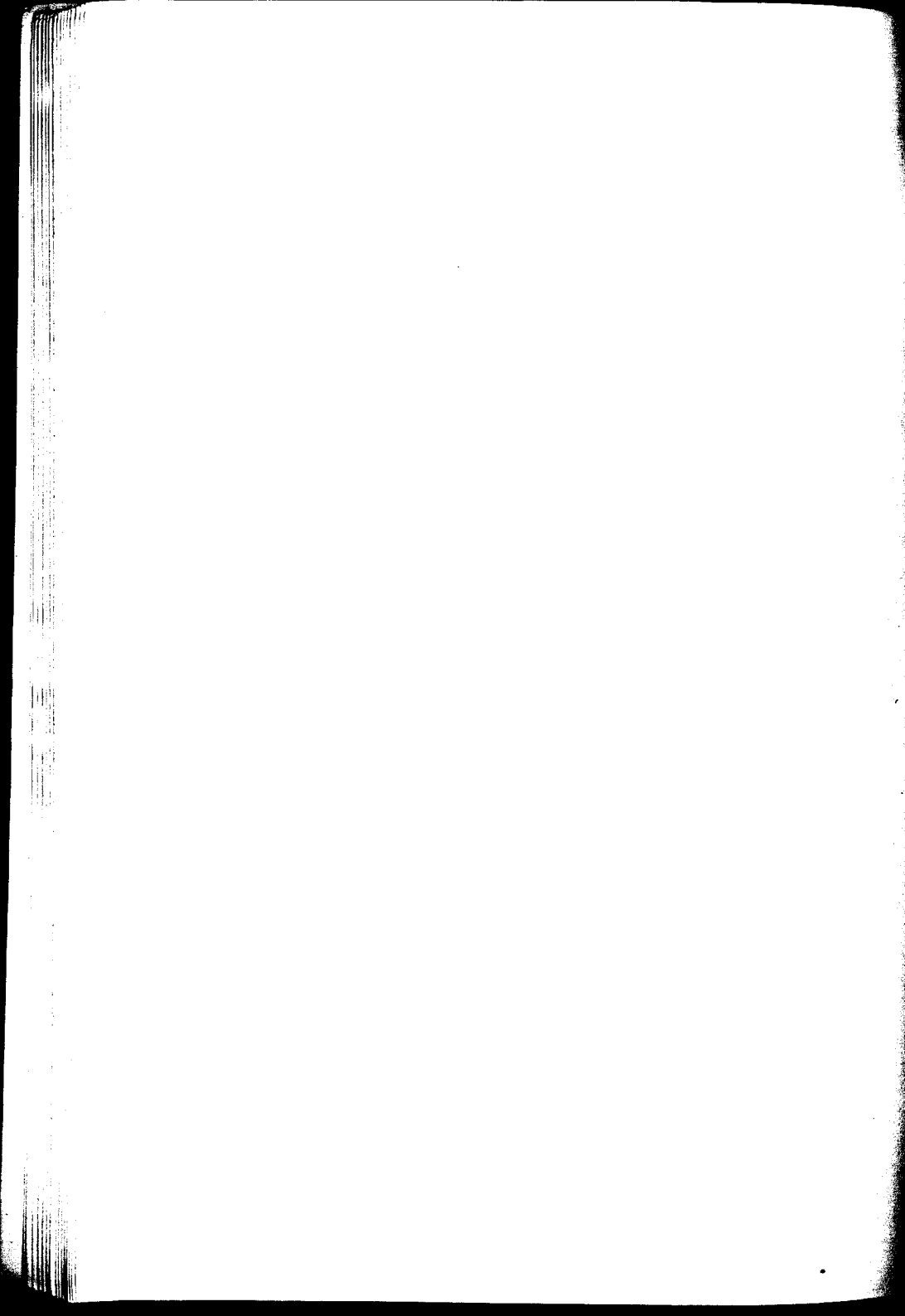


A MIS HERMANOS

CARIÑO

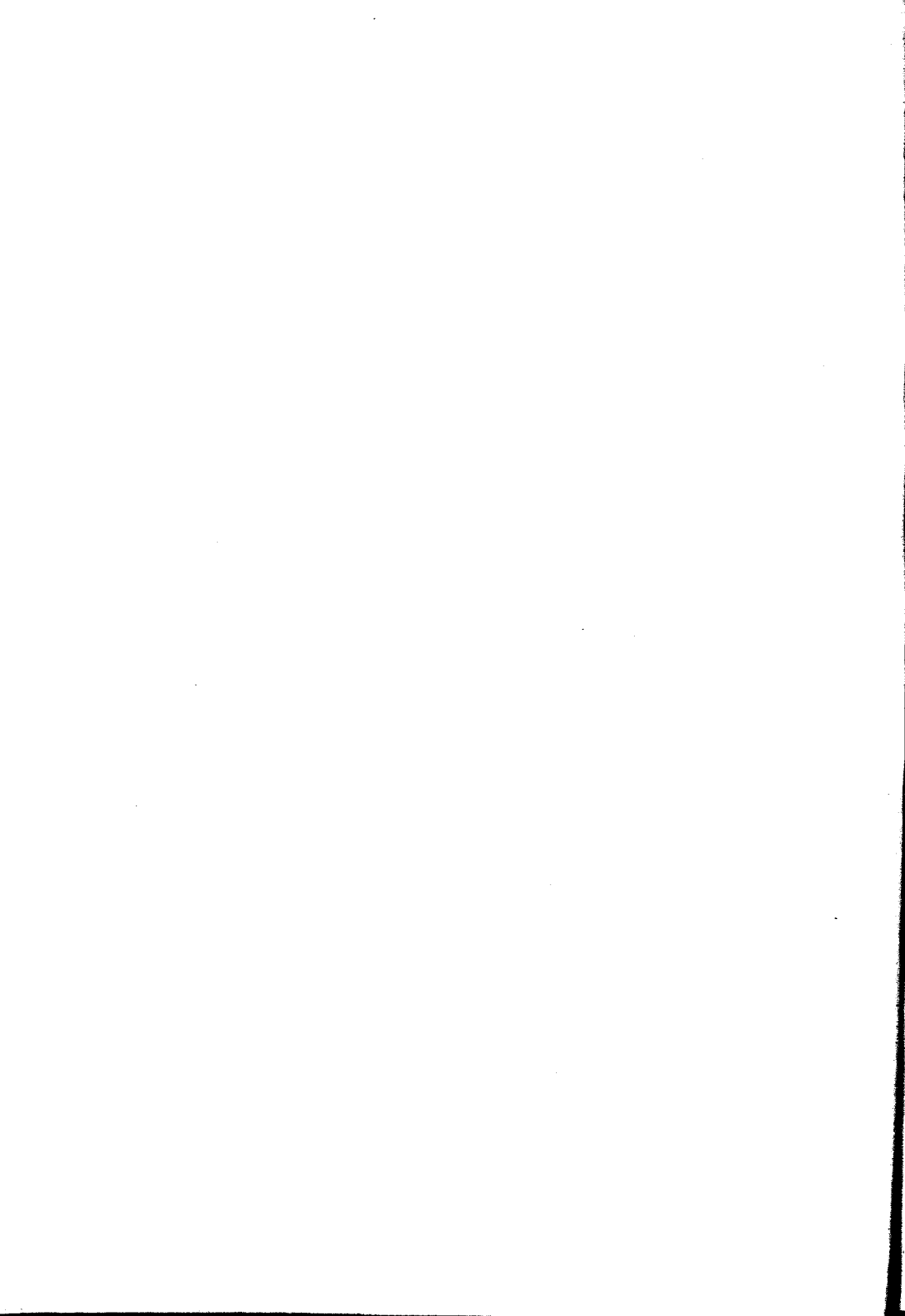


A LOS MÍOS



A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE INTERNADO

DEL HOSPITAL • TORCUATO DE ALVEAR



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores

Tengo el honor de elevar a vuestra consideración este trabajo, cumpliendo así una última prescripción reglamentaria de nuestra Facultad para optar el título de doctor en Medicina.

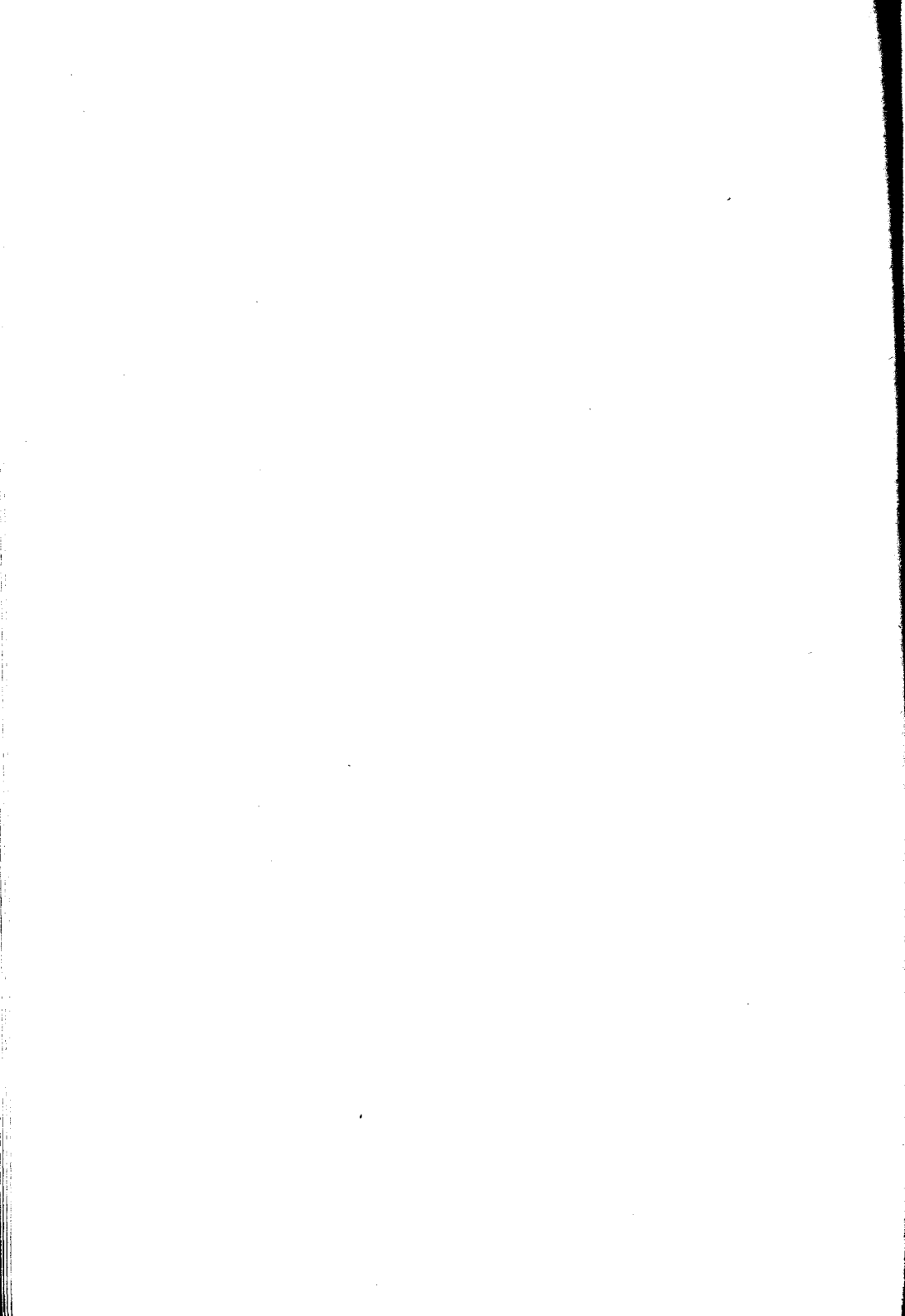
Aprovecho esta oportunidad para dejar constancia de mi agradecimiento a todos aquellos profesores que contribuyeron a formar mi criterio médico con sus enseñanzas y consejos.

Al doctor Ubaldo Fernández las mas expresivas gracias por el honor que me dispensa al acompañarme como padrino en este acto.

Al Director y Médicos del Hospital «Torcuato de Alvear», en cuyos servicios he estado, por sus enseñanzas, que han completado mis conocimientos adquiridos en la Facultad, formando mi criterio práctico, mi reconocimiento.

A los médicos internos del Hospital Alvear, mis afectos.

A mis compañeros de internado mi eterna amistad.



Oclusión intestinal durante el embarazo

La escasa bibliografía del tema que desarrollo y la inexistencia de un estudio de conjunto de este importante capítulo de patología obstétrica, fueron razones que me indujeron a tratarlo a raíz de la observación de un caso en la Maternidad del Hospital «Torcuato de Alvear».

No aspiro al comentarlo otro fin que aportar una modesta contribución al estudio de esta complicación poco frecuente de la puerperalidad, que quizá, agregada a algunas dispersas e inéditas en las distintas clínicas de la especialidad, permitan en el futuro la discusión y el estudio amplio de tema tan raramente abordado hasta hoy por la dificultad de reunir un número suficiente de observaciones, que permitan emitir un juicio sólidamente fundamentado.

La oclusión intestinal, o por mejor decir el síndrome oclusión intestinal, ha sido definido de distintos modos, según los conocimientos que en épocas anteriores se tenían sobre su etiopatogenia.

En un principio sus manifestaciones, mórbidas, fueron consideradas como simples consecuencias de espasmos intestinales, pero la Anatomía Patológica, en la que reposan nuestros mejores conocimientos respecto a esta enfermedad, demostró ya en el siglo pasado que en la mayoría de casos actuaba un obstáculo mecánico y real al curso progresivo de las materias contenidas en el intestino.

Hoy gracias a la multiplicación de las autopsias que han permitido una investigación más prolija, así como el hecho de que la laparatomía sea una operación corriente, ofreciendo a la mirada del cirujano las lesiones tal cual son, el campo de los factores etiológicos se ha ensanchado aún más.

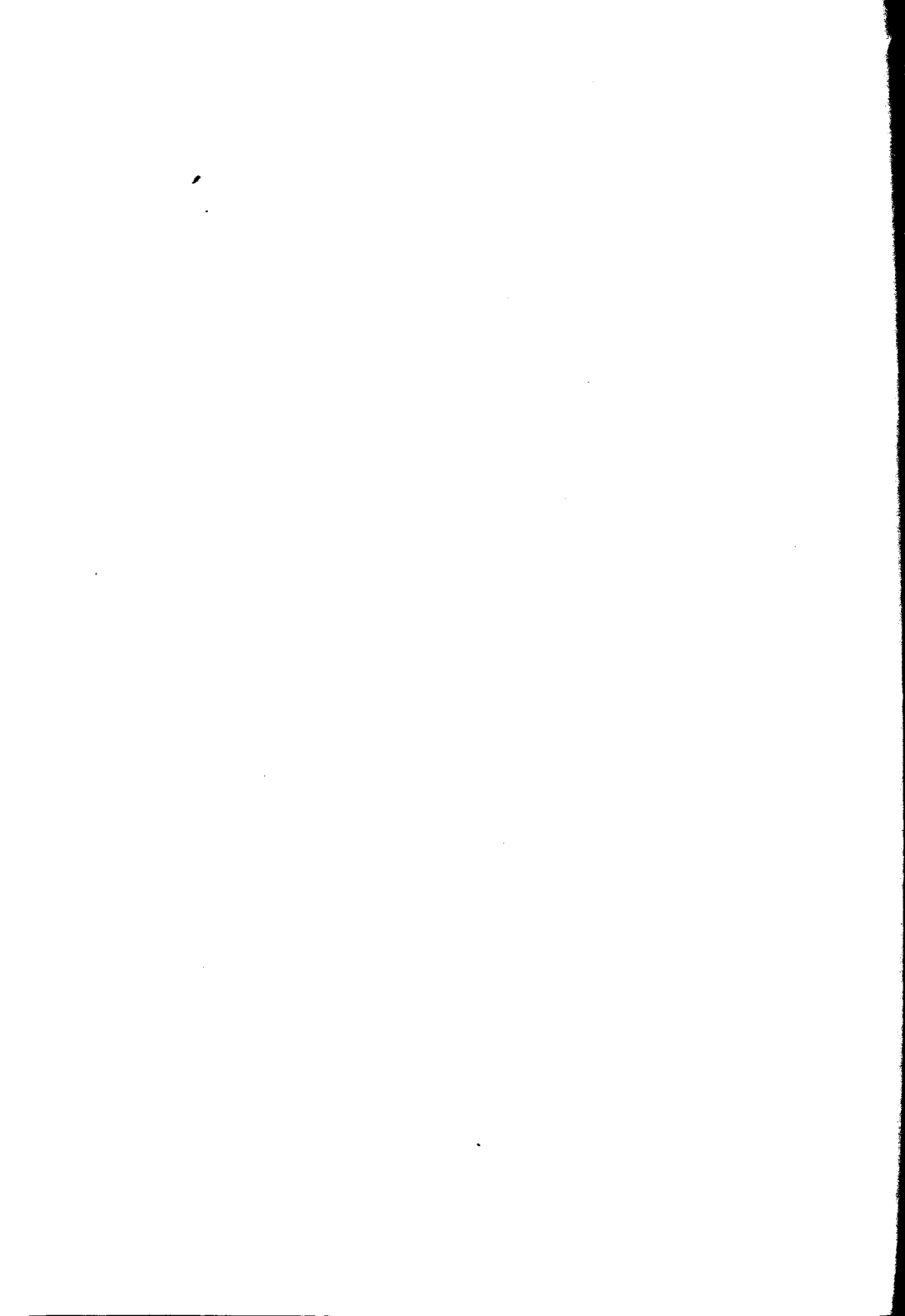
El doctor Oscar Masson en su tesis (1857), dió el nombre de oclusión intestinal a un conjunto notable de accidentes que resultan de un obstáculo mecánico cualquiera al curso de las materias intestinales; con la reserva de que el obstáculo no esté constituido por un orificio normal o accidental de las paredes abdominales. Accidentes notables sobre todo por su uniformidad no obstante su heterogéneo origen.

A él le corresponde el honor de haber reemplazado con un nombre aceptado hoy día por la generalidad de los autores, las diversas denominaciones de ileus, volvulus, cólico de miserere, invaginación, etc. etc.; con que otros autores llamaban a un estado morbozo ca-

racterizado por la ausencia absoluta de evacuaciones, la elevación del abdomen, vómitos incoercibles y dolores intensos.

En la actualidad se designa con el nombre de oclusión intestinal, toda modificación en el calibre del intestino suficiente para detener el curso de los materiales.

Aun cuando nuestro propósito principal es ocuparnos de este síndrome en su relación con el estado puerperal, vamos previamente a esquematizar siquiera sea el capítulo de su etiopatogenia general, para pasar enseguida a estudiar la etiopatogenia de la forma clínica especial, de su aparición en relación con el estado puerperal, de las oclusiones intestinales de origen puerperal.



Causas

La multiplicidad de las causas que se oponen al curso del contenido intestinal, ha obligado, por decirlo así, a clasificarla para facilitar su estudio.

La mayor parte de los autores están acordes en dividirla en tres clases, según el sitio que ocupen con relación al conducto intestinal:

1°. Causa extrínsecas, o que residen fuera de las paredes intestinales.

2°. Causas parietales o que residen en las mismas túnicas del intestino.

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

La dificultad de comprender en uno de estos grupos algunas formas de oclusión, como las torsiones, el vólvulus, etc., ha hecho que algunos, como Reclus, hayan agregado un cuarto grupo especial el de los vicios de posición. Sin embargo, este grupo puede ir involucrado en el de las causas extrínsecas y así lo ha

remos nosotros para simplificar en lo posible nuestra exposición.

CAUSAS EXTRINSECAS.- Muy variadas son las que forman esta clase, produciendo todas ellas la oclusión por un mecanismo semejante, aproximan una a otra las paredes del segmento intestinal sobre las que actúan e interrumpen su luz más o menos completamente, a lo que se agrega la acumulación de materiales encima del obstáculo, que tienden a acentuar la compresión.

Consideraremos entre las causas principales de este grupo: 1°. Los tumores en relación con el intestino. 2°. Los orificios y bridas del peritoneo. 3°. Las torsiones del mismo intestino.

TUMORES. - Todos los tumores del abdomen dificultan más o menos la circulación de las materias contenidas en el intestino. Pocas veces dan origen a una oclusión completa y se comprende que para producir la, necesitan tener ciertas condiciones de volumen, de posición y de relaciones. Así actuarían el cáncer del peritoneo, la degeneración tuberculosa de los ganglios mesentéricos, los quistes y tumores del ovario, quistes hidatídicos, los cuerpos fibrosos, el flemón perituterino, la hipertrofia o dislocación de algunos órganos como el hígado, el bazo, el páncreas, el útero, etcé-

tera, pueden, a su vez comprimir el intestino en forma semejante a la de los tumores.

Dada la finalidad de nuestra tesis, dejemos constancia especial al referirnos a estos factores extrínsecos de oclusión intestinal de que en un cierto número de mujeres embarazadas, el sólo peso del útero gravido apoyándose en el intestino e impidiendo la evacuación de las materias fecales y de los gases, puede bastar para producir estos mismos accidentes de oclusión intestinal o simularlos ya sea por sí o favoreciendo la acción de otras causas.

Todavía, según Bamberger, una parte del intestino, distendida por materias fecales formando un tumor, podría aplicarse sobre otra porción del mismo e interrumpir su luz.

ORIFICIOS INTERNOS Y BRIDAS PERITONEALES.

Las oclusiones determinadas por estas causas, nos ofrecen ejemplos bastante exactos de hernia estrangulada, pudiendo ésta servirnos de tipo para su descripción, dada su similitud. El uso ha reservado el nombre de estrangulación interna o encarcelación, a las oclusiones producidas de este modo en la cavidad abdominal.

La única distinción existente entre ellas, se refiere, como se ve, al sitio que ocupan, externa la una e intra-abdominal la que estudiamos aquí.

El mecanismo de su producción es sencillo, una an-

sa intestinal, encontrándose vacía, se introduce en uno de estos orificios, la llegada de materiales dificulta e imposibilita su reducción, rechazando las paredes del conducto contra el obstáculo que le aprisiona. La dificultad circulatoria de la pared aumenta proporcionalmente a la estrechez; establécese un estado inflamatorio, cuya exudación plástica, en variable cantidad, contribuye a agravar más la situación por las adherencias que determina, trayendo este estado de cosas como consecuencia, la necrosis de la porción estrangulada exactamente como sucede por ejemplo, en la hernia inguinal estrangulada.

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

Las hernias intra-abdominales así constituidas desde A. Cooper, etc., etc., hasta hoy, han sido objeto de multitud de trabajos por parte de autores distinguidos.

Se ha discutido extensamente desde el origen de estas estrangulaciones internas. Para unos, a cuyo frente se encuentra Gosselin, ha sido primitivamente externos; Parise, al contrario, considera las hernias intra-abdominales, formada en el mismo sitio que ocupan.

Diversos observadores como Faucon y otros, han comprobado la opinión del primero, y se puede agregar los casos en que reducida una hernia estrangulada, han continuado los síntomas de la oclusión, determi-

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

Necesario es conciliar ambas opiniones para aproximarnos a la verdad, pues si bien en unos casos será exacta la de Gosselin, en otros lo será la de su contrario Dr. Parise.. Se desprende de esta discusión la importancia del diagnóstico y tratamiento, de investigar si existían hernias externas anteriormente, en presencia de un saco de oclusión intestinal.

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

Se han dado diversos nombres a las hernias intra-abdominales, en relación con la parte en que está situado el orificio que le sirve de cuello

Se distinguen principalmente :

- 1.º La hernia ilíaca de Ricux, desarrollada en una de las fosas ilíacas.
- 2.º La hernia meso-colina de Cooper, que se forma a causa de orificios del meso-cólon.
- 3.º La hernia antivesical en la parte anterior de la vejiga.
- 4.º La hernia del ligamento ancho, en el repliegue de este nombre.
- 5.º La hernia intra-pelviana, causada por el des-

censo de una parte del conducto intestinal, por los lados y detras del recto.

6.º La retro-peritoneal de Freitz, por penetración del intestino a través del hiato de Winsliow.

A esta variedad de hernias situadas en las cavidades abdominal y pelviana, se agrega la que se forman a expensas de la cavidad torácica, constituyendo las hernias diafragmáticas, producidas por orificios, normales o anormales del músculo o accidentalmente; y casos se han observado, aunque pocos, en que el diafragma mismo, distendido localmente, formaba por sí sólo la cubierta de la hernia.

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

La estrangulación es determinada en otras ocasiones, por simples bridas celulo-fibrosas o membranosas congénitas o resultantes de inflamaciones del peritoneo; varían al infinito en número, disposición y relaciones a tal punto, que no es posible hacer una descripción que comprenda todos los casos.

Se extienden a veces en forma de puente con sus dos extremos fijos en la pared abdominal, circunscribiendo un espacio en el que puede ser estrangulada una ansa intestinal.

La mayor parte de las veces, estas bridas en forma de cordón o placas, unen los órganos entre sí, pa-

san de un ansa intestinal a otra, del intestino al mesenterio, al epiplon o a la pared abdominal; pueden tener relación en el tubo digestivo, por medio de adherencias, uniendo entonces principalmente los órganos situados en la pelvis y particularmente el útero y la vejiga, entre sí, con otras vísceras o con las paredes de la cavidad abdominal.

Estas bridas pueden existir durante muchos años, sin ocasionar peligro alguno, pero a consecuencia de una distensión excesiva, de una constipación prolongada y quizás de movimientos bruscos, se acentúa la compresión, dando lugar a los síntomas de la oclusión.

A su vez, los divertículos intestinales anormales o el apéndice ileo-cecal, cuando a consecuencia de peritonitis, ha contraído adherencias su extremidad libre, producen la oclusión, obrando como bridas en otros casos, estas prolongaciones flotantes, dan lugar al mismo efecto, anudándose alrededor de un ansa intestinal, a la que Parise ha dado el nombre de nudos diverticulares.

TORSION Y VOLVULO. — Una parte del tubo intestinal, girando sobre sí mismo en el sentido de su longitud o eje, ocasiona como consecuencia de este movimiento, una estrechez del conducto, oponiendo un obstáculo al curso del contenido intestinal. A esta forma especial de oclusión, se le ha designado con el nombre

de torsión y volvulus, cuando las torsiones son complicadas o en forma de nudos.

Las porciones del intestino en que se forma mayor número de veces, son las S ílfacas y el ciego. Los repliegues serosos de estas porciones, por su extensión y la laxitud, oponen poca resistencia al movimiento que necesita para su producción.

Esta torsión del intestino puede observarse también en el delgado, ocurriendo aquí tal torsión, que su mesenterio que le sirve de eje, se convierte en agente estrangulador.

No se conoce bien las causas y mecanismo del volvulus; las bridas del peritoneo no son extrañas a su producción, aunque no con la frecuencia que originan la estrangulación propiamente dicha. Se citan casos en que la torsión ha sido consecutiva a la ingestión abundante de alimento indigesto y a movimientos bruscos y violentos. La alimentación vegetal y la constipación habitual, produciendo la dilatación del intestino, por la detención de las materias fecales, ocasiona la relajación de los repliegues peritoneales, circunstancia favorable para el cambio de posición y pasa que se constituye el volvulus.

En estos casos, la presencia de tumores o el embarazo, como ha sucedido en nuestra observación, puede predisponer y contribuir a la formación del volvulus, manteniendo al intestino en su posición anormal.

Además, el útero, en su desarrollo abdominal, puede arrastrar y elevar el colon pelviano con las mismas consecuencias.

Los experimentos de Melchori, demuestran claramente que una vez producida la torsión, la distensión del ansa superior por los líquidos y los gases, aumenta el enrollamiento. El colon pelviano, cuyo aumento de volumen lo hace ascender en el abdomen, aprieta cada vez más el nudo que le oclusiona.

La pared abdominal juega en estos casos un papel importante, pues Melchori ha demostrado que una vez abierta la pared, el ansa cólica en torsión, vuelve a colocarse por sí misma en posición normal.

La distensión progresiva del ansa, así como los movimientos peristálticos desordenados que presenta sobre todo para vencer el abtáculo, son las causas de la torsión progresiva y de los volvulus dos o tres vueltas completas.

CAUSAS PARIETALES

INVAGINACION DEL INTESTINO. — Es casi la única causa de oclusión en el niño. Un segmento de intestino penetra y se encaja en la sección que le sigue, como dos tubos de antejo o gemelos de teatro se deslizan el uno dentro del otro, el segmento que penetra,

está comprimido y su calibre o luz se borra ; ora esta oclusión persiste y acarrea la muerte, ora el segmento se gangrena y es eliminado en forma de embutido ; está es una manera de curación espontánea, a menos que las adherencias peritoneales sean insuficientes y que la consecuencia de ello sea una peritonitis por perforación, mortal.

ESTRECHAMIENTO DEL INTESTINO. — La estrechez cicatricial, es consecutiva a la sífilis, a la disentería y a las enteritis prolongadas ; causas importantes de oclusión es también la tuberculosis cecal en su forma hipertrófica. La estrechez neoplásica, resulta de un epitelioma, que radica con preferencia en la S íiaca o en los dos ángulos del colón.

CAUSAS INTRINSECAS

OBSTRUCCION INTESTINAL. Esta obstrucción es debida, la mayoría de las veces, a gruesos cálculos biliares que no han pasado por el coledoco, sino directamente desde la vesícula inflamada al intestino ; mas raras veces, es debido a cálculos intestinales, a lombrices, cuerpos extraños (huesos de cerzas) y al acumulo de materias fecales.

EL EMBARAZO COMO CAUSA DE OCLUSION INTESTINAL

La oclusión intestinal ocurre muy raras veces durante el trabajo o el puerperio, siendo más frecuente durante el embarazo y en este período, con mayor frecuencia después del tercer mes, frecuencia que aumenta a medida de la gestación.

La edad y la multiparidad tienen una relación evidente con la frecuencia de esta complicación, pues no se ha observado en mujeres de menos de 20 años y casi todas las mencionadas por los autores, han sido personas de 30 a 40 años. En primíparas, sólo se mencionan algunos casos debidamente comprobados, en tanto que la gran mayoría de las observaciones se refieren a multíparas.

El embarazo y el parto pueden representar un factor ocasional de la oclusión intestinal que independientemente de estos fenómenos fisiológicos, puede producirse por diversas causas ajenas a aquéllas.

Las modificaciones de la estática del intestino provocadas por el embarazo y el parto, son las causas directas de las oclusiones en estas dos épocas y cuyo mecanismo difiere en uno y otro caso.

Durante el embarazo por los cambios producidos en las relaciones de la masa intestinal el útero gravido comprime directamente el intestino. Se citan casos en

que la matriz en retro-versión, comprime al intestino sobre el reborde óseo de la pelvis, desde el momento en que aquel órgano franquea el estrecho superior para desarrollarse en el abdómen.

Citados algunos factores que favorecen la producción de la oclusión intestinal por volvulus, en sus varias formas clínicas, procuremos explicar la verdadera etiología de este fenómeno en relación al parto o puerperio, teniendo en cuenta la autorizada opinión de algunos autores.

Adenot atribuye la causa de la oclusión a la acoadadura del ángulo cólico izquierdo producida al extraerse, por ejemplo, un voluminoso quiste. Este hecho produciría el descenso de la masa intestinal y en particular del colon tranverso, el que estando fijado en el ángulo cólico izquierdo por un ligamento especial, determinaría a este nivel, una codadura del tranverso y en consecuencia la oclusión.

Mazet cree como una necesidad etiológica del volvulus, una movilidad especial del intestino. E.. Dúroux dice que el rol de la preñez en la etiología del volvulus cecal es problemática, mientras que en él del tranverso podría ser originado el embarazo en sus últimos meses, un levantamiento del epiplon y meso tranverso, que produciría a su vez una dislocación variable y la causa de producción del fenómeno, la movilidad del ansa y su distensión.

Si tenemos presente la presencia del meso-colon ascendente en el 30 por 100 de los casos, la frecuencia en un 65 por 100 de presentaciones de vértice o podálicas en posición I, en cuyo caso existe una desviación frecuentísima del útero gravido hacia el hipocordrio derecho y si aún agregamos la multiparidad ya enunciada, como lo anteriormente dicho en lo que a la etiología del volvulus del transverso se relaciona, creemos poder enunciar el siguiente mecanismo, como productor de dicha variedad de oclusión intestinal.

El parto por la retracción uterina consecutiva (con mayor probabilidad si la vacuidad y retracción uterina se efectúa rápida y persistentemente) determinando el descenso de la masa intestinal, puede en un organismo con presencia parcial superior o total de un meso-colon ascendente, acompañado de fenómenos de dilatación o atonía cólica, dar origen a una oclusión intestinal por volvulus con sitio de torsión, principalmente en el ángulo cólico izquierdo.

El estrangulamiento puede existir sobre todos los puntos del intestino, el sitio varía, naturalmente, según la causa de la oclusión.

Sin embargo, se debe recordar que se le observa frecuentemente sobre el colon al nivel de uno de sus ángulos. Jalaguier recientemente ha llamado la atención que existe entre la oclusión por invaginación o

por torsión al nivel de la unión del colon ascendente y el transversal y el apéndice.

Así tenemos, después de la repleción repentina del vientre en el puerperio, favorable a la enteroptosis, el colon transversal está especialmente expuesto a caer sobre el pubis, pero queda suspendido en su extremidad izquierda por el ligamento corto cólico, en este punto se forma un ángulo agudo que oblitera de un modo más o menos completo la luz del intestino grueso.

Estas oclusiones reconoce las más de las veces una de las causas habituales, el estrangulamiento interno, invaginación, volvulus, torsión o acodadura del intestino, bridas peritoneales, etc., etc.

Sintomatología

La sintomatología y la evolución de la oclusión intestinal, puede revestir dos aspectos bien diferentes: ora, los accidentes se declaran bruscamente, sorprendiendo la enfermedad en plena salud, o bien los accidentes se desarrollan progresivamente y la evolución es lenta.

En el primer caso, se trata de una oclusión aguda y la intervención es inmediata.

En el segundo, la indicación de la intervención no es tan urgente, tratándose de una oclusión crónica, designada también con el nombre de obstrucción intestinal.

FORMA AGUDA

DURANTE EL EMBARAZO. - El comienzo de la oclusión intestinal en el curso de la puerperalidad, no

presenta una fisionomía bien especial y se puede decir que se asemeja al principio de las oclusiones ordinarias.

Ora el comienzo es brusco, brutal, sin prodromos, aparece la enfermedad en medio de sus ocupaciones y así la evolución es más rápida. O bien, por el contrario, cuando el comienzo es insidioso, acompañado de trastornos vagos, de dolores mal definidos en el vientre, y constipación pertinaz que no cede a los purgantes. Algunas veces es la diarrea la primera en aparecer.

Nosotros no trataremos el cuadro clínico de la oclusión en general, relataremos simplemente los signos que faltan o son modificados por la presencia del útero gravido. Cuatro grandes síntomas funcionales caracterizan toda oclusión intestinal: El dolor, los vómitos, la constipación y el meteorismo.

El dolor es el primer signo que aparece habitualmente. Puede suceder que falte y el enfermo no acusará más que débiles dolores intestinales; la intensidad variable, puede ser continua a exasperaciones paroxísticas o bien mostrarse por crisis;—el dolor continuo es debido a la contricción permanente del intestino y los paroxismos a las contricciones peristálticas y anti-peristálticas del mismo. — Ordinariamente, ocupa un punto fijo, fosa ílica derecha, izquierda, epigastrio, pero al mismo tiempo el enfermo se queja de una sensibilidad general espontánea del abdomen. La presión

es particularmente dolorosa, especialmente en el ombligo, lo que se debería, según Través, a que el plexo solar corresponde a esta región.

Los dolores pueden desaparecer durante muchas horas para reaparecer más tarde. Según algunos autores, éste sería un carácter de mal augurio.

En la oclusión intestinal ordinaria, los vómitos, constituyen un síntoma constante.

En los casos que nos ocupan, parece que son un poco más raros, o sino, menos abundantes. Tal vez este hecho sea debido a que en la oclusión intestinal gravídica, las materias son detenidas progresivamente en su curso o bien que el asiento de la oclusión sea baja al nivel del recto y S ílica.

Cuando los vomitos existen, son primero alimenticios, luego mucosos, biliosos y en fin fecaloideos, sobrevienen, sea al principio acompañando el dolor o bien algunas horas o algunos días después.

Generalmente, son poco frecuentes, renovándose dos o tres veces en el día, aunque a veces se muestran continuamente, son habitualmente fáciles y de color verdoso.

Ciertos autores pretenden que la constipación es menos severa que en las otras variedades de oclusión intestinal, invocan como causa el desarrollo gravídico del útero. Sin embargo, la constipación parece casi constante, según las observaciones publicadas sobre este

asunto. Puede suceder que la supresión de las deposiciones no sea absoluta desde el comienzo de la afección; el extremo inferior del intestino se vaciaría poco a poco, pero la supresión de las materias y los gases acaba por instalarse.

De igual manera que para las oclusiones ordinarias, este síntoma (supresión de materia y de gases), debe ser escrupulosamente buscado. La constipación habitual de la mujer embarazada, induce en efecto, al error, pues si el principio es insidioso, nada llama la atención sobre este signo.

Pero esta constipación puede reemplazarse por diarrea.

Cómo explicar este fenómeno que parece contradictorio? Se ha pretendido que algunas materias situadas por debajo de la lesión actuarían como cuerpos extraños provocando las ligeras evacuaciones observadas. ¿Qué decir, entonces, de esas deposiciones alvinas de una abundancia tal, que ha hecho pensar en cólera? Vale más considerar al intestino, como un órgano capaz de defenderse. Luchará contra el obstáculo al pasaje de las materias y manifestará esta lucha exagerando sus funciones, secreciones y activando su peristaltismo. No hay que sorprenderse de la presencia de este hecho.

El meteorismo existe en casi todos los casos, el vientre está grande, deformado y regularmente y a ve-

ces esta deformación irregular es un apoyo para el diagnóstico el asiento de la lesión. En la oclusión intestinal gravídica, el meteorismo parece más marcado, debido esto al desarrollo del útero.

Veamos ahora los datos que nos da el examen físico.

Es evidente que la presencia del útero grávido en la región hipogástrica molestará mucho la palpación. Desde el comienzo de la oclusión el vientre se retrae, los músculos de la pared abdominal se contraen volviendo la palpación casi imposible; tanto que los límites del útero no son perceptibles.

A veces al contrario, la palpación es un poco más fácil y parece que el útero ocupa toda la cavidad abdominal; cuando sobrevienen el meteorismo a pesar de la distensión a veces enorme del vientre, este se deja interrogar con mayor facilidad, se percibirá entonces el útero pudiendo así evaluar el tiempo del embarazo a la par que la mano sentirá un empastamiento difuso, lejos o cerca del útero hechándose a uno u otra de las fosas ilíacas asentando en todo caso en el sitio máximo del dolor.

El tacto vaginal puede dar datos a veces utilísimos, supongamos el útero grávido en retro-versión y encarcelado comprimiendo el recto contra la concavidad sacra.

El dedo introducido en el fondo del saco posterior

nos hará tocar y sentir el útero en relación estrecha con el sacro, además nos dirá como se encuentra el cuello.

Los síntomas generales son de dos órdenes, tanto en su intensidad como en su evolución.

O bien en efecto la intensidad hace preveer un fin próximo o bien son lentos en presentarse, mal definidos, insidiosos hasta el día en que estalla el gran síndrome abdominal.

Pulso frecuente, pequeño, es depresible; la facie es gripal, terrosa, los ojos escavados, la nariz afilada, los labios cianóticos; la voz se apaga y anunciando con la aparición del hipo una terminación fatal y próxima.

La piel fría, se cubre de sudor, la temperatura es normal o hay hipotermia. Las fuerzas disminuyen rápidamente y en poco tiempo cae en una grande postración. En lo que a las orinas se refiere, nadie menciona modificaciones cualitativas, ni cuantitativas. Solo el profesor Meyer relata un caso en que hubo incontinencia que duró cuatro semanas y que pareció haber comenzado con la agravación de los síntomas.

DURANTE EL TRABAJO. El principio es casi brusco. El enfermo que ya comenzó a sentir las primeras contracciones dolorosas, percibe de inmediato un violento dolor que le dá la sensación de una rotura en el vientre.

Pero en esta sintomatología, ¿qué parte corresponde a la oclusión y qué parte al trabajo ?

Es así que a estos dolores se añade las contracciones uterinas, ocultando en parte los signos de la oclusión.

Sin embargo, las primeras contracciones uterinas del trabajo son intermitentes y su intensidad va creciendo. Por el contrario la oclusión ataca bruscamente y de golpe con violencia y el dolor es más tenaz. Además cuando al trabajo se añaden los signos de la oclusión, el estado general se agrava muy pronto. La facie es pálida, el pulso rápido.

DURANTE EL PUERPERIO.— La sintomatología de la oclusión intestinal que sobreviene algunos días después del parto, no presenta nada de particular.

Tal vez una constipación que ha sido más tenaz durante el embarazo se termina después del alumbramiento por una oclusión verdadera pero con más frecuencia la oclusión intestinal en este caso no es más que una complicación en donde el puerperio toma una muy pequeña parte, pues no hace más que preparar el terreno. Sea lo que sea, la historia de esta variedad de oclusión es la de la oclusión ordinaria.

FORMA CRONICA

La forma crónica de la oclusión intestinal u obstrucción intestinal, se muestra de preferencia en los primeros meses del embarazo. Es una parexia intestinal que se manifiesta por constipación y mal estado general. De una manera general, la sintomatología parecese a la de la forma aguda, pero los dolores son menos violentos y sobre todo la caída hacia el colapso es menos rápida. Esta forma crónica está a veces interrumpida por descargas diarréicas y frecuentemente acaba por ceder a la medicación apropiada. Sin embargo, puede terminar con la oclusión aguda, el enfermo sucumbe en el colapso, envenenado por la retención de las heces.

En una palabra, la intensidad de los fenómenos tóxicos en la oclusión intestinal, depende de la altura en que esté situado el obstáculo. Así podemos observar la relativa benignidad del bolo fecal y la gravedad suma de la dilatación aguda del estómago post-operatoria, que puede matar en 24 horas.

Diagnóstico

El diagnóstico de la oclusión intestinal durante el embarazo es relativamente difícil. Esta dificultad aumenta en los últimos períodos del embarazo, durante el parto y el puerperio.

Siendo entonces una de las cosas fundamentales para el tratamiento, que como sabemos debe ser precoz, dividiré mi exposición en tres partes.

- 1º. Diagnóstico de la oclusión intestinal durante el embarazo.
- 2º. Diagnóstico en el momento del trabajo.
3. En el puerperio.

DIAGNOSTICO DE LA OCLUSION INTESTINAL DURANTE EL EMBARAZO

En los primeros tiempos de la gestación y siempre que un embarazo haya sido diagnosticado antes

del comienzo de los síntomas de oclusión, varias afecciones dolorosas pueden hacernos confundir con la oclusión intestinal y sobre todo agréguese la disminución de tonicidad del intestino grueso de las mujeres, no tan solo en el período de gestación, sino también en su período de vida genital, porque es muy común la observación en nuestros consultorios del Hospital «Torcuato de Alvear», la constipación frecuente de enfermas en este período. Esta pereza intestinal se agrava con el embarazo y sería una de las primeras que acudiría al pensamiento del médico haciendolo inclinar a una atonía intestinal, o a un bolo fecal, excluyendo la oclusión intestinal.

Durante el embarazo todos los dolores intensos que se producen en el abdomen, pueden simular en el primer momento la oclusión intestinal, los fuertes dolores producidos por la migración de los cálculos biliares tan común en el estado gravídico (Chauffard, Grigant) y los dolores producidos por los cólicos intestinales de una colitis.

Si bien en nuestro caso no lo hemos podido practicar, hay que hacer resaltar la importancia clínica de los rayos X, para el diagnóstico, así como para el pronóstico y tratamiento precóz de esta complicación.

Las enfermedades abdominales que pueden simular la oclusión intestinal son : la peritonitis aguda o sub-aguda, la apendicitis y sus complicaciones, hernias estrangula-

ladas, la colitis, el bolo fecal, los cálculos biliares, los cálculos nefríticos y las anexitis.

Son las tres primeras las que en su síndrome son más parecidas a la oclusión intestinal.

La peritonitis aguda o sub-aguda. Nosotros sabemos que la peritonitis cualquiera que sea su naturaleza, puede dar una parálisis de la túnica muscular, una producción rápida de gases, por compresión directa o una inercia intestinal completa, con fenómenos de estrangulamiento.

Si la peritonitis aguda en la mujer en cinta es relativamente frecuente, podrá encontrar apoyo el diagnóstico por estos caracteres.

Para la oclusión intestinal ordinaria, será necesario hacer un examen escrupuloso y minucioso, de cada síntoma e insistir particularmente sobre la supresión de las materias y de los gases. Los antecedentes abdominales nos harán pensar en la oclusión.

En la peritonitis, su comienzo se muestra por un escalofrío inicial, la facie peritoneal que existe aquí es un signo diferencial; el dolor se generaliza rápidamente a todo el abdomen, este dolor es más acentuado a la presión, el meteorismo es igual de los dos lados, la constipación no es absoluta, los vómitos son biliosos, el pulso es pequeño y rápido, algunos han observado

algunas peritonitis hipotérmicas, pero en caso hipertóxico.

En la oclusión, el vientre presenta un dolor muy agudo en un punto más localizado y que la presión exagera. La constipación es absoluta.

El pulso se altera más tardíamente; la temperatura es por debajo de la normal o bien es normal. Los vómitos del comienzo alimenticio y biliosos primeros, vienen luego fecaloides.

Apendicitis.—La apendicitis es una afección relativamente frecuente en el curso del embarazo. Ella puede ser el punto de partida de grandes dificultades para el diagnóstico.

El estudio de la apendicitis en el embarazo, data de la época presente, las primeras observaciones fueron presentadas y estudiadas por Munde y Abrahams, cirujanos americanos, hace apenas unos doce años, poco tiempo después Fraenckel, Pinard, Sonnenburg y Tissier, etc., publicaron otras observaciones y despertaron su atención asignándoles la verdadera importancia que merecía esta grave complicación del embarazo.

Cada vez que una mujer en cinta se encuentra en presencia de fenómenos de una oclusión intestinal, es conveniente pensar en una apendicitis. Es así que se tendrá en cuenta la triada dolorosa de Dieulafoy, dolor en el punto de Mac-Burney, defensa muscular e

hiperetesia cutánea; 2°. Fenómenos de reacción local de peritonitis periapendicular, variables como difusión y como gravedad. 3°. Síntomas generales que traducen la toxí-infección nacida en el foco apendicular. Cualquiera que sea la forma clínica de la apendicitis, la triada dolorosa es el fenómeno constante, el indicio por el cual podemos descubrir la apendicitis y distinguirla de las demás afecciones.

Ambas afecciones pueden presentar a veces un principio brusco y sin que medie ningún signo precursor la enferma es sorprendida de noche con vivos dolores y vómitos incesantes que indican un proceso peritoneal agudo; la interpretación del dolor en estas circunstancias hará que nos encaminemos hacia una u otra afección.

El dolor primitivo de la apendicitis puede localizarse desde el primer momento en el punto de Mac-Burney, pero otras veces se extiende a la región epigástrica y sólo tiene un carácter de agudez extrema cuando se trata de una perforación apendicular; el dolor de la oclusión tiene un comienzo también brusco, pero es más dramático, sobre todo cuando el signo Besnier es manifiesto; además, reviste casi siempre la forma de crisis paroxística de localización bien neta.

Los vómitos en ambas afecciones no tienen caracteres propios como para fijar un diagnóstico y solo pasadas las primeras 24 horas se apreciará que los vómitos de la apendicitis son más biliosos, mientras que

los de la oclusión intestinal tienen tendencia a hacerse fecaloides.

Una gran parte entonces de los síntomas de la oclusión entran en el cuadro clínico de la apendicitis, por eso Pinard, dice, que este diagnóstico a veces difícil, debe basarse en los conmemorativos, en localización del dolor, en el estado nauseoso, en la constipación menos tenaz, en el signo de Mac-Burney, en el plastrón de la fosa ilíaca derecha y en la falta de paralelismo entre el pulso y la temperatura, y solo con todos estos síntomas podrá establecerse de una manera positiva el diagnóstico dentro de las primeras 24 horas.

Hernia estrangulada.— Los signos de la oclusión intestinal tienen una analogía con el estrangulamiento herniario. Para no cometer un error, observaremos minuciosamente todos los orificios susceptibles de producir una hernia. La palpación es un buen medio de control, pues hace que se perciba la presencia de un tumor duro, irreductible y doloroso; estos signos coinciden con la supresión de materias fecales y gases, con agravación del estado general.

DURANTE EL PARTO

Si el diagnóstico es difícil durante el embarazo, se hace aun más y casi imposible en el momento del

parto ; el dolor y los vómitos pueden en efecto observarse en ambos casos.

Las dos afecciones que pueden confundirse son : la rotura uterina y la perforación intestinal.

Rotura uterina. La rotura uterina se acompaña de un cortejo de síntomas siempre graves y súbitos.

La mujer se queja de dolores subintrantes, con dolor localizado en un punto fijo y continuo ; en otras, una sensación de desgarró, agravándose el estado general que se acompaña de sudores fríos, hemorragia interna, mareos, lipotimias, palidez intensa, frecuencia y pequeñez del pulso, etc.

La perforación intestinal.—Por tracción sobre el intestino de una brida inflamatoria, o la rotura de bridas antiguas peritoneales, en el momento de las contracciones uterinas, puede ser tomada por una oclusión intestinal. En el primer caso se tendrá un dolor súbito y agudo, con síntomas de perforación que se sobre agregan a los del trabajo ; en el segundo caso los signos de hemorragia interna más o menos abundante, según la vascularización de las adherencias destruidas.

Pero frecuentemente estas cuestiones no pueden ser resueltas sino después de la expulsión del producto de la concepción o más tarde en el momento de la intervención.

DURANTE EL PUERPERIO

Durante el puerperio, se podrá pensar en oclusión intestinal, en presencia de síntomas dolorosos que son debidos a los entuertos o a la peritonitis.

Los entuertos son contracciones dolorosas sobrevenidas durante los dos o tres días que siguen al parto, ellos se caracterizan por dolores tan vivos que arrancan gritos a la enferma y en ciertas mujeres los dolores surgidos por el entuerto son más intensos que los del parto.

Para el diagnóstico se investigará el dolor bien localizado del útero que se irradia hacia la región sacro-coxígea, los lomos, las ingles y los muslos, coincidiendo con una contracción uterina.

La intermitencia de estos dolores que estan separados los unos de los otros por un intervalo donde la calma es completa, es un signo característico.

El estado general es bueno. A veces los entuertos son tan fuertes que ocasionan vómitos y dejan después dolorido todo el vientre, es en este momento que el diagnóstico con la peritonitis o la oclusión intestinal puede ser difícil.

Pronóstico

El pronóstico es reconocido por todos, como grave para la madre y el niño. Gauchery sobre una estadística global de 47 casos, tiene 30 casos en que la terminación ha sido fatal para la madre y 21 para el niño, representando una mortalidad materna del 66 por ciento y 44 por ciento para el niño. Dentro de esta estadística figuran 9 casos de oclusión post-partum, con cuatro muertos, lo que equivale decir el 44 por ciento. Este autor atribuye esta elevada mortalidad a la falta de intervención o al haber sido hechas tardías o incompletamente.

DURANTE EL TRABAJO

Cuando la oclusión intestinal se muestra durante el trabajo, el pronóstico es siempre fatal para la madre.

En cuanto al niño su vida no ha sido comprome-

tida. Además, parece que la oclusión no tenga acción sobre el trabajo.

DESPUES DEL PARTO

En estos casos, el pronóstico es el mismo que para la oclusión ordinaria y nosotros citaremos a propósito las ideas emitidas por M. Jalaguier.

En la oclusión aguda, la liberación espontánea del intestino es excepcional y solo una intervención quirúrgica será tanto más eficaz cuanto más precóz sea.

La muerte sobreviene por perforación y por peritonitis al cabo de algunos días, o bien por debilitamiento progresivo, de la intensidad de los fenómenos nerviosos reflejos y de auto-intoxicaciones por los productos sépticos acumulados en el intestino por arriba del obstáculo y reabsorbidos. En algunas circunstancias la muerte sobreviene muy rápidamente.

Tratamiento

DURANTE EL EMBARAZO

Cuando durante el embarazo el diagnóstico de oclusión intestinal, se impone, no hay que dudar, el único tratamiento racional es la intervención quirúrgica. Es necesario de inmediato ir a la busca del obstáculo y suprimirlo a pesar de la posibilidad de determinar el aborto o el parto prematuro consecutivo a la intervención. El embarazo complica siempre el acto operatorio y tanto más cuanto más cerca de su término se encuentre: pero no debe considerarse como una contra indicación del tratamiento médico en la oclusión intestinal gravídica, especialmente cuando el cuadro clínico no revela un peligro inmediato; los baños calientes, los purgantes, los baños eléctricos, podrán tentarse en los casos que se sospecha la existencia de una pseudo-oclusión intestinal por parexia.

Siempre que en el curso de un embarazo aparezcan los síntomas de una oclusión, y nos proponemos admi-

nistrar un purgante a la enferma, es necesario, como dice Pinard, pensar en la posibilidad de un embarazo extrauterino o una apendicitis, en cuyo caso nos absiendríamos. Duplay los ha igualmente desechado en la oclusión intestinal ordinaria, puesto que los purgantes no vencen nunca el obstáculo intestinal, no hacen más que aumentar la dilatación del abdómen, exageran la secreción intestinal por encima del obstáculo, aumenta la intoxicación estercorémica por reabsorción de estos líquidos intestinales hipertóxicos además este acúmulo de líquido en las ansas intestinales trae aparejado dificultades en la técnica operatoria a veces insuperables y agrava considerablemente el pronóstico; por otra parte los autores que lo han empleado no han obtenido más que resultados mediocres.

El tratamiento médico parece llamado a prestar buenos servicios cuando es bien dirigido, bien entendido que el será sintomático; es necesario luchar desde el principio contra el debilitamiento precoz y progresivo que conduce al enfermo hacia el colapso notado en casi todas las observaciones se tendrá en cuenta sobre todo el dolor, puesto que es él que provoca el agotamiento nervioso; si este tratamiento no dá grandes probabilidades de curación, prepara en cambio el enfermo para ser intervenido.

Moutard-Martin, administra por la boca en píldoras de un centígramo de extracto tebaico, hasta 15 o 20

por día, pero como solo combate el dolor paralizando el intestino, vale más abandonarlo, no representa una terapéutica paliativa; se probará si se prefiere sustituir, por la morfina, pero en ningún caso se empleará la belladona (S. Traverso). No habrá sin embargo que abusar de este calmante por el peligro de aumentar la constipación ya existente.

La atropina ha sido preconizada por Dahlgren a dosis elevadas y en inyección subcutánea (hasta 7 miligramos en 15 horas).

El enema eléctrico cuenta en su activo muy poco éxito. Las corrientes mixtas un reóforo sobre el vientre y el otro rodeado de un manguito de agua en el recto, corriente de 10 miliamperes como minimum y de 50 como maximum, duración de 5 a 20 minutos; tal es la técnica.

La electricidad únicamente puede producir resultados en los ileus paralíticos, estos constituyen su verdadero campo de acción, en cambio, el ileus agudo y la estrangulación están por completo fuera de su acción. Pero la excitación eléctrica puede triunfar en el curso de una oclusión crónica, de una crisis aguda o sub-aguda, debido a una paréisis intestinal pasajera.

Las indicaciones del enema eléctrico son muy restringidas en la actualidad; es el tratamiento de elección de los ileus paralíticos reflejos, no peritoníticos, pero en realidad son raros, pueden en el curso de una

oclusión crónica conjurar una crisis pasajera ; pero no deberá de emplearse en las estrangulaciones agudas.

Para luchar contra el meteorismo, se pondrá hielo sobre el vientre, se combatirá los vómitos, hacer tomar pequeños fragmentos de hielo ; la poción Riviere será igualmente eficaz.

En fin hay casos en que la intervención quirúrgica, si bien es necesaria, está contraindicada por la gravedad del estado general. Es, entonces que se podrá recurrir a la punción capilar preconizada por Curshamm, Frenzel, Furbringer. No hay que considerar este método de tratamiento más que como un puente de paso, puesto que él es dañoso y puede ser una fuente de infección peritoneal. En un caso de R.. Zachen, el enfermo murió después de la punción. Carthy cita un caso de curación rápida por el empleo de este procedimiento.

Entonces, si los grandes lavages del intestino y del estómago, así como los enemas eléctricos, han dado algunos resultados, es sobre todo cuando se trata de oclusión intestinal por parexia intestinal, más que por estrangulamiento del intestino. Cuando se esté en presencia de una oclusión intestinal cuya lesión íntima no se conoce, estrangulamiento u obstrucción, se recurrirá a los medios medicamentosos. Pero no se deberá de insistir, puesto que la muerte está muy cerca del enfermo.

El acto quirúrgico se impondrá entonces y el pronóstico dependerá de la precocidad de la intervención.

Nos parece que en el caso de oclusión durante el embarazo, se debe poner en práctica el consejo de Verneuil: «Operar de urgencia las afecciones que ponen inmediatamente en peligro la vida de la madre y contra las cuales la terapéutica sería insuficiente». Pignard igualmente aconseja abrir el vientre cuando se tiene un córtijo sintomático que muestra que hay obstrucción intestinal o lesión peritoneal. Sin embargo, el cirujano duda en presencia de una enferma embarazada que debe sufrir una operación.

Ciertos autores han pensado que una operación en una enferma embarazada, retarda el parto; Verneuil piensa que la gravedad está subordinada a la intensidad, si la temperatura se eleva a 40° casi inmediatamente hay aborto y muerte como consecuencia. Otros autores (Polaillon), piensan que es necesario también hacer intervenir en el pronóstico de las operaciones en las mujeres embarazadas la cantidad de sangre perdida, y la época del embarazo. Si la operada pierde mucha sangre, ella estará predispuesta a los accidentes graves.

En cuanto a la época del embarazo, una mujer es más susceptible de expulsar prematuramente el huevo en los cuatro o cinco primeros meses, pero sobre todo el tercero o cuarto, más bien que en la segunda mitad. Guéniot estimaba que a las causas precedentes debía agregarse una cuarta, a saber el grado de contractibilidad del útero según las mujeres.

Sea de un modo o de otro, la única terapéutica eficaz es la laparotomía. Esta operación ha sido practicada 14 veces, según los datos recogidos por Lemescier y se ha obtenido la curación en ocho veces; en los otros casos, la muerte ha sido la terminación. Pero en estos casos, en el momento de la intervención, los enfermos estaban ya condenados.

Se tratará, pues, la oclusión intestinal de origen gravídico, como una oclusión ordinaria, es decir, sin tener en cuenta el embarazo. Sin embargo, muchas veces, el tumor uterino y el timpanismo exagerado, molestan al operador y le impiden encontrar la lesión; es en estos casos que se estará autorizado a practicar un ano contra natura. En la práctica del ano temporario, ya sea con intestino delgado o grueso, unos son partidarios de hacerlo con intestino sano capaz de contraerse, mientras otros como Moritz Cohn la practican suturando el sitio de la perforación intestinal con la herida abdominal.

En lo que a la laparotomía misma se refiere, las dificultades operatorias no son en realidad aumentadas por la presencia del útero gravídico.

Otro argumento invocado contra la laparotomía, sobre todo cuando a causa de una gangrena del intestino se está obligado a hacer una resección, es el de que la sutura intestinal podrá ceder en el momento de las contracciones del trabajo y el resultado operatorio estará comprometido

¿Cuáles serán los resultados de una laparotomía practicada a tiempo ?

Para responder a esta cuestión, basta recordar que desde los trabajos de Epencer Wells, de Barnes, de Gueniot, de Verneuil, etcétera, no se cuentan ya los casos en que una intervención quirúrgica ha librado a una mujer en cinta de lesiones graves ; nosotros debemos tener en cuenta este hecho que por las laparatomías, las apendicitis, esta otra complicación del embarazo de historia reciente y que presenta con la oclusión muchos puntos comunes ; aclarada y descripta por clínicos eminentes y tratada según sus indicaciones, se ha transformado en un accidente de una gravedad muy atenuada.

Si la laparatomía ocupa y debe ocupar el primer rango en el tratamiento de la oclusión intestinal durante el embarazo, hay otro medio que no debe pasar en silencio, puesto que él ha sido empleado, es el parto provocado.

Este medio sería sobre todo utilizado cuando el útero grávido comprimiría el intestino. En caso análogo, dice Bandera, la vida de la mujer podrá ser salvada por la desocupación del útero.

El medio a emplear consistirá, sea en la punción de las membranas, sea en el empleo de otras armas que la cirugía pone en nuestro poder.

Pero nosotros recordaremos que en algunas observaciones en que el cirujano o el partero ha ensayado de

determinar los fenómenos del trabajo, las enfermas han sucumbido.

Estos desastrosos resultados, no dan ánimos ni incitan a practicar esta intervención.

DURANTE EL TRABAJO

Cuando la mujer entra en trabajo y muestra los síntomas de oclusión intestinal, la conducta a seguir y que actualmente parece prevalecer, es de esperar la expulsión espontánea del feto y se podrá aún forzar el parto. Y cuando el alumbramiento se ha efectuado, se hará la laparatomía y nos comportaremos como en una oclusión ordinaria.

DURANTE EL PUERPERIO

Los parteros saben bien que ciertos accidentes febriles, que sobrevienen durante el puerperio, desaparecen después de la evacuación albina espontánea o provocada por un ligero purgante.

Si los accidentes observados toman los caracteres de la oclusión intestinal, nos comportaremos de la misma manera que para la oclusión ordinaria, es decir, que sin tardanza se practicará la laparotomía.

Conclusiones

1.º La oclusión intestinal durante el estado puerperal, representa una complicación muy grave de observación y no muy rara.

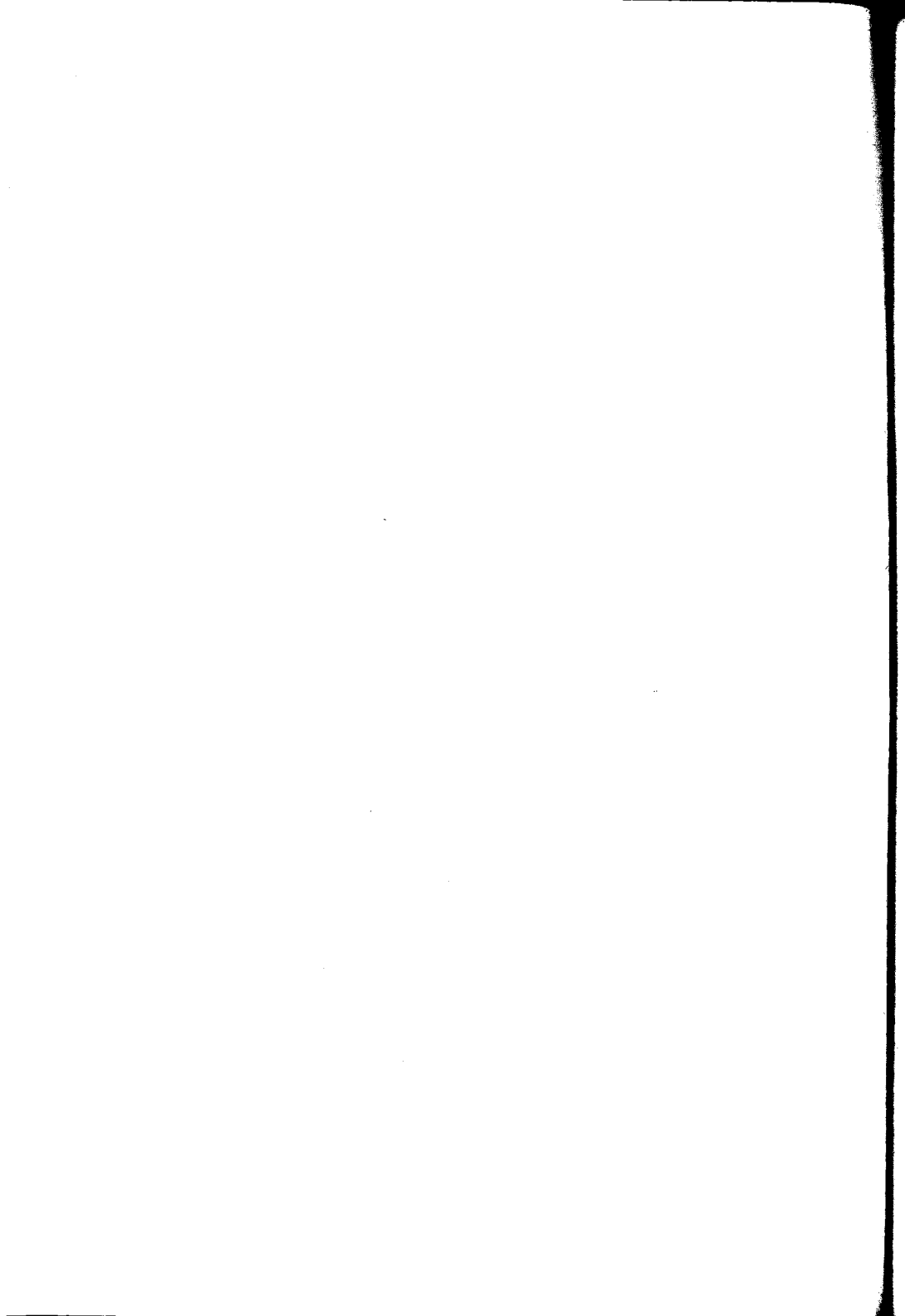
2.º Las lesiones, las más frecuentemente encontradas, complicando el estado puerperal, son las bridas peritoneales, topsis-intestinal, el acodamiento y la torsión intestinal.

3.º El estado puerperal representa en algunos casos, el factor predisponente y a veces terminante de la oclusión intestinal.

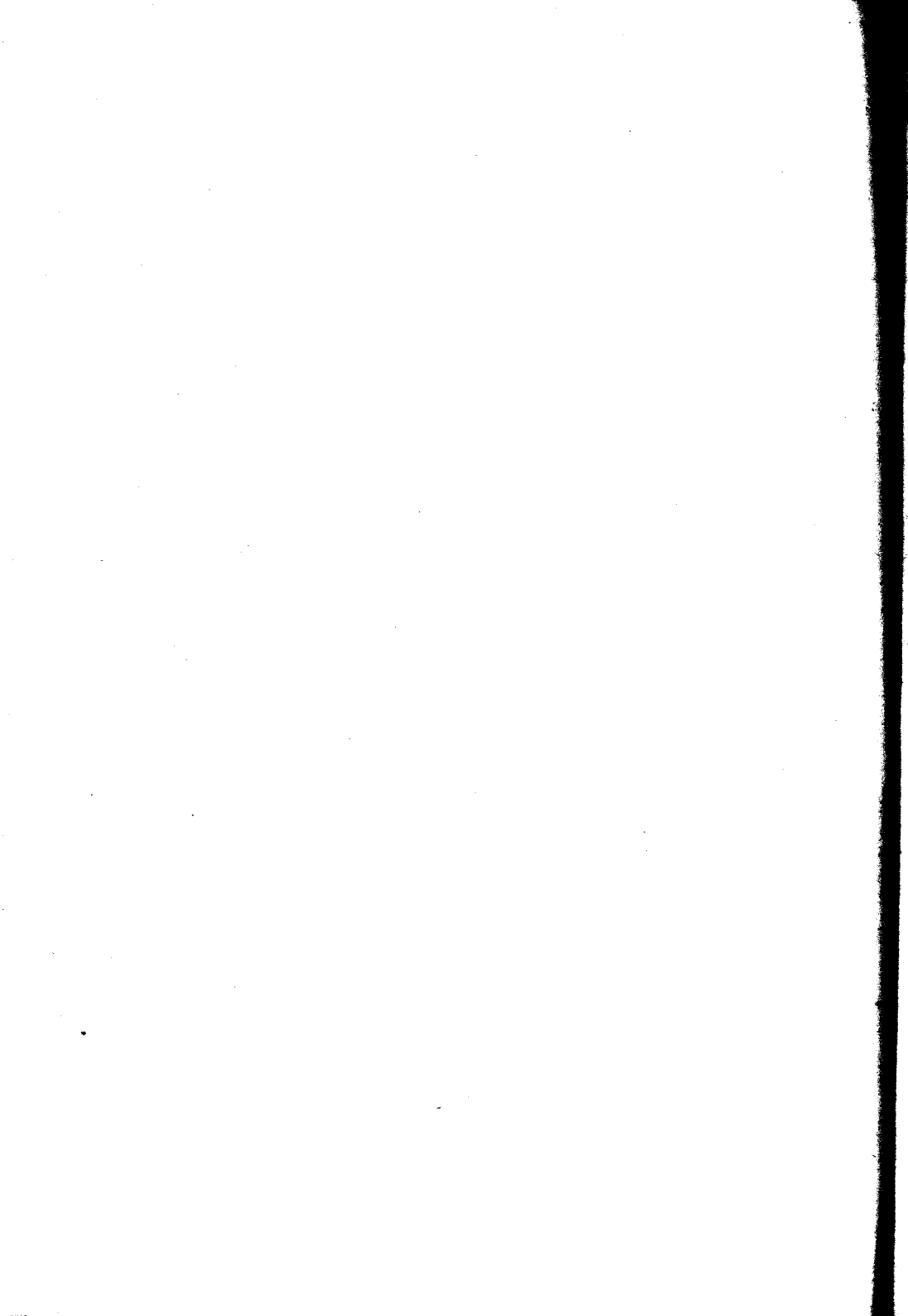
4.º El tratamiento médico sólo puede ser tenido en cuenta para casos de excepción (simples parexias intestinales, algunos acodamientos, etc.).

5.º El tratamiento quirúrgico será siempre el de elección.

6.º El pronóstico de los resultados operatorios, depende de la naturaleza de la oclusión y de la rapidez en proceder desde el momento del accidente.



OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I

Clínica Obstétrica y Ginecológica del Hospital «Torcuato de Alvear». — Jefe del Servicio Dr. Ubaldo Fernández. — Junio 29 de 1916. — Registro de entrada núm. 307..

M. P., de F., Argentina, 32 años de edad, casada; ocupación, quehaceres domésticos.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. — Patológicos: sin importancia. Obstétrico: la madre tuvo 17 hijos con partos normales.

ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS. — Ha caminado a los 11 meses, locomoción siempre normal. Tuvo su primera menstruación a la edad de 13 años, siendo después regulares, dolorosas, de moderada cantidad y de 7 días de duración.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS. Ninguno.

Embarazo y partos anteriores: Casada hace ocho años. — Tuvo cinco embarazos anteriores al actual, de

los cuales el primero terminó por aborto a los dos meses y medio ; el segundo llegó a término, con parto y puerperio normal ; tercero a los seis meses de embarazada, tuvo síntomas de oclusión intestinal, con un cuadro clínico semejante al actual. Tratada con enemas y con un sondaje rectal alto, desaparecieron los accidentes de oclusión. El embarazo llegó sin otro accidente a los 9 meses, terminando con un parto normal, con feto vivo ; los otros dos embarazos subsiguientes también llegaron a término con partos normales y niños vivos. Todos son del mismo padre.

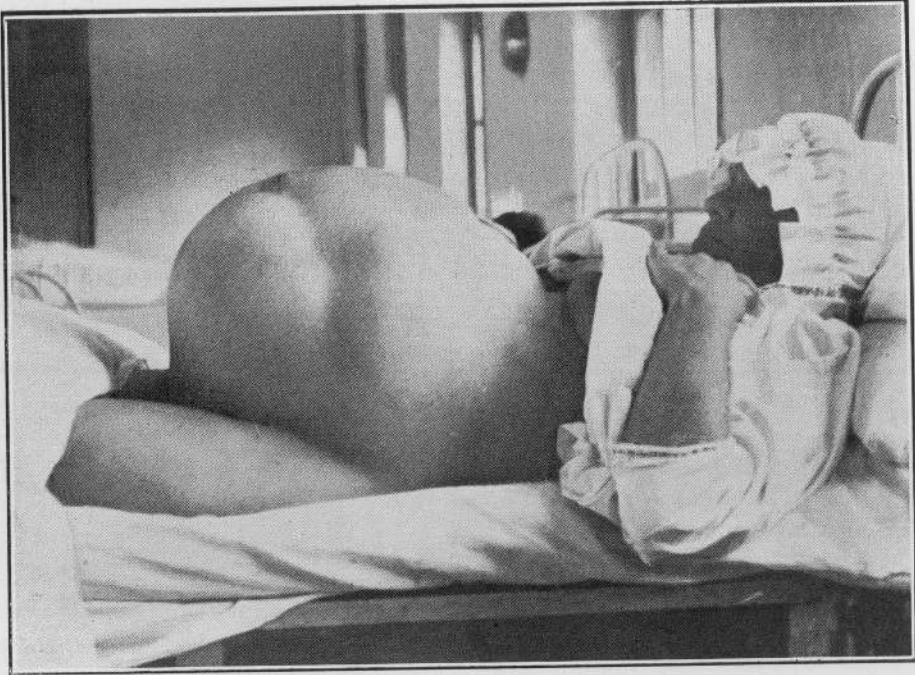
Embarazo actual : Ignora la fecha de su última menstruación.

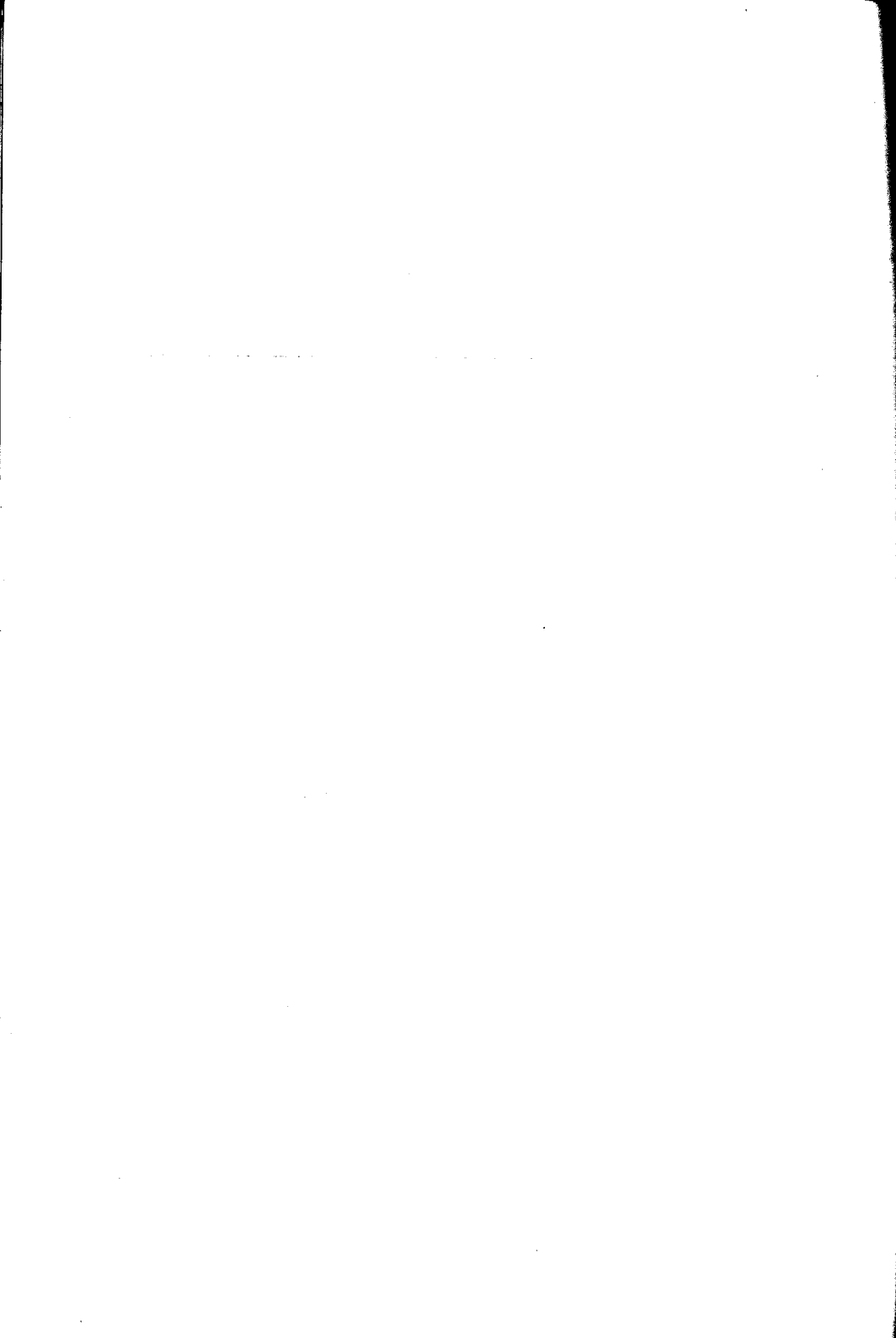
Al exámen general : Mujer bien desarrollada, en regular estado de nutrición ; piel blanca terrosa, mucosas normales.

Aparato circulatorio y respiratorio : Normales, hay disnea moderada.

Aparato urinario : Normal.

Examen Obstétrico. (Junio 29 de 1916). La enferma ingresa al servicio diciéndose embarazada de 5 meses y manifestando que desde hace 5 días no evacúa el vientre ni expulsa gases. Habitualmente es constipada, cuando está embarazada. Le ha llamado la atención que su vientre, se pone muy grande y en estos últimos días ha tenido algunos vómitos, inapetencia com-





pleta y se enflaquece. A la inspección se nota lo que correspondería un embarazo a término; la pared del abdomen no es lisa, sino que presenta surcos y lobulaciones producidas por las ansas intestinales distendidas excesivamente y que a simple vista traducen a la pared abdominal su movimiento peristáltico. Es digno de señalar sobre la pared abdominal un surco muy pronunciado (véase fotografía) que va desde la espina ilíaca anterior y superior izquierda hasta la región umbilical, que divide al vientre en dos grandes lobulaciones en su mitad derecha. Excitando artificialmente el peristaltismo intestinal, puede observarse que se inicia en la parte más declive de la lobulación superior para recorrerla de izquierda a derecha hasta la región umbilical, donde se encurva para seguir la lobulación inferior de derecha a izquierda. Estos movimientos peristálticos desplazan el surco por más de 5 centímetros hacia abajo o arriba, según los casos.

La enferma se queja de fuertes dolores abdominales. A la palpación se nota gran tensión, regularmente uniforme, depresible, lo que va provocando dolores y que por una palpación profunda, permite constatar en el flanco derecho la presencia de un tumor con los caracteres del útero gravido, cuyo fondo llega a la línea umbilical (embarazo de 5 meses). A la percusión timpánico generalizado en todo el abdomen menos en la

parte ocupada por el útero, que es sub-mate. Auscultación negativa. Apirética; 80 pulsaciones por minuto.

Junio 30 a Julio 17. — Se la tiene en observación; la enferma continúa con los mismos síntomas e igual estado general.

Tratamiento. — Reposo en cama; alimentación líquida; aceite de ricino belladonado, una cucharadita cada tres horas, carbón vegetal; inyecciones subcutáneas de suero fisiológico; se coloca sonda rectal en permanencia sin conseguir expulsión de gases; dos lavajes de estómago. Se intenta varias veces hacer lavajes intestinales con sonda de lavaje de estómago, con líquido a presión (a tres metros de altura el irrigador) y en posición genu-pectoral, el resultado de este tratamiento es negativo. El líquido de la entero-clisis no es soportado, eliminándose apenas se inicia el enema.

Según la enferma, había días que tenía erupciones fétidos, la alimentación se hace dificultosa. En la tarde del 17 de Julio, hay varios vómitos biliosos.

Durante este espacio de tiempo, el estado general de la enferma es relativamente bueno, no ha habido temperatura, el pulso se ha mantenido entre 78 y 85 pulsaciones, en ningún momento hubo síntomas de una oclusión aguda. Sin embargo, no ha expulsado por el ano ni siquiera gases. Su vientre está enormemente distendido.

Julio 23: Como el estado general de la enferma se hace cada día más precario, especialmente por su enflaquecimiento, y los dolores excesivos de su vientre por la enorme distensión del intestino, se vuelve a practicar un tacto rectal alto, bajo cloroformo, antes de llegar a un tratamiento quirúrgico, a fin de verificar si es accesible por esa vía el obstáculo o por lo menos para facilitar una exploración alta, con sonda. Bajo esta anestesia clorofórmica se puede a esta exploración, previa dilatación manual del ano.

La exploración rectal permite llegar con el dedo índice y medio a comprobar la presencia de una obstrucción, al iniciarse el ansa sigmoidea, al parecer por simple torsión del intestino y correspondiendo más o menos a la altura de la sínfisis sacro-ílica izquierda. Sin retirar la mano exploradora, se introduce en el recto una sonda Nelaton núm. 30, a fin de pasarla a través de la obstrucción, pero apesar de varias tentativas, la sonda se encurva en espiral sin abandonar la ampolla rectal, (lo que ha sucedido seguramente en todos los lavajes intestinales altos que antes se pretendieron hacer). Entonces se recurre a una sonda exploradora en cauchú endurecido, casi rígida y con las precauciones necesarias, se lleva un extremo hasta el sitio de la obstrucción que es vencida por presiones suaves. Pasado el obstáculo, inmediatamente se siente la salida ruidosa de gases a través de la sonda. Inyec-

tamos a través de ella agua en gran cantidad, lo que facilita una verdadera debacle eliminatória de gases y materias fecales en dilución. (por la sonda y por el ano), pequeños grumos que salen con la ayuda de presiones abdominales, por espacio de una hora y media.

El timpanismo desaparece casi por completo; el vientre queda en un desarrollo de un embarazo de 6 meses; el útero queda perfectamente palpable, llegando por su fondo, a 4 traveses por encima de la cicatriz umbilical; auscultación fetal positiva.

En los días subsiguientes, la enferma evacúa diariamente, experimentando una mejoría gradual, a los quince días abandona el servicio; recomendándole que cualquier novedad que sienta, venga nuevamente al servicio.

A los pocos días ingresa a la Maternidad del Hospital Rivadavia embarazada de siete meses y con síntomas de oclusión intestinal, que ha comenzado hace unas 48 horas: con timpanismo (el abdómen sumamente distendido); ausencia de la expulsión de gases. Si no toma algo, no vomita.

Se decide efectuar un ano fecal temporario para salvar el momento.

Es dejada en el servicio de Cirujía del Dr. Molina. El vientre disminuye de tamaño, pero persiste una distensión del intestino grueso que ocupa toda la región umbilical, hipogastrio, fosa ilíaca y flanco izquierdo.

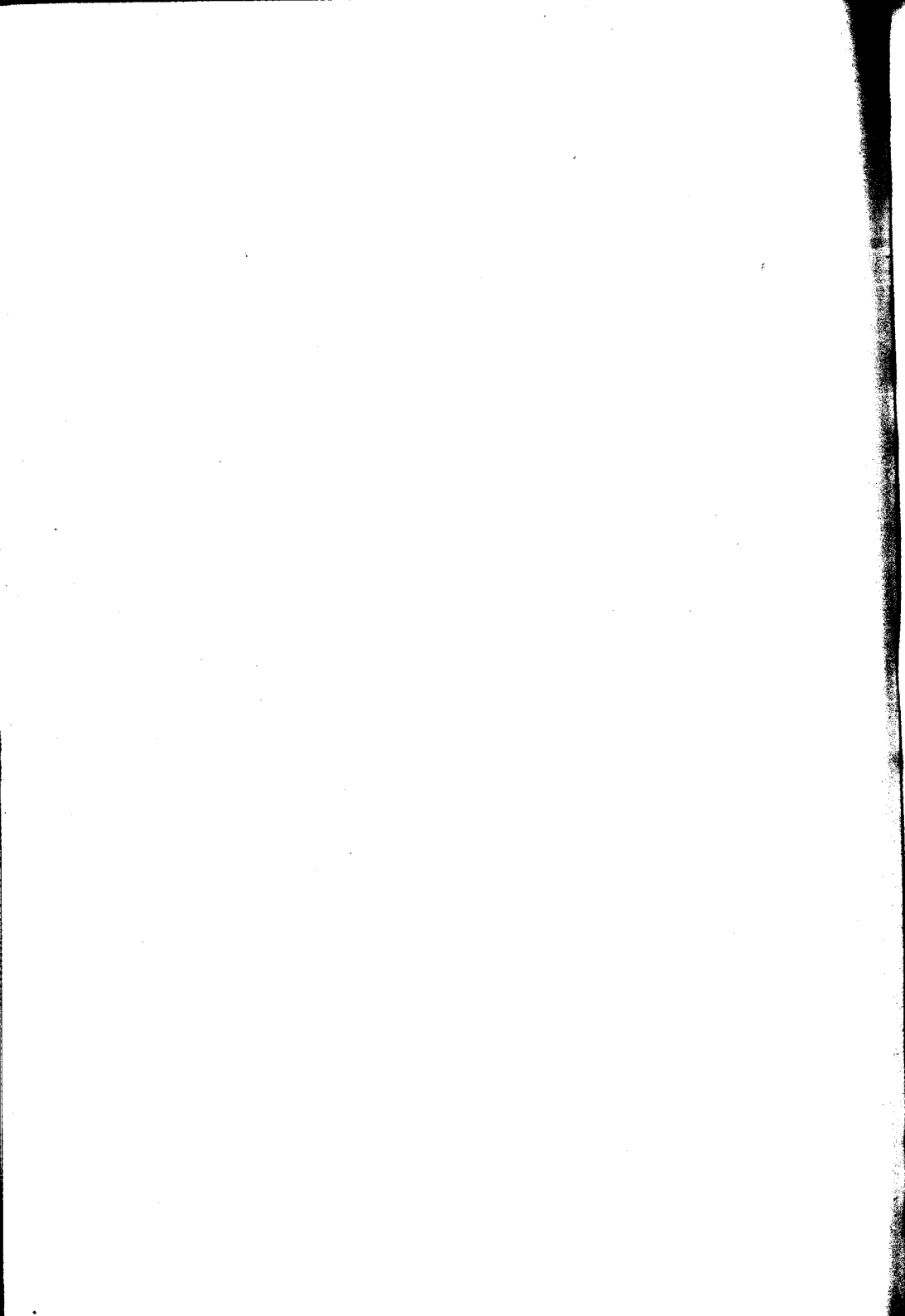
De la anterior intervención, 48 horas después, se le interviene haciendo una laparatomía infra-umbilical para mediana izquierda: Se encuentra un enorme volvulus del ansa sigmoidea, vuelta y media sobre su eje mesentérico, se extorsiona el intestino, en el punto de torsión en este sitio sus paredes están adosadas.

Introducido un tubo de goma por el ano, se vacía el recto de los gases que contiene. Se decide efectuar una colestomía; el diámetro del intestino es de veinte a veinticinco centímetros. Se efectúa una anastomosis término terminal, siguiendo la técnica recomendada por el Dr. Del Valle para salvar el inconveniente de la diferencia de calibre de los dos cabos. Se deja un tubo de goma introducido en el recto que sobrepasa la sutura.

Dos días después, la enferma empeora, acusa dolores, se inicia trabajos de parto (el tubo de goma es expulsado); la enferma da a luz un chico prematuro muerto.

El estado de la enferma empeora, acusa síntomas de peritonitis y fallece al quinto día de su operación.

En la autopsia se encuentran algunos puntos de filtración en la sutura, escaso derrame sero-purulento en la zona inferior de la cavidad abdominal.



OBSERVACION II

Hospital del Rosario. Maternidad. Director: Dr. R. B. Borghi. — Enero 3 de 1915.

De la Semana Médica, 4 de Mayo de 1916.

G. de D., argentina, 31 años de edad. Ingres a la clínica, sala de partos, a las 2 p. m., después de 31 horas de trabajo y en las siguientes condiciones: pulso y temperatura normal; contracciones uterinas, normales; cuello uterino con borramiento completo y 3 centímetros de dilatación, normal; membranas rotas con pérdida completa de líquido amniótico. No hay sufrimiento fetal. El trabajo de parto continúa normalmente y a las 8 p. m., la dilatación es completa. A las 11.30 p. m., se nota sufrimiento fetal. Es intervenida bajo anestesia a la 1 a. m., (día 4). Aplicación de forceps, en excavación (cabeza desflexionada) en O.I.I.I.P. El intervencionista efectúa la flexión mediana cefálica y no pudiendo efectuar la rotación anterior (O. P.), la efectúa en posterior (O. S.) forma en que se hace

el desprendimiento cefálico. El feto no reacciona. No hay lesiones traumáticas visibles, materno-fetales. El alumbramiento se efectúa espontáneo a las 2.3', con presentación placentaria por su cara fetal, de forma circular ésta, y 470 gramos de peso. Membranas normales. Feto bien desarrollado de 3.850 gramos, de sexo masculino, de 53 centímetros de largo.

Iniciado su puerperio, a las 12 horas, tiene 37.4 de temperatura. A las 34 horas de operada, su región umbilical, y principalmente la epigástrica, se halla distendida. Tiene 36.2 de temperatura, 94 pulsaciones, sed y estado nauseoso. El médico operador prescribe hielo al vientre y una sonda rectal que no es detenida. A las 54 horas, su temperatura es 36.4, su pulso de 114 hipotenso y tiene 34 respiraciones. Tiene vómitos acuo-biliosos, facie ligeramente perfilada y el aumento abdominal se hace más evidente en las regiones antedichas. Las regiones distendidas son ligeramente dolorosas a la palpación, no así el resto de la pared abdominal. Se introduce una sonda rectal, se prescribe un purgante salino y un enema de tres litros, con resultados negativos. Se practica un lavaje de estómago, logrando con ello hacer desaparecer los vómitos. Eliminada la sospecha de una posible dilatación aguda de estómago, nos inclinamos hacia una oclusión intestinal y prescribimos una doble inyección de pituitrina y atropina a intervalos de dos horas, nos hacemos expectantes por 24 ho-

ras y media. Pasadas éstas, la puérpera nos dice haber expulsado gases por vías gástrica y rectal, haber tenido descos de defecar, borborismo y gorgoteo intestinal. Más tarde se practica una enema a fuerte presión y un tacto rectal que no hacen variar el diagnóstico de oclusión intestinal en el colon transverso; e indícase la operación de urgencia.

Operación. - Drs. José y Esteban Mazzini. Anestesia general al éter. Laparatomía mediana, supra e infra-umbilical de 10 centímetros.

Al examen de la cavidad abdominal, nos encontramos con el colon ascendente y transverso muy distendido y más aún el ciego. Existe un meso-colon ascendente que es mayor a medida que se avecina el ángulo hepatocólico, habiendo permitido ello la desviación hacia el flanco izquierdo del colon ascendente distendido. Se comprueba una oclusión por volvulus del colon transverso, vecino al ángulo espleno-cólico. Es digno de mencionar la presencia en la cara anterior del ciego de una placa circular de 5 a 6 centímetros de diámetro, de tinte lívido con serosa esfacelada; haciendo prever una perforación de la misma.

Ella no está por contorno neto, confundiéndose gradualmente con el tejido normal.

Tratamiento. - Exteriorizada y aislado el colon distendido, se punciona en su cara anterior, parte media

hasta haber logrado una relajación más o menos como la normal. Se practica una jareta sero-serosa, punto de punción y se efectúa la destorsión del colon. Se practica un ano temporario (tíflostomía), tomando para ello la porción del ciego lesionado (placa necrótica). Sutura de la pared en tres planos. No se deja drenaje. Se sacan los puntos al 8.º día. Cicatrización por primera intención.

Se da de alta a los 13 días con su ano temporario en vías de un cierre espontáneo.

El 5 de Marzo reingresa al servicio, la enferma por persistencia fistulosa de su ano temporario. Operación. Curación por primera. De alta el 21 del mismo.

ÓBSERVACION III

Pinklam-Intestinal obstruction complicating pregnancy. *Americ. J. of obst.*, 1915. pg. 963. Tomo LXXI.

Mujer de 33 años, embarazada de 7 meses, que acusa dolores en la fosa ilíaca derecha y que pasa cinco días sin mover el vientre y que un 3 enema no dió más que gases y unas partículas fecales. El exámen de la enferma mostró un abdómen distendido al través del cual se palpaba el útero ocupado por el embarazo. Había un poco de hiperestecia del lado derecho pero no muy marcado, facie peritoneal, pulso 132 por minuto y filiforme, respiración 48, temperatura 99 F. El cuello dilatado y la cabeza asomáudo, no se encontraban latidos fetales. Se vació el útero bajo anestesia de eter, durante el cual la enferma tuvo un síncope del cual salió con un enema de suero. Ninguna mejoría siguió al parto, se le hizo una dernoclisís de 900 cme y aceite alcanforado por intervalos. La enferma

muere una hora después de haber ingresado al hospital. En la autopsia se encontró el abdomen distendido por repliegue del intestino que contenía una gran cantidad de líquido grumoso libre. En la región ilíaca derecha se encuentra un repliegue de intestino, cuya circulación se encuentra interrumpida.

A 10 cms de la válvula ilio-cecal, se encuentra una perforación del intestino delgado, contraído y rodeado de una brida fibrosa. Se constata una gran cantidad de líquido sanguinolento y purulento en la fosa ilíaca en la región pelviana. Hay una peritonitis difusa sobre la parte posterior del útero, ligamento ancho y anexo lado derecho. Se hizo el diagnóstico de peritonitis general aguda por oclusión del intestino delgado por bridas.

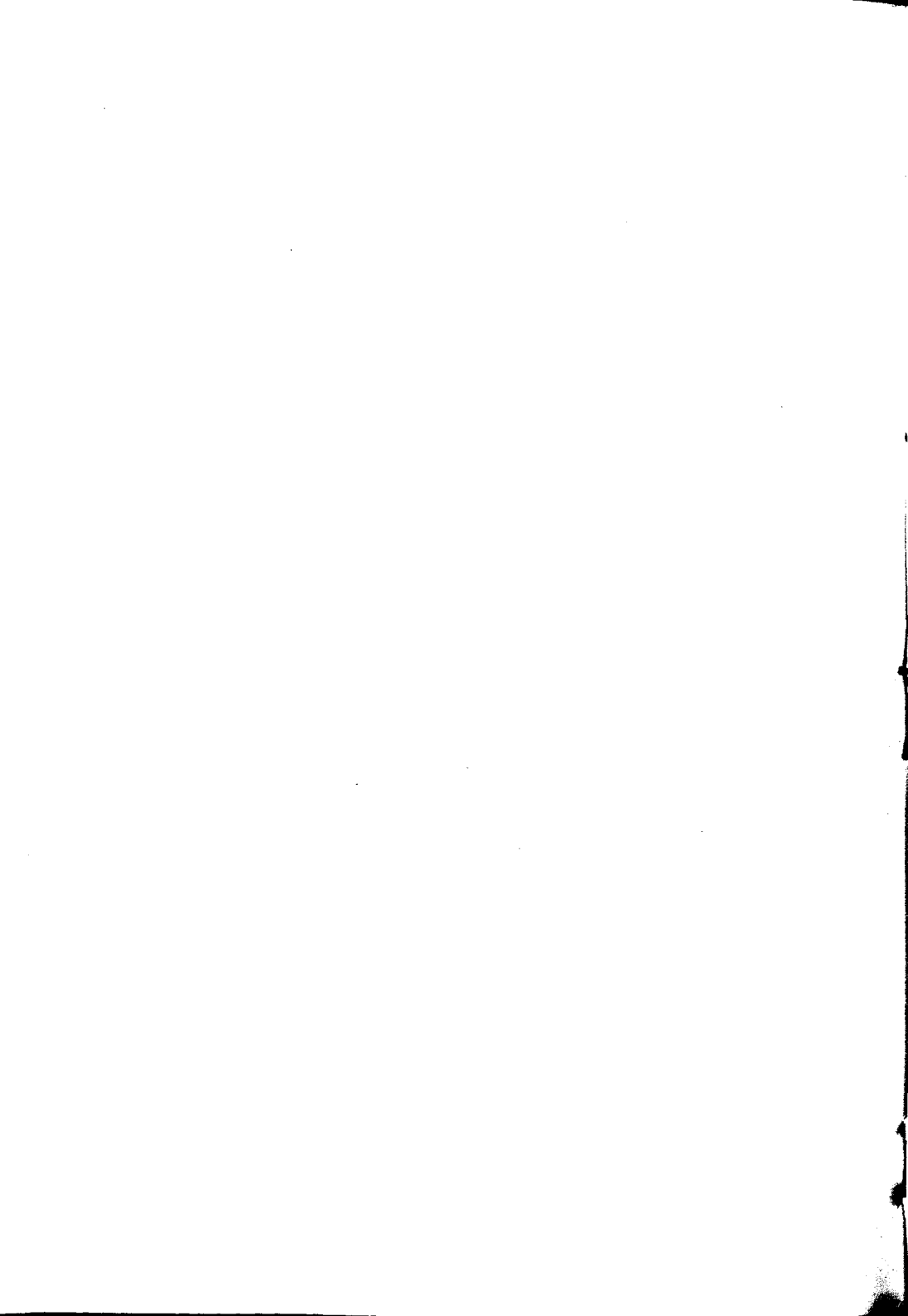
OBSERVACION IV

E. Meriel.—Oclusión intestinale por volvulus du grele áu cours d'une grossesse de trois mois (An de Gyn. et d'obst. V. IX enero 1912. Pág. 25).

Mujer de 30 años, embarazo de 3 meses ; con dos días de oclusión.

Operación.—Incisión infra umbilical. Se encuentra una perforación intestinal larga 3 ctms. y un volvus del intestino delgado con un largo meso ; una brida fuerte y carnosa no inflamatoria muy breve que traía el ovario y la trompa derecha, resultaba una inclinación habitual del útero hacia la derecha y podría ser que una de estas últimas ansas haya sido tomada entre el útero grávido latero versado y la pared ósea de la pélvis mantenida en esta posición por el crecimiento del útero, en carcelación que sería acompañada del volvulus de las otras ansas. Movi6 el vientre durante 4 días.

La enferma fallece de peritonitis.



Bibliografía

1. *M. Guibé*.—Volvulus de l'intestin grêle et de la partie initiale du gros intestin. T. XXXV, pág. 347.
2. *E. Duroux*. Les torsions pathologique du gros intestin et leur traitement chirurgical. Révue de Gyn. et Chirurgie abdominale, 1912. T. XIX N.º 4, pág. 319 et N.º 5, pág. 475. Suite T. XX, página 629.
3. *M. M. Levy Klotz, Cúneo et A. Fénard*. Annales Gyn. et d'Obstetrique. Juin, 1913, pág. 373.
4. *A. Le Dentúet P. Delbet*. Nouveau traité de Chirurgie. T. XXIV, pág. 470.
5. *Cyrillo Jeannin et Paul Guiniot*. Thérapeutique obstetricale et Gyn. edit, 1913.
6. *F. Mazet*.—Le torción pathologiques du gros intestin et leur traitement chirurgical. Theste Lyon 1912.
7. *M. P. Gauchery*. Étude sur les occlusions intestinales pendant la puerperalité. Theste. Paris 1912.

8. *R. Pasman*.—Sobre algunos casos de oclusión intestinal. La Prensa Médica, Argentina. Año II, número 8, 1915.
9. *Morestein*.—Volvulus de l'S iliaque au terme de la grossesse. (Soc. Anat. de París, 7, octobre 1904, en Rev. de Gynec 1905, pág. 319).
10. *Lévy-Koltz, Cúneo y A. Pinard*. Un cas d'occlusion intestinale pendant la gestation (7 mois en-vion) Laparatomie, Anns coecal, continuation de la gestation. (Ann. de Gyn et d'Obst. 1913, 373).



Buenos Aires, Abril 10 de 1917

Nómbrese al señor consejero doctor Fanor Velarde, al profesor titular doctor Ricardo S. Gómez y al profesor suplente doctor Alberto Peralta Ramos, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Secretario.

Buenos Aires, Mayo 2 de 1917

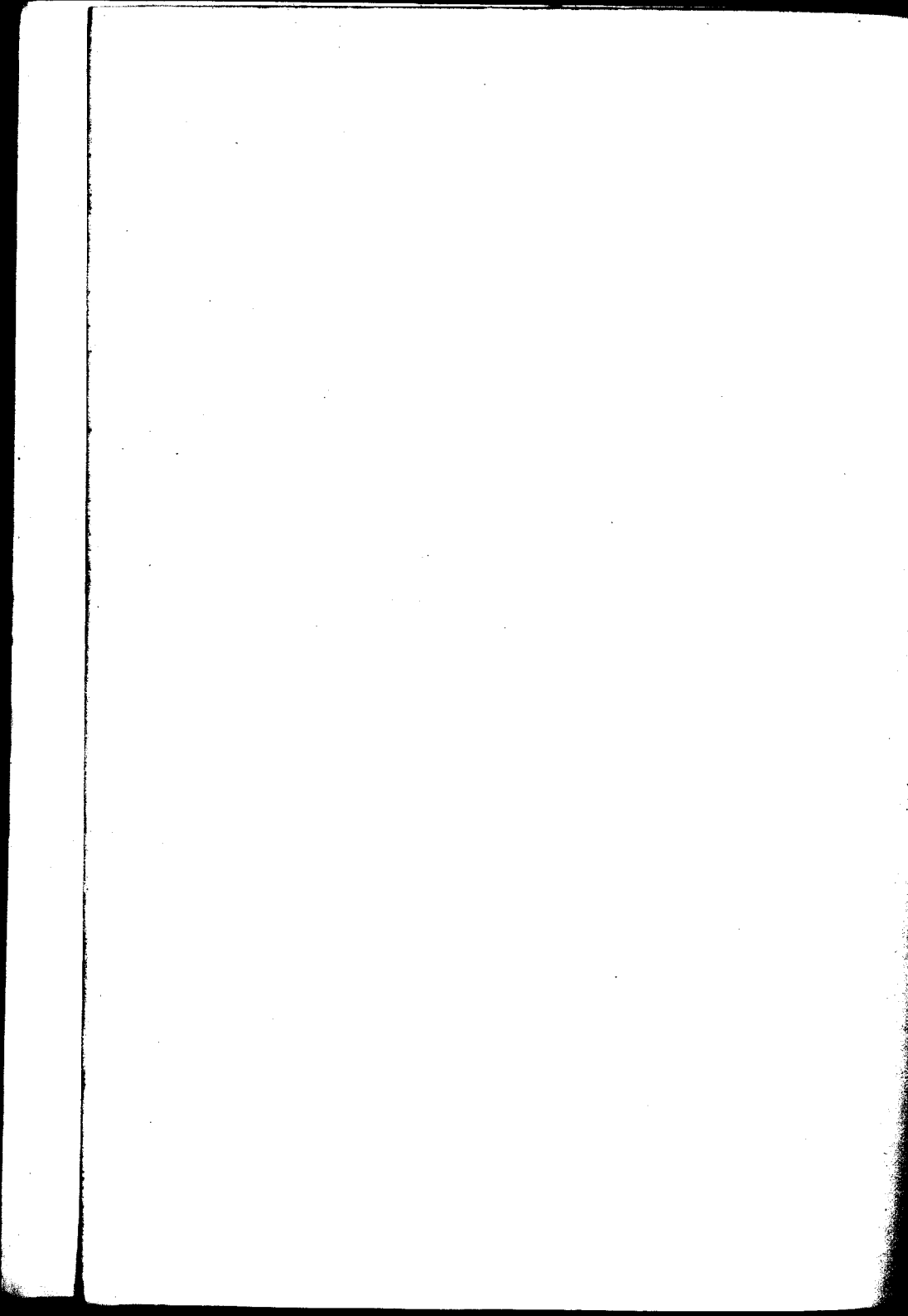
Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3259 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Secretario

30764



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Relaciones clínicas del útero y el intestino en el puerperio.

Fanor Velarde.

II

¿Puede la presentación del feto o el desarrollo del útero, favorecer la oclusión intestinal?

Ricardo S. Gómez.

III

La dilatación aguda gastro-duodenal del post-parto, causa o efecto de oclusión intestinal, reclama por excepción el tratamiento quirúrgico.

Alberto Peralta Ramos.

