

1

EL FRIO COMO CAUSA FISICA DEL ATASCAMIENTO
INTESTINAL EN EL VIEJO

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUJIA

POR EL BACHILLER

RAFAEL PARDO L.

EX-INTERNO DE LOS HOSPITALES
Y EX-CIRUJANO MILITAR EN LA FRONTERA OCCIDENTAL

EN EL ACTO
DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

OCTUBRE DE 1920

GUATEMALA, C. A.

IMPRENTA "ROYAL"
5^a A. S., N^o 80 A.

El frío como causa física del atascamiento intestinal en el viejo

La etiología general toma en cuenta, los trastornos que el frío puede ocasionar en las diferentes edades, y las modificaciones que sufren bajo su influencia los diferentes órganos o los sistemas, sin aludir a las funestas consecuencias que produce en la vejez, la concurrencia de la avanzada edad, el frío y la inoportuna administración de los purgantes. Esta triada ocasional cuya coexistencia ha producido tantas bajas, como lo demuestran las observaciones que más adelante copio, no han sido estudiadas en conjunto, tal vez por alguna de esas aberraciones singulares del espíritu que no quiere fijarse en lo que es trivial o sencillo, para buscar las causas que estén de acuerdo con la magnitud de los efectos, olvidando que en biología, la relación de causa a efecto puede ser atenuada o aumentada por la cooperación idiosincrásica del organismo en que se opera.

En casi todos los tratados de patología general que he consultado, encontré el frío como causa ocasional de paresía del intestino, no he tenido conocimiento de que algún autor haya dedicado un trabajo especial al estudio del tema a cuyo desarrollo e investigación particulares he dedicado este corto trabajo. Solamente encontré una monografía inédita del Dr. Morales, nutrida de observación, hallazgo cuyos sabios conceptos, debido a su gran amabilidad, me ayudarán al sostentimiento de esta disertación.

Si he de ocuparme del atascamiento intestinal a frigore en los viejos, no creo por demás el hacer una ligera descripción anatomo-fisiológica del intestino.

El aparato digestivo tiene por principal función, tomar del medio exterior las sustancias alimenticias destinadas a reparar los gastos del organismo, volviendo estas sustancias asimilables para aprovechar su mayor parte y expulsar los residuos no utilizables. Está esencialmente constituido por un largo tubo, irregularmente cilíndrico más a menos flecsuoso y terminado por un orificio de

entrada, la boca, y otro de salida, el ano. Una serie de formaciones glandulares que se desarrollan alrededor de él y que tienen una importancia capital para el buen desempeño de las funciones que le están encomendadas.

El intestino, grueso segmento terminal del tubo digestivo y el que solo nos interesa, sigue al delgado para terminar en el ano.

Presenta en la totalidad de su trayecto, tres bandas musculares de dirección longitudinal: la anterior, la postero-interna y la postero-externa. En los intervalos, la pared se presenta boselada y cubierta de multitud de repliegues grasosos que constituyen los llamados apéndices epiploicos.

La luz del intestino grueso presenta una conformación inversa a la exterior.

Se le considera dividido en tres porciones principales: el ciego, el colón y el recto.

El ciego, segmento inicial del intestino grueso, es la porción que está situada por debajo del plano que pasa inmediatamente arriba de la válvula ilio-cecal. Tiene la forma de una ampolla, continuada hacia arriba por el colón y provista hacia abajo de una prolongación cilíndrica, el apéndice ilio-cecal. La capacidad media es de 200 a 300 c. c. Su longitud parece aumentar con la edad. Está mantenido en la fosa ilíaca derecha por dos ligamentos: el superior, que lo une a la pared posterior, y el inferior, que lo une a la fosa ilíaca derecha y no es más que la parte inferior del mesenterio.

Una válvula situada en la desembocadura del yeyuno-ileón y conocida con el nombre de válvula de Bauhin, se opone al reflujo de las materias fecales.

Las arterias mesentéricas superiores y los nervios que provienen del plexo solar, mantienen su nutrición.

El colón es la parte media del intestino grueso, se extiende desde el ciego hasta el recto. Por las diferentes direcciones que afecta se le consideran tres porciones: la porción ascendente, la transversa y la descendente.

El recto, (del latín, *rectus*, derecho), es la porción terminal del intestino grueso.

La línea ano-rectal, que pasa por el borde inferior de las válvulas semi-lunares, forma el límite inferior. El superior corresponde al fin del meso, al nivel de la tercera vértebra sacra. Mide de 12 a

14 c. de longitud. Aplastado cuando está vacío, adquiere, cuando está lleno, un calibre igual al del ciego, alcanzando su máximo, arriba de la próstata donde se encuentra una dilatación, la ampolla rectal.

Interiormente nos presenta varios repliegues mucosos, las válvulas de Houston, entre ellas se distingue por su tamaño, la de Kohlrausch. En la parte inferior toman los repliegues el nombre de válvulas de Morgagni. Su número varía de 5 a 8 y su profundidad de 3 a 4 m.m.: están separadas una de otra por salientes longitudinales de la mucosa que se les llama las columnas de Morgagni, que juegan un papel en el mecanismo de la defecación.

Está constituido el intestino grueso por cuatro túnicas superpuestas, que son, yendo de dentro a fuera: mucosa, celulosa, musculara y cerosa.

La túnica mucosa, la más importante de todas, pues a su nivel se efectúan los fenómenos biológicos importantes para la nutrición. De una coloración rosada en el tercio superior, más pálida o gris en el tercio inferior, donde nos presenta una serie de formaciones, de las cuales ya hablamos.

La túnica celulosa, que es formada de tejido celular, encierra entre sus mallas los plexos de Meissner y Auebach y los vasos que nutren al intestino.

La túnica muscular comprende dos órdenes de fibras musculares: longitudinales y circulares.

La cerosa, que no es más que el peritoneo que lo envuelve por todas partes, emitiendo repliegues, que van a formar los mesos u órganos de sostén, los epiplomes u órganos de defensa.

A las arterias hemorroidales medias, superiores e inferiores está encomendada la irrigación del recto,

Las venas, formando en el espesor de la capa celulosa el plexo hemoroidal, presenta dilataciones ampolares que en los sujetos predisuestos formarán las hemorroides o almorranas,

Los nervios provienen del plexo lombo-sacro, hipogástrico y sacro.

LA DIGESTION EN EL INTESTINO GRUESO

Los alimentos no sufren en el intestino grueso ninguna otra transformación, y los fenómenos químicos que se efectúan a este nivel, son extraños a la digestión. Los fenómenos mecánicos solo tienen por objeto facilitar la expulsión.

La mucosa del intestino grueso, tiene numerosas glándulas de Lieberkün, que secretan un jugo alcalino que parece desprovisto de acción digestiva.

El quimo del intestino delgado, al llegar al colon, se vuelve francamente ácido, por las fermentaciones que allí se efectúan, bajo la influencia de los microbios (principalmente la fermentación láctica, butírica y los hidro-carbonados). La reabsorción del agua da al quimo la consistencia pastosa de las materias fecales.

La bilis se descompone, y entre los productos de su descomposición se encuentran materias colorantes: urobilina, taurina, glicocola, ácido colálico y colesterina. Los unos son rearosorbidos en parte y los otros son lanzados con las materias fecales. Además, contienen los excrementos otros productos de putrefacción bacteriana, como fenol, indol, escatol, ácidos grasos volátiles, etc.; materias que no han sido atacadas por los jugos digestivos, (celulosa, tejido elástico, etc.); alimentos que se han escapado a la digestión, fibras musculares, grasas, etc., sales, restos epiteliales y microorganismos.

El intestino contiene también gases: ácido carbónico, nitrógeno, hidrógeno, gas de los pantanos. Estos gases provienen en su mayor parte de las fermentaciones que provocan los microorganismos que allí pululan.

Tres cuartos de hora dura próximamente la travesía del quimo por el intestino delgado, pero al llegar al intestino grueso, las materias excrementiciales tardan mucho más tiempo, hasta veinticuatro horas o más; son lentamente empujadas hacia el recto, gracias a los movimientos peristálticos.

Las heces se acumulan en la ese ilíaca, en el intervalo de las defecaciones y no pasan al recto sino en el momento de ser lanzadas al exterior.

Cuando las materias por su acumulación son empujadas hacia el recto, el bolo fecal irrita la mucosa produciendo una sensación particular que produce la necesidad de defecar. En estado normal los esfinteres externo e interno se oponen por su sola tonicidad a la salida de las materias fecales por el ano, cuando la necesidad es imperiosa es preciso que intervenga la voluntad haciendo contraer energicamente el esfinter externo, las materias remontan entonces hasta arriba del esfinter interno y la necesidad desaparece hasta que, bajando de nuevo, produzcan una nueva irritación.

La expulsión del bolo fecal se produce por las contracciones de las paredes del recto, ayudadas por las de los músculos de las paredes abdominales, los músculos del perineo entran también en contracción para oponerse a las contracciones del diafragma. Es preciso, además, para que el bolo fecal pueda franquear el ano, que el esfínter externo esté relajado; esta relajación se efectúa bajo la influencia de una acción nerviosa inhibitoria que suspende momentáneamente la tonicidad de las fibras musculares.

En la porción inferior de la médula espinal, se encuentran los centros nerviosos que regulan las contracciones del ano y del recto. Las excitaciones motrices son enviadas a los plexos que se encuentran a los lados del recto y de la vejiga, por los nervios mesentéricos inferiores y por otros que manan directamente del plexo sacro.

DESCRIPCION.

En los animales de sangre fría y los invernantes, la baja de la temperatura exterior produce una disminución, un languidecimiento general de las actividades orgánicas, y a medida que se pronuncia, una especie de letargo sustituye a la vida de relación; la sensación y la percepción son interrumpidas y hasta las funciones vegetativas son afectadas: la respiración se debilita y las contracciones cardíacas.

En el hombre, el frío, sin ser excesivo pero continuo, puede indirectamente jugar el papel de causa predisponente en las afeciones del tubo digestivo. Por otra parte, si la baja es considerable, el organismo no puede luchar eficazmente contra los desperdicios de calor que se hacen en la periferie para asegurar a los elementos celulares su temperatura óptima: la nutrición se hace lenta, la formación del ácido carbónico disminuye y el organismo se abandona. Y será tanto más pronto vencido, cuanto esté menos habituado al frío, más debilitado por las privaciones, la sobrecarga o la edad. No es necesario que el frío sea percibido por la conciencia para engendrar sus efectos patológicos, pues nadie ignora que durante las estaciones frías son más frecuentes los casos de reumatismo sobre-agudo, enterocolitis muco-membranosas y, sobre todo, que los individuos constipados o habitualmente estriñidos, los cloróticos, los anémicos, los neurópatas y en particular los viejos, sufren de atascamientos intestinales invencibles, que muchas veces han podido ocasionar hasta la muerte.

El viejo es más susceptible al frío que el adulto que reacciona mejor, que el niño que se enfriá más fácilmente, pero que soporta mejor el enfriamiento. No así en el viejo, cuyo sistema nervioso y en particular el simpático, que rige las funciones vegetativas, debilitado por la edad o las sobre-cargas anteriores puede sufrir la inhibición parética, ocasionando por su lenta reacción, trastornos que por sus complicaciones acarrean graves daños a la salud.

Las contribuciones glandulares del intestino, del pancreas, del hígado, etc., disminuidas en un tanto por ciento reaccional por la paresia del vago, no resultan indudablemente proporcionales a la cantidad y calidad de los alimentos y esto unido al disloque mecánico del tractus intestinal, da origen a esos atascamientos de la estación fría, fácilmente combatibles del niño para el adulto, no así en el viejo, cuya edad no admite tanteos.

En el viejo todo languidece, y por sanos que se nos presenten, existe en ellos una involución con su consiguiente miopragia más o menos borrosa. Dicho esto, no es extraño que las capas musculares del intestino, como las de la vejiga y demás músculos huecos, pierdan el resorte y brío que les caracteriza.

La mucosa del recto, así como el esfínter, están maravillosamente inervados; pero ajados un tanto por la edad y por el frío, se embotan y no reaccionan. La dilatación exagerada que las materias fecales ocasionan por su peso y presencia, así como la dilatación y distención ocasionadas por los gases, concluyen peligrosamente en el viejo con la elasticidad y contractilidad de su intestino, con sus indispensables movimientos sinérgicos, dejando el aparato inutilizado para su gran papel de exonerador.

Los estragos del atascamiento a frigore, son lentos y sin alarma al principio, y más en los que hacen de la constipación su estado habitual, pues en ellos existe una defensa adquirida contra la enterotoxemia, explicable por su larga cronicidad. Las personas metodizadas que tienen su cámara diaria y libre su organismo de toda intoxicación intestinal, se ven de improviso suspendidas de una función que los libra de sus mermas y venenos, y en su aflicción, acuden con más oportunidad que en los constipados habituales, al médico.

En totalidad, los atascados viejos toman pronto o tarde, la faz de los ocluidos intestinales, esa faz peritoneal que deja ver un próximo fin.

Cefalea junto con suspensión de cámaras, lengua con una gruesa capa saburral amarillenta, aliento fecaloide, leve timpanismo abdominal con acentuación ulterior, sudores profusos, ojeras, ligera elevación de temperatura al principio y enfriamiento después, indiferencia, torpeza intelectual, de cuando en cuando quejidos, habiendo tenido antes dolores abdominales en todos los tonos, vómitos porrácenos al principio y que más tarde se convierten en fecaloideos, hay también retención de orina, por paresia de la vejiga. No pierden el conocimiento y tres o cuatro días son suficientes para segar la vida a estos enfermos.

Demasiado empirismo reina aún entre nosotros, sin que se quiera entender que debe tratarse a la medicina con la grandiosidad de que es acreedora; hay que observarla con espíritu científico; pero no científico supersticioso, como el de aquellos médicos que durante siglos no se atrevieron a Galeno. Desgracia que logró un atraso inmenso y hondamente perjudicial para la salud y el progreso humano.

Estas conclusiones orales necesitan del testimonio de la observación, ya que, aunque teóricamente parecen exactas, no tendrían la fuerza demostrativa; si no las acompañara de las concluyentes observaciones clínicas que he podido recoger, gracias al espíritu observador del Dr. don Manuel Morales y a la finura de su carácter nada egoísta, al prestarme generosamente su sabia cooperación.

OBSERVACIÓN N° 1.— El año de 1915 fuí llamado por el albañil X., cuyas dolencias anteriores se limitaban a una hiperclorhidria que en ocasiones le transformaba los asientos en consistencia de pomada, "lo aflojaban," decía, probablemente porque la alcalinidad del intestino era insuficiente para neutralizar la acidez estomacal. Padecía, además, de reumatismo articular, influyendo en ésto, más que todo, su edad, que era de 70 años. En esta ocasión se trataba de una recrudescencia de su reumatismo con lumbago y era el 15 de noviembre, época fría en nuestras latitudes.

Le prescribimos salicilato de soda con buen resultado, y tomó por su cuenta un purgante de sulfato de soda (advirtamos que su intestino funcionaba perfectamente); le hizo bien y se sintió sin novedad hasta después de dos días; el cuarto, por la mañana, fuí llamado, lo encontré sentado con la cabeza apoyada sobre una mesa, frío y bañado en sudor. Indiqué el tratamiento apropiado,

advirtiendo que si no obraba aquel día, el caso era perdido y así sucedió. No fué posible hacerlo defecar y falleció en la noche, presentando el cuadro clínico de una estercoremia.

DR. M. MORALES.

OBSERVACIÓN N° 2.— Con dos días de diferencia del caso anterior, asistí a una señora española de 65 años, que por la cuarta vez sufría el atascamiento intestinal; pero con su edad y siendo de natural constipada, no le apuró su situación y a los seis días de enfermedad se me llamó, y le aconsejé un purgante de aguardiente alemán, el cual le hizo insuficientemente, pues murió ocho horas más tarde a consecuencia de la acentuada estercoremia.

DR. M. MORALES.

OBSERVACIÓN N° 3.— En enero del presente año, el Ingeniero N., de 63 años de edad, adquirió repentinamente una colitis; una vez a mi cuidado le ordené un purgante de sulfato de soda, recomendándole mucho que no fallara un sólo día en sus evacuaciones una vez curado, porque su edad, el frío de la estación y el sulfato de soda, me autorizaban a temer un atascamiento de índole grave. Efectivamente así sucedió, le vino una paresia del intestino grueso, y los atascamientos con su cortejo de síntomas, se sucedieron con intervalos de días, observándose la última vez en el colon ascendente por encima del ciego, un copromas del tamaño de un puño. Y no fué sino hasta la venida de los calores, como se lo había anunciado, que su intestino grueso entró en orden y la paresia desapareció.

DR. M. MORALES.

OBSERVACIÓN N° 4.— El señor don J. G., de 58 años de edad, me llamó como a las 2 de la mañana del día 22 de diciembre de 1917. Para consultarme sobre un mal estar con ligera elevación de la temperatura, cefalea, gran debilidad mental y un dolor agudo localizado en la fosa ilíaca izquierda, que él llamaba un cólico.

Al examen encontré: la cara pálida y sudorosa, lengua saburral, pulso rápido, temperatura de 38 grados. el abdomen ligeramente timpanizado y al nivel de la región dolorida noté, a la palpación, un tumor irregular. Por las frecuentes repeticiones de los

ataques, la estación fría y la edad del sujeto, pensé que se tratara de un atascamiento intestinal a frigore. Por tratarse de una persona de importancia política y no queriendo asumir solo la responsabilidad, solicité el valioso concurso de un distinguido cirujano, con el cual concordamos en opiniones.

Ordenamos un abundante enema de agua de jabón, lo que fué suficiente para obtener una abundante evacuación que mejoró completamente al enfermo, comprobando nuestro diagnóstico.

Aconsejamos al paciente los enemas de aceite de baselina y extracto fluido de cáscara sagrada al interior, haciéndole saber que una vez pasados los rigores de la estación fría, su intestino recupera su normal funcionamiento. El tiempo confirmó la verdad de nuestro acerto.

DR. M. MORALES.

OBSERVACIÓN N° 5.— El señor don P. J., de 58 años de edad, de temperamento artrítico, oficinista y habitualmente constipado, tiene la costumbre de evacuar su intestino solamente una vez al día.

El día tres de Enero de 1919, falló su evacuación y también el cuatro y el cinco, que por la gravedad de su estado no pudo ir a la oficina, enviándome a llamar para que le aconsejara, por ser yo su amigo de confianza. Mucho me alarmó al principio su estado. Tenía la cara pálida, desencajada y sudorosa, la voz apagada y dulce, el pulso era más frecuente que lo normal. Acostado boca arriba, con las piernas flexionadas para evitar la tirantez de la pared abdominal porque sentía un dolor agudo al nivel de la fosa ilíaca izquierda. El abdomen ligeramente timpanizado y solamente doloroso a la presión, al nivel de la fosa ilíaca izquierda donde se tocaban además varios tumorcitos duros y desplasables.

Me contó que el día dos por la mañana se había tomado un purgante de 30 gr. de sulfato de soda, que le hizo muy poco efecto.

Como no habían cesado, y aún haciendo presiones sobre el abdomen, se conseguía que evacuara gases por el ano, y ademas ni los vómitos porráseos no fecaloídes aparecían, no creí que se tratara de una oclusión orgánica, quiero decir, ocasionada por bridás volvulus, etc.; sino que todos los trastornos eran ocasionados más bien por la acentuación de su hábito estético.

Mientras llegaba el médico de cabecera, a quien por la gravedad del caso aconsejé llamar inmediatamente, ordené una lavati-

va de 50 gr. de glicerina para 500 de agua, recomendando que fuera retenida el mayor tiempo posible. Volví por la tarde y me dijeron que no había llegado el Doctor, pero que después de un asiento grandísimo, el señor J. se sintió muy mejorado; prescribí entonces un purgante de aguardiente alemán, con el cual el paciente se curó.

Le aconsejé combatir sus frecuentes atascamientos por los enemas oleosos. No ha necesitado en adelante recurrir por ese motivo..

PERSONAL.

TRATAMIENTO.

“Tomar una dosis de sales” se considera un método fácil y sencillo para evacuar el intestino. Pocos medicamentos se emplean tan frecuentemente por médicos y profanos como los catárticos salinos, sin acordarse o sin saber que figuran estos medicamentos entre los que producen hábito, y son responsables como saben muy bien los cirujanos, de la muerte en muchas circunstancias, en las cuales, un catártico ciegamente administrado, ha podido ocasionar un volvulus, una peritonitis por perforación, etc. El principal efecto de los salinos es impedir la absorción del aguaingerida, de modo que se elimina por las evacuaciones en vez de cruzar el organismo. Como sus soluciones no son absorbidas y atraen gran cantidad de agua al contenido colónico, para hacerlas isotónicas con la sangre, así: una solución isotónica de sulfato de soda conteniendo 2% de sal desecada, necesitaría 500 gr. de líquido para sacar del sistema 10 gr. de sal; con el sulfato de magnesio la proporción es mayor, porque este se convierte en bicarbonato de magnesio y sulfato de soda.

Esta deshidratación provocada sistemáticamente y sin método, puede ocasionar en individuos gastados por el tiempo, o en aquellos cuya inestabilidad de su sistema nervioso vacilaría, haciendo perder la “solidaridad, que es base y ley para el funcionamiento exacto de las diversas porciones de que consta el canal digestivo.” — M. MORALES.

En la estación fría es prudente desconfiar de los catárticos salinos. Porque, aunque estas sustancias retardan la evacuación del estómago cuando se administran en soluciones concentradas o cuando producen diarrea, en el momento en que penetran en el

intestino, aceleran la expulsión de su contenido, produciendo una evacuación líquida, de una a cuatro horas después de ingerirlas. Este rápido efecto depende, sin embargo, de la existencia de una buena actividad aperistáltica. Cuando esta es deficiente como es probable que ocurra en los viejos, mucho más cuando las fibras de la túnica musculara del intestino están paresiadas por el frío, en vez de una evacuación rápida y cómoda al cabo de una, dos o cuatro horas, pueden producirse varias evacuaciones pequeñas con mucho tenesmo y el efecto laxativo se termina violentamente, sucediéndole un período de constipación. El empleo reiterado de los evacuantes termina por insensibilizar y paresiar el intestino que se vuelve cada vez, más impropio para cumplir sus funciones; a fuerza de espolear la sangre de elementos, causa poco a poco, anemia o caquexia. No puede decirse mucho en favor de su acción en la llamada auto-intoxicación intestinal, porque, aunque pueden expulsarse algunas de las bacterias y las toxinas producidas por éstas, la fluidez del contenido intestinal y la cantidad mayor de materias orgánicas contenidas en éste, pueden favorecer la proliferación y desarrollo más rápido de los micro-organismos que quedan.

El empleo crónico de los salinos está justificado solamente en los casos de estreñimiento debido a estenosis colónica, aún de origen canceroso y obstáculos anatómicos parciales; sin droma de Arbuthnot Lane, en pacientes en quienes no conviene utilizar la intervención quirúrgica.

Una constipación accidental puede ser tratada por un purgante. El purgante vacía el intestino; pero no mejora las funciones. Ciertos viejos que se quejan de diarrea son en realidad constipados porque en algunos casos se defeca varias veces al día y sin embargo, existe el estreñimiento. La constipación no consiste en un estado de defecación rara, sino más bien de defecación retardada o insuficiente; las irrigaciones colónicas han demostrado que puede haber considerable retención del contenido putrefaciente del ciego, aunque el intestino parezca funcionar bien.

No se necesita, pues, solamente vaciar el intestino, sino estimular el conjunto de funciones que concurren a su buen funcionamiento. Las causas que producen el atascamiento intestinal pueden ejercer: o produciendo una gran sequedad en las materias, como la disminución de las secreciones intestinales o volviendo insu-

ficiente las contracciones peristálticas por parálisis o paresia del aparato nervioso o motor.

El régimen, la gimnasia, una higiene bien conducida, forman el tratamiento racional.

En la constipación habitual no se deberá recurrir sino cuando la coprostasia se vuelve molesta, por sus complicaciones mecánicas o sépticas.

Estimular las contracciones peristálticas del intestino y lubricar las materias fecales, es el fin que debe buscar la terapéutica en tales casos. La bilis, la distención por el volumen más o menos suficiente de las materias fecales, las excitaciones que pueden producir las contracciones peristálticas y la suficiencia de las secreciones intestinales, son los factores indispensables para el buen funcionamiento mecánico de la defecación.

Los enemas presentan la doble ventaja de lubricar los escíbalos y de provocar por su volumen o su calidad el conjunto de reflejos defecatorios.

Las inyecciones rectales de aceite constituyen un método mucho más sencillo de ablandar las heces y facilitar su evacuación, que introducir medicamentos por la boca. Debe recordarse que, el contenido del ciego y el colón ascendente, es líquido, y que se puede llevar el aceite a estos sitios, lo cual es fácil con una técnica apropiada.

El aceite no es absorbido y evita la absorción del agua, impidiendo su difusión por la mucosa. Lipowsky considera que esta acción del enema oleoso tiene importancia especial, y cree que una forma común de constipación se debe a la excesiva absorción de líquido en el colón, que produce masas fecales extremadamente duras. Según él, la excesiva absorción del líquido se debe a la congestión de la mucosa colónica, la cual, a su vez, por causa de la irritación producida por la dureza de las masas fecales que resultan. Basa su argumento en el enrojecimiento anormal de la mucosa que se ha observado en el examen sigmoidoscópico de estos casos y en la demostración que en tales pacientes se absorbe una porción mayor de un enema de solución fisiológica que en el colón normal. Los enemas de aceite rompen este círculo vicioso, manteniendo las heces blandas y colmando la mucosa.

Este ablandamiento no debe confundirse con la disolución de la masas fecales duras. Hertz demostró que el aceite es mucho menos eficaz para romper escíbalos que el agua pura. Es fácil

comprender, por consiguiente, por qué después del primer enema oleoso, los pacientes pasan masas fecales duras junto con masas grumosas blandas y algún aceite. Parte del aceite inyectado se retiene, el cual ejerce su efecto sobre los movimientos del intestino el día siguiente y aún después. Fleiner dice que se ha encontrado aceite hasta después de una semana de haber suprimido las inyecciones. Cuando se emplean inyecciones diarias, los escíbalos desaparecen prontamente y pasan deposiciones blandas y gruesas. Fleiner considera esto como una indicación de que el efecto máximo se ha obtenido y puede reducirse la cantidad y frecuencia de las inyecciones oleosas.

Los aceites saponificables, ejercen una acción química además, la cual se debe a la descomposición del aceite por la lipasa que hay en el colón; de este modo, parte del aceite se cambia en glicerina y ácidos grasos, cambiándose parte de estos últimos con las bases para formar jabones. Todos estos productos son irritantes y a su acción debe atribuirse gran parte de la acción evacuante de los enemas. Las heces contienen mucho más ácido graso libre que el aceite cuando se introdujo, y el olor fecal se vuelve más desagradable debido al olor agregado de aceite rancio. Es más, esta descomposición y la irritación que se provoca, pueden llegar a ser excesivas y producir una molestia peristáltica y hasta tenesmo cólico y rectal. Para aminorar la concurrencia de tales trastornos, es importante que el aceite sea puro y que no esté rancio, que no sea de cierta naturaleza. Así, pues, el aceite de adormidera, el de algodón, son tan buenos como el de olivo, cuando están puros. Parece que el petróleo es preferible, porque nunca se vuelve irritante.

"The Journal of the American Medical Association," en el departamento de Terapéutica, recomienda la técnica siguiente, para la auto-administración de los enemas: el paciente debe tener todo listo antes de meterse en el lecho, de manera que no tenga que levantarse después de tomar la inyección. Se coloca la botella del aceite en un jarro de agua caliente, hasta que haya tomado la temperatura de sangre, puede emplearse una jeringa ordinaria de fuente, con tal que la cánula tenga un orificio bastante grande para permitir el paso del aceite. Aunque se intente que el aceite se introduzca lentamente, hay que colgar, por lo general, la bolsa a una altura de tres pies, debido a la viscosidad del aceite, que lo hace correr lentamente. El cierre debe estar al alcance del paciente,

que acostado del lado izquierdo y con una almohada debajo de los glúteos se inserta la cánula en el ano y deja correr el líquido. Si siente necesidad imperiosa de evacuar, es suficiente cerrar la llave y permanecer inmóvil un corto espacio de tiempo para que la necesidad desaparezca. Puede entonces introducirse otra cantidad de aceite, aunque es mejor conformarse con la que es fácilmente soportada. Después se acostará un momento sobre la espalda y en fin sobre el lado derecho en cuya posición se mantendrá toda la noche. Puede aplicarse un pedazo de lienzo fino o de los que emplean las mujeres, para impedir los deslizamientos que los flatos pueden hacer salir. Si la inyección molesta o impide el sueño, se tomará muy temprano, teniendo cuidado de quedarse en la cama el tiempo necesario; porque la inyección no daría buenos resultados sino permanece por lo menos cuatro horas en el recto. La cantidad de líquido que debe inyectarse depende de la capacidad del paciente y sólo se tomará en cuenta la mayor cantidad fácilmente soportable. Cuando se han obtenido buenos resultados, se disminuye gradualmente la cantidad y la frecuencia de las inyecciones.

CONCLUSIONES.

Un intestino joven y sano puede soportar más o menos bien un frío intenso, porque los medios de calefacción están también jóvenes y sanos. No así en el viejo cuyas funciones están debilitadas y de cierto modo marchitas.

En las estaciones frías los trastornos intestinales son más frecuentes; principalmente en los viejos.

La administración inconsciente de los catárticos en los viejos habitualmente constipados, puede ser funesta.

Rafael Pardo L.

Artículo No. 268 de la Ley de Instrucción Pública.— La tesis deberá presentarse impresa a los miembros de la Junta Directiva, con tres días de anticipación al examen público. Al fin de las tesis figurarán las proposiciones por su orden, que serán tantas cuantos sean los ramos estudiados. Solo los candidatos son responsables de las doctrinas consignadas en las tesis.

BIBLIOGRAFIA

- Brouadel Traité de Médecine et de Thérapeutique.
- Dujardin-Beaumetz Lecciones de Clínica Terapéutica.
- E. Hedon Précis de Physiologie.
- E. Forgue Précis de Pathologie Externe.
- M. Morales El frío como causa física de atascamiento intestinal. Monografía inédita.
- Testut & Jacob Anatomie Topographique.
- The Journal of the American Medical Association. Números de Enero, 1º y 15 de 1920;
Febrero, 2 y 16; Marzo, 1º y 15;
Abril 15 y Junio 1º de 1920.
4 Aout 1920.
- La Presse Médical The Principles and Practice of Medicine. Eighth Edition.
- W. Osler

PROPOSICIONES

Anatomía Descriptiva	Intestino grueso.
Anatomía Patológica	De la Fiebre Tifoidea.
Botánica Médica	Digitalis Purpurea.
Bacteriología	Coloración de Ziehl.
Clínica Médica	Auscultación Cardíaca.
Clínica Quirúrgica	Punción del pericardio.
Física Médica	Esfigmomanómetros.
Fisiología	Digestión.
Farmacia	Supositorios.
Ginecología	Estiómeno de la vulva.
Higiene	Del embarazo.
Histología	Del intestino grueso.
Medicina Operatoria	Ligaduras de la radial.
Medicina Legal	Dactiloscopia.
Obstetricia	Placenta previa.
Patología Interna	Enteritis muco-membranosa.
Patología Externa	Oclusión intestinal.
Patología General	Constipación.
Química Inorgánica	Hidrógeno.
Química Orgánica	Cloroformo.
Terapéutica	Digitalina.
Toxicología	Intoxicación por la digital.
Zoología Médica	Anquilostoma Doudenalis.