

S U M A R I O

*Un caso de oclusión yeyunal, alta cinco años después de gastroenterostomía*, por el Dr. P. Larghero Ibarz.  
*Embarazo ectópico intersticial*, por el Dr. J. C. del Campo.  
*Voluminoso cálculo biliar intraduodenal*, por el Dr. Alberto Roldán. (De Paysandú)

---

Presentado en la sesión de 24 de Junio de 1931

Preside el Dr. Carlos Stajano

*Un caso de oclusión yeyunal alta cinco años después  
de gastroenterostomía.*

Por el Dr. P. LARGHERO IBARZ

La oclusión intestinal tardía, meses o años, después de gastroenterostomía, tiene su capítulo en los tratados clásicos y modernos y los casos comunicados a las sociedades científicas son ya numerosos. Entre sus causas determinantes la más común es la que encontramos en el caso objeto de este comentario, **la brida** aunque no es frecuente el doble mecanismo por el cual ella actuó en nuestra observación: (acodamiento del asa de implantación de la brida y formación con ella de un anillo por el cual se introdujo otra asa, a su vez estrangulada en él). La hernia interna a través de un hojal residual de la brecha mesocólica, la torsión del ansa, la adherencia del ansa eferente a la cicatriz operatoria, la invaginación retrógrada del yeyuno en el estómago a través de la neo-boca de la cual hay ya 14 observaciones publicadas, le siguen en orden de frecuencia.

Todavía un gastroenterostomizado puede hacer una oclusión alta aguda tardía por un mecanismo en el que la operación anterior no haya influido directamente: (hernia en el hiatus de Winslow, vólvulo total del delgado o parcial alto, compresión de la tercera porción del duodeno por el compás aórtico-mesentérico, hernia diafragmática, ileus biliar, etc.

Cualquiera que sea la causa, el pronóstico reviste siempre caracteres de excepcional gravedad, que sólo puede atenuar el diagnóstico precoz y la intervención quirúrgica inmediata.

Es con la intención de señalar los síntomas capitales que orientan ese diagnóstico que vamos a comentar la historia de nuestro caso.

**HISTORIA CLINICA.** — Víctor C. de 35 años, uruguayo, casado. Ingresa al Hospital Pasteur, a las 5 de la tarde del día 19 de Febrero de 1931 (jueves), por un cuadro agudo de vientre datando de dos días y medio.

Hace cinco años fué operado en el Hospital Español por el doctor Fossatti, por una úlcera del estómago; curó completamente y no volvió a sentir ninguna molestia del lado del estómago.

El martes a las 8 de la mañana comenzó a sentir dolores intensos en el epigastrio, a la derecha de la línea mediana, con carácter de retorcijones que se propagaban hacia el lado izquierdo de la misma región, obligándole a abandonar el trabajo de inmediato. Estos dolores se acompañaron desde las tres de la tarde de vómitos primeramente acuosos y enseguida biliosos. Al mismo tiempo sed intensa, pero el agua que tomaba era vomitada de inmediato en cantidad mucho mayor que la ingerida.

El dolor continuo con los mismos caracteres: continuo y fijo a la derecha y un poco por arriba del ombligo, con exacerbaciones intermitentes: (cuando tomaba agua le aparecían de inmediato los retorcijones, si no tomaba nada ellos aparecían espontáneamente cada 10 o 15 minutos). Vómitos abundantes a la menor ingestión de líquido, con la particularidad de que tomaba un vaso de agua y devolvía de inmediato 2 o 3 servicios de agua verdosa. (4 a 6 litros).

Constipación absoluta. Pasó así martes y miércoles sin mejoría diurna ni nocturna. Hoy jueves los dolores continuaban con violencia así como los vómitos, apareciendo calambres en los dedos de las manos y en los músculos de las pantorrillas. A las doce del día cesaron los vómitos; los dolores continuaron, aunque atenuados. Ha tomado varios vasos de agua sin vomitar. Persiste la constipación. Oliguria muy marcada.

A la hora 18 y 30 el Interno de guardia señor Agorio me llama para que vea al enfermo.

**EXAMEN.** — Enfermo delgado. Facies de intoxicación. Ojos hundidos en las órbitas. Labios secos. Dientes con pátina opaca. Lengua seca, amarillenta. Paladar seco y pastoso.

Temperatura: 36 grados y 3/5, axilar. Pulso 90, regular pero muy chico y depresible. Vientre excavado; en el epigastrio, a la derecha de la línea mediana existe un balonamiento mediano en evidente contraste con el lado izquierdo de la misma región que está sin embargo también algo convexo, pero sobre todo con el resto del abdomen profundamente deprimido. Cicatriz de laparotomía mediana supraumbilical. A la palpación no hay contractura de la pared; ella da la im-

presión especial de pastosidad de los estados de caquexia o de deshidratación profunda.

El epigastrio ofrece a la mano que palpa la resistencia elástica particular que dan las distensiones gaseosas del estómago.

A la percusión, timpanismo epigástrico de timbre agudo a la derecha de la línea mediana, más grave a la izquierda. Este timpanismo está limitado abajo por una línea curva a la convexidad inferior que no alcanza al ombligo y se continúa con la sonoridad del espacio de Traube. El resto del vientre es mate. Macidez hepática conservada.

La excitación del abdomen con agua fría nos muestra una reptación que comienza débilmente a la izquierda de la línea media del epigastrio y se propaga a la derecha de la misma región donde se hace violenta y muy visible, deformando y moderando el abombamiento ya señalado en esta zona. No hay reptación en otros puntos del abdomen; ella es de localización estrictamente epigástrica y dada la forma y situación de la zona sonora asiento de este fenómeno, podemos afirmar que él ocurre en el estómago y duodeno (sonoridad de timbre diferente).

En el período álgido de la reptación se oye gorgoteo hidro-aérico y el enfermo acusa dolor. En los períodos de acalmia, clapoteo de timbre metálico a la percusión. Tacto rectal: Douglas normal.

El examen general del enfermo no revela otras particularidades.

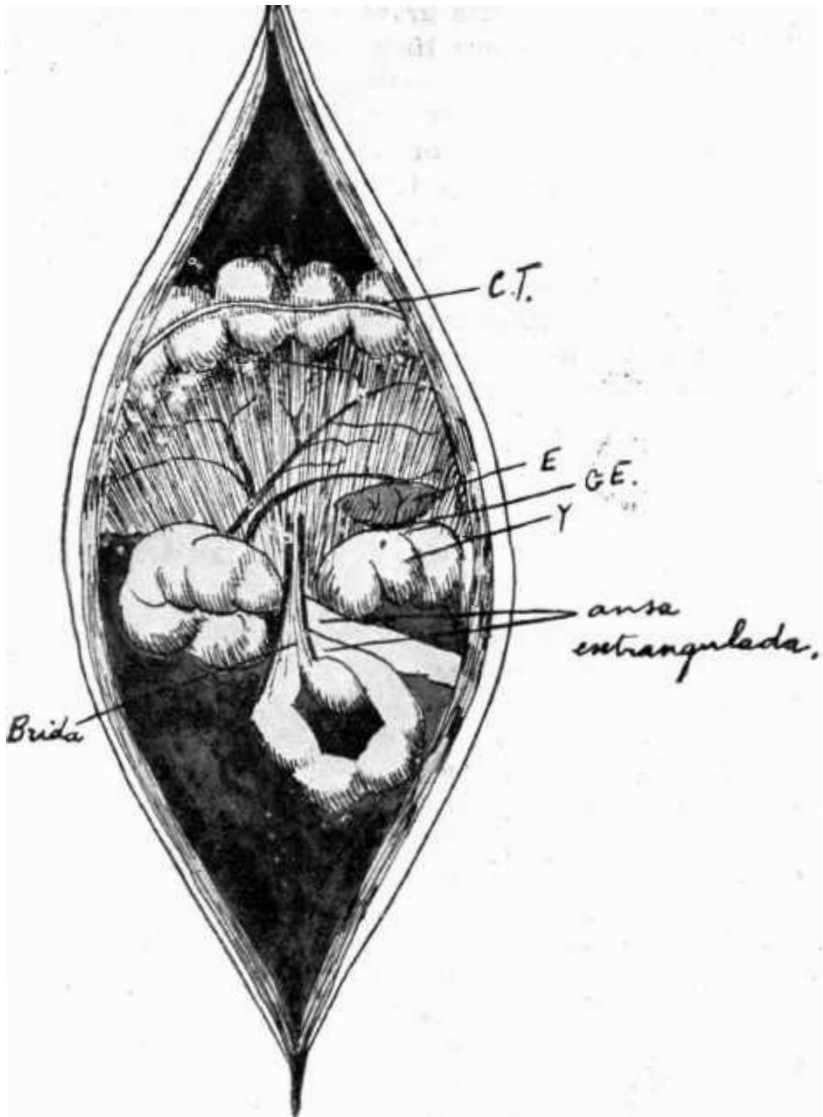
El diagnóstico de oclusión intestinal alta, duodenal o duodeno-yeyunal se impone; el dolor, los vómitos característicos y los datos del examen físico son concluyentes.

Como causas pensamos como posibles: torsión de la neo-boca; estrangulamiento al través del orificio mesocólico de un ansa yeyunal muy cercana al ángulo; compresión de los vasos mesentéricos; extrangulamiento por brida; hernia del hiatus de Winslow. Descartamos la posibilidad de una invaginación yeyunal por la neo-boca en el estómago, por la ausencia de sangre en los vómitos que habría existido teniendo en cuenta la evolución de dos días y medio.

Tonificación e intervención a la horas 19 y 30. Me ayuda el Interno señor Agorio. Anestesia general, éter con el aparato de Ombredanne (Doctor Mourigán). El enfermo entre de inmediato en resolución con la mezcla al número 3 del aparato. Pese a respirar sin obstrucción de las vías respiratorias y sin vómitos la cara adquiere un tinte cianótico, lívido, el pulso se acelera. Esto nos confirma la profunda intoxicación del enfermo, característica de esas oclusiones.

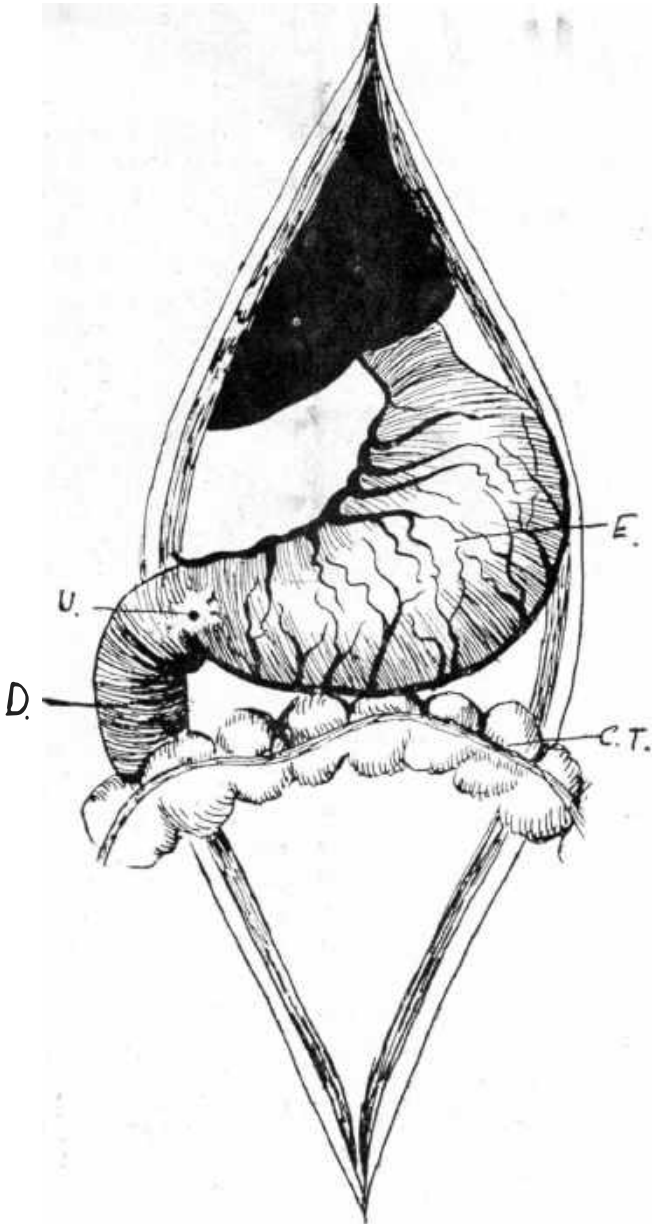
Laparotomía mediana y oblicua del apéndice xifoídes para terminar a dos dedos de la derecha del ombligo. Adherencias del epipión a la antigua cicatriz, que se seccionan. Gran congestión venosa gastro-

epilóica: el estómago enormemente distendido hace hernia como si fuera un globo. Extraordinaria dilatación del duodeno cuyo diámetro es de unos 7 a 8 centímetros. Sobre el píloro que en forma de ligero



surco bilocula apenas el enorme globo constituido por el estómago y duodeno se observó una cicatriz blanca, estrellada, del tamaño de una moneda de 5 centésimos, con un pequeño punto deprimido en su centro. (Cicatriz del ulcus).

Se levanta el colon transverso y se va a explorar la neoboca; se encuentra entonces una brida en forma de cordón perfectamente ci-



límpido de unos 3 m.m. de diámetro que nace al nivel del mesocolon transverso a 1 centímetro a la derecha y adelante del ángulo derecho de la neo-boca (isoperistáltica) y se dirige hacia abajo terminando

en forma de cono, algo ensanchada sobre un ansa delgada fuertemente atraída y acodada. No podemos, por el momento saber qué ansa es ni podemos exteriorizarla. Por debajo de la brida se puede insinuar un dedo y se aprecia así su resistencia muy grande. Pasa por debajo de la brida, moderadamente extrangulada y dirigiéndose de izquierda a derecha y de abajo a arriba una ansa delgada que hace su bucle a unos 4 traveses de dedo por encima de la brida.

Se secciona la brida entre dos pinzas, el ansa extrangulada que no presenta sino una moderada hiperhemia pasiva, baja y puede ser exteriorizada lo que nos demuestra que ella corresponde a la primera porción del yeyuno.

Viene entonces fácil y casi espontáneamente al exterior el ansa sobre la cual se implantaba la base del cordón y constatamos que ella es el ansa eferente de la gastroenterostomía llevando la implantación de la brida a unos 3 centímetros hacia abajo de la boca, sobre su borde convexo. Coloración vinosa sin lesiones parietales serias; ella recobra rápidamente su color casi normal. Nos explicamos por qué no venía al principio, pues formando ella el semicírculo posterior del anillo, era así imposible exteriorizarla sin seccionar la brida y dejar caer el ansa que introducida en el anillo la comprimía.

Se encapuchona en una jareta seroserosa la base de implantación de la brida. El duodeno pese a haber sido levantado el obstáculo no se evacúa espontáneamente pero es posible vaciarlo por presión (se encuentra en asistolía).

Se controla la permeabilidad de la boca de gastroenterostomía. Vueltas las cosas a su lugar se cierra el vientre en dos planos al catgut. Piel a la crín. La intervención sin grandes dificultades duró unos 25 minutos. Al final, cianosis, respiración lenta y dificultosa, pulso de 140, algidez. Oxígeno en inhalaciones, respiración artificial, suero clorurado al 20 o/o 20 c.c., alcanfor 10 c.c., cafeína 0 gr. 50, adrenalina 1 mgr. El facies recobra su color normal al cabo de 15 minutos. Tiene dos vómitos biliosos poco abundantes en la mesa. A la hora 20 y 30 se le traslada a la sala II.

En suma: se trata de una oclusión intestinal alta por doble mecanismo: acodamiento del ansa eferente de la gastroenterostomía por la tracción de la brida y estrangulamiento de la primera ansa yeyunal en el anillo formado por esta ansa eferente desde el ángulo derecho de la neo-boca al punto de implantación de la brida, por la brida y una pequeña porción del mesocolón transverso. Este extrangulamiento no era muy apretado.

**Indicaciones: Suero clorurado hipertónico 20 c.c. cada 4 horas.**

**Suero fisiológico subcutáneo 1 litro. Enema jabonoso, Alcanfor 4 c.c. cada 4 horas con 1 mgr. de adrenalina. Horno en la cama.**

Febrero 20. Tuvo algunos vómitos hasta las 3 de la mañana. Evacuó el intestino con el enema. Se queja de retorcijones en el bajo vientre, pero no ha vuelto a sentir los dolores epigástricos. Orinó una vez, abundante, pero no se midió. **Facies bueno. Lengua aún seca.** Pulso de 102, lleno, regular. Temperatura: 36° 4/5. **Vientre depresible e indoloro.**

Indicaciones: **Suero clorurado hipertónico, 20 c.c. cada 4 horas.** Suero subcutáneo, 1 litro. Enema purgante. Alcanfor, 4 c.c. cada 4 horas. Agua, te y caldo salado a tomar.

Febrero 21. Sigue muy bien. No ha vomitado ni ha sentido dolores en el vientre, aunque todavía no evacuó el intestino con el purgante que le dimos esta mañana a las 4 (32 horas después de operado). **Diuresis: 1.500 gramos.** Análisis de orina: normal.

Indicaciones: **Suero clorurado hipertónico, 20 c.c. tres veces al día.** Suero subcutáneo, 1 litro. Alcanfor. Caldo, te y jugos de frutas.

Febrero 22. Temperatura 37° 4/5. Algunos golpes de tos. Pulso 90. Congestión pulmonar en forma de grueso foco en la base izquierda. Poca disnea. **Evacuación profusa del intestino. Diuresis: 2.500 gramos.**

Indicaciones: Ventósas. Vacuna de Weill-Dufour. Alcanfor. Digitalina XX gotas. Dietética igual.

Febrero 23. Temperatura 37° 2/5 matinal. Pulso 100 bien golpeado. Diuresis 900 gramos. Ha aparecido un nuevo foco en la base pulmonar derecha.

Indicaciones: Como el día anterior.

Febrero 24. Temperatura ayer tarde 38° 1/5. Hoy 36° 4/5. Pulso 100. Estado pulmonar igual. Orinó poco.

Se continúa con el mismo tratamiento.

Febrero 25. Ayer tarde, temperatura 38°. Hoy 37° 1/5. Pulso 110. El foco pulmonar izquierdo está más limitado; ha aparecido en la base pulmonar derecha un grueso foco de hepatización con soplo tubario y estertores. Poca disnea, escasos golpes de tos.

Indicaciones: Digitalina XX gotas. Vacuna de Weill-Dufour 2 ampollas. Alcanfor. Poción estimulante. Leche y caldo a tomar.

Febrero 26. Hoy el aspecto es mejor. Ayer fiebre a 39° vespéral; hoy 37° 4/5. Pulso 106. Las lesiones pulmonares han mejorado algo. Se repiten las indicaciones del día anterior.

Febrero 27. Sigue con fiebre elevada. Estado general siempre bueno. Foco pulmonar izquierdo de nuevo grande con soplo y estertores. Buel pulso.

Indicaciones: Tonicardíacos y estimulantes generales.

Marzo 1.º. Caída en crisis de la fiebre de 39º a 36º (7.º día del comienzo de su complicación pulmonar). Pulso 84. Estado general excelente. Se alimenta y evacúa bien el vientre. Herida abierta en sus planos superficiales, con granulación de buen aspecto.

Marzo 7. Hizo 2 o 3|5 de temperatura vesperral los días 1.º, 2 y 3 del mes. El 4 de Marzo entra en apirexia completa. Puede considerarse curado.

Pedimos un examen radioscópico del estómago y serie duodenal para controlar el funcionamiento de la neo-boca y el estado del duodeno.

### Informe del radiólogo Dr. Vidal —

La neo-boca funciona bien. El píloro funciona aunque se nota lucha duodenal, peristalismo y antiperistalismo exagerados y por momentos éstasis duodenal. — Alta Marzo 13|931.

## CONSIDERACIONES

De la historia del caso vamos a destacar, a manera de resumen y comentario, los síntomas capitales.

Comienzo sin prodromos, por un **dolor** localizado en el epigastrio, a la derecha de la línea media y un poco por encima del ombligo. Este dolor, al cual se agregó un dolor intermitente, como retorción de estómago, espontáneo pero, sobre todo, provocado por la menor ingestión de agua, no tuvo ni el comienzo súbito ni la violencia inaudita que caracteriza la perforación ulcerosa gastro-duodenal, la pancreatitis hemorrágica, la trombosis de los vasos mesentéricos.

El dolor de doble faz produce, por su carácter fijo, el sufrimiento del intestino tironeado o extrangulado y por su modalidad intermitente el peritaltismo forzado, patológico en lucha con un obstáculo difícil de franquear. Hacía notar el enfermo que el dolor fijo era tolerable y que sólo el paroxismo doloroso intermitente lo atemorizaba. Todavía encontramos en esta modalidad un diferencia con el dolor del ulcus perforado, que hemos visto presentarse con esta doble faz: dolor fijo pero siempre violento, que hace contener la respiración, impide al enfermo hablar, al cual se agregan, de rato en rato, exacerbaciones de violencia a veces intolerable.

Al síntoma dolor con los caracteres sobre los cuales hemos insistido, se agregó el **vómito**. Tal cual nos lo describía el enfermo él hacía el diagnóstico de oclusión alta. "Tomaba un vaso de agua y vo-



mitaba 2 o 3 escupideras de líquido verdoso". Era el vómito bilioso profuso de las descripciones clásicas. Se ha señalado en él la presencia de fermentos pancreáticos que nosotros no hemos buscado.

En la variedad de oclusión que nos ocupa, el vómito fecaloideo no existe nunca. Además de su profusión, el vómito tiene la característica de su repetición espontánea o provocada por la menor ingestión de alimentos líquidos.

Estos dos síntomas experimentaron con la evolución de la afección una modificación que interesa recalcar. El dolor se atenuó mucho a mediodía del martes, es decir, 52 horas después del comienzo; los vómitos cesaron por completo; el enfermo podía tomar agua (bebió en la sala 3 o 4 veces) sin vomitar.

Es probable que la atenuación de los síntomas obedeciera a la fatiga del músculo gastroduodenal, habituado al diario pero sistematizado trabajo de evacuación, pero rápidamente impotente después de violenta lucha para franquear un obstáculo que sólo la intervención pudo levantar. Cualquiera que sea la interpretación, es evidente que esta modificación de los dos síntomas capitales podía inducir en error si el estado general y el examen físico no hubieran sido todo lo categóricos que eran en nuestro caso.

**Constipación absoluta.** — En nuestro caso se realizaba al completo la frase de "nada por abajo, todo por arriba". Se ha señalado en las oclusiones altas la existencia, a veces, de diarrea (evacuación del cabo inferior o diarrea por intoxicación duodenal).

**Oliguria extrema.** — No alcanzaba a medio litro en dos días y medio, dice el enfermo. Orinas fuertemente concentradas. Se ha señalado la anuria.

**Calambres** en los miembros (músculos de las pantorrillas y dedos de las manos) muy molestos. Habían comenzado en la mañana del martes, es decir, 48 horas después de instalado el cuadro. Estos calambres (temblores, sacudidas musculares y rigidez en los miembros) han sido señalados por Draper en sus experiencias de oclusión duodenal en el perro, en el período de los accidentes terminales, atribuyéndolos a la acción tóxica de la secreción duodenal estancada. Los hemos visto, en ciertas intoxicaciones alimenticias con gran diarrea, deshidratación, hipotensión y algidez y hemos constatado su retrocesión en estos casos por las inyecciones masivas de suero fisiológico subcutáneo y la hidratación por la boca.

**Síntomas generales.** — Ellos traducían la profunda intoxicación del enfermo. Facies pálido, terroso, ojos hundidos, labios violáceos y secos, lengua seca, dientes sin brillo. Ligera obnubilación. Temperatura 36° 3/10. Pulso 90, chico e hipotenso. Respiración poco amplia,

etc., todos síntomas que experiencias ya antiguas de Glenard en el perro por la inyección endovenosa de líquido de retención duodenal han puesto en evidencia conjuntamente con otros que no hemos constatado o buscado por ignorarlos (hipocoagulabilidad sanguínea, concentración excesiva de la sangre, midriasis, etc.).

La taquicardia, poco acentuada en nuestro caso, podía habernos infundido un falso optimismo sobre el estado del enfermo si los otros elementos del pulso (volumen, tensión) no hubieran indicado que la frecuencia casi normal no era de buena ley. En efecto, apenas anestesiado el enfermo (anestesia suave, sueño profundo en el número 3 del Ombredanne, bien conducida por un médico experimentado), el pulso se desmoronó y al final de la intervención, que fué corta, sin evisceración, sin manoseo, el pulso era de 160 y casi impalpable.

Del examen físico destacamos algunos datos capitales. **Ventre retraído** en quilla de bote, salvo el epigastrio; pastoso con una elasticidad especial, difícil de describir, a la palpación; mate a la percusión. **Epigastrio balonado y sonoro**, de timbre más agudo a la derecha (duodeno) que a la izquierda.

**Ausencia de contractura muscular.** Reptación apenas perceptible a la izquierda, muy neta a la derecha, violenta por momentos.

**Clapoteo** de timbre metálico del estómago en los momentos de calma.

En cuanto a la causa, mejor dicho, causas de la oclusión, ellas han sido descritas y figuradas en páginas anteriores. Nuestra búsqueda bibliográfica, aunque no completa, nos indica que este modo de doble oclusión es muy poco frecuente.

La obturación de la luz del intestino era completa pero la extricción parietal no muy profunda, lo cual nos explica relativamente larga duración de la evolución (60 horas) y el éxito de la intervención una vez levantado el obstáculo. No es ajena a este resultado el empleo a grandes dosis de la solución de cloruro de sodio al 20 o/o (20 c.c. cada cuatro horas), con lo que se consiguió la desintoxicación rápida del enfermo, la cesación de los vómitos, la exoneración intestinal precoz y la diuresis abundante.

Sólo se produjo como incidente post-operatorio una congestión pulmonar bilateral sería que cedió a la terapéutica corriente.

## RESEÑA Y COMENTARIO BIBLIOGRAFICO

**Rigollot-Simonot.** — Oclusión intestinal después de gastroenterostomía. Tesis de París. 1906. Cita 7 observaciones de encarceración del intestino en el desfiladero prevertebral limitado por el mesocolón

transverso arriba, pared posterior del abdomen atrás, asa aferente de la gastroenterostomía con su mesenterio levantado en cuerda y distante del mesocolón abajo.

**Alfred Petit.** — L'Etranglement du duodénum au niveau de la racine du mesentère. Thèse Paris. 1900. (Importante por la sintomatología).

**Maury-Draper.** — Observation upér form of death resulting from certain operation upon duodenum an jejenum. Surg. Gyn. and Obst. May 1906. — (Importante por la experiencia).

**Roger et Garnier.** — L'occlusion intestinale. Pathogénie et physiologie pathologique. Presse Médicale. 23 Mars 1906.

**Gerard.** — Intestinal obstruction. (Journal of American Medical Association). Nov. 4 1923.

**L. R. et C. Dradstedt.** — Acute dilatation of stomach. (Journal of Am. Med. Assoc). 19 August 1922.

**Duval Roux et Beclère.** — Etudes sur le duodénum. Paris 1924.

**Navarro.** — Investigaciones de Cirugía Clínica y Experimental. Obstrucción crónica del Duodeno. 1926. Pág. 153.

**Terris.** — Sténose Fonctionnelle du Duodénum. Paris 1926.

**H. Hartmann.** — Cirurgie de l'Estomac. 1926. Pág. 218. Un caso de oclusión intestinal (11 meses después de g. e.) por brida estrangulando el íleo a 8 centímetros del ciego. No ha visto nunca el tipo de oclusión descrito en la tesis de Rigollot-Simonot, pero cita 3 casos señalados por Bryand en 1920, Framme en 1920 y Brut en 1921.

**Leclerc et Dubard.** — Sur un mode d'occlusion intestinale, après gastroenterostomie. Soc. de Chir. de Lyon. 10 Mai 1928. (Se refiere a un caso de oclusión precoz, por una incarceration del tipo descrito en la tesis de Rigollot-Simonot, cuyo mecanismo es completamente diferente al de nuestro caso).

**Yedoux-Lebard, Calderón et Jahiel.** — Bull de la Soc. de Radiologie Medicale de France. 1928. Febrero 11. Pág. 74. Sobre un caso de estenosis alta del delgado, después de gastroenterostomía. (Enfermo operado años atrás por ulcus pilórico. Se le hace g. e. Reparación de los trastornos meses después, que se acentúan progresivamente con el tiempo, hasta volverse muy violentos. Dolores post-prandiales, calmados por vómitos copiosos de estasis. El interés del caso, para nosotros, no radica tanto en la causa ((tumor inflamatorio de periyeyunitis) ni en la evolución, progresivamente agravada hasta la operación y no aguda, como en nuestro caso,

sino en el resultado del examen radioscópico, que pocas veces ha sido hecho. Los autores encontraron: retención de líquido en ayunas y una imagen particular después de comida, opaca, constituida por tres cubetas, una superior y grande, gástrica; y hacia abajo de ella, dos nuevas cubetas más pequeñas, en forma de mancha semilunar; una a la derecha, constituida por el asa duodenal dilatada, otra a la izquierda, formada por el asa yeyunal eferente, también dilatada. La barita pasaba de una a otra de estas dos cubetas pequeñas, después de remontar el ángulo duodeno-yeyunal. El píloro no funcionaba y el relleno del asa duodenal se hacía por cfa retrógrada. Evacuación filiforme mínima del asa yeyunal hacia abajo.

---

**Dr. H. García Lagos.**—Considera muy interesante el caso presentado por el Dr. Larghero, pero cree que podría rotularse como oclusión aguda alta por brida post operatoria.

El hecho de ser un gastroenterostomizado le da interés especial por las consecuencias de la oclusión doble y retrógrada, pero no es una complicación oclusiva de una gastroenterostomía y sí una oclusión en un gastroenterostomizado.

El Dr. Larghero ha citado las oclusiones por invaginación, por hernia trans y supramesocólica, etc., que pueden clasificarse en inmediatas o tardías, pero no ha citado las estenosis tardías por ulcus péptico.

Este tipo, del que tengo más de un caso, puede llegar a la oclusión completa, con éstasis duodenal e inanición, y puede diagnosticarse por radioscopías a repetición y curarse operatoriamente, sin llegar a presentar el cuadro agudo del caso del Dr. Larghero.

Por fin hay las asas muy largas, acodadas y adherentes del mesocolon que dan también obstrucciones, pero no agudas.

**Dr. Nario.**—Hace resaltar que el caso del Dr. Larghero, es del mayor interés.

La oclusión es múltiple: 1.º brida; 2.º estrangulación a localización inferior a la neoboca. El mecanismo de la oclusión ha sido tal, que al mismo tiempo que se ocluyó el yeyuno se cerró la neoboca y la dilatación se hizo duodenal. No es, pues, una oclusión yeyunal alta solamente; es también una oclusión de la neoboca, que de haber quedado libre hubiera permitido una regasgitación tal vez salvadora.

La intervención del duodeno, como si el enfermo no hubiera tenido una neoboca, ha traído como consecuencia un cuadro clínico raro, que hace el mayor interés de la observación.