

arriba. En cuanto el enfermo tome una de estas lavativas debe echarse del lado izquierdo, y no cambiar de postura hasta que sienta fuertes ganas de obrar. Este tratamiento tan sencillo merece sea experimentado de nuevo.

Resumen, régimen y prescripciones.—Si ahora echamos una ojeada sobre las diversas medicaciones expuestas mas arriba, vemos que no hay ninguna en que se pueda tener mas confianza que en la asociacion de los narcóticos con los astringentes. Es preciso añadir tambien que no se deben usar estos últimos sino hácia el fin de la enfermedad y en el período de colapso. Entonces es cuando se debe recurrir á las lavativas de nitrato de plata de que acabo de hablar. Por último, dígase lo que quiera, es necesario recurrir principalmente á las preparaciones opiadas.

Régimen de la forma aguda.—En esta forma las bebidas consistirán en agua albuminosa, cocimiento blanco, té ligero, uno ó dos litros por dia, y á falta de estas sustancias se prescribirá el agua de cebada perlada ó de arroz, al mismo tiempo que se le podrá dar un huevo pasado por agua, algunos caldos y sopas ligeras. Trousseau (1) atribuye gran importancia á la alimentacion en la nueva forma aguda, y aconseja las panatelas, pudiendo sucesivamente graduar la alimentacion con pescado, huevos y carnero asado, proscribiendo desde luego toda legumbre indigesta.

PRESCRIPCION I.

EN CASO DE DISENTERÍA LEVE NO FEBRIL.

1.º Para tisana, cocimiento ligero de arroz endulzado con jarabe de goma ó de membrillo.

2.º Por mañana y noche una cuarta parte de lavativa de cocimiento de malvavisco, á la que se añade:

Láudano.....	10 á 12 gotas.	Almidon.....	4 gram.
Para los niños muy pequeños.....	1 gota.		

3.º Fomentos emolientes al abdómen.

4.º Baños de asiento.

5.º Dieta severa.

Este tratamiento sencillo tiene siempre felices resultados.

(1) Trousseau, *ouvr. cité*, p. 171.

PRESCRIPCION II.

EN UN CASO DE DISENTERÍA MUY AGUDA CON REACCION VIVA.

1.º La misma tisana ó bien un cocimiento de simaruba, ó el agua albuminosa (véase pág. 461).

2.º Una sangría del brazo si la calentura es fuerte. Veinte ó treinta sanguijuelas al trayecto del intestino grueso, repetidas si el caso lo exigiese.

3.º Tomar cada tres horas una píldora de dos á tres centigramos de extracto tebáico.

4.º Por mañana y tarde una lavativa de semilla de lino con:

Láudano.....	15 á 20 gotas.	Almidon.....	5 gram.
--------------	----------------	--------------	---------

Para los niños las mismas dosis que se han indicado arriba.

5.º Dieta severa y quietud tan absoluta como sea posible.

PRESCRIPCION III.

EN CASO DE ABATIMIENTO CONSIDERABLE DE FUERZAS Y DE ENFRIAMIENTO DE LAS EXTREMIDADES, ETC.

1.º Para bebida la que se ha indicado en las precedentes prescripciones, ó bien cocimiento de ratania, de árnica, etc.

2.º Una á dos lavativas al dia, con una solucion de nitrato de plata (véase pág. 460).

3.º Fricciones calientes y secas.

4.º Lo restante como en las prescripciones anteriores.

No indico aquí las medicaciones particulares, pues ya las he expuesto con suficientes pormenores.

Resumen del tratamiento.—Emisiones sanguíneas, narcóticos, purgantes, astringentes, amargos, tónicos, ferruginosos, nitrato de plata, diaforéticos, agua albuminosa, nuez vómica, preparaciones mercuriales, cera amarilla, medios diversos: fósforo, trementina, píldoras inglesas, etc.; narciso de los prados, bebidas, lavativas y afusiones de agua fria, enemas de agua caliente, medios externos y régimen.

ARTÍCULO VI.

DISENTERÍA CRÓNICA.

Basta solo la lectura de los autores para convencerse de que la disentería crónica no está bien definida, porque casi todos los que han escrito sobre esta materia incluyen bajo este título enfermeda-

des enteramente diferentes, como el cáncer de los intestinos y las afecciones de los demás órganos abdominales que dan lugar á diarreas crónicas, y muchos han tomado por tipo las ulceraciones del intestino grueso de naturaleza específica y que pertenecen principalmente á la enfermedad tuberculosa. Si se consultan los hechos, se ve que es raro encontrar una disenteria primitivamente crónica, y que casi no se observa mas que en los casos en que despues de haber empezado de una manera aguda la enfermedad, se prolonga y adquiere algunos caracteres particulares. Pero aun se ofrece aquí una dificultad que está por resolver. ¿Cuándo se puede decir que una disenteria ha pasado al estado crónico? Esta cuestion es muy difícil de decidir en muchos casos. Sin embargo, si el movimiento febril ha perdido parte de su intensidad, si las deyecciones han disminuido de frecuencia y, sobre todo, se han hecho purulentas, y hay al mismo tiempo demacracion lenta con los síntomas de la fiebre hética, no se puede dudar de que la disenteria se ha hecho crónica.

En vista de lo que acabo de decir, se ve que no hay causas particulares de disenteria crónica cuya existencia esté demostrada por la observacion. En cuanto á los *síntomas*, habiendo ya enumerado mas arriba los principales, me bastará añadir para completar el cuadro, la expresion de languidez, el enflaquecimiento, la palidez del *rostro*, la *aridez de la piel*, la *sensibilidad al frio*, principalmente en las extremidades, y á veces *derrames de serosidad* en varias partes del cuerpo.

El *curso* de la enfermedad es casi siempre muy lento; *dura* de dos á tres meses y aun mas, y su *terminacion* es casi constantemente fatal.

En cuanto á las *lesiones anatómicas*, tambien es la principal la ulceracion, la cual presenta algunos caracteres particulares. Los mas esenciales son el color azulado ó de pizarra de las partes que ocupa, el engrosamiento considerable de los tejidos y la capa de pus mas ó menos sanioso que cubre las úlceras. Se ha dicho que la afeccion podia degenerar en un verdadero cáncer; pero segun lo que resulta de todos los hechos conocidos, este es un error y han dado margen á él algunos casos de afecciones cancerosas que lo eran desde el principio.

El *diagnóstico* de la disenteria crónica es siempre difícil. Si la afeccion ha empezado por una disenteria aguda, si no se encuentra en el abdomen ningun tumor, se puede creer que se trata de una disenteria crónica simple; pero aun en este caso es necesario guardar mucha reserva, porque puede muy bien haber una enfermedad orgánica que sea causa de la continuacion de la diarrea, é imperceptible á nuestros medios de investigacion. El tacto rectal dará á conocer los *cánceres* situados en la parte inferior del recto.

El *tratamiento* de la disenteria crónica se compone de medios que todos constituyen parte del tratamiento de la aguda, tales son: los *amargos*, los *tónicos* y los *astringentes* á dosis bastante considerable; las *fricciones secas* y *aromáticas* en el tronco, un *régimen se-*

vero y, sobre todo, las lavativas con el *nitrate de plata* (1). Es inútil decir, que no se debe recurrir en esta forma de la afeccion á ninguno de los medicamentos llamados antiflogísticos, y aun menos á las emisiones sanguíneas.

El doctor Scotti (2) ha referido treinta observaciones de curacion de diarrea y de *disenteria crónica*, tratadas de la manera siguiente:

R. Extracto de nogal preparado con la corteza verde de nuez y las hojas verdes.....	8 á 12 gram.
Limonada mineral.....	1000 gram.

Se disuelve y se toma la mitad ó una tercera parte de vaso cuatro veces al dia.

Este tratamiento puede ensayarse fácilmente.

J. Delioux de Savignac (3) ha empleado en la disenteria crónica un tratamiento parecido al que recomienda Eimer en la aguda (véase p. 50). La tintura de iodo en lavativas con buen éxito. La fórmula empleada por este médico, es la siguiente:

Tintura alcohólica de iodo.....	10 a 20 gram.	Ioduro de potasio..	0º, 50 á 1 gram.
		Agua.....	200 á 250 gram.

Cuando se emplea el iodo desde luego á una dosis elevada, se administra antes una lavativa emoliente. Si los cólicos persisten con cierto grado de intensidad, se puede usar simultáneamente una lavativa laudanzada que les calma bien pronto: esta medicacion que puede repetirse en el curso del tratamiento, no excluye el empleo de los otros remedios.

El *diascordio* á la dosis de uno á tres gramos, los polvos *oleo-calcareos*, á la de 2 á 15 gramos, son de mejores resultados en la forma crónica que en la aguda, particularmente en esa forma que se combate con las lavativas de nitrato de plata.

Régimen de la forma crónica.—En esta debe ser el régimen muy severo porque el menor exceso hace reaparecer la disenteria. Conviene mucho sostener las fuerzas del enfermo y en esta forma, sobre todo, es preciso insistir en los caldos, sopas de pan, huevos, pescados, carnes asadas. Delioux de Savignac (4) recomienda las carnes poco cocidas. A las comidas, se puede beber vino viejo mezclado con agua, ó té ligero: en los países cálidos el café negro aprovecha.

Cuando es rebelde la enfermedad no debe olvidarse el *cambio de aire*, acerca de lo cual Cornuel (5) insiste con razon.

(1) Véase DISENTERIA AGUDA, p. 49.

(2) *Gazzetta medica di Milano*, 1846.

(3) Delioux de Savignac, *Traité de la dysenterie*, p. 440, et *Bulletin général de thérapeutique*, 16 Enero 1853.

(4) Delioux de Savignac, *ovo. cité*, p. 477.

(5) Cornuel, *Mémoire sur la dysenterie observée à la Guadeloupe* (*Mém. de l'Acad. de med.*, t. VIII, 1840, p. 100 et suiv.).

En el tratamiento de la disentería está por hacer el estudio de las aguas minerales; sin embargo, se recomiendan las aguas bicarbonatadas sódicas y las aguas sulfurosas.

ARTÍCULO VII.

ENTERORREA, LIENTERIA, GANGRENA DEL INTESTINO.

Aunque la enterorrea es una afección muy rara, no obstante, se han reunido algunos ejemplos, de los que los mas interesantes son los que Grisolle ha citado en su *Tratado de patología*, distinguiéndose entre ellos el caso observado por el mismo Morgagni, y el muy reciente por un médico del Hotel Dieu. Como la enterorrea es una enfermedad muy poco conocida, y acerca de su tratamiento solo tenemos algunos datos inciertos, solo diré muy pocas palabras de ella.

Los fenómenos característicos de la afección son *deyecciones serosas* y tan *abundantes*, que en el caso que refiere Morgagni la cantidad de líquido arrojada ha sido de ocho kilogramos en doce horas, y que en un enfermo observado por Poterius, llegó á 20 kilogramos en veinticuatro horas; un *dolor* muy ligero en el vientre ó ninguno; *debilidad* excesiva que por lo comun se prolonga mucho siempre despues de la curacion, y *enflaquecimiento* rápido.

En algunos casos se han visto coincidir flujos de esta especie con la curacion rápida de algunas enfermedades, y, sobre todo, de diferentes hidropesias, siendo entonces *flujos intestinales críticos*. Estos casos son muy raros, y en el dia que se observa con mucha atencion, no se encuentran con tanta frecuencia como en otro tiempo. En cuanto al origen del líquido excretado, y sobre el *tratamiento* mas oportuno para cohibir el flujo, no tenemos mas que conjeturas.

Los autores antiguos, describen otras afecciones caracterizadas por deyecciones alvinas, á las que se ha dado el nombre de *flujo celiaco*, *lienteria*, etc.; pero en el dia estos diferentes flujos se refieren á otros estados morbosos, y no se consideran ya como enfermedades particulares. Solo diremos aquí que se describía el *flujo celiaco* como una enfermedad en que el quimo y aun el quilo se precipitaba en los intestinos y era arrojado por el ano sin haber sido absorbido. Sin duda el aspecto de las materias excrementicias habia hecho cometer este error en ciertos casos, cuando los médicos se contentaban con una observacion superficial.

La *lienteria* no es otra cosa que un estado morbooso en el cual, en medio de las materias líquidas excretadas, se encontraban alimentos mal digeridos; pero ya hemos visto que este fenómeno se debe atribuir principalmente á diversas especies de indigestion.

Solo diremos aquí que en la *lienteria de los niños de pecho*, Trousseau (1) prescribe primero la *sal de Seignette* (tartrato de potasa y sosa) á las dosis de dos á cinco gramos. Si la enfermedad se resiste dá de 5 á 15 centigramos de *magnesia calcinada* en un poco de leche. Por último, si estos medios no producen efecto, se recurre al *sub-nitrato de bismuto* á la dosis de 5 á 10 centigramos ó á la *sal comun* de dos á cuatro gramos. Por mi parte he visto que los *opiados á cortas dosis* producen siempre buenos efectos, y no tienen el inconveniente que algunas veces presentan los medios precedentes de producir una diarrea demasiado abundante.

Tampoco me extenderé mucho sobre la *gangrena* de los intestinos, debida ya á un exceso de inflamacion, ya á la presencia de cuerpos extraños, en una palabra, á causas que deben considerarse como afecciones particulares, de las cuales la gangrena no es mas que una consecuencia. Lo mismo sucede con la *dilatacion intestinal* que no tiene ni con mucho la importancia que la del estómago; pero diremos ahora dos palabras acerca de la perforacion y de la rotura de los intestinos.

ARTÍCULO VIII.

PERFORACION Y ROTURA DE LOS INTESTINOS.

Lo perforacion intestinal, es un punto interesante á causa de la *peritonitis* sobreaguda que la sigue. Bajo este punto de vista merece estudiarse con cuidado; pero no es este el lugar adecuado de dedicarnos á su estudio que será mas oportuno en el artículo en que se trate de la peritonitis.

Es bien raro que se siga la perforacion á una *úlceras simple* de los intestinos, y aun de ningun modo está probado que en los casos citados para demostrar la posibilidad del hecho no se tratase de *úlceraciones tifoideas, tuberculosas ó cancerosas*. Por lo demás, en todos los casos la perforacion no dá lugar de por sí á ningun síntoma, y solo es notable por sus consecuencias.

Las *causas* que se han admitido de la perforacion son, además de las *heridas penetrantes* y la *presencia de cuerpos extraños* en los intestinos, la *gangrena*, las *úlceras disintéricas, tifoideas, tuberculosas, cancerosas* y la *destruccion* de las paredes de los intestinos de fuera á dentro por diversas causas orgánicas, como los *abscesos* de los órganos abdominales, los *aneurismas*, los *entozoarios*, etc.

El doctor Bizot (2), de Beaume, ha visto en una señora de cua-

(1) Trousseau, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Marzo 1849.
 (2) Bizot (de Beaume), *Bulletin de la Société de médecine de Besançon*, 1845.

renta y cinco años, salir *lombrices* por una herida abdominal, que resultó de la caída de una escara, sintiendo aquellas dolores atroces en el momento en que estas lombrices perforaron los intestinos. Esta enferma se curó perfectamente.

Basta esta simple indicacion, porque el entrar en pormenores mas extensos, no tendria ninguna utilidad para el práctico. Esta es una cuestion de patología general, ó mas bien de anatomía patológica en que no debemos detenernos, pues tendremos que volver á hablar de ella, al tratar de la *peritonitis sobreaguda*.

Aun es menos interesante para el patólogo la *rotura de los intestinos*. Una enorme *dilatacion* de estos órganos puede, segun algunos autores, dar lugar á este accidente; pero los casos de esta especie son muy raros. Casi siempre la producen las violencias externas, y entonces, lo mismo que en la perforacion, lo que interesa es la *peritonitis* subsiguiente. Por esta razon no insistiremos mas sobre estas lesiones que no tienen mas importancia que ser causas evidentes de una afeccion muy grave.

ARTÍCULO IX.

ESTRECHEZ DE LOS INTESTINOS.

La estrechez de los intestinos es muy rara en el *estado de simplicidad*, es decir, sin haber una afeccion cancerosa ó una ulceracion tuberculosa. Sin embargo, algunos autores afirman que han observado ejemplos de ella, y segun Krisch y Walther (1), citados por los autores del *Compendio de medicina práctica*, habria estrecheces intestinales debidas al *acortamiento*, á la *inercia*, al *estupor de las fibras carnosas*, así como á la *astriccion*, á la *hipertrofia* y al *espasmo*; pero aun no se halla demostrada la existencia de estas diversas especies.

Las *estrecheces del recto*, órgano que es el mas expuesto á padecerlas, pueden ser segun Laugier, el resultado de *infartos* producidos por la *sífilis constitucional*, *bridas* formadas por la induracion del tejido sub-mucoso, y entre otros casos, un tabique con una abertura central estrecha, disposicion tambien atribuida á la sífilis por A. Berard y Maslieurat Lagemard (2). En vista de este corto número de datos se puede conocer cuán poco sabemos acerca de la *estrechez simple de los intestinos*. Algunas veces se ha encontrado una *estrechez congénita* que se refiere á una de las especies admitidas por

(1) Krisch et Walther, *Dissert. de intest. angust.* Leipzig, 1731.

(2) Maslieurat-Lagemard, *Gazette médicale*, Marzo, 1839.

Krisch y Walther, es decir, á la que consiste en el acortamiento de las fibras.

La *estrechez del recto* es la única que es accesible al tratamiento, y de ella es de la que se tratará principalmente en este artículo, que á causa de los escasos datos que poseemos, no permite entrar en grandes pormenores.

Los *síntomas* de la estrechez intestinal son un *estreñimiento* mas ó menos pertinaz, á veces seguido de una *diarrea* abundante, resultado tardío de los purgantes usados á altas dosis para promover la defecacion. Tambien debemos indicar el *volumen* y la *tension del vientre* por encima del obstáculo, la inflamacion del vientre, la aparicion de unas *abolladuras* producidas por las asas intestinales; el *hipo*, *náuseas* y *vómitos* de materias alimenticias ó biliosas. En fin, se pierde el apetito, las digestiones se hacen muy lentas y dificiles y el enfermo cae en consuncion. Cuando la estrechez ocupa el recto, hay *pesadez hácia el perine* y *dificultad en la emision de la orina*, debidas á la compresion de la vejiga por las materias fecales acumuladas por encima del obstáculo. Si la estrechez no se halla situada demasiado arriba, se debe reconocer con el dedo una contraccion con una abertura estrecha y bordes duros, cuya existencia es preciso tratar siempre de averiguar.

En una época algun tanto adelantada de la enfermedad, es muy difícil vencer el estreñimiento. Si aun hay deyecciones de cuando en cuando, presentan estas de notable que las materias arrojadas tienen un diámetro muy pequeño, son como *cintas*, como *pasadas por hileras*; en una palabra, presentan la forma de la abertura estrecha por la que han pasado. Mas adelante se suspende toda excrecion, el vientre se pone enorme, la *ansiedad* es extremada, se observan á veces *vómitos de materias fecales*, y el enfermo sucumbe ya por los progresos de una *peritonitis general*, debida algunas veces á una rotura del intestino, ya por los largos padecimientos que ha sufrido.

Esta enfermedad es *crónica*, y el primer síntoma es el estreñimiento que se manifiesta poco á poco. Su *duracion* es indeterminada. Cuando no ocupa el recto ó una parte poco alta de la S iliaca, hay que considerarla como mortal, porque nuestros medios de tratamiento no pueden contener sus progresos ni suplir el paso de las materias.

Ya hemos visto mas arriba á qué *causas orgánicas* se debe atribuir la afeccion. El doctor Corbin (1) ha tratado de probar que la estrechez era casi siempre consecuencia de una *ulceracion*; pero la ulceracion ¿es ó no de naturaleza cancerosa ó tuberculosa? Esto no puede resolverse por los hechos que ha citado, y de los cuales el mas notable es el comunicado por el doctor Pages. Efectivamente,

(1) Corbin, *Observations sur quelques cas d'ileus et sur le rétrécissement de l'intestin.* (*Archives générales de médecine*, 1.^a série. París, 1830, t. XXIV, p. 214.)

este médico ha encontrado en un caso observado en el hospital de la Caridad, once estrecheces sucesivas que correspondían á otras tantas úlceras. Por otra parte Louis (1) ha demostrado que la estrechez era frecuente en los tuberculosos, y tenía por causa orgánica la ulceración. Con este motivo ha citado hechos muy interesantes, y en los cuales ha desempeñado un gran papel la lesión intestinal. Estos hechos prueban que la estrechez intestinal no es, la mayor parte de los casos á lo menos, mas que una afección ligada con una enfermedad antecedente, y que la ulceración que la determina es por sí misma una alteración dependiente de la enfermedad primitiva.

L. Gosselin (2) observó muchos casos de retracciones sifilíticas del recto: la lesiones ocupaban en unos el ano, en otros la porción esfinteriana y en los demás la ampular. Coincidiendo muy frecuentemente con estas lesiones una hipertrofia de la epidermis y de las papilas (condilomas) especie de prolongaciones fibróides mas ó menos voluminosas. La mucosa al nivel del esfínter, se presenta roja y tumefacta, mamelonada, con ulceraciones ó cicatrices. Y por encima del esfínter estaba la retracción propiamente dicha formada por un tejido duro, inestensible, al nivel del cual era tan considerable la estrechez, que no permitía el paso al dedo indicador.

Gosselin no ha visto, sin embargo, retracción bastante que se opusiese completamente al paso de las materias fecales. Los síntomas son: dificultad y dolores para defecar cuando hay constipación, lo que es raro, pues lo mas comun es que haya diarrea, sobre todo, si la enfermedad es crónica. A muchos enfermos observados por Gosselin no se les movía el vientre sino cada tres ó cuatro dias, y las deposiciones á las que precedían cólicos violentos y prolongados, eran casi siempre líquidas.

La *supuración* es uno de los síntomas mas constantes y significativos, pues el pus sale por el ano, ya aislado, ya mezclado con materias fecales. Esta enfermedad amenaza un empobrecimiento rápido y algunos enfermos de los que observó Gosselin se hicieron tuberculosos.

El *diagnóstico* de la estrechez de los intestinos que se halla situada por encima del recto es muy difícil, á lo menos cuando se trata de una simple estrechez. En efecto, hay casos en que no se puede decir si es una *extrangulación interna* ó una simple estrechez. Sin embargo, ya veremos mas adelante que en la *extrangulación interna* tiene la enfermedad un curso menos continuo; que los accidentes despues de haberse reproducido muchas veces, se manifiestan rápidamente con una violencia muchas veces extremada, y estas consideraciones podrán servir de guía para el diagnóstico.

(1) Louis, *Recherches sur la phtisie*. 2.^a edición. París, 1843, p. 559.

(2) Gosselin, *Recherches sur les rétrécissements syphilitiques du rectum* (*Archives de médecine*, 5.^a série, t. IV, p. 666, 1854).

En cuanto al *diagnóstico de la estrechez del recto* en particular, se le puede formar por medio del cateterismo haciendo uso de candelillas exploradoras, y empleando el aparato indicado por Laugier; pero estos pormenores son mas propios de la cirugía, por lo cual no debo insistir aquí sobre ellos. Algunas veces penetra el dedo hasta una estrechez, y entonces se puede hasta cierto punto asegurarse de si se trata realmente de una estrechez simple, semejante á las que se han indicado mas arriba.

Tambien pertenece á la cirugía lo principal del *tratamiento* de la estrechez del recto. Los *diluentes*, los *purgantes*, las *lavativas* de diversas especies no son en efecto mas que *paliativos*. Los verdaderos medios *curativos* son la *introducción de candelillas*, de *mechas*, la *incisión* de las bridas, la *cauterización* de la parte estrechada, y en fin, en el caso en que la estrechez es tan grande que hay una verdadera obturación cuando no puede vencerse y persiste largo tiempo la retención de las materias, el establecimiento de un *ano artificial*, ya por el método recientemente acreditado por Amussat (1), ya por cualquiera de los otros que se han usado. Basta lo dicho para comprender que no me debo detener mas sobre estos puntos, porque seria salirme del dominio de la patología interna.

Hay retracciones congénitas del intestino y esta mal formación puede presentarse en todos los grados desde la simple estrechez del intestino á algunos centímetros por encima del ano que no está perforado, hasta la presencia de un tabique membranoso que separa del exterior la cavidad del intestino, que se estira por los esfuerzos que hace el niño para la expulsión del meconio. El mismo vicio de formación se encuentra en los casos en que una estrechez en forma de trayecto fistuloso, ya directo, ya oblicuo, remontándose hácia el saco ó al contrario en dirección al coecix, va á reunirse al recto y figura el ano. Estos hechos han sido bien estudiados por Depaul en estos últimos tiempos, tanto que han sido objeto de muchas Memorias (2). Es pues, importante reconocer inmediatamente estos vicios de conformación porque son algunas veces curables.

ARTÍCULO X.

EXTRANGULACION INTERNA.

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

Antiguamente se designaba con el nombre de *ileo* todos los obstáculos al curso de las materias intestinales. En estos últimos tiempos

(1) Amussat, *Quelques réflexions pratiques sur les obstructions du rectum* (*Gazete med. de Paris*, 1839).

(2) Depaul, *Societé de biologie et Societé de chirurgie*.