

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 tiem-

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

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

pos ha habido tendencia á reemplazar esta palabra por la de *extrangulación interna*; sin embargo, ni uno ni otro deben tener una significación tan extensa, pues el obstáculo al curso de las materias es ocasionado por demasiadas causas diferentes para que se puedan reunir todas las variedades en una sola y misma clase. En efecto, basta que haya una simple estrechez, un tumor en el intestino ó fuera de él, ó bien un cuerpo extraño, y aun una acumulacion de materias fecales en un punto cualquiera de aquel órgano, para que se encuentre interrumpido el curso de las materias fecales. Era, pues, necesario desechar por una parte el nombre de *ileo* que no puede aplicarse á ninguna enfermedad determinada, y por otra definir bien qué se debe entender por la palabra *extrangulación interna*.

En una Memoria recientemente publicada, Rokitansky (1) admite tres especies de ella: una que no es mas que la *estrechez* ó la *obliteración* causada por una *presión externa*; otra que consiste en el *arrollamiento* de una porcion del intestino alrededor de un eje formado por otra parte de él; y otra que es la extrangulación producida por *anillos*, *bridas celuloso-membranosas*, la adhesión del apéndice vermiforme, etc.

El doctor Benj. Phillips (2) ha averiguado cuál era la frecuencia de la obstrucción intestinal considerada de un modo general, es decir, cualquiera que sea la causa que intercepta el curso de las materias, y ha encontrado que entre 2392 autopsias hechas por varios autores, esta disposición anormal existía veintidos veces, es decir, una vez por 100.

§ II.—Causas.

J. Cruveilhier (3) indica un gran número de causas de obstrucciones intestinales, señalando en primera línea las hernias reducidas con el saco, ya por la taxis practicada por el cirujano haciendo volver á entrar la hernia con la causa material de la extrangulación, y á que esto tenga lugar espontáneamente ó bajo la influencia de una violencia exterior. Cuando el saco herniario se haya situado entre el peritoneo desprendido y la pared posterior del abdomen, puede parecer entonces la reducción tan completa como posible, y los esfuerzos que se le manden hacer al enfermo no bastarán para presentar fuera

(1) Rokitansky, *Sur les étranglements internes des intestins*, extrait du *Med. Jahrb. des oestr. Sc.*, XIX^e vol., 1836 (Archives gén. de médecine, 1837, 2.^a série, t. XIV, p. 202).

(2) B. Phillips, *Observation on intestinal obstructions depending on internal causes; and on the means to be employed for their relief*. Paris, 1852, t. II (London med. chir. Trans., 1843, t. XXXI, p. 1).

(3) J. Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1852, t. II, p. 214.

el tumor: tambien puede estar el saco incompletamente reducido, si se coloca entre los músculos de las paredes abdominales. En todos estos casos escapa la extrangulación á la mano del operador.

Segun Cruveilhier hay cinco grandes categorías de retracciones ú obliteraciones intestinales:

- 1.^o Interceptación por cuerpos extraños.
- 2.^o Compresión exterior por aneurismas de la aorta, tumores vecinos del intestino, quistes del ovario, bridas, un anillo constrictor, retorcimiento del mesenterio, invaginación.
- 3.^o Lesiones de las paredes, inflamación, cicatriz anular fruncida, pólipos del intestino.
- 4.^o Contracción muscular (histeria).
- 5.^o Interceptaciones congénitas.

En una Memoria premiada por la Academia de Medicina en 1859, en que se hace el análisis minucioso de mas de 600 casos de extrangulaciones internas, Duchaussoy (1) ha dividido las extrangulaciones en dos grandes clases; la primera comprendiendo la *extrangulación nerviosa* ó sea la *extrangulación espasmódica*; la segunda las *extrangulaciones debidas á agentes que se pueden reconocer despues de la muerte*. Hay extrangulaciones del mesenterio y extrangulaciones del intestino.

I. Las *extrangulaciones del mesenterio* pueden ser producidas por agentes que se pueden reconocer despues de la muerte: estos casos son raros, pues Duchaussoy no refiere mas que tres observaciones y la manera como la extrangulación del mesenterio se produce, es muy difícil de explicar satisfactoriamente.

II. Las *extrangulaciones del intestino* son mas frecuentes.

1.^o Son resultado de agentes que existen en el tubo intestinal extrangulado, ó bien en las paredes de este tubo: estos agentes tienen conexiones de estructura con las paredes del punto extrangulado, ó son debidas á simples modificaciones de situación de las referidas paredes. En este género se hallan: *A.* las invaginaciones propiamente dichas que son las mas numerosas y frecuentes (135) Duchaussoy y que estudiaremos en un capítulo aparte, torsiones, enroscamientos y extrangulaciones del intestino por el intestino (21, *D.*); *B.* extrangulaciones internas producidas por *retracciones* (86) debidas á pólipos, productos cancerosos, sifilíticos, hipertrofia papilar, del tejido fibroso, muscular, celular, á válvulas, bridas cicatriciales resultado de flegmasias crónicas y de la presencia de líquidos en las tunicas intestinales.

2.^o *C.* La extrangulación interna puede igualmente ser causada por

(1) Duchaussoy, *Anatomie pathol. des étranglements internes* (*Mém. de l'Acad. imp. de méd.*, t. XXIV, 1860, p. 97).—Véase aussi Besnier, *Des étranglements internes de l'intestin*. Paris, 1860.—Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*. 1865, t. III, p. 190.

agentes que no tienen conexión de tejido con el tubo intestinal, cuyos agentes que dan lugar á la *oclusion*, son suministrados por el organismo ó vienen de fuera.

En medio de los cuerpos extraños que pueden desarrollar los fenómenos de extrangulación interna, es preciso señalar los cálculos biliares, concreciones gástricas formadas por fibras de vegetales alimenticios mezclados con alguna tierra suave; cuerpos duros é indigestos como huesos ú objetos tragados inadvertida ó caprichosamente ó con intención de suicidarse, como lo demuestran un gran número de ejemplos; huesos de cerezas tragados en mucho número formando una masa compacta; pepitas y mondas de ciertas frutas (albérrigos, uvas) tragadas también en gran cantidad y precipitadamente; lombrices enroscadas unas con otras ó alrededor de cuerpos alimenticios mal digeridos formando tapon, etc., así como otras causas de la misma naturaleza, fueron registradas.

Cruveilhier marca todavía las concreciones fecales: «dice este observador; en el ciego y, sobre todo, en la redoma rectal es en donde se acumulan estas concreciones, que tengo vistas en una anciana de la Salpetriere, que llenaban y distendian de una manera extraordinaria el recto, la Siliaca y el colon ascendente, *concluyendo por determinar todos los accidentes de la extrangulación.*»

D. La extrangulación intestinal puede ser producida por agentes que existen fuera de la porción del tubo extrangulado.

1.º Estos agentes son suministrados por el intestino ó por su dependencia, tales como el apéndice ileo-cecal, una porción de intestino arrollado sobre otro, una brida ó cuerda formada por el mesenterio, por el epiplon, meso-colon; una abertura hecha al través de los tejidos y en la cual haga hernia el intestino como en el hiato de Winslow, una abertura del diafragma, mesenterio, etc.

2.º O bien la extrangulación es debida á otros órganos que comprimen el intestino: Duchaussoy ha reunido veintidos observaciones en que la extrangulación intestinal era producida por el bazo, pancreas, útero prolapsado ó afectado de tumores fibrosos, quistes, ciertas enfermedades de los ovarios, ligamentos redondos y largos, flemones de la fosa iliaca y la pared abdominal entreabierta, etc.

Segun resulta de las investigaciones de Rokitansky, la extrangulación externa que se ha descrito con los nombres de *ileus*, *passio iliaca*, *miserere mei*, *vomitus estercoris*, *volvulus*, etc., puede afectar á todas las edades. No obstante, se observa mas frecuentemente en los adultos ó en una edad avanzada. Segun una observacion de Gendron (1), Bouchut (2) se puede ver la extrangulación interna inmediatamente despues de nacer.

(1) Gendron, *Note sur un étranglement interne congénital de l'intestin grêle et du gros intestin* (*Archives générales de médecine*, 1825, 1.ª série, t. VIII, p. 494).

(2) Bouchut, *Mal. des nouveau-nés*. Paris, 1862, 4.ª edición, p. 577.

Casi todas las causas determinantes de la extrangulación interna son orgánicas; por lo cual difiero su descripción para cuando trate de las lesiones anatómicas que expondré sucintamente mas adelante. En algunos casos, como en aquellos en que los intestinos se encuentran introducidos en un anillo fibroso ó pasan rápidamente bajo una brida, pueden explicar la producción del accidente los esfuerzos hechos por el enfermo; pero en otros nada de esto existe, y el curso de la enfermedad, que vamos á exponer, prueba que se ha verificado lentamente la extrangulación.

§ III.—Síntomas.

Síntomas.—Segun Rokitansky, los síntomas de la extrangulación interna, considerada de un modo general, son los siguientes: durante un periodo mas ó menos largo antes que se verifique la terminación fatal, el enfermo presenta de cuando en cuando, dice este autor, síntomas que indican la extrangulación del intestino. Estos proceden ya de *faltas en el régimen*, ya de un *esfuerzo violento*, y empiezan generalmente por un dolor agudo y repentino en los intestinos. En algunos casos este dolor parte de un punto determinado, y es seguido mas ó menos pronto de una *distension notable del abdomen*, de *timpanitis* y de *constricción del pecho*, igualmente que de una gran *ansiedad*, *náuseas* y *vómitos* segun la violencia y la antigüedad de la extrangulación. Mientras duran estos síntomas y aun muchas veces en los intervalos que dejan, son raras las *deposiciones* y aun se observa un *estreñimiento* permanente y pertinaz.

«El último ataque tiene siempre, segun Rokitansky, un aspecto particular. Casi siempre es producido por algun extravío en el régimen, y se anuncia por un *dolor* intestinal repentino y violento, que se extiende muy pronto á todo el abdomen. El vientre *se eleva* excesivamente, la *respiracion es laboriosa*, los *ojos* se hunden, la *cara* se altera y expresa gran *ansiedad*, las *evacuaciones alvinas* son poco abundantes y raras, y las mas veces hay *estreñimiento* pertinaz. Los *vómitos* que al principio son *biliosos*, estan despues formados por *materias fecales*; el *cálor* general se disminuye y el *pulso* apenas se percibe. Todos los síntomas remiten por lo común poco antes de la muerte.»

Estos síntomas pueden considerarse como una expresión bastante exacta de lo que sucede ordinariamente en los casos de extrangulación interna; sin embargo, conviene decir alguna cosa sobre el modo con que se suceden. Louis (1) ha notado que en los primeros dias no se observan mas que *síntomas gástricos*, y que los demás síntomas

(1) Louis, *Observations relatives à l'étranglement interne de l'intestin grêle* (*Archives générales de médecine*, 1827, 1.ª série, t. XIV, p. 185).

característicos no se manifiestan hasta una época mas ó menos avanzada y sucesivamente. Sin pretender considerar este hecho como regla general, importaba mucho darle á conocer para no tomar por afecciones gástricas ciertos casos de extrangulación interna.

Los vómitos son á veces puramente biliosos y esto no solo se ha notado en algunas observaciones recogidas por Rokitansky, sino tambien en otras muchas esparcidas en las diferentes colecciones.

La *timpanitis* intestinal es un signo que jamás falta en los casos de obstrucción: toda la parte comprendida por encima de la retracción está tumefacta por gases; el vientre no tarda en adquirir un volumen considerable, presentándose entónces todos los síntomas de una peritonitis, vientre tenso y dolorido, vómitos, eructos, ojos hundidos, facies colérica y gran atracción de vientre: frecuentemente hay un depósito considerable de serosidad en el peritoneo. La extrangulación interna puede producirse bruscamente sin causa conocida, pero no adquiere mucha gravedad ni se reconoce sino al cabo de algunos días.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Como acabamos de ver, segun la descripción trazada por Rokitansky, el *curso* de la enfermedad es irregularmente intermitente. En efecto, si se examinan las observaciones, se ve que precedieron varios ataques al que arrebató al enfermo, y que estos ataques caracterizados por los síntomas de la suspensión del curso de las materias, van aumentando de violencia á medida que se acercan al último. Sin embargo, no es esta una regla que carezca de excepcion; lo que se concibe fácilmente, cuando se recuerda que se puede producir la extrangulación, quizás por el paso rápido de una asa de intestino por una abertura demasiado estrecha. Tambien en ciertos casos, progresando imperceptiblemente la extrangulación, á pesar de que los enfermos no hayan cometido las faltas en el régimen, que segun Rokitansky producen los ataques, la enfermedad que habia dado lugar á síntomas continuos, y sobre todo, á un largo estreñimiento, acaba por determinar accidentes terribles prontamente seguidos de la muerte. De aquí se sigue que la *duración* de la enfermedad es muy variable. En cuanto á la duracion de lo que Rokitansky llama ataques, se puede decir en general, que es de unos quince dias á tres semanas. Sin embargo, hay casos en que sobreviene la muerte mucho mas pronto.

¿Es siempre *fatal la terminacion*? Asi parece que sucedé en la extrangulación interna, tal como la hemos definido mas arriba. Pero si se quisiese incluir en esta enfermedad el *atascamiento del intestino* y el *vólvulo*, nos aconteceria lo mismo; porque en estas últimas afecciones se puede obtener muy bien la curación.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Tampoco nos debemos detener mucho en las *lesiones anatómicas*. Unicamente decimos que la extrangulación está producida por *bridas* celulo-fibrosas, como en el caso observado por Louis, por *adherencias del apéndice vermicular*, por un *divertículo del intestino*, como en una observacion de Rayer (1), y en otra referida por el doctor Tinniswood (2), quien ha visto en un niño de seis años y medio, una extrangulación interna causada por una brida que formaba un apéndice del intestino delgado, cuya extremidad iba á adherirse á otra porcion del mismo intestino; por los diversos *anudamientos* descritos por Rokitansky; por pasar un asa del intestino por una abertura demasiado estrecha: en las *dislaceraciones del mesenterio del epiploon*, en una *abertura del diafragma*, como de ello ha citado Sigaud (3) un ejemplo, en el hiatus de Winslow (Obs. de Blandin) etc.; en fin, por los diversos *tumores* que puede haber alrededor del intestino y estrechar su calibre.

El doctor Mackenzie (4) ha visto dos casos de extrangulación intestinal que resultaba de la *torsion de la S del colon* sobre sí mismo. El doctor R. L. Hardy (5) ha citado un caso en el cual la extrangulación intestinal habia sido ocasionada por el *anudamiento de una asa del intestino alrededor del pedículo de un quiste del ovario*. El doctor Bainbridge (6) ha observado en un hombre de cincuenta y tres años, una extrangulación intestinal causada por la presencia de un *bazo supletorio en el epiploon mayor*, y el doctor Alonzo ha visto el mismo accidente ocasionado por la *dislocacion del bazo y del pancreas* (7).

En un caso citado por Chomel (8), la extrangulación interna fué producida por un tumor canceroso que ocupaba la parte media del intestino delgado.

Como no seria útil, bajo el aspecto práctico, entrar en mayores detalles, solo diré dos palabras acerca de las *bridas celulo-fibrosas*. ¿Se deberán atribuir estas á la inflamacion? Puede ser en algunos casos, pero es evidente que no en todos. En la observacion que ha cita-

(1) Rayer, *Cas mortel d'entérite et de péritonite déterminé par un diverticule de l'iléon, cause d'étranglement* (Archives générales de médecine, 1824, 1.^a série, tomo V, p. 68).

(2) Tinniswood, *London and Edinburgh monthly Journal*, juillet, 1844.

(3) Sigaud, *Etranglement des viscères abdominaux par une ouverture congénitale du diaphragme* (Archives générales de médecine, 1827, t. XIII, 1.^a série, p. 130).

(4) Mackenzie, *Remarques sur l'étranglement interne des intestins et sur son traitement* (London med. Gaz., 1848).

(5) Hardy, *The Lancet*, avril 1845.

(6) Bainbridge, *London medical Gazette*, décembre 1846.

(7) Alonzo, *Arch. della medic. espan. y estran.*, octobre 1846.

(8) Chomel, *Etranglement interne* (Union médicale, 8 janvier 1850, p. 13).

do Louis, ha buscado en vano vestigios de inflamacion, y en la de Gendron manifestamente no se debia atribuir á esta causa la produccion del obstáculo congénito al curso de las materias.

Para terminar la indicacion de las lesiones, basta decir que las principales son: el desarrollo considerable de la porcion de intestino situada por encima del obstáculo; la acumulacion de materias fecales y de gases; el engrosamiento de las paredes intestinales á consecuencia de esta dilatacion, y á veces la inflamacion de la parte de intestino extrangulada y una peritonitis consecutiva.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de esta afeccion presenta á veces verdaderas dificultades, no porque la haya en distinguir la extrangulacion de cualquier otra enfermedad, sino porque es con frecuencia muy difícil diferenciar sus diversas especies entre sí. Sin embargo, diremos que la palpacion y la percusion dan á conocer la que es ocasionada por un tumor que comprime el intestino; que los mismos medios de exploracion y el sitio que ocupa éste tumor dan á conocer la *invaginacion intestinal*, de la que se hablará muy en breve, y por último, que se deberá examinar atentamente las regiones inguinales, el ombligo y la línea blanca, para asegurarse de que no existe *hernia*, y preguntar al enfermo con cuidado sobre los fenómenos que se han manifestado por esta parte; porque importa mucho, y se concibe bien el por qué, saber si la extrangulacion interna es debida á esta causa, de la que no he hablado, porque los hechos de esta especie son del dominio de la cirugía.

Precisaremos esta parte importante guiándonos por las dos Memorias de Duchaussoy y de Besnier.

Reconocida que sea una extrangulacion interna, se presentan tres cuestiones: Besnier (1).

- 1.º ¿Cuál es la naturaleza del obstáculo al curso de las materias?
- 2.º ¿Cuál es su asiento?
- 3.º ¿Cuáles son las relaciones del intestino afectado con las paredes abdominales?

I.—A. En la invaginacion se observa vómitos comunmente biliosos, rara vez estercoráceos, constipacion (40 veces, *D.*), y deposiciones disentericas, algunas: el vientre hundido al principio se levanta mas tarde, notándose la sensacion de un tumor duro, ovoideo, de volumen variable, percibiéndose en algunas ocasiones movimientos análogos á los del intestino que determinan cambios de lugar: el asiento del tumor existe generalmente á la izquierda, en la region media é inferior del intestino grueso, cosa que se puede demostrar por el tacto

(1) Besnier, *ouvr. cité*, p. 292.

anal, por el cateterismo con la sonda exofágica juntamente con la percusion si la invaginacion ocupa el intestino delgado; el asiento tiene menos fijeza, así es que la percusion no dá comunmente resultado.

B. En las *retracciones* la enfermedad comienza lenta y gradualmente; se asiste, por decirlo así, á su formacion. Hay desde luego antecedentes muy importantes para el diagnóstico; tales son: enteritis crónicas, ulcerosas, sifilíticas (Gosselin), tuberculosas, cancerosas, hernias antiguas, extranguladas ó reducidas, heridas del intestino, etc. A estos antecedentes se añaden los signos actuales que consisten en vómitos estercoráceos ó constipacion al principio incompleta, interrumpida por deposiciones sanguinolentas, gangrenosas; la distension del abdómen es gradual, porque el tumor, á medida que se forma, tiende á descender. En algunos casos establece la caquexia. Si las retracciones por hipertrofia tienen lugar comunmente en el intestino grueso, las retracciones cicatriciales é inflamatorias se realizan en el intestino delgado. Para el diagnóstico de las provocadas por un pólipo, no tenemos otro medio de exploracion mas que el dedo.

C. En las retracciones por *oclusion*, es en general fácil el diagnóstico: los antecedentes pueden ser de gran valor; si existe constipacion despues de mucho tiempo y ésta terminó por la expulsion de materias en gran cantidad; si mas tarde esta constipacion se hace casi absoluta, el vientre se distiende gradualmente; si se forma un tumor que tenga asiento *determinado* en el recto, Siliaca ó en el ciego; en el primer caso el dedo, en el segundo la sonda, en el tercero la palpacion, pueden contribuir para diagnosticar la oclusion. Preciso es, sin embargo, proceder con calma para no confundir esta oclusion con la preñez, con cáncer y hernias: los desobstruents ayudarán al diagnóstico.

La oclusion puede ser producida por *cuerpos extraños* y en este caso deben ser un gran elemento de diagnóstico los antecedentes, el conocimiento del régimen seguido por el enfermo, la exploracion por sondas, palpacion, etc. (1). Si aquellos son cálculos biliares, deben encontrarse ademas de la edad y el sexo, los antecedentes de cólicos hepáticos; si huesos, se observa una especie de crepitacion; si vermes, el antecedente de la edad del enfermo (dos á diez y seis años), el régimen vegetal, lácteo, la expulsion anterior de vermes intestinales por el estómago ó el ano, etc., etc., son de gran significacion para arribar al diagnóstico.

D. Si la extrangulacion tiene lugar en el apéndice ileo cecal, la enfermedad empieza casi siempre bruscamente, abriéndose la escena morbosa con vómitos y un dolor violento en un punto determinado: se han observado algunas veces como causas ocasionales, esfuerzos,

(1) J. Cloquet, thèse de concurs por la chaire de clinique externe, et Musée Dupuytren, n.º 182 (*Académie des sciences*, 1850).

comidas en gran cantidad, la extension vertical, siendo comunmente la constipacion absoluta. Si la extrangulacion es determinada por adherencias, se puede registrar como antecedentes, peritonitis, embrazos repetidos, enteritis: las bridas dan lugar á accidentes bruscos, mientras que las adherencias los determinan mas á la larga por la acumulacion de las materias encima del punto que la adherencia fija; el tumor es mas apreciable, y la constipacion menos absoluta (Savopoulo, Volger, Bristowe); pero en algunos casos, este último fenómeno no es constante. Los vómitos han sido estercoráceos en todos los enfermos que estudió Duchaussoy. Si la mayoría de casos de adherencia ha sido observada en mujeres núbiles, las bridas lo han sido en hombres, desde la edad de siete años hasta los ochenta y cinco: las bridas pueden ser resultado de accidentes inflamatorios, ó ser congénitas ó desarrollarse repentinamente: dan lugar á una dilatacion del intestino por encima del obstáculo, á un tumor que por la percusion produce un ruido más sonoro que cuando hay cuerpos extraños, vómitos, dolor local violento al principio, atacando bajo la forma de cólicos, constipacion. Si la extrangulacion es resultado de la hernia del intestino que se abre paso por el diafragma, cosa que puede suceder á consecuencia de contusiones en la base del pecho, y de heridas, en este caso la auscultacion facilitará el diagnóstico. Si la extrangulacion es debida á otros órganos normales ó anormales situados en la cavidad abdominal, tales como el hígado, bazo, hipertrofias, tumores, etc., el diagnóstico será muy fácil. Las noticias que se pueden adquirir acerca del lento y ordinario desarrollo del tumor, asi como la exploracion atenta de la vagina, recto, vejiga, fosas iliacas, cuando tenga asiento aquel en el bajo vientre, pondrá al observador al abrigo de errores.

II. ¿Es en el intestino delgado ó en el grueso en donde la extrangulacion se ha realizado? ¿En cuál *asienta*? Si el obstáculo existe sobre el *intestino delgado*, los vómitos son de los primeros fenómenos; la distension del vientre se circunscribe al ombligo; las regiones de los colons están deprimidas, pudiéndose introducir por el recto dos litros de líquido ya por lavativa ó ya por sonda (Cloquet).

Si el obstáculo se verifica sobre el *intestino grueso*, los vómitos estercoráceos, ó no se presentan tarde, la distension del vientre en general, el color trasverso á un tumor que se nota debajo del reborde de las costillas falsas, los colons ascendentes y descendentes se designan en cada lado: la distension abdominal puede ser tan considerable, que determine asfixia á consecuencia de la compresion del diafragma: por el recto no se podrá inyectar la menor cantidad de líquido. Los dos síntomas, *aumento de volumen del vientre y forma del meteorismo*, son característicos. (Languier, Besnier.)

III. La tercera cuestion es la siguiente: ¿Cuáles son las relaciones que la lesion del intestino establece con las paredes abdominales? Aquí el tumor y el dolor son los principales signos, y su importancia

adquiere su valor principal bajo el aspecto de la terapéutica que es desde luego quirúrgica.

Pronóstico. En vista de lo que se ha dicho, el pronóstico es sumamente grave. Algunas veces cesan de pronto los dolores; pero es preciso no dejarse alucinar, porque mientras persistan la timpanitis y se halle interrumpido el curso de las materias, la gravedad del pronóstico sigue siendo la misma.

§ VII.—Tratamiento.

En atencion á lo que acabo de decir acerca de la *extremada gravedad de esta afeccion*, es evidente que el tratamiento tiene muy poca accion sobre ella. En efecto, es una de aquellas en que la Medicina es casi del todo impotente. Así, pues, nos limitaremos á indicar los medios que han tenido mejor éxito como *paliativos*. Cuando son muy vivos los dolores se emplean las *emisiones sanguíneas*, y principalmente las *sanguijuelas* en gran número, lo que en la mayor parte de casos ha producido un alivio, pero leve y pasajero.

Los *purgantes suaves* y particularmente los *calomelanos*, son sin disputa los medios mas útiles; pues en los casos observados por Rokitansky, han bastado para poner prontamente término á los primeros ataques y han producido algun alivio al principio del último. Lo mismo ha sucedido en los que nos han dado á conocer Dance, Louis, Rayer, etc. Por consiguiente, no puede el médico dispensarse de usar estos medios tan sencillos. El *agua de Sedlitz*, el *aceite de ricino* á la dosis de 30 á 50 gramos, los *calomelanos* á la dosis de 50 á 60 centigramos, etc., llenarán prontamente esta misma indicacion.

Sin embargo, respecto al uso de los purgantes, es preciso hacer una reflexion, que me parece muy importante, y que me sugieren casi todos los hechos que han llegado á mi noticia. Mientras que no es completa la extrangulacion, es decir, en tanto que la obliteracion del intestino no ha llegado á sus últimos límites, el uso del purgante es seguido despues de algunos dolores de tripas, de deyecciones alvinas abundantes, y de un gran alivio que es su necesaria consecuencia; por el contrario, cuando es completa la obliteracion, los síntomas se agravan y sobrevienen dolores de vientre muy violentos, y una gran ansiedad que nada puede hacer cesar. Estos fenómenos son fáciles de comprender. Efectivamente, mientras que existe algun paso, por estrecho que sea, las fuertes contracciones de los intestinos pueden vencer el obstáculo y desembarazarle de las materias que han liquidado la accion de los purgantes; pero cuando no se puede atravesar el obstáculo, los purgantes no producen otro efecto que aumentar la aglomeracion de materias y excitar las contracciones del intestino, contracciones importantes, cuyo efecto es producir dolores violentos y las angustias de que acabamos de hablar.

En una afeccion en la que la ansiedad y los dolores son tan vivos, es evidente que se deben emplear los *narcóticos*; pero es preciso darles á alta dosis. Esta simple indicacion bastará al práctico. Tambien se usan los *antiespasmódicos*, y se aplican sobre el abdómen las *preparaciones calmantes*; en una palabra, se procura por todos los medios hacer menos intensos los principales síntomas, porque es preciso repetirlo, cuando hay una verdadera extrangulacion, el tratamiento solo puede ser paliativo.

Oscar Masson (1) ha recomendado el empleo tópico del hielo como tratamiento de la oclusion intelectual, pero las pocas observaciones que refiere, no son concluyentes.

El tratamiento variará desde luego segun la especie de oclusion: si esta es la invaginacion propiamente dicha, en el artículo siguiente que es el complemento de este, lo indicamos. Pero si la extrangulacion tiene lugar por *retraccion* en el intestino grueso ó en un punto accesible, se podrá obtener mejoría por la introduccion de candelillas dilatantes y de cánulas que se dejarán colocadas de una manera estable, al mismo tiempo que se hará uso de las duchas ascendentes. Es indudable que si la retraccion es ocasionada por una afeccion cancerosa, el tratamiento es de resultados negativos: si es una enfermedad sifilítica la que se supone, se hará uso del mercurio, ioduro de potasio (véase tomo I, SÍFILIS); si existe un pólipo accesible á los instrumentos, se debe sacar.

Si hay *obstruccion*, se desembarazará el intestino, y en el caso de que la presencia de materias fecales endurecidas sea la causa, se procurará ablandarlas desde luego por medio de duchas ascendentes, lavativas de un líquido muy graso, cocimiento de simiente de lino, raiz de malva, aceite de olivas; y las contracciones intestinales se despertarán por los revulsivos, fricciones, el amasamiento, la electricidad, el martillo de Mayor, empleando hasta la cucharilla ó el dedo para desembarazar el recto: los purgantes tienen despues su indicacion, pero podrán ser mas nocivos que útiles si hay vómitos. Tambien se recomiendan las lavativas de tabaco y belladona al interior y se han referido curaciones por la ingestion del mercurio no preparado. Debemos recordar que las duchas ascendentes, son el mejor medio, á no ser que el intestino esté alterado, en cuyo caso están contra-indicados, porque determinarían una rotura. Corlieu en un caso de este género, empleó con buen éxito el cloroformo en pocion, en fricciones y duchas ascendentes, hechas con una jeringa fuerte y una sonda exofágica, debiendo preferirse el irrigador de Eguissier ó bien una jeringa de caballo.

En general, contra los cuerpos extraños se emplearán las du-

(1) O. Masson, *De l'occlusion intestinale dans la cavité de l'abdomen, et en particulier de son traitement par l'emploi de la glace*, thèse inaugurale. París, 2 Marzo, 1857, n.º 36.

chas ascendentes y el amasamiento; la administracion de los purgantes está subordinada al estado del intestino y al grado de obstruccion.—Los vermes intestinales deben notarse antes de expulsarlos, para lo cual se dará la santonina, el semen-contra, el calomel (véase INTESTINALES).

Si se diagnosticó la existencia de bridas, se han de combatir los síntomas inflamatorios por medio de los antiflogísticos, sanguijuelas, hielo y los purgantes que en algunas ocasiones han dado buenos resultados.

Si la extrangulacion es debida á la presencia de órganos hipertrofiados en el bajo vientre, ó á tumores, en este caso se podrá intervenir activamente haciendo uso del tratamiento directo contra la enfermedad que haya producido la hipertrofia y dislocando el tumor, cosa que se podrá conseguir por el reposo en cama y la aplicacion de medios mecánicos apropiados.

Sin embargo, el doctor Homolle (1) ha referido tres casos en que se obtuvo un éxito feliz por medio de la *estricnina* administrada de la manera siguiente:

R. Estricnina pura. 2 centíg. | Magnesia calcinada. 4 gram.
Azúcar blanca. 1 gram. |

Mézclese exactamente y divídase en veinte papeles iguales. Se toma uno de hora en hora.

¿Pero habia extrangulacion ó un simple atascamiento?

Belladona.—Hanius obtuvo la curacion en cuarenta casos de íleo prescribiendo una lavativa con *cuatro gramos de raiz de belladona en suficiente cantidad de infusion de manzanilla*. Estas observaciones que refirió sin detalles Chrestien (2), decidieron á Tauffieb (3) á ensayar este medicamento en los mismos casos, pero accidentes terribles de narcotismo le hicieron perder á un enfermo, por lo cual ha disminuido la cantidad de la belladona que le produjo buenos efectos á la dosis de 75 centigramos á un gramo, reservándose repetirla á intervalos bastante largos.

Giraud dió con éxito en dos casos este medicamento á altas dosis al exterior y al interior de la manera siguiente:

R. Agua de flor de naranja. 375 gram. | Extracto de belladona. . . . 10 centíg.
Jarabe de adormidera
blanca. 60 gram. |

Una cacharada comun cada cuarto de hora.

(1) Homolle, *Gazette des hôpitaux: Compte rendu de la Société médicale du Temple*, 1849.

(2) Chrestien, *Emploi extérieur de la belladone contre l'étranglement des hernies abdominales* (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1.º Marzo 1850, página 93).

(3) Tauffieb, *Dangers de l'emploi de la belladone en lavements* (*ibid.*, 15 Abril 1850, p. 209).

Fricciones sobre el vientre con una franela empapada de la disolución siguiente:

R. Aceite de morfina... 30 gram. | Extracto de belladona..... 4 gram.

Hervieux cita un caso de extrangulación interna en que todos los remedios de que hizo uso han fracasado, habiendo hecho por último, cuatro aplicaciones sucesivas del *martillo de Mayor* sobre la superficie cutánea abdominal, cosa que le produjo una curación, por decirlo así, inmediata.

Nada prueba que en los precedentes casos, se haya tratado de una de esas especies de extrangulaciones que nos hemos ocupado en este artículo.

Enterotomía.—El doctor Maissonneuve (1) ha practicado hace algunos años la enterotomía, en un caso de obliteración del intestino delgado, y animado por este buen resultado, ha propuesto aplicar esta operación á las diversas especies de extrangulación ó de obstrucción señaladas mas arriba. Solo la experiencia nos puede ilustrar acerca del verdadero valor de esta operación que solo se ha practicado unas cuantas veces y con muy diversos resultados, antes de Maissonneuve. Pero entre tanto, debemos decir que hay casos tan desesperados, que no se puede rehusar á los enfermos esta probabilidad de curación. En cuanto á los diversos métodos que se pueden seguir en la operación, Maissonneuve los ha expuesto perfectamente en su Memoria (2).

ARTÍCULO XI.

INVAGINACIÓN DE LOS INTESTINOS.

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

La *invaginación* es la penetración de una parte mayor ó menor del intestino en el interior de otra parte del mismo órgano. Esta enfermedad ha recibido particularmente el nombre de *volvulus*, de *intussusception*, *passio iliaca*, etc. Su frecuencia es notable, puesto que Duchaussoy (3) ha reunido 135 observaciones.

(1) Maissonneuve, *Observation d'entérotomie pratiquée avec succès dans un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle* (Archives générales de médecine, Diciembre 1844, 4.^a série, t. IV, p. 174; Séances de l'Académie des sciences, 16 Setiembre 1844).

(2) Maissonneuve, *Mémoire sur l'entérotomie de l'intestin grêle dans les cas d'oblitération de cet organe* (Arch. gén. de méd., Abril 1845, 4.^a série, t. VII, p. 448).

(3) Duchaussoy, *Mém. cit.* (Mémoires de l'Acad. de méd., París, t. XXIV, página 107 y 185.)

Estudiaremos separadamente la invaginación del intestino para no modificar el plan adoptado por Valleix, siendo además lógico tratar esta cuestión á propósito de la extrangulación interna.

§ II.—Causas.

Es bastante difícil indicar las verdaderas causas de la invaginación intestinal. En cuanto á las *causas predisponentes*, solo tenemos datos sobre la *edad* y el *sexo*, que son muy insuficientes. Se ha encontrado la invaginación en todas las edades, y aun se ha dicho que era, sobre todo, muy comun en los niños.

Rilliet (1), ha recogido catorce casos de invaginación en los niños, notando que en la primera edad, sobre todo, es en la que se encuentran mas frecuentemente. Duchaussoy ha reunido treinta y siete de los cuales treinta y uno tenían los enfermos menos de cuatro años.

El doctor Markwick (2) ha visto una invaginación considerable del intestino grueso en un niño de cuatro meses. El principal síntoma en este caso fué una gran hemorragia intestinal. Hacia el fin, las materias excretadas tenían un olor gangrenoso y la porción invaginada estaba completamente gangrenada.

El doctor Taylord (3) ha observado una invaginación considerable del intestino delgado en un niño de veinte meses. Yo mismo (4) he dado la descripción de una porción de intestino eliminada por el ano, con dos *divertículos* que hacían muy notable este caso, observado en un niño de trece meses por el doctor Marage.

Sexo.—Thompson (5) ha encontrado en treinta y cuatro casos veinte del sexo masculino y catorce del femenino. La principal *causa ocasional* sería, segun Dance, la inflamación intestinal; pero á veces es muy difícil decir si esta inflamación ha precedido ó seguido á la invaginación. Por otra parte, se han observado casos en que se ha producido la enfermedad repentinamente. En algunas ocasiones han presentado los primeros síntomas de la invaginación inmediatamente despues de *esfuerzos violentos*, *gritos* y *caídas*, y segun dice Burford (6), despues de la administración de un *purgante drástico*. En fin, Cloquet y otros observadores, han visto que un *pólipo* arrastró una porción de intestino y la introdujo en otra que le era inferior.

(1) Rilliet, *Mémoire sur l'invagination chez les enfants*. París, 1852. (Extrait de la *Gaz. des hôpitaux*.)

(2) Markwick, *The Lancet*, Julio de 1846.

(3) Taylord, *ibid.*, Diciembre de 1843.

(4) Valleix, *Note sur un cas d'expulsion par l'anus d'une portion de l'intestin, accompagnée de deux diverticules qui lui étaient unis* (Union médicale, 2 de Febrero de 1850).

(5) Thompson, *Abst. of cases, etc.* (*The Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1855.)

(6) Burford, *The Lancet*, 1840.