

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.

Los doctores Ogier, Ward y Prescott Hewett (1) han citado cada uno un caso parecido.

§ III.—Síntomas.

Se han dividido las invaginaciones intestinales en muchas especies; pero cuando se ha tratado de la descripción de los síntomas, no se ha tenido en consideración estas divisiones que no ofrecen, por consiguiente, interés, sino bajo el aspecto de la anatomía patológica. Me limitaré, pues, á indicarlas en el artículo de las lesiones anatómicas. Únicamente recordaremos aquí la opinión de Dance que cree que la invaginación del intestino delgado es mucho menos que la del intestino grueso, la cual frecuentemente no presenta ningún síntoma. Esta opinión ha sido combatida por Cruveilhier (2) como demasiado absoluta y sin embargo, resulta de las observaciones que poseemos, que en los más de los casos en que han sido muy violentos los síntomas y han ocasionado la muerte, había una invaginación del intestino grueso.

Los síntomas de la invaginación intestinal tienen gran semejanza con los de la *extrangulación interna*. Sin embargo, hay en la primera algo de particular que merece llamar nuestra atención, y que ha motivado la distinción que hemos hecho entre estos dos estados morbosos. Es raro que los enfermos no hayan experimentado antes, en una época más ó menos distante, algunos accidentes en el conducto digestivo, tales como *dolores* en diferentes puntos y alternativas de *diarrea* y *estreñimiento* y un desarreglo más ó menos notable de las digestiones. Bajo este aspecto, es completa la semejanza con la extrangulación interna. Es verdad que hay casos en que sobrevienen repentinamente los accidentes de la invaginación; pero ya hemos visto que la extrangulación interna que resulta de pasar el intestino por una abertura estrecha, producía igualmente síntomas que aparecen repentinamente. Así es que nada hay en los primeros fenómenos que sea propio de la invaginación.

Cuando la invaginación intestinal ha llegado á un alto grado, entonces se observan *náuseas* y *vómitos biliosos* por los que principia, siguen después *dolores de vientre* frecuentemente muy violentos, *sensibilidad á la presión*, que ocupa mayor ó menor extensión del vientre; pero mayor aun en aquel en que por la *palpación* se descubre un *tumor* oblongo, á veces de un considerable volumen, y que dá un sonido á macizo por la *percusión*. En algunas ocasiones no están impedidas las *evacuaciones alvinas* y son líquidas, pardus-

(1) Hewett (Prescott), *London med. Gazette*, Noviembre de 1843.

(2) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches, t. II, livraisons 21^a et 22^a.

cas, muchas veces fétidas y teñidas de mayor ó menor cantidad de sangre. Por el contrario, algunas veces hay *estreñimiento* pertinaz; pero este síntoma se observa menos constantemente que en la extrangulación. En la mayor parte de los casos *alternan* el estreñimiento y la diarrea.

Al principio de la enfermedad la *cara* está medianamente alterada; *no hay fiebre*, y nada se observa de notable excepto el dolor, el desorden de las digestiones y el estreñimiento. Pero progresando más el mal, se desarrolla la *fiebre*, hay *sed intensa*, *eructos*, *regurgitaciones*, *vómitos frecuentes* y un *hipo* muchas veces muy molesto. La *cara se altera*, el *enflaquecimiento* hace manifiestos progresos y hay una *ansiedad* más ó menos notable.

En los últimos tiempos, el *vientre* se pone voluminoso y en extremo sensible, lo que depende á veces del desarrollo de una *peritonitis* alrededor de la invaginación. Los síntomas *gástricos* persisten ó se aumentan; las *deyecciones* son parduscas y continúan siendo líquidas; á veces son muy frecuentes y producen *pujos* como en un caso observado por Buet; otras veces se hallan completamente *suprimidas*. En fin, la *cara* se pone *contraída*, el *pulso* es pequeño, muy frecuente, casi imperceptible, y puede haber un *enfriamiento* glacial, como en una observación recogida por Dance, y el enfermo sucumbe.

Sin embargo, algunas veces terminan por la curación aun que los síntomas sean tan violentos como los que acabo describir. Si entonces se examinan las *deyecciones*, se observa la notable circunstancia estudiada principalmente por Gaultier de Claubry (1), de *expelirse* por las cámaras una porción á veces considerable del intestino. No referiré aquí todos los casos de esta especie, pues son generalmente conocidos, y solo me limitaré á decir que se ha visto arrojar así hasta tres pies de intestino. El intestino delgado es el que sufre mayores pérdidas de sustancia; porque apenas hay ejemplo de la expulsión de una parte del intestino grueso que pase de un pie de longitud; lo cual sin duda se explica por la mayor gravedad de la afección en estos últimos casos, y porque sobreviene demasiado pronto la muerte para que se pueda verificar la eliminación.

La expulsión de estas porciones de intestino van ordinariamente precedidas de *deyecciones* mucosas, saniosas y sanguinolentas. Sin embargo, en algunos casos las materias expelidas son simplemente fecales. Después de la expulsión hay muchas veces, como hace notar Gaultier de Claubry, una *hemorragia intestinal* casi constante, pero que varía mucho respecto á su abundancia.

Después de esta eliminación, se verifica rápidamente la curación, y solo experimentan de cuando en cuando los enfermos algunos dolo-

(1) Gaultier de Claubry, *Sur la terminaison de quelques cas de volvulus* (*Journ. univ. hebdom. de médecine*, 1833).

res abdominales y diarrea; en otros, estos accidentes llegan al mas alto grado, sin que por eso sea mas fatal la terminacion de la enfermedad: hay prolongados trastornos de la digestion, y á veces, como ha notado Gaultier de Claubry, los enfermos no pueden enderezar el tronco sin experimentar *tirones dolorosos* en el abdómen; pero despues de mucho tiempo todo entra en órden y nada queda de la enfermedad.

Por último, en otros casos los síntomas persisten y se agravan, las deyecciones continúan siendo sanguinolentas, la diarrea es considerable, los dolores son cada vez mas vivos, y los enfermos sucumben extenuados.

Cuando se trate de la *terminacion* indicaré cuáles son á veces las consecuencias peligrosas de la invaginacion, aun despues de la eliminacion de la parte invaginada.

Sintomas en los niños (1).—Se presenta bajo dos formas: una latente, y la otra aparente: la primera especie mas comun que la segunda, toma origen durante la agonía y asienta en el intestino delgado; la segunda constituye una enfermedad bien caracterizada y ocupa casi siempre en la primera infancia el intestino grueso, ya este órgano ó ya el intestino delgado en la segunda infancia. El lugar de eleccion de la invaginacion de la primera infancia encuentra su explicacion en condiciones fisiológicas y anatómicas especiales propias de esta edad.

La invaginacion del intestino grueso en la primera infancia está caracterizada por vómitos incesantes, rara vez estercoráceos, pequeñas deposiciones mucosas, estriadas de sangre, ó una verdadera enterorragia; el vientre conserva su forma, ó bien en general en un periodo poco avanzado se percibe un tumor en uno de los vacíos ó en el hipogastrio: la sed es poco viva, el pulso frecuente, sin calor de la piel, ansiedad, congoja y gritos muy comunmente; el letargo ó el coma, y la eclamsia son raros; la cara se altera; las fuerzas se abaten, pero el enflaquecimiento es poco marcado.

En la segunda infancia, los vómitos existen, y son frecuentemente estercoráceos; el abultamiento del vientre es notable; el tumor raro; el estreñimiento habitual; los dolores abdominales vivos y la fiebre es intensa. La apariencia de la enfermedad es peritoneal. (Rilliet y Barthez).

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

El *curso* de la enfermedad es, como hemos visto, muy diferente segun los casos: unas veces hay alternativas mas ó menos frecuentes y mas ó menos prolongadas de calma y padecimientos, antes de verificarse el último ataque; y en otras ocasiones, por el contrario, so-

(1) Rilliet et Barthez, *Mal. des enfants*, 2.^a édit., 2.^a tirage. Paris, 1861, tomo I, p. 832.

breviene desde luego el ataque mortal y progresa de un modo continuo hácia una terminacion funesta; en fin, en otros casos, manifestándose repentinamente la invaginacion, hace rápidos progresos. Así, pues, la *duracion* es muy variable, pudiendo sucumbir los enfermos en algunos dias, al paso que otras veces la enfermedad se prolonga por espacio de muchos meses, y hasta se le ha visto durar dos años y aun mas. Los accidentes que se siguen á la eliminacion del intestino invaginado, hacen tambien que varíe mucho esta duracion.

En cuanto á la *terminacion* ya hemos visto que era con frecuencia favorable; pero como dice muy bien Dance, casi siempre ocurre esto en los casos de invaginacion del intestino delgado. El hecho está principalmente demostrado por las observaciones de eliminacion de que he hablado ya. De treinta y dos casos en que Thomson ha podido reconocer cuál era la porcion del conducto intestinal, ha encontrado que veinte y dos veces pertenecia exclusivamente al intestino delgado. Esto supuesto, si agregamos á este hecho la consideracion de que en la invaginacion intestinal la eliminacion es sin contradiccion la terminacion mas favorable, si no es la única, deberemos deducir que la invaginacion del intestino delgado es la menos peligrosa.

El doctor Dayton (1) ha citado un caso en el que hubo eliminacion de una porcion de intestino que correspondia al intestino delgado, y que tenia la longitud de doce pulgadas. Este caso se observó en un hombre enfermo hacia ya mucho tiempo y expuesto á vivos dolores de vientre.

Despues de la expulsion del intestino separado, el enfermo entró prontamente en convalecencia y no le quedó mas que un dolor en el lado derecho del vientre, dolor que se aumentaba estando sentado. El doctor Luizi Cittadini, de Arezzo (2), ha visto en un hombre de unos cincuenta años, verificarse la expulsion por el ano de una porcion de intestino delgado, cuya longitud se ha calculado en cerca de una *brazo*, á la que se siguió una completa curacion.

Lo que puede hacer que la terminacion sea funesta, son las consecuencias de la eliminacion. Si en el momento de la separacion de la parte intestinal expelida, no son suficientes las adherencias, se abre el intestino en el peritoneo, y se sigue una peritonitis mortal. Por otra parte se puede verificar la cicatrizacion de una manera viciosa, de lo que resulta una estrechez que mas tarde ocasionará la muerte. Creo pues que bastará indicar la posibilidad de estos accidentes.

§ V.—Lesiones anatómicas.

No me extenderé mucho sobre las lesiones anatómicas, por interesantes que sean, porque son de una importancia secundaria para el

(1) Dayton, *The New-York Journal*, 1845.

(2) Luizi Cittadini, d'Arezzo, *Raccoglitore medico*, 1846.

práctico. Casi siempre se hace la invaginación del intestino de *arriba abajo*, es decir, que una porción de este órgano penetra en otra porción mas aproximada á la abertura inferior. Sin embargo, se han citado casos en que ha sucedido lo contrario, y de allí proviene lo que se ha llamado *intussuscepcion descendente é intussuscepcion ascendente ó retrógrada*.

Cruveilhier ha querido atribuir exclusivamente esta última especie á la invaginación de los agonizantes; pero se han citado hechos que prueban que se puede producir durante la vida, y dar lugar á los mismos síntomas que la precedente. A veces es una porción de intestino delgado la que ha penetrado en la porción siguiente, y ha sido detenida por la válvula del ciego; á veces tambien atraviesa esta válvula, y el mismo ciego se invagina en el cólon, que puede á su vez ser empujado en el recto. En otras ocasiones solo se invagina la porción del ciego ó del cólon en la porción interior del intestino grueso.

Cuando la invaginación es simple y se dá un corte perpendicular en el sitio que ocupa, se nota lo siguiente: Primero se halla la membrana serosa del intestino invaginante; despues dos superficies mucosas en contacto; luego dos superficies serosas, y en fin, la membrana mucosa del intestino invaginado, que forma en el centro una cavidad por la cual han podido pasar las materias para salir al exterior.

Tal es la invaginación mas simple; pero con frecuencia el intestino invaginador se invagina á su vez en una parte mas inferior, y por consiguiente hay sobreposición de nuevas paredes. De aquí, resultan disposiciones complicadas, que sería inútil indicar en este lugar. Unicamente diremos lo que sucede en las membranas colocadas así en posiciones viciosas, en las cuales siempre se encuentran vestigios de una inflamación muchas veces muy violenta. Son gruesas, de color rojo vivo ó pardusco, á veces negras, muy fáciles de rasgar, infiltradas de un líquido sanioso, evidentemente gangrenadas. El intestino invaginante experimenta algunas veces un reblandecimiento tal, que la parte invaginada rompe sus paredes por su hinchazon, y forma al exterior una prominencia parecida á un muñon. Esto es lo que se observó en el segundo caso citado por



Figura. 1.^a—Invaginaciones intestinales. (Colección del Museo Dupuytren, núm. 137.)
a.—Serosa del intestino.
bb.—Dos superficies mucosas.
c.—Membrana mucosa del intestino invaginado.

Buet, y lo que he visto hace algunos meses en el hospital de Santa Margarita, en un jóven que tuvo una invaginación cuyos progresos pudieron seguirse durante la vida.

Algunas veces se manifiestan alrededor de la parte afectada indicios de peritonitis, y de allí proviene la dificultad que se experimenta en muchos casos, de reconocer el estado de las partes.

Las membranas mucosas anormalmente aplicadas una contra otra, se cubren de una capa mas ó menos gruesa de materia gelatinosa, y de diverso color, segun que está ó no mezclada con líquidos saniosos. En cuanto á las membranas serosas que se hallan en el mismo caso, se unen por falsas membranas, que se han encontrado en un grado bastante adelantado de organización, cuando la enfermedad duraba algun tiempo. En los sujetos que han sucumbido despues de la eliminación de una parte del intestino, se encuentra unas veces rotura con *peritonitis consecutiva*, y otras una cicatriz que, como he dicho mas arriba, puede dar lugar á una estrechez.

En un niño pequeño observado por Marage, y del que he hablado mas arriba, habia en la porción de intestino invaginado y eliminado, dos apéndices de cerca de seis centímetros de largo, que muy probablemente habian producido la invaginación. Tales son las lesiones anatómicas que importa conocer.

§ VI.—Diagnóstico.

La única afección con que importa comparar aquí la invaginación intestinal, es la *extrangulación interna* producida por otras causas. Es verdad que la *peritonitis* podia dar lugar á algunas equivocaciones; pero ya indicaré este diagnóstico despues de haber descrito esta última afección.

Ya se ha visto que los síntomas de la invaginación intestinal eran casi todas comunes á esta enfermedad y á la *extrangulación interna* anteriormente descrita. Entonces se deben buscar los elementos del diagnóstico en el estado del abdomen reconocido por la palpación y la percusión, y en los caracteres de las deyecciones alvinas. Cuando la invaginación del intestino es bastante considerable para dar lugar á los síntomas indicados mas arriba, forma un tumor por lo comun muy extenso, de forma cilíndrica, prolongado, que sigue casi siempre el trayecto de una parte del intestino grueso. Así es que casi siempre hay que buscar en el vacío izquierdo el asiento de la enfermedad. Este es un signo diferencial importante, pues en la *extrangulación interna* no hay tumor, ó si existe, se le encuentra en una parte cualquiera del abdomen, y no tiene la forma ni la dirección de la invaginación. La percusión da un sonido á macizo en toda la extensión del tumor, y al contrario un sonido timpanítico en las demás partes cuando hay retención de gases. En cuanto á las deyecciones,

solo es útil para el diagnóstico averiguar su estado en algunos casos. Cuando las evacuaciones alvinas estan compuestas de materias pardas, saniosas y fétidas, es un signo que se refiere mas particularmente á la invaginacion intestinal; pero si la materia excrementicia es por el contrario consistente, en forma de cintas, y como pasada por la hilera, tendremos un signo característico de la estrechez. La falta completa de deyecciones se observa mas particularmente en la extrangulacion.

Pronóstico.—Ya hemos visto anteriormente que el pronóstico era mucho mas favorable en la invaginacion del intestino delgado que en la del intestino grueso. Tambien sabemos que la eliminacion es una circunstancia feliz, que es lo que importa principalmente saber respecto al pronóstico.

Segun las investigaciones de Rilliet, el pronóstico es mas grave en los niños.

Bucquoy (1) estableció las siguientes conclusiones, relativamente á los signos y al pronóstico de las invaginaciones intestinales:

«1.^a Las invaginaciones mórbidas del intestino presentan caracteres que conviene distinguir, segun que tengan asiento en el intestino delgado ó en el grueso; de aquí la division natural en *invaginacion del intestino delgado y del intestino grueso*.

«2.^a Sin embargo de que la invaginacion sea una afeccion poco frecuente, las observaciones de las invaginaciones del intestino grueso son mas numerosas; la del intestino delgado, al contrario, extremadamente raras.

«3.^a Cuando á los accidentes del íleo se añaden una depresibilidad normal de la fosa ilíaca derecha, la presencia de un tumor en el lado izquierdo y mucosidades sanguinolentas en las deposiciones, es probable que la causa de la enfermedad deba estar relacionada con una invaginacion del intestino grueso. Estos caracteres faltan ordinariamente, ó á lo menos varian mucho en la intussusception del intestino delgado.

«4.^a La ausencia del meteorismo y los vómitos biliosos, durante toda la duracion de la enfermedad, son signos que indican que la invaginacion tiene su asiento en la parte superior del intestino delgado: el abultamiento del vientre y los vómitos estercoreos no se observan sino cuando ocupa la parte interior del tubo digestivo.

«5.^a La intussusception del intestino grueso se acompaña á menudo de accidentes inflamatorios rápidamente mortales (peritonitis, ulceracion, gangrena); la del intestino delgado puede algunas veces no complicarse con inflamacion; su marcha entonces es lenta, y la terminacion funesta es el resultado del aniquilamiento del enfermo.

«La invaginacion del intestino delgado puede curarse espontá-

(1) Bucquoy, *Recherches sur les invaginations intestinales* (Recueil des travaux de la Soc. méd. d'observ., Paris, 1858, p. 208).

neamente porque ofrece condiciones las mas ventajosas para la terminacion favorable de la enfermedad, la eliminacion de las partes invaginadas.»

§ VII.—Tratamiento.

Antiguamente se proponian para la curacion del *vólvulo*, la administracion de materias de gran peso, que atravesando el intestino, debian hacer desaparecer los *pliegues* anormales. Así, pues, se hacia tragar *balas de plomo* ó de *oro*, ó bien tomar cierta cantidad de *mercurio metálico*, pero en la actualidad esta práctica se halla abandonada. Habiendo demostrado la anatomía patológica que casi siempre la extremidad superior es la que se invagina, no conviene persistir en un método que no puede ser eficaz. Tambien se ha propuesto en una época remota *insuflar el intestino* por el *ano*, por medio de un soplete: este método fué empleado con éxito en los casos de Mitthel, Murphi y de Fox (1). Se emplearon tambien lavativas de agua fria en gran cantidad; presiones con los dedos ó un cuerpo sólido, el amasamiento, la electricidad, y la faradizacion. La puncion dió buenos resultados á Boinet, H. Cooper, Piorry, Trincot, Fuchs (2), etc. Está indicada muy especialmente en los casos en que hay timpanitis abdominal, pues «la acumulacion enorme de gases en la cavidad del intestino, dice Trousseau (3) paraliza la contractilidad de su túnica muscular.» La puncion da salida á los gases cesando por consiguiente la distension y reapareciendo la contractilidad del intestino. Esta operacion se hace penetrando con un pequeño trócar explorador allí en donde el abultamiento parezca mas pronunciado y haciendo una ó dos punciones: estas ni son dolorosas ni peligrosas; importando mucho practicarlas con oportunidad. Cuando el volumen del vientre haya desaparecido, se darán los purgantes que puedan restituir al intestino su contractilidad.

Por último, para terminar lo que tenemos que decir acerca del tratamiento que se puede llamar curativo, añadiremos que se ha propuesto la *gastrotomia* con el objeto de volver á poner los intestinos en su posicion natural. Mas á pesar de los felices resultados citados por Barbette, Bonet y el doctor Fuchs, no se puede aconsejar semejante operacion. En efecto, solo en una época en que la inflamacion se ha apoderado de las paredes intestinales, es cuando amenaza el peligro, y entonces ¿de qué sirve la gastrotomia? Aun suponiendo que el mé-

(1) Mitthel, *Nouveau moyen pour guérir l'intussusception chez les enfants* (Gazette méd. de Paris, 1838, p. 215). Fox, *Invagination intestinale, emploi de l'insufflation d'air. Expulsion par l'anus de cinq pouces d'intestin. Guérison* (Gazette des hôpitaux, 1839, p. 347).

(2) Fuchs, *Hufeland's Journal*, t. IX.

(3) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1865, t. III, p. 203.—Voy. N. A. Labric, *De la ponction abdominale dans la tympanite*, thèse. Paris, 13 janvier 1852.

solo es útil para el diagnóstico averiguar su estado en algunos casos. Cuando las evacuaciones alvinas estan compuestas de materias pardas, saniosas y fétidas, es un signo que se refiere mas particularmente á la invaginacion intestinal; pero si la materia excrementicia es por el contrario consistente, en forma de cintas, y como pasada por la hilera, tendremos un signo característico de la estrechez. La falta completa de deyecciones se observa mas particularmente en la extrangulacion.

Pronóstico.—Ya hemos visto anteriormente que el pronóstico era mucho mas favorable en la invaginacion del intestino delgado que en la del intestino grueso. Tambien sabemos que la eliminacion es una circunstancia feliz, que es lo que importa principalmente saber respecto al pronóstico.

Segun las investigaciones de Rilliet, el pronóstico es mas grave en los niños.

Bucquoy (1) estableció las siguientes conclusiones, relativamente á los signos y al pronóstico de las invaginaciones intestinales:

«1.^a Las invaginaciones mórbidas del intestino presentan caracteres que conviene distinguir, segun que tengan asiento en el intestino delgado ó en el grueso; de aquí la division natural en *invaginacion del intestino delgado y del intestino grueso*.

«2.^a Sin embargo de que la invaginacion sea una afeccion poco frecuente, las observaciones de las invaginaciones del intestino grueso son mas numerosas; la del intestino delgado, al contrario, extremadamente raras.

«3.^a Cuando á los accidentes del íleo se añaden una depresibilidad normal de la fosa ilíaca derecha, la presencia de un tumor en el lado izquierdo y mucosidades sanguinolentas en las deposiciones, es probable que la causa de la enfermedad deba estar relacionada con una invaginacion del intestino grueso. Estos caracteres faltan ordinariamente, ó á lo menos varian mucho en la intussusception del intestino delgado.

«4.^a La ausencia del meteorismo y los vómitos biliosos, durante toda la duracion de la enfermedad, son signos que indican que la invaginacion tiene su asiento en la parte superior del intestino delgado: el abultamiento del vientre y los vómitos estercoreos no se observan sino cuando ocupa la parte interior del tubo digestivo.

«5.^a La intussusception del intestino grueso se acompaña á menudo de accidentes inflamatorios rápidamente mortales (peritonitis, ulceracion, gangrena); la del intestino delgado puede algunas veces no complicarse con inflamacion; su marcha entonces es lenta, y la terminacion funesta es el resultado del aniquilamiento del enfermo.

«La invaginacion del intestino delgado puede curarse espontá-

(1) Bucquoy, *Recherches sur les invaginations intestinales* (Recueil des travaux de la Soc. méd. d'observ., Paris, 1858, p. 208).

neamente porque ofrece condiciones las mas ventajosas para la terminacion favorable de la enfermedad, la eliminacion de las partes invaginadas.»

§ VII.—Tratamiento.

Antiguamente se proponian para la curacion del *vólvulo*, la administracion de materias de gran peso, que atravesando el intestino, debian hacer desaparecer los *pliegues* anormales. Asi, pues, se hacia tragar *balas de plomo* ó de *oro*, ó bien tomar cierta cantidad de *mercurio metálico*, pero en la actualidad esta práctica se halla abandonada. Habiendo demostrado la anatomía patológica que casi siempre la extremidad superior es la que se invagina, no conviene persistir en un método que no puede ser eficaz. Tambien se ha propuesto en una época remota *insuflar* el *intestino* por el *ano*, por medio de un soplete: este método fué empleado con éxito en los casos de Mittchel, Murphi y de Fox (1). Se emplearon tambien lavativas de agua fria en gran cantidad; presiones con los dedos ó un cuerpo sólido, el amasamiento, la electricidad, y la faradizacion. La puncion dió buenos resultados á Boinet, H. Cooper, Piorry, Trincot, Fuchs (2), etc. Está indicada muy especialmente en los casos en que hay timpanitis abdominal, pues «la acumulacion enorme de gases en la cavidad del intestino, dice Trousseau (3) paraliza la contractilidad de su túnica muscular.» La puncion da salida á los gases cesando por consiguiente la distension y reapareciendo la contractilidad del intestino. Esta operacion se hace penetrando con un pequeño trócar explorador allí en donde el abultamiento parezca mas pronunciado y haciendo una ó dos punciones: estas ni son dolorosas ni peligrosas; importando mucho practicarlas con oportunidad. Cuando el volumen del vientre haya desaparecido, se darán los purgantes que puedan restituir al intestino su contractilidad.

Por último, para terminar lo que tenemos que decir acerca del tratamiento que se puede llamar curativo, añadiremos que se ha propuesto la *gastrotomia* con el objeto de volver á poner los intestinos en su posicion natural. Mas á pesar de los felices resultados citados por Barbette, Bonet y el doctor Fuchs, no se puede aconsejar semejante operacion. En efecto, solo en una época en que la inflamacion se ha apoderado de las paredes intestinales, es cuando amenaza el peligro, y entonces ¿de qué sirve la gastrotomía? Aun suponiendo que el mé-

(1) Mittchel, *Nouveau moyen pour guérir l'intussusception chez les enfants* (Gazette méd. de Paris, 1838, p. 218). Fox, *Invagination intestinale, emploi de l'insufflation d'air. Expulsion par l'anus de cinq pouces d'intestin. Guérison* (Gazette des hôpitaux, 1839, p. 347).

(2) Fuchs, *Hufeland's Journal*, t. IX.

(3) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1865, t. III, p. 203.—Voy. N. A. Labric, *De la ponction abdominale dans la tympanite*, thèse. Paris, 13 janvier 1852.

dico fuese llamado á tiempo, ¿no son horrorosas la maniobras que sería necesario hacer dentro del vientre? Por esta razon se halla la gastrotomía generalmente abandonada en los casos de esta especie. Trousseau no parece sin embargo tan exclusivo.

Sin embargo, conviene no olvidar que Maissonneuve ha propuesto la *enterotomía* con otro objeto, pudiéndose ver sobre este punto lo que he dicho en el artículo precedente.

La conducta del médico debe consistir en moderar en lo posible los principales síntomas, y en favorecer la eliminacion del intestino. Contra la inflamacion se dirigirá principalmente la *sangría general*, la aplicacion de numerosas *sanguijuelas* sobre el tumor, las *bebidas emolientes*, las *cataplasmas* sobre el abdómen y aun los *baños*. Los *narcóticos* se emplean generalmente para calmar la agitacion y los dolores de vientre. Tambien se usan algunos *laxantes* ligeros, pero no se debe, como quieren algunos, recurrir á los *purgantes violentos*, que darian lugar á contracciones intestinales peligrosas, y á un movimiento peristáltico del intestino que favorece la invaginacion. Las *lavativas emolientes ó laudanizadas*, la *quietud absoluta* y un *régimen muy severo*, completarán este tratamiento cuyo objeto es, como se ve, alejar todas las causas que pueden impedir que la enfermedad llegue al momento en que se debe verificar la eliminacion del intestino.

Cuando existe una obstruccion intestinal y hay seguridad del diagnóstico de este accidente, cuando la enfermedad es reconocida y la duda no puede existir por que hay vómitos, tension enorme del vientre, ausencia de toda evacuacion alvina, prolongacion de este estado durante muchos dias, mas de una semana, desfallecimiento gradual del enfermo, muerte próxima, en fin, cuando todos los purgantes suaves ó drásticos, baños, duchas, amasamiento, electrizacion; no dán ningun resultado, ¿se dejará morir el enfermo ó se empleará un remedio heróico, último recurso que ofrece todavía esperanzas de buen éxito? La duda en este caso no nos parece posible.

Si el obstáculo es por naturaleza transitorio, si es una brida, un cuerpo extraño, si sacando este obstáculo la salud puede recobrase y la vida puede continuar durante largos años, tal operacion está indicada y es absolutamente necesaria. ¿Pero existirán las mismas razones, si la enfermedad que ha dado lugar al accidente es un cáncer, una lesion orgánica antigua é incurable? La *enterotomía* practicada en estos casos, está tan justificada como la *traqueotomía* en un tísico ó en un sífilítico; se debe impedir desde luego que el enfermo muera del accidente. La *gastrotomía* ha dado resultados que no se esperaban y ensayar esta operacion en un enfermo desesperado, no es entregarse al azár, sino á la razon. De esta opinion participa Trousseau (1).

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.^a edit., t. III, p. 206.

Restringir la indicacion de la operacion á un número limitado de casos en que el intestino grueso esté obstruido, sería demasiado exclusivo; investigar si en la mayoría de casos, el obstáculo existe en el intestino grueso. Pues, si consideramos no solamente la invaginacion, sino todos los obstáculos de cualquiera naturaleza que ellos sean y que se encuentren, vemos que el intestino delgado á diversas alturas, es con frecuencia el asiento de la extrangulacion interna. Prescindiendo de casos excepcionales, siempre que se observe la *timpanitis* y que los intestinos hinchados por el aire se marquen sus asas al través de la pared distendida y adelgazada del abdómen, se puede operar en las condiciones que dejamos indicadas. En cuanto á la longitud del intestino que se considere indispensable para la digestion, esto se podrá establecer por que una porcion solamente, un tercio basta, si la oclusion, sobre todo, del resto del intestino, es momentánea.

En los casos citados por los autores, tiene con frecuencia lugar la invaginacion en el intestino grueso, y en los casos de extrangulacion por bridas, tumores, hernias, es por lo general la parte mas libre y mas inferior del intestino delgado lo que se extrangula.

La operacion debe consistir en una incision en la pared abdominal que corresponda al obstáculo, pero ¿de qué manera?

La primera idea que se ocurrió á los cirujanos, la que Dupuytren puso en práctica muchas veces sin éxito, ha sido la de caer sobre el obstáculo, cortar las bridas, desatar el intestino para deshacer la invaginacion, etc. Esta práctica es funesta y no cuenta mas que reverses, pues precisa una larga incision y maniobras que traen por resultado una *peritonitis* casi necesariamente mortal. No se puede decir de antemano, ni si el obstáculo se encontrará, ni si se le podrá vencer.

La operacion propuesta por Maunoury en 1819, por S. Laugier (1), ejecutada después por Maissonneuve, continuada y perfeccionada por Nélaton, consiste en esto: Las operaciones hechas por los fisiologistas, por Blondlot y Claude Bernard en los animales vivos, han demostrado con qué facilidad é inocuidad se puede practicar una fistula gástrica ó intestinal, á condicion de hacer una pequeña abertura y aproximar inmediatamente el intestino á las paredes de la incision. Nélaton hace una incision estrecha y aproxima el intestino á los labios de la incision, practicando en aquel una ligera puncion: la circulacion de las materias se restablece y el ano artificial se constituye.

No debe examinarse el intestino, contentándose únicamente con tomar la primera asa intestinal distendida por materias y gases que se presente á la incision para obturarla. Para ir mas seguro de en-

(1) S. Laugier, *Le météorisme du ventre peut-il servir à distinguer le siège de l'étranglement dans le canal intestinal* (*Bulletin chirurgical*, t. I, p. 245).

contrar una asa situada en la parte inferior del intestino delgado cerca del ciego (lo que es una buena condicion) y no tocar ni demasiado alto, ni demasiado bajo, debe operarse casi delante del ciego, á la derecha, á algunos traveses de dedo por encima del pliegue de la ingle. Hecha la incision larga de cinco á seis centímetros, se pasa por debajo del asa intestinal una aguja curva y por medio del hilo se aproxima el intestino á los dos labios de la herida; despues se punciona aquel y las materias fecales y los gases se escapan en gran abundancia, pudiendo introducirse una gruesa sonda en el intestino, para obtener así mas fácil y menos interrumpida salida. Cuidados de simple y extremada limpieza é inyecciones, constituirán desde luego todo el tratamiento local; alimentar los enfermos comenzando por sustancias tónicas de fácil digestion.

Practicada que haya sido la operacion, tiene lugar un alivio notable; la cara se compone; el sueño reaparece; el pulso se hace mas fuerte; en una palabra, el enfermo renace y bastan algunos dias para volverle á un estado satisfactorio de salud.

¿Qué le pasa á la herida? ¿Qué al obstáculo? El curso de las materias establecido por el ano artificial, se restablece por el punto inferior del intestino. No debe pesar sobre el médico esta preocupacion: la enterotomía «salva al enfermo y deja á la naturaleza el cuidado de restablecer el curso natural.» (Denouvilliers.)

Puede suceder que el enfermo, profundamente debilitado, no pueda recobrar la salud y muera: si resiste, es de temer un accidente; la inflamacion flemonosa de las paredes abdominales y la formacion de un foco purulento, accidente de cierta gravedad; el que es preciso remediar por la aplicacion de sanguijuelas ó una incision hecha á tiempo. Una peritonitis puede sobrevenir igualmente, pero si contamos los casos favorables (la proporcion es muy considerable, pasa de un tercio); el ano artificial funciona, la digestion se hace, el enfermo en fin, se restablece. El ano artificial puede persistir indefinidamente, si la desgracia quiere que el obstáculo con frecuencia momentáneo y accidental que existia en el intestino, no desaparezca y por esta razon, el curso de las materias no puede restablecerse. Pero se sabe por experiencia, que á menudo este obstáculo concluye por desaparecer, empezando entonces las materias á pasar poco á poco por el ano, lo que dá lugar á que la abertura artificial, se venga cerrando progresivamente, hasta que las materias concluyan por seguir todas las vias naturales; verificándose al cabo de algunos meses la curacion completa.

ARTÍCULO XII.

CÁNCER DE LOS INTESTINOS.

El *cáncer de los intestinos* es una enfermedad menos frecuente que el del estómago, y aun si se exceptúa el recto y la parte inferior del colon, se puede decir que muy rara vez es atacado de esta enfermedad el conducto intestinal. Siendo incurable esta afeccion, creo que no debo insistir demasiado sobre ella, deteniéndome únicamente alguna cosa sobre el *cáncer del recto* que es el mas interesante.

§ I.—Causas.

No conocemos mejor las *causas* del cáncer del intestino que las del cáncer de los demás órganos; por consiguiente, es inútil repetir lo que se ha dicho sobre este punto.

§ II.—Síntomas.

En cuanto á los *síntomas* varían en parte segun el punto ocupado por el cáncer. Si este se encuentra en una porcion inmediata al estómago, como en el *duodeno*, los síntomas no se diferencian sensiblemente de los del cáncer gástrico. El *cáncer de la parte media del intestino delgado* es el mas raro de todos: ocasiona *dolores de vientre, trastornos de la digestion, alternativas de diarrea y de estreñimiento*, y presenta un tumor que por lo comun no se halla situado en el trayecto del intestino grueso. El *cáncer del fin del ileon y del principio del ciego*, que es mas frecuente que el precedente, se distingue por el sitio que ocupa el tumor á que dá origen, y por el obstáculo que opone al curso de las materias. En cuanto á los síntomas del cáncer que ocupa el fin del intestino grueso, voy á indicarlos rápidamente.

Cáncer de la S iliaca, del colon y del recto.—El principal síntoma de este cáncer, es un *estreñimiento* mas ó menos rebelde, seguido en una época mas avanzada de la enfermedad, de una *diarrea* que es muy difícil de vencer. Se ha creido que esta diarrea era principalmente debida á la ulceracion del cáncer; pero el hecho no es exacto, y se encuentran casos como Vidal de Cassis (1) ha citado de ello un

(1) Vidal (de Cassis), *Du cancer du rectum et des opérations qu'il peut réclamer.* París, 1842, en 8.º