

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 este 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 estercoreos, 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 estercoreos ó constipacion al principio incompleta, interrumpida por deposiciones sanguinolentas, gangrenosas; la distension del abdomen 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 desobstruentes 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 estercoreáceos 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 estercoreáceos, 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 Rokitsansky, 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 afección 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 indicación bastará al práctico. También se usan los *antiespasmódicos*, y se aplican sobre el abdomen 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 extrangulación, el tratamiento solo puede ser paliativo.

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

El tratamiento variará desde luego según la especie de oclusión: si esta es la invaginación propiamente dicha, en el artículo siguiente que es el complemento de este, lo indicamos. Pero si la extrangulación tiene lugar por *retracción* en el intestino grueso ó en un punto accesible, se podrá obtener mejoría por la introducción 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 retracción es ocasionada por una afección cancerosa, el tratamiento es de resultados negativos: si es una enfermedad sífilítica 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 *obstrucción*, 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, raíz 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 después su indicación, pero podrán ser más nocivos que útiles si hay vómitos. También se recomiendan las lavativas de tabaco y belladona al interior y se han referido curaciones por la ingestión 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. Paris, 2 Marzo, 1857, n.º 36.

chas ascendentes y el amasamiento; la administración de los purgantes está subordinada al estado del intestino y al grado de obstrucción.—Los vermes intestinales deben notarse antes de expulsarlos, para lo cual se dará la santonina, el sémen-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 extrangulación 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 aplicación 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 extrangulación ó un simple atascamiento?

Belladona.—Hanius obtuvo la curación en cuarenta casos de íleo prescribiendo una lavativa con *cuatro gramos de raíz de belladona en suficiente cantidad de infusión 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 cucharada 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 Maisonneuve (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 Maisonneuve. 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, Maisonneuve los ha expuesto perfectamente en su Memoria (2).

ARTÍCULO XI.

INVAGINACION 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) Maisonneuve, *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) Maisonneuve, *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., Paris, 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 sintoma 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 sintomas de la invaginación inmediatamente despues de *esfuerzos violentos*, *gritos y cardas*, 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*. Paris, 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.