

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 iliaca 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 estercoráceos 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 Mitchel, 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 trocar 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) Mitchel, *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. Labrie, *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 abdomen 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 no 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 abdomen, 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 despues 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 íngle. 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 cólon, 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 cólon 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