

## LECCIÓN QUINTA

### TRATAMIENTO DE LA OCLUSIÓN INTESTINAL

RESUMEN.—De la oclusión intestinal.—Patogenia.—Síntomas.—Diagnóstico de la causa: cierta, probable, dudosa.—Diagnóstico del sitio.—Tratamiento.—Purgantes.—Medios mecánicos.—Mercurio.—Enemas.—Irrigaciones forzadas.—Inyecciones de aire, de ácido carbónico.—Enemas de agua de Seltz.—Enemas de tabaco.—Funciones intestinales.—Café.—Belladona.—Masaje.—Electricidad.—Tratamiento quirúrgico.—Terminación de las estrangulaciones.—Elección de la operación.—Laparotomía.—Enterostomía.—Momento de la operación.

#### SEÑORES:

Cuando en las últimas lecciones os expuse el tratamiento del estreñimiento, os dije que me reservaba para un capítulo especial el que resulta de las obstrucciones mecánicas que se oponen al curso de las materias y provocan así la oclusión intestinal. Este accidente, por desgracia muy frecuente, es el que voy á estudiar hoy, manifestando los recursos terapéuticos con que podéis combatirle.

Seré breve en la sintomatología (a), porque no

(a) E. Besnier, *Des étranglements internes de l'intestin*, París, 1860. Se pueden también consultar para el tratamiento de la oclusión intestinal las obras siguientes:

En Francia: Lutón, artículo *Oclusion intestinal* (*Nouveau Dictionnaire de méd. et de chirurg. pratiques*, tomo XIX, pág. 323).—Noël Gueneau de Mussy, *Clinique médicale*, tomo II, pág. 157.—Largier des Bancels, *Étude sur le diagnostic et le traitement des étranglements internes*. París, 1870.—Feuriot, *Du traitement de l'occlusion intestinale interne* (Tesis de París, núm. 3, 1875).—Dolliger, *De l'intervention chirurgicale dans les occlusions intestinales*. Tesis de París, núm. 417, 1872).—Bousier, *Des divers modes de traitement de l'occlusion interne de l'intestin* (Tesis de París, núm. 59, 1873).—Bulteau, *De l'occlusion intestinale au point de vue du diagnostic et du traitement* (Tesis de París, 1878).—Peyrat, *De l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale* (Tesis de agregación, 1880).—En el extranjero: W. Brinton, *Intestinal obstruction*. Londres, 1867.—O. Leichtensteim, *Wierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, 1873 y 1874.—Jonathan Hutchinson, *A successful case of abdominal section for intussusception, with remarks in this and other methods of treatment* (*Medico-chirurgical Transac.*, vol. LVII, pág. 31. Londres, 1874).

puedo trazaros aquí la historia patológica de la oclusión intestinal; os remito para más detalles á vuestros tratados de patología, y sobre todo á la notable Memoria de mi amigo y colega E. Besnier.

Respecto á las causas capaces de oponerse á la marcha de las materias fecales, sabéis que pueden existir, sea en el intestino, sea en las paredes intestinales, sea fuera de estas paredes; entre las que tienen su punto de partida en el interior del tubo intestinal, se colocan los cuerpos extraños, las materias fecales endurecidas, los cálculos intestinales, etc. Las que tienen su origen en las paredes son más frecuentes y se presentan en dos circunstancias: ó bien el intestino está sano, ó bien enfermo. En el segundo caso puede existir un cáncer ó cicatrices que disminuyan el calibre del intestino, lo que constituye la estrechez intestinal; en el primer caso se trata de una invaginación ó de un enroscamiento del intestino, que es el íleo ó el vólculo.

Relativamente á las causas que obran por fuera de la pared intestinal (1), son muy numerosas, y

(1) Clasificación de las causas de oclusión intestinal, según Doliger:

- |                                                         |                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                         | 1. <sup>a</sup> Estrechez inflamatoria.                                                           |
|                                                         | 2. <sup>a</sup> Estrechez cicatricial.                                                            |
| I. Por afección orgánica de las paredes intestinales.   | 3. <sup>a</sup> Estrechez hipertrófica.                                                           |
|                                                         | 4. <sup>a</sup> Estrechez vascular.                                                               |
|                                                         | 5. <sup>a</sup> Estrechez por pólipo.                                                             |
|                                                         | 6. <sup>a</sup> Estrechez cancerosa.                                                              |
| II. Por lesión de posición de las paredes intestinales. | 1. <sup>a</sup> Invaginación.                                                                     |
|                                                         | 2. <sup>a</sup> Torsión.                                                                          |
|                                                         | 3. <sup>a</sup> Flexión brusca.                                                                   |
|                                                         | 1. <sup>a</sup> Hernias internas á través del diafragma, aberturas anormales del mesenterio, etc. |
| III. Por estrangulación propiamente dicha.              | 2. <sup>a</sup> Estrangulación por el apéndice ileocecal ó un divertículo intestinal.             |
|                                                         | 3. <sup>a</sup> Estrangulación por brida peritoneal.                                              |
|                                                         | 4. <sup>a</sup> Estrangulación del intestino por el intestino.                                    |

Causas de la oclusión intestinal.



nacen, ora de bridas procedentes del mesenterio, del peritoneo ó de un divertículo intestinal, ora de un orificio anormal de las paredes, como en las hernias. En fin, hay el gran grupo de los tumores abdominales, que comprimen más ó menos el intestino.

Frecuencia  
de las causas.

Lo que es importante de conocer es la frecuencia de estas causas, y Brinton (a) ha suministrado bajo este concepto datos interesantes. Analizando seiscientos casos de oclusión, ha visto que la invaginación ocupaba el primer lugar, 49 por 100; después venían las bridas y adherencias, 31,5 por 100; después las estrecheces y las compresiones de las paredes intestinales, 17,5 por 100, y en fin, la torsión ó vólvulos, 8 por 100.

Los síntomas de la oclusión deben ser bien estudiados; ellos os permitirán establecer el diagnóstico de la causa, y como veréis, este diagnóstico tiene gran importancia bajo el punto de vista terapéutico. Resumamos, pues, brevemente los principales síntomas, que son: el estreñimiento, los vómitos y el timpanismo (1).

IV. Por cuerpos extraños . . .	1. <sup>a</sup> Cálculos } 2. <sup>a</sup> Cuerpos extraños propiamente dichos. 3. <sup>a</sup> Vermes intestinales. 4. <sup>a</sup> Materias estercoráceas endurecidas.	} Internos.	biliares. intestinales.		
				1. <sup>a</sup> Riñón, útero ú otro órgano que comprima el intestino. 2. <sup>a</sup> Tumor abdominal que comprima el intestino (b).	} Externos.

(1) He aquí los principales síntomas que, según E. Besnier, permitirán establecer el diagnóstico de la naturaleza de la estrangulación intestinal: *Invaginación.*—Vómitos ordina-

(a) Véase también el resumen hecho por Melchiori, *Annali universali de medica*, Milán, 1859.

(b) Doliger, *De l'intervention chirurgicale dans les occlusions intestinales*. Tesis de París, núm. 417, 1872.

El estreñimiento desempeña un papel predominante, pues la falta absoluta de evacuaciones y la resistencia de la enfermedad á una medicación purgante constituyen el elemento importante de esta sintomatología. No olvidéis, sin embargo, que si la estrangulación tiene su asiento en la parte superior del intestino, el enfermo puede hacer deposiciones sin que haya desaparecido el obstáculo; el intestino se vacía simplemente por debajo de la estrangulación.

Otro fenómeno importante, el vómito, presenta un carácter especial sobre el que se ha insistido, y es la aparición de materias fecales; este es, en efecto, uno de los signos patognomónicos de esta afección.

En fin, la acumulación de gases por encima del obstáculo determina un meteorismo más ó menos considerable, que permite en ocasiones calcular el sitio de la estrangulación. En cuanto á la marcha de los accidentes, se presenta bajo dos aspectos diferentes: ó aparecen bruscamente, ó, por el contrario, se producen de una manera lenta y progresiva.

El diagnóstico es de los más importantes, y se re-

riamente biliosos, rara vez estercoráceos; estreñimiento, rara vez también absoluto; deposiciones diarreicas, sanguinolentas, fétidas; pujos y tenesmo anal, con frecuencia muy violento; vientre retraído al principio, abombamiento tardío y poco considerable; tumor abdominal cilíndrico, acodado, más largo que ancho, más saliente durante la crisis de cólicos que en estado de reposo.

*Estrecheces.*—Signos antecedentes importantes: enfermedades del intestino, estado caquéctico del en-

fermo, alternativas frecuentes de diarrea y de astricción, vientre habitualmente voluminoso, después vómitos estercoráceos, timpanitis muy desarrollada.

*Estrangulación propiamente dicha.*—Signos antecedentes: flegmasias peritoneales anteriores; signos actuales: dolores excesivamente internos en el momento de la estrangulación, vómitos precoces, pertinaces, astricción absoluta, no existen evacuaciones sanguinolentas ni tumor (a).

(a) E. Besnier, *Des étranglements internes de l'intestin*, pág. 92. París, 1860.



Diagnóstico  
de la causa.

fiere á dos puntos: reconocer primeramente la causa del obstáculo y después el punto ó sitio de este obstáculo. Para establecer el diagnóstico de la causa se debe uno fijar en la aparición de ciertos síntomas, en la marcha de los accidentes, en la edad del paciente, etc.; pero considerado de una manera general, se puede decir que el diagnóstico de la oclusión se presenta bajo tres aspectos: ó es cierto, ó es probable, ó es dudoso.

Diagnóstico  
cierto.

Veamos el primer caso: el diagnóstico es cierto cuando existe un tumor que pueda percibirse por la palpación ó el tacto rectal; el diagnóstico es cierto cuando se puede tocar el obstáculo con el dedo introducido en el recto; cierto también cuando existe una hernia atascada é irreductible. Por lo demás, en la mayoría de estos casos los accidentes se producen lentamente y permiten establecer la causa de la oclusión.

Diagnóstico  
probable.

El diagnóstico es, por el contrario, probable, y entonces hay que referirse á algunos síntomas especiales. Así, por ejemplo, si se trata de un accidente brusco de estrangulación, las deposiciones contienen sangre, el enfermo experimenta un tenesmo anal muy manifiesto, la palpación del vientre os permite sentir un tumor de la forma de una morcilla y que sigue los movimientos peristálticos del intestino; es probable que en este caso se trate de una invaginación intestinal.

En otro enfermo el accidente es casi súbito, y en el momento en que se produce el enfermo ha sentido en el abdomen un dolor excesivamente vivo; los vómitos fecales son muy abundantes, y cuando interroguéis al enfermo haréis constar que ha padecido peritonitis anteriores; es probable que en este caso se trate de una estrangulación por bridas peritoneales.

Por último, es en un anciano en el que se produce la estrangulación, que ha sido precedida de alternativas de diarrea y de estreñimiento; vuestro hombre es caquéctico, hay desde hace tiempo dolores en el abdomen, su vientre es muy voluminoso, las materias que expele están como laminadas; es probable que esta vez exista una estrechez carcinomatosa del intestino que sea la causa de la estrangulación.

El cáncer del intestino es una de las causas más frecuentes de la oclusión intestinal, y se puede establecer como una ley que, á partir de los cincuenta años, todo enfermo que presente síntomas de estrangulación intestinal, producida de una manera lenta y progresiva, está afectado de cáncer, aun cuando el estado general sea relativamente excelente. Se han visto, en efecto, cánceres del intestino compatibles con la apariencia de salud más perfecta.

Existen por fin casos, desgraciadamente muy frecuentes, en los cuales los síntomas son oscuros, lo que hace á menudo muy difícil el diagnóstico de la oclusión intestinal, y á pesar de la notable comunicación hecha por Hutchinson al Congreso médico de Bath (1), el diagnóstico exacto de la estrangulación

Diagnóstico  
incierto.

(1) He aquí, según Jonathan Hutchinson, el diagnóstico diferencial de las diversas variedades de estrangulación:

1.º Cuando un niño presenta súbitamente fenómenos de obstrucción intestinal, es probable que se trate de la invaginación ó de la peritonitis.

2.º Cuando es un anciano, el diagnóstico será: obstrucción por materias fecales ó afección cancerosa.

3.º En la edad adulta, las causas de la obstrucción intestinal pueden ser múltiples, pero la invaginación y el cáncer se encuentran rara vez.

4.º La invaginación se reconocerá por los esfuerzos de la defecación, por la presencia de sangre ó de moco en las materias excretadas, por la astringencia incompleta de vientre y por la presencia de un tumor semiblando, que se encontrará por el examen de las paredes abdominales ó por el tacto rectal.

5.º En la invaginación, las paredes abdominales permanecen generalmente relajadas, y como hay poco meteorismo, es siempre posible, con la anestesia, descubrir el endurecimiento.

6.º Se sospechará una lesión cancerosa cuando un anciano haya



interna es todavía uno de los problemas más difíciles de la clínica.

Diagnóstico del sitio.

En cuanto al sitio del obstáculo, no debemos fundarnos solamente en la causa (1), sino también en los datos suministrados por el tacto rectal; pero debemos guiarnos sobre todo por la forma del abdomen. Laugier ha demostrado, en efecto, que cuando el obstáculo tiene su asiento en el intestino delgado, la parte central del vientre es la que se presenta tumefacta; cuando, por el contrario, reside en

presentado desde algún tiempo indisposiciones abdominales ó períodos de estreñimiento pasajero. En estos casos, el estreñimiento es á menudo incompleto.

7.º Si hay un tumor que comprometa el intestino, se debe, sirviéndose del éter, descubrirlo por medio de la palpación, ora á través de las paredes abdominales, ora por el tacto rectal ó vaginal. Es preciso, sin embargo, no dejarse inducir á error por la presencia de los escalos.

8.º Si, entre los ataques graves de obstrucción, el enfermo ha gozado de una salud perfecta durante largos intervalos, se puede sospechar la presencia de un divertículo anormal, ó de una brida formada por antiguas adherencias, ó de una porción de intestino distendida en forma de saco, ó de un vólvulo.

9.º Si desde el principio de la obstrucción intestinal el vientre se hace duro y distendido, es casi cierto que se trata de una peritonitis.

10. Cuando se ven los movimientos del intestino á través de las paredes abdominales, es casi cierto que no hay peritonitis. Este síntoma se observa sobre todo en los sujetos adelgazados que presenten una obstrucción antigua que tenga su origen en el colon.

11. La tendencia á los vómitos está en relación proporcional con las tres condiciones siguientes: primero la proximidad del sitio de la obstrucción con el estómago, después el calibre de la estrechez y, por último, la persistencia con que se hayan dado alimentos ó remedios por las vías superiores.

12. Cuando la estrechez tiene su asiento en el colon ó en el recto, faltan completamente las náuseas.

13. Los violentos esfuerzos y los vómitos biliosos son con frecuencia más penosos en los cólicos hepáticos ó nefríticos que en la obstrucción intestinal.

14. Los vómitos de materia fecal no se observan más que en los casos en que la obstrucción no tiene su asiento muy abajo.

Si estos vómitos aparecen temprano, es un síntoma grave, que indica una constricción muy estrecha.

15. La introducción de la mano en el recto, según el método de Simon (de Heidelberg), puede con frecuencia dar preciosos datos, (*Archives médicales belges*, noviembre de 1870.)

(1) Veamos, según el doctor E. Besnier, cuál es la frecuencia del sitio de la estrangulación en sus diversas variedades, según resulta del análisis de 183 observaciones:

el intestino grueso, éste se hincha formando un ribete saliente periférico y dejando la parte central deprimida.

Después de estas cortas explicaciones, cuya importancia conocéis suficientemente, empezaremos, si lo tenéis por conveniente, la parte interesante del asunto, es decir, el tratamiento de la oclusión intestinal.

Cuando os encontréis ante un caso de oclusión intestinal, empezareis por examinar atentamente á vuestro enfermo, estudiaréis la marcha de los accidentes, las circunstancias que los hayan precedido, palparéis con cuidado el abdomen, exploraréis el recto; después, una vez fijado vuestro diagnóstico lo más exactamente posible, estableceréis la terapéutica. ¿Por qué medio empezareis?

Empezareis con mucha frecuencia, y esto como medio de diagnóstico tanto como agente terapéutico, por administrar un purgante; pero sed prudentes, y

Tratamiento de la oclusión.

De los purgantes.

Naturaleza de la estrangulación.	Número de casos.	Asiento en el intestino delgado.	Asiento en el intestino grueso.	Naturaleza de la estrangulación.	Número de casos.	Asiento en el intestino delgado.	Asiento en el intestino grueso.
Invaginación. . .	47	13	34	anormales en los repliegues peritoneales. . .	11	9	2
Estrechez	26	9	17	Aberturas del diafragma. . .	4	»	4
Estrangulación por torsión. . .	10	2	8	Sacos peritoneales intraabdominales. . .	4	4	»
Flexión. . .	6	5	1	Por compresión (tumores). . .	6	2	4
Bridas sólidas. . .	46	19	7				
Aplicación del ciego. . .	9	9	»				
Divertículos. . .	9	9	»				
Bridas intestinales. . .	5	5	»				
Aberturas							
Suma. . .	183	71	67	Total. . .	183	86	77



no recurráis á los drásticos demasiado enérgicos. Conservo profundo recuerdo de un enfermo que observé cuando era jefe de la clínica de Behier: se trataba de un hombre afecto de oclusión; el diagnóstico de la causa era incierto; se habían ensayado los purgantes una vez, sin poder vencer la obstrucción; se ordenó después una píldora de crotón; bajo la influencia del medicamento, nuestro enfermo fué acometido de dolores atroces, de cólicos espantosos, y murió rompiéndose su intestino. La autopsia demostró que la causa de la enfermedad era una brida peritoneal que comprimía el intestino. Así, pues, usad los purgantes oleosos ó los salinos, emplead hasta el aguardiente alemán, pero no paséis de este último como drástico.

Los purgantes despiertan la contractilidad del intestino, vuestro enfermo hace deposiciones, el obstáculo desaparece, se obtiene la curación: todo marcha bien; pero desgraciadamente no sucede siempre lo mismo, y con mucha frecuencia, por el contrario, vuestro purgante no produce efecto. ¿Qué debéis hacer? Usad en segundo lugar los medios mecánicos y administradlos por la boca y por el intestino.

Por la boca se han aconsejado cuerpos pesados que se suponía podían vencer por su peso la estrangulación intestinal. El mercurio gozó en este concepto de una gran boga: Zacutus Lucitanus, Ambrosio Pareo, Lázaro Rivière, Rolland, Belluci, Bonati y Franceschini han citado gran número de casos en los cuales el mercurio metálico hizo desaparecer el obstáculo intestinal. Se le administraba á la dosis de una libra á libra y media de una vez, estando el enfermo sumergido en un baño, y ya en él, dos ayudantes vigorosos le ponían en movimiento para hacer caer el mercurio en el intestino y determinar la desaparición de la obstrucción.

De los medios mecánicos.

Del mercurio.

Señores, este es un medio que debemos desechar completamente; Hanius ha demostrado con perfectas experiencias que el mercurio introducido en gran cantidad no desciende en masa al intestino delgado, y penetra en él muy lentamente, glóbulo á glóbulo; y esto es tan cierto, que si por casualidad quita el obstáculo no veis que el enfermo expulse un chorro de mercurio; sólo devuelve pequeñas partículas, y durante algunas semanas se encuentra mercurio en las deposiciones. Por otra parte, la posición horizontal guardada por el enfermo es un obstáculo á la acción directa del mercurio sobre la obstrucción. Así, pues, á pesar de los hechos favorables recientes de Tessier, Tessón, Houdebine, Feillé, Rousseau y Matignón (1), soy de opinión de rechazar el mercurio en el tratamiento de la oclusión intestinal.

Veamos ahora los medios mecánicos administrados por la vía rectal. Primeramente los enemas: los enemas purgantes ayudan las contracciones intestinales; podéis también emplear el agua sola, pero no

De los enemas.

(1) Matignón ha examinado en diez casos la acción del mercurio en la estrangulación interna.

He aquí sus conclusiones:

1.<sup>a</sup> El mercurio metálico, dado en la oclusión intestinal á la dosis de 100 á 500 gramos, es perfectamente inerte como remedio mercurial propiamente dicho.

2.<sup>a</sup> Obra á la vez por su peso, y sobre todo dividiendo las materias estercoráceas; no son de temer desgarraduras sino en el caso de que el intestino esté ya gravemente comprometido.

3.<sup>a</sup> El mercurio presenta las ventajas inmediatas siguientes:

a. Es absorbido fácilmente y bien tolerado por los enfermos.

b. Suprime instantáneamente los vómitos y calma generalmente los dolores.

4.<sup>a</sup> En la obstrucción por tumor estercoráceo, con y sin cuerpo extraño, el resultado definitivo es casi seguro. Lo mismo sucede en las compresiones y en las estrecheces en que el calibre no está absolutamente suprimido.

5.<sup>a</sup> En las demás formas de oclusión (invaginación y estrangulación), el resultado, sin ser tan cierto, no es imposible, pero no nos atreveremos á aconsejar se recurra á la acción del mercurio por los accidentes que puede producir (a).

(a) Matignón, *Du traitement de l'occlusion intestinale par le mercure métallique à haute dose*. Tesis de París, núm. 340, 1879.



basta prescribir aquí un simple clister, sino que es necesario administrar una inyección poderosa en el intestino grueso. Dos medios pueden utilizarse para hacer penetrar el agua todo lo alta posible en el intestino: ó bien os serviréis del enteroclismo, ó bien usaréis las irrigaciones forzadas (a).

Del  
enteroclismo.

Ya os he indicado en las lecciones precedentes lo que Cantani entendía por enteroclismo y cómo empleaba este método; os he manifestado que el mejor enterocloris era el tubo de Debove. Este procedimiento nos dará excelentes resultados cuando se trate de compresión de la extremidad inferior del intestino grueso por tumor abdominal ó de degeneración del mismo intestino; penetrando por encima del obstáculo, la sonda permite llevar las corrientes de agua en medio de las materias fecales acumuladas en este punto, y puede determinar su salida en estado líquido.

De las  
irrigaciones.

El otro medio consiste en el uso de bombas aspirantes é impelentes, que permiten lanzar al intestino una corriente de agua muy enérgica. Este es un procedimiento que no deja de tener peligros, por lo que prefiero el enteroclismo á esta práctica de las inyecciones forzadas. Pero ya os sirváis de uno ú otro procedimiento, ambos no se dirigirán más que contra los obstáculos que tengan su asiento en la extensión del intestino grueso; porque, á pesar de los casos de Isnard (b), y los más recientes de Cantani, creo que, en la mayoría de los casos, la válvula de Bauhin no puede franquearse por las inyecciones.

De las  
inyecciones de  
aire.

Otras veces no es ya agua la que se inyecta, sino aire. Hipócrates aconsejó emplear á este efecto un

(a) Véase *Lección sobre el tratamiento higiénico del estreñimiento*.

(b) Isnard, *Des injections forcées dans l'occlusion intestinale* (*Gazette médicale*, 1886).

fuelle de herrero introducido en la extremidad del ano. Cœlius Aurelianus y Wood han empleado este medio y ensalzado sus resultados.

El aire ha sido sustituido por el ácido carbónico, que, como sabéis, tiene una acción real sobre la contractilidad muscular; y á este propósito, ya conocéis la historia del negro afecto de estrangulación: el médico americano que le cuidaba introdujo en el recto una triple carga de paquetes de polvo de fabricar el agua de Seltz; dos ayudantes taparon el ano, el enfermo creyó estallar, pero el obstáculo fué vencido y el negro curó.

De las  
inyecciones de  
ácido carbónico.

Sin emplear un medio tan brutal y que puede ser peligroso, os recomiendo un método más sencillo y que da en muchos casos excelentes resultados, y es la inyección de agua de Seltz en el recto. La operación es muy sencilla: introduciréis lo más alto posible una cánula provista de un largo tubo de cautchuc, que adaptaréis en seguida á un sifón; apretaréis el pistón, y el agua de Seltz penetrará violentamente en el intestino. Hay numerosos casos de curación por este medio; usadle, pues.

De los  
enemas de  
agua de Seltz.

Os aconsejo rechazar el empleo de las inyecciones de tabaco, preconizadas por ciertos autores, y en particular por Ronzier-Joly (a), sea en humo, como quieren Vicat, Wolf, Hufeland y Richter, sea en decocción, como prefieren Haën, Abercrombie y Schæffer; porque si no está demostrado que el tabaco en enema es superior á las demás irrigaciones, es un hecho probado, por el contrario, que estos enemas pueden ser tóxicos y determinar síntomas de envenenamiento mortal.

De los  
enemas de  
tabaco.

Si los purgantes, los enemas de agua y agua de Seltz no os dan resultado, ¿qué haréis? En este caso

De las  
punciones intes-  
tinales.

(a) Ronzier-Joly, *Des lavements de tabac* (*Bull. générale de Thérapeutique*, 1857).



tratad de disminuir la distensión extrema del intestino por los gases; distensión que, relajando por demás la fibra muscular, la hace perder su contractilidad. Para conseguir este objeto, podéis emplear las punciones capilares aspiradoras. Estas punciones se hacen muy fácilmente, bien por medio del aspirador de Potain, bien, lo que todavía es más sencillo, con vuestra jeringa de inyecciones subcutáneas, provista, como se comprende, de una aguja bastante larga para poder penetrar en el intestino á través de las paredes abdominales. Una vez hecha la punción con vuestra aguja, aspiráis con el pistón quitando la jeringa, pero dejando colocada la cánula. El olor que sale por la cánula, ó bien el ruido de silbido que se oye, indica la salida del gas contenido en el intestino. Estas picaduras por medio de vuestra jeringa no presentan ningún peligro y pueden repetirse varias veces. Pero es preciso reconocer que este medio paliativo es á menudo muy insuficiente y que es más difícil de lo que se cree vaciar las asas intestinales del gas en ellas acumulado. En todo caso podréis recurrir á este medio, que alivia á los enfermos y permite en ciertos casos al intestino recobrar su elasticidad de una manera suficiente para que recobren su curso las materias fecales.

Del hielo.

Otro medio superior á la punción es el empleo del hielo, preconizado por Grisolles y por su discípulo Massón (a). Es necesario recurrir siempre á él; la aplicación del frío sobre el abdomen disminuye la cantidad de gas, excita la contractilidad intestinal y se opone á la peritonitis que complica tan frecuentemente la estrangulación.

De la belladona.

Al lado del hielo se ha aconsejado la belladona. Hanus, Fiessinger, Chrestien, Giraud, Thibeaud

(a) Massón, *D'application du froid dans le étranglement intestinal* (Tesis de París, 1857).

(de Nantes) (a) y muchos otros han pretendido que la belladona podía curar la estrangulación. El café á altas dosis tiene el mismo efecto; obrará, sobre todo, como han sostenido Durand, Guyot y Lamarre-Picquot (b), en la estrangulación herniaria. El efecto del café será aumentar las contracciones intestinales; y teniendo la estriénina el mismo efecto, también podrá curar la estrangulación, según Homolle. Recordemos que Hervieux, por su parte, ha aconsejado el martillo de Mayor; que Logie, Richard Neale (c) y Bonnemaision (de Tolosa) han recomendado la inversión, es decir, la suspensión del enfermo por los pies, y que, en fin, el masaje y las ventosas que comprendan todo el abdomen, como lo practican, según Dobrowolsky, los campesinos rusos, han sido también aconsejados; pero todos estos medios tienen una acción muy incierta. Así, si después de haber usado los purgantes, empleado duchas ascendentes y aplicado el hielo en el abdomen no habéis podido vencer el obstáculo al curso de las materias fecales, os queda, antes de llegar á los medios quirúrgicos, el último recurso: la electricidad.

Del masaje.

(a) Becker, *Belladonna Klystere gegen Ileus empfohlen* (in *Casper's Wochenschr.*, 1841).—Droste, *Passio iliaca und Belladonna wider selbige* (in *Zeitschr. für die Ges. Med.*, tomo XVIII, Heft 4, 1841).—Lamby, *Der Belladonna-Rauch als Heilmittel in Ileus* (in *Annove. Ann.*, tomo IV, 1846).—Chrestien (A.-T.-C.), *Emploi de la belladone en lavement contre l'iléus* (in *Journal des conn. chirurg.*, 1850).—Fiessinger, *Observations sur l'emploi de la belladone dans les cas d'iléus et de constipation opiniâtre* (in *Revue Thérapeutique méd.-chir.*, tomo III, pág. 483, 1855).—Thibeaud, *Cas d'occlusion intestinale, guérison par l'emploi de la belladone* (in *Journal de la Société de méd. de la Société acad. de la Loire-Inférieure*, tomo XXXIII, pág. 106, 1856).

(b) Triger, *Gaz. des hôpitaux*, mayo de 1857.—Carrière de Marnac, *Bulletin de Thérap.*, tomo LIII, pág. 34, 1857).—Lamarre-Picquot, *De l'action dynamique du café et de son emploi dans les hernies étranglées* (*Bull. de Thérapeutique*, 861, tomo LXI).—Meplain, *Le café (Étude de thérapeutique physiol.*, París, 1868).

(c) Logie, *The British Med. Journ.*, 1881.—Richard Neale, *London Med. Record*, 1879.