En cuanto á las alteraciones del periostio, conviene recordar que éste está constituido por una parte fibrosa y por otra medular que se continúa con la médula huesosa propiamente dicha. Si el padecimiento primitivo es de esta última, entonces la mielitis es el primer fenómeno observado, y no se trata ya de una periostitis sino de una osteomielitis. En las osteitis basta recordar la disposición de los canálculos de Havers, para comprender la gangrena huesosa que sobreviene por extrangulamiento de los vasos arteriales ó venosos que existen en dichos canálculos, lo que da lugar á la trombosis arterial ó venosa. El Sr. Dr. GARCÍA replicó, diciendo que podía asegurar al Sr. Vázquez Gómez, que en el enfermo de su observación no había habido manifestación ni perturbación nerviosa alguna, y que la piel no perdió sus caracteres normales.

J. R. ICAZA.

CLINICA INTERNA.

La invaginación de forma aguda que sigue al cólico intestinal, no debe ser clasificada entre las obstrucciones.

Extraña por demás, parecerá la tesis que me propongo sostener, máxime cuando todos los patologistas, sin excepción, describen esta enfermedad en el capítulo de las obstrucciones intestinales, bajo cuyo título la colocan.

Emitiré, sin embargo, las razones en que apoyo mi juicio, solicitando después la opinión de esta docta Academia, opinión que, si es conforme con mi tesis y esta ilustrada corporación la desarrolla, sobrepasará en mucho mi aspiración hallando con creces satisfecho mi deseo.

Y no es una simple cuestión nosológica que dilucidamos; salvo preocupación de mi parte, creo que tiene alcances más trascendentales, pues se liga inmediatamente con la terapéutica.

Considerada esta invaginación intestinal, desde el punto de vista que propongo, su tratamiento no puede ser dudoso, y tiene que obedecer á indicaciones precisas, como obedece, por ejemplo, el tratamiento de una hernia inguinal extrangulada.

Para abordar la cuestión en el mejor orden que me sea posible, me ocuparé:

- 1.º Del génesis de esta lesión.
- 2.º De sus síntomas principales.
- 3.º Diagnóstico diferencial.
- 4.º Pronóstico.
- 5.º Deducción de las razones que pueden apoyar la idea, de no estar bien clasificada la invaginación entre las obstrucciones intestinales.
- 6.º Su mejor tratamiento, bajo la nueva faz que la consideramos.

1.º ¿Cómo se engendra esta afección?

Buscando afanosamente en diversos autores las causas que se señalan para el desarrollo de esta enfermedad, encontramos marcadas muy particularmente aquellas que la producen de una manera lenta y gradual. Señálase así la existencia de pólipos ó tumores que por su peso, tirando de la mucosa intestinal de una manera continua, acaban por invaginarla. Se señalan igualmente la desigualdad é irregularidad de las contracciones peristálticas del intestino.

Las descripciones en lo general, parecen como corresponder más bien á las formas crónicas de la invaginación.

Las invaginaciones observadas por nosotros, han tenido bien marcado el carácter de agudas; precedidas del cólico intestinal, las de término funesto han producido la muerte en muy corto espacio de tiempo.

Para constituirse la invaginación, hemos visto preceder siempre el cólico.

Se sabe cuál es el carácter de la contracción fisiológica del intestino. Contracción propiamente vermicular, se hace de una manera precisa, suave, muy bien medida y regularizada. Esta contracción es del todo inconciente; parece no modificar la luz del intestino.

La contracción producida por el cólico es totalmente diferente: parcial, brusca y exagerada, se hace apreciar por un dolor vivísimo, dolor que depende del tiramiento de los filetes nerviosos de la superficie del intestino. Es digno de llamar la atención, que fuera de los puntos en donde tiene lugar este fenómeno, el intestino se con-

serva flojo y como en estado normal. Así, inmediatamente arriba é inmediatamente abajo, del lugar en que el intestino se tetaniza, el resto del tubo no ofrece indicio alguno de alteración, conservando su flojedad y blandura.

Si en estas condiciones solicitada la contracción peristáltica habitual, ya por la presencia de los materiales que deben ser expulsados, ya por el mismo cólico, se produce ese género de contracción, la invaginación tiene lugar. Y se comprende fácilmente; la porción de intestino que se halla abajo del sitio tetanizado, está en semi-contracción, pero contracción suave, que no modifica la luz del canal; relativamente aparece allí de mayor diámetro que la porción tetanizada. Empujada ésta por la contracción peristáltica y conservando rígidas aún sus paredes, fácilmente encaja la porción floja y queda desde ese momento constituida una verdadera invaginación. Invaginación descendente, que podrá exagerarse más ó menos; pero que aún quedando á ese grado, despierta síntomas importantísimos que vamos á analizar.

2.º Desde el momento que el peritóneo es pellizcado, fenómenos locales y fenómenos generales traducen para el médico tan terrible accidente.

Localmente, es el dolor agudo, persistente; no tiene las intermitencias que el cólico ofrecía, es tan agudo como pertinaz. Si con el cólico podíamos apreciar dibujándose y formando relieves en la superficie del vientre, las asas de intestino alternativamente contraídas, ahora no acontece lo mismo. La tendencia más bien es á abultarse el vientre, fenómeno que se explica claramente por la seudoparálisis del intestino, provocada por la alteración peritoneal; mientras más tiempo transcurre, se acentúa más y más el timpanismo. En una Memoria reciente, publicada sobre este asunto por el célebre Cirujano Profesor Don Rafael Lavista, se señalaron magistralmente las formas del vientre, según que la invaginación se ha producido en el intestino delgado ó en el grueso.

De los casos que yo tengo presentes y que me sirven para la formación de esta Memoria, puedo asegurar que la inmensa mayoría, si no todas, corresponden á la invaginación del intestino delgado. Se explica fácilmente la frecuencia con que allí se producen, toda vez que ese intestino no se halla fijo como lo está el intestino

grueso. La interrupción en el curso de los materiales del intestino es otro de los fenómenos que se observan.

Como fenómenos generales se acentúan desde luego: la facies especial del enfermo: el peritonismo se vé pintado en el semblante, que expresa por lo común gran ansiedad; un sudor frío frecuentemente baña la frente. No tardan en aparecer vómitos, primero biliosos, después como mucosos, y recordando un poco más tarde, por su palidez, la que es propia á las materias fecales. Suele levantarse la temperatura, á la vez que el pulso se concentra y se acelera, la respiración se hace frecuente. Bien pronto á la calentura sucede el enfriamiento, y no es extraño, como justamente lo marca en su Memoria el distinguido Profesor citado, que apenas señale el termómetro 35° y aún menos. Yo también lo he observado así.

En cuanto á los datos que podemos recoger por la exploración directa, son escasos en verdad. Desde luego, á menos de cloroformizar al enfermo, éste no permite la aplicación de las manos sobre el vientre, y los datos que nos dan la palpación y percusión, absolutamente podemos considerarlos como patognómicos.

En algunas ocasiones, sí se vuelve posible y aun fácil apreciar una matitez marcada, que contrasta con la sonoridad de las otras regiones. Bien había razón para suponer aquella matitez como la correspondiente á la porción de intestino en donde los materiales se acumulan, arriba del punto invaginado. Pero la mayoría de veces, el timpanismo exagerado y general nos oculta del todo los signos que pudieran guiar al diagnóstico de asiento.

La exploración rectal y aún las inyecciones líquidas exageradas por el recto, ó la inyección gaseosa, de gas carbónico, de hidrógeno, etc., dan escasisima luz, pudiendo figurar más como medios de tratamiento que como medios de diagnóstico.

3^o En lo referente al diagnóstico diferencial, justo es expresar las dificultades que ofrece.

Estas dificultades, á mi pobre entender, más atañen á la localización que á la forma, en particular si el médico asiste, digamos así, al principio de la lesión, y si tiene conocimiento de los antecedentes del enfermo.

En estas condiciones, convencidos de que el individuo ha sufrido un cólico verdadero, y que á ese cólico, en vez de seguir la eva-

cuación de materiales y con ella el descanso, ha seguido, por el contrario, un cuadro esencialmente grave que forzosamente trae á nuestra imaginación la idea del peritonismo, de la peritonitis, aun no es lógico deducir que el intestino se ha invaginado.

Es digno de notar que la circunstancia que nos hace pensar en la invaginación no es, en verdad, la obstrucción, es decir, la interrupción en el curso de los materiales, sino los fenómenos que pasan del lado del peritoneo y que se traducen por el conjunto de síntomas que hemos expresado. Aceptada la invaginación, queda en pie la segunda parte importantísima del problema. ¿En qué sitio se ha producido? Señalamos ya algunos datos que pudieran utilizarse, para definir el asiento de la invaginación. El medio seguro para averiguarlo lo detallaremos en el tratamiento.

Y para no divagar más sobre los pocos pobres elementos de diagnóstico con que contamos, paso á ocuparme del pronóstico, asunto que nos encarrila directamente al sostenimiento de la tesis enunciada, de que *la invaginación de forma aguda que sigue al cólico intestinal, no debe ser clasificada entre las obstrucciones.*

4.º ¿Cómo y por qué se mueren los enfermos en quienes se produce la invaginación intestinal aguda?

La muerte sobreviene muy rápidamente, desde unas cuantas horas hasta tres ó cuatro días. Como se vé, es tan rápida, en verdad, que no ha habido tiempo para que la muerte se produjera por la obstrucción. Esto es indudable; los enfermos no se mueren porque el intestino está obstruido. Tan cierto es este hecho, que varias ocasiones he observado enfermos que evacuan al segundo día de invaginación, y sin embargo se mueren. No así en la verdadera obstrucción intestinal, por atascamiento, por ejemplo; si allí se logra que el enfermo evacue, con certeza se cura.

En la invaginación aguda, si el término funesto sobreviene en las primeras horas, es que el peritonismo engendra el colapsus, y el colapsus engendra la muerte. Mas supongamos que no pase de este modo, sino que el enfermo resiste á los primeros accidentes. Sin embargo de ello, la muerte no se hará esperar mucho: á los tres ó cuatro días viene indefectiblemente, si la invaginación no se deshace. ¿Qué la origina entonces? La peritonitis verdadera, ó lo que es más frecuente, la infección.

La muerte por esta causa la había observado algunas ocasiones

y no podía explicarme de una manera satisfactoria, la rapidez de esa infección.

En la actualidad la veo claramente; me ha servido para explicármela de un modo absolutamente exacto, á mi entender, la bellísima estadística formada por el Doctor Byford, publicada en el "American Journal of Obstetrics.—Julio 1898."

Este cirujano ofrece un cuadro de 105 laparotomías, sin que se cuente entre ellas ni una sola defunción. Explica tan halagador resultado del modo siguiente: en primer lugar, señala y llama la atención sobre este principio importantísimo: *que la parálisis intestinal vuelve al peritóneo incapaz de resistir á la infección*, y juega en consecuencia, un gran papel, en el génesis de la septicemia, que sobreviene á veces después de la laparotomía. Basándose en este principio, purga á sus operadas antes de la operación, y el mismo día que opera, así como, los días siguientes, mantiene la completa libertad del vientre, laxando á sus enfermas con tomas pequeñas y repetidas de sulfato de magnesia y aún con lavativas con glicerina.

En los casos de invaginación, paralizado el intestino por una parte y atacado el peritóneo por otra, realiza exactamente la condición contraria á la señalada por el Dr. Byford. No es, por consecuencia, extraño, que la mayoría de estos enfermos sucumban, y esto en muy corto tiempo.

Mas sea como fuere: acéptese que la muerte sobreviene por infección ó por la peritonitis, por lo que se quiera, es un hecho que no sobreviene por la detención de los materiales, pues si ésta fuese la razón, ¿qué diríamos de los habitualmente constipados que resisten sin evacuar y sin accidentes, hasta diez y doce días?... Y ¿qué diríamos de los mismos enfermos de obstrucción intestinal verdadera, como los atascados en el ciego que terminan fatalmente y en los que jamás se ve sobrevenir la muerte antes de los ocho ó diez días?.....

Podemos ya, por consiguiente, ocuparnos de un modo franco de nuestra cuestión.

5.º La invaginación aguda que describimos, ¿cabe de un modo natural en el cuadro de las obstrucciones?.....

Evidentemente no. Y no se diga que puede caber, porque en último análisis, los materiales del intestino se detienen, sin poder ser expulsados. A este título, toda hernia estrangulada, que tam-

bién no permite el curso y por consecuencia la expulsión de materiales, podría clasificarse como otra forma de obstrucción, y en verdad que á nadie ocurre semejante idea.

La invaginación aguda no debe caber en el cuadro de las obstrucciones, porque lo dominante en sus síntomas es á todas luces peritoneal. Los accidentes que siguen inmediatamente á la invaginación, tienen lugar en el peritóneo y no dependen de la detención de materiales. Los accidentes secundarios persisten del lado del peritóneo, y apenas si se manifiestan del lado de la obstrucción. La infección, si se produce, es porque la serosa abdominal está tocada, que cuando no lo está, como pasa en las obstrucciones simples, en aquellas en que el peritóneo no toma participio, la infección no aparece ó se retarda considerablemente.

La muerte, como lo señalaba en el pronóstico, no es el resultado directo de la detención de materiales. Y tan no lo es, que como indicaba antes, aun cuando se logre al segundo ó tercer día la evacuación de éstos, por poco que persistan los otros accidentes, siempre sobreviene.

Ella es tan prematura, llega tan bruscamente que aleja por completo la idea de ser la obstrucción su causa. Si así fuera, ¿cómo explicarse en los que padecen constipación habitual, esas detenciones de tantos días, doce y aun más, sin provocar accidentes?

6º Aceptado como un hecho secundario, la obstrucción intestinal en el caso que nos ocupa: dándole, en suma, una significación análoga á la que le damos en todo caso de hernia estrangulada.

¿Cuál debe ser el mejor tratamiento?

Obvia es la respuesta. Nuestra tendencia, desde el punto de vista terapéutico, debe ser sobre todas, esta muy capital: «deshacer la invaginación.»

Así como en la hernia estrangulada está indicado practicar tentativas prudentes de taxis, antes de proceder al desbridamiento; así en la invaginación se puede intentar, cloroformizando al enfermo, deshacer la invaginación por medio de largas inyecciones de agua en el intestino. El recurso es pobre; pero pobre como se le llama, más de una ocasión ha producido feliz resultado y no vemos el por qué desecharlo.

Estoy de acuerdo en todo con las ideas del eminente y distinguido Profesor Señor Doctor Lavista, y creo como él, que exaje-

rando demasiado la inyección, lejos de ser benéfica, puede acarrear fustos resultados.

Mas yo la indico, como estableció el método curativo, desde hace muchos años, el distinguido y notable clínico Don Miguel F. Jiménez. Juzgaría bien aprovechadas las primeras horas de invaginación, ensayando este método; pero después de un día ó día y medio, á lo más, no debe perderse el tiempo, y hay que preocuparse seriamente de ir á buscar por una laparotomía exploradora el sitio de la invaginación para deshacer ésta, sin cuyo requisito, aún cuando el enfermo evacue, el término funesto no se hará esperar, como tanto lo hemos indicado.

Mientras la enfermedad que nos ocupa se ha juzgado como una verdadera obstrucción, la tendencia natural y á la vez racional del médico, ha sido á toda costa la desocupación del intestino, provocando evacuaciones.

Aun han sido recomendados los purgantes; pero se ha desechado su empleo, comprendiendo que si el obstáculo al curso de las materias no desaparecería con su uso, la situación empeoraba, puesto que, por su acción acumulaban, sobre la parte obstruida, mayor cantidad de materiales.

Dominando aún la idea de ser esta enfermedad una verdadera obstrucción, su tratamiento se halla planteado en consonancia, tendiendo á restablecer la permeabilidad del tubo intestinal. Y como quiera que no es escaso el número de medios propuestos, el empleo de muchos de ellos, aun por vía de ensayo, hace perder, á mi juicio, un tiempo precioso, para el verdadero tratamiento, que es, como lo dijimos ya, la intervención quirúrgica.

Y es por esta causa por lo que decíamos, que la clasificación exacta de la enfermedad no atañe simplemente á una cuestión nosológica. Es más trascendental su importancia, toda vez que tiene que influir de un modo directo para fijar bien las bases del tratamiento más racional.

Ya hemos señalado cuál debe ser éste.

En la cirugía encontramos la resolución del problema.

Podría extenderme aquí, entrando en algunos detalles sobre la laparotomía practicada por esta causa; mas careciendo de cosecha propia, no debo continuar.

Señalaré sí, porque el hecho es importante, que justamente para

tratar la invaginación aguda, cuando ésta ha producido, como sucede á menudo, un timpanismo exagerado, no puede llevarse á feliz término la exploración quirúrgica, sin practicar previamente la fistula estercoral.

Todo lo relativo á este interesante asunto se encuentra perfectamente detallado en la Memoria ya citada, escrita magistralmente por el Sr. Profesor Don Rafael Lavista, la cual se halla publicada en los núms. del 15 de Junio al 15 de Agosto del presente año, en la Revista de Anatomía, Patología y Clínicas.

Debo concluir esta incorrecta Memoria.

Guió mi pluma el deseo de señalar á la invaginación intestinal aguda como mal clasificada entre las obstrucciones, pretendiendo que considerada desde su verdadero punto de vista como un accidente peritoneal, su tratamiento podría fijarse bajo bases más sólidas y más seguras, aumentando así las probabilidades de salvar mayor número de víctimas.

México, Noviembre de 1898.

PROF. DR. D. MEJÍA.

“CONSTANTIA.” (*)

Segunda de las cuestiones sacadas á concurso para el año económico de 1897 á 1898.

(CONTINÚA.)

Las relaciones del cordón poco ó nada sirven para precisar las variedades, pues sus elementos se disocian, sobre todo, en las hernias antiguas, y no es posible sacar conclusión alguna del lugar ocupado por el canal deferente y por las venas espermáticas.

La determinación del agente del estrangulamiento no presenta sino un interés mediano, pues al operar se llega á conocerlo; sin embargo, debe recordarse que casi siempre en las hernias congénitas se produce la constricción en el orificio que hace comunicar la

(*) Véase la página 29 de este volumen.