

quistes ováricos, para evitar la descomposición rápida del vientre y los accidentes cardio-pulmonares que suelen presentarse durante la cloroformización.

Es prudente evitar el amplio despegamento de las adherencias que tan íntimamente funden la pared del quiste con el revestimiento músculo aponeurótico del abdomen, requisito que exige la práctica clásica de la ovariectomía.

Es posible la extirpación parcial, cuando menos de los neoplasmas de mayor volumen y resulta conveniente esta conducta, en virtud de ser conocida la influencia que ejercen sobre el mecanismo de la contaminación de la serosa abdominal, si bien en el caso actual las masas neoplásicas flotaban en el interior del quiste en otros hechos subsiste la duda apuntada en las dos fórmulas del diagnóstico clínico, y por ello creo deber mantener esta proposición.

El caso demuestra el inéxito de las punciones que sólo alivian los síntomas mecánicos, agravándose por ellos el estado general por disminución de la albúmina, generándose así y precipitándose la aparición de la hipohemia en las enfermas. En el hecho actual las punciones fueron inocuas, pero es posible y ya está señalado el accidente de producirse hemorragia por tropiezo del trocar que hiere los vasos embrionarios cuando existen masas del tumor cerca del llamado lugar de elección para hacer las punciones. En consecuencia, resulta á todas luces superior la práctica de la celiotomía, la que es un ejemplo notable de la conotación que debe darse al término *laparotomía exploradora* y que en esta vez y felizmente fué medianamente curadora, supuesto que gracias á la asepsia rigurosa que se empleó, pudo realizarse la extirpación del ovario degenerado.

Es conveniente y es útil estancar el derrame ascítico ó el contenido líquido de los quistes ováricos cerrando el vientre en vez de la práctica preceptuada de establecer amplia canalización.

Considero de grande importancia esta última proposición, pues la contraria conducta acaba con las fuerzas de las enfermas, por la abundante supuración que se produce especialmente si se trata de pacientes hospitalarios y por ello expuestos á la contaminación por el aire impurificado proveniente de las emanaciones de una sala

atestada de enfermas que sufren las dolencias más variadas.

Julio 10 de 1902.

FRANCISCO HUERTADO.

ILEUS,

SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La seule regle qu'on puisse donner est de faire un examen complet, absolument complet, ne negligant aucun organe "à capite ad calcem" comme disaient les vieux auteurs.

A. F. Plicque.

I

Sinonimia, historia y definición.

Passio iliaca, ileus, volvulus, cólico de misere-re, estrangulamiento interno y obstrucción intestinal son los términos que en el curso del tiempo han servido para designar la afección que estudiamos.

Incontables años ha que el ileus es conocido por el gremio médico, puesto que ya Praxagoras abría el vientre para remover el obstáculo que se oponía al curso de las materias; pero es preciso venir hasta al siglo XVIII y notar el movimiento que se inició á propósito del tratamiento quirúrgico y que llevó aparejados consigo los nombres de Littre y Pillore de Rouen. Esta cuestión que á principios del siglo pasado es seguida de un modo frío en su primera mitad, se torna viva con Maissonneuve, Dupuytren, Malgaigne y Nelaton, campeón y vulgarizador del ano enteropróccico. (1)

De entonces para acá los estudios de Brinton, Leichtenstern, Rafinesque, Peyrot, Treves, Guinard, Lejars, Gangolphe, Galliard y mil otros que por uno ú otro motivo han estudiado la obstrucción con más detalles, la hacen tomar una importancia tal, que en la Sociedad de Cirugía de

(1) La primera intervención de este género fué hecha por Monaury de Chartres en 1818 y por Monod fué repetida en 1838.

Paris va y vuelve el discutido tema al tapete de la discusión con extraordinaria frecuencia.

Entre nosotros, los Dres. M. Jiménez, M. Domínguez, Egea, L. Ortega, F. de P. Chacón y R. Icaza, han analizado este capítulo de Patología ahora desde el punto de vista de su diagnóstico, ahora desde el del tratamiento. El prodigioso talento de nuestro maestro Dr. Lavista, lució sus clarividencias ejercitando sus facultades en el mismo asunto, y publicó sus estudios en la *Revista de Anatomía Patológica* en el año de 1898. Por último, el joven Dr. Ulises Valdés ha tocado incidentalmente este estudio en su último trabajo publicado en la *Cirugía Contemporánea*.

Véase por esta rápida enumeración, que nuestra Facultad no ha quedado inmóvil en el torbellino formado por las dificultades de la Oclusión y cabe decir, sin adular, que la docta Academia Nacional de Medicina ha prestado en nuestra Patria la mayor suma de observaciones.

Largos siglos han pasado para fijar las bases del diagnóstico, y no menos han transcurrido para avanzar el tratamiento: si los antiguos se atrevían contra las obstrucciones por cáncer del recto, son nuestros contemporáneos los que, franqueando los límites del peritoneo en alas de la antisepsia, han buscado en la inspección franca de la causa, su remedio radical, y en la mayoría de casos inmediato. Cambios en la interpretación sintomática, modificaciones en la técnica operatoria, toda esa avalancha de ideas nuevas é intervenciones que inundaron la cirugía abdominal desde la era de Pasteur, comprendieron en su masa la Patogenia y Terapéutica del Ileus que parecen no haber concluido de evolucionar hasta hoy.

"Tomaremos como oclusión intestinal el complejo sintomático traído por un obstáculo temporal ó permanente á la libre circulación de los residuos intestinales de cualquiera estado físico en su dirección fisiológica."

Nuestra definición confunde la oclusión típica por torsión, por hernia interna con lo convenido en llamar pseudo-oclusión; pero como una y otra pueden matar con los mismos síntomas, como ambas son de diagnóstico difícil y oscuro, como las dos ponen á dura prueba la sagacidad del clínico, hemos preferido reunir las á imitación de Lejars y casi considerar la pseudo-oclusión co-

mo uno de los aspectos del síndrome que estudiamos.

En efecto, no hay enfermedad oclusión como no hay enfermedad fiebre, ambos son conjuntos de síntomas que se nos ofrecen con caracteres generales comunes y que, no obstante, reconocen causas y requieren tratamientos distintos según las individualidades clínicas.

Las palabras de Masson serán para nosotros una denominación genérica donde cabrán varias formas susceptibles de clasificación; entre sus especies habremos de dejar aparte las hernias estranguladas que constituyen el tipo más franco y accesible de oclusión, para poder seguir las costumbres de nuestros clásicos que en la materia tienen fuerza de ley, fundándonos, como ellos, en que el agente constrictor no está en la cavidad misma del abdomen, sino en sus paredes, lo que elimina hasta á las de origen diafragmático.

II

Anatomía y fisiología patológicas.

Las causas de la oclusión intestinal derivan unas de datos anatómicos fijos, propios al canal ó á su serosa de envoltura; datos fisiológicos que se desprenden de la circulación, innervación y régimen alimenticio; y datos patológicas nacidos de afecciones del tubo intestinal, del peritoneo ó de los órganos intra-abdominales.

Recordemos que el intestino no es un tubo de calibre uniforme; su trayecto comprende dos grandes secciones, designada cada una con los nombres de intestino delgado y grueso, respectivamente; cada una de ellas aparece á la primera ojeada de amplitud casi igual, pero un examen atento hace descubrir diferencias dignas de nota.

Conocida es la división del intestino delgado en tres porciones: duodeno, yeyuno é ileón; muy corta la primera, largas las dos últimas; pues bien, de estas tres porciones, el yeyuno es más amplio que el ileón (O.^m006. Gray, Treves), y su musculatura mejor dotada. Ya este detalle nos dice desde luego que si por una circunstancia cualquiera disminuye la energía contráctil del yeyuno, las materias intestinales carecerán de la presión necesaria para su avance en el ileón, donde con más ó menos probabilidades se formará un depósito de materias estancadas.

La dirección tortuosa de las circunvoluciones intestinales no deja de obrar en el mismo sentido: plegado el mesenterio sobre sí mismo, da una dirección fija al intestino delgado, dirección que obliga á las materias intestinales á seguir un curso contrario á la gravedad. Partiendo del ángulo duodeno-yeyunal, el intestino delgado va hacia el ángulo del colon descendente, vuelve hacia la línea media en la zona supra-umbilical, regresa de allí al flanco izquierdo á la altura del principio del colon ilíaco, retorna hasta el hipocondrio derecho y flanco correspondiente, retrocede de este último para hundirse en la pelvis donde se levanta finalmente, para concluir en la fosa ilíaca derecha. Es su dirección oblicua más pronunciada en la tercera y cuarta ondulaciones, lo que en nuestro sentir contribuye muy mucho á la oclusión de esta parte del intestino, de preferencia cuando tiene como causa un enterólito, un cálculo biliar ó un cuerpo extraño de cualquier naturaleza.

Anexo al intestino delgado y á 30 ó 40 centímetros de su desembocadura en el ciego, existe 2 veces en 100 (Treves) un pequeño apéndice, el de Mœkel, vestigio del conducto vitelo-intestinal, con longitud variable, con uno de sus extremos libre en la cavidad y que en un momento dado puede transformarse en brida estrangulante.

Por último, el intestino delgado forma un ángulo agudo con el ciego cerca de la válvula de Baauhin, su abertura es inferior y se comprende que cuanto menor fuere su seno, sea por acortamiento del peritoneo interpuesto, sea por repleción del ciego, el progreso de las materias intestinales encontrará un nuevo obstáculo y se tiene otro origen posible de oclusión. (Dr. Urrutia.)

El intestino grueso no tiene un diámetro igual en toda su extensión; en términos generales, sus dimensiones decrecen del ciego á la conclusión del asa omega y en su longitud hallamos tres puntos de estrechamiento normal cuya magnitud en escala ascendente son el ángulo derecho del colon, su ángulo izquierdo y el más estrecho, conclusión de la S ilíaca, amén de los tres estrechamientos normales del recto (1).

Desde el punto de vista de la dirección, hay una parte en que los residuos intestinales mar-

chan siempre contra la gravedad: ciego y colon ascendente; y otra anormal en que puede mirarse el mismo fenómeno: la dirección general del colon trasverso es de derecha á izquierda, de arriba á abajo y un poco de delante á atrás; pero cuando el mesocolon es muy largo, cuando hay cierta pereza de las paredes puede abatirse paralelamente á su dirección ó también puede doblarse hacia abajo, tomando las formas de U ó de V abertura superior (ptosis).

Falta mencionar como dato anatómico constante y como agente posible de constricción al apéndice cecal, con longitud variable, hasta de quince centímetros, situado adentro y las más veces detrás del ciego y dotado en ocasiones de enorme movilidad.

En anatomía normal el peritoneo nos presenta dos grandes grupos de causas de oclusión, sus fosetas ó anillos y sus prolongaciones epiplóicas; considerado en relación con el intestino, dependerán de él, por la movilidad que permite á determinados segmentos del canal, diferentes torsiones y vólvulos (1).

Revestida totalmente por el peritoneo la primera porción del duodeno, queda entre la segunda y tercera (sólo cubiertas por su cara anterior) y la cabeza del pancreas una porción de serosa dividida en dos fosetas (Jonnesco), una superior, otra inferior, limitadas entre sí por un pequeño repliegue colocado á la altura en que el colon trasverso cruza al duodeno. El mismo autor describe otras dos PARA Y RETRO-DUODENALES, de las que Gangolphe dice, no son constantes, y que por nuestra parte no hemos podido comprobar en en cadáveres inspeccionados con este objeto. No sucede otro tanto con la foseta duodeno-yeyunal. Cuando, como prescribe Tillaux, se lleva la mano del intestino delgado hacia la derecha, se ve el relieve del duodeno á través del peritoneo; pues bien, fijando la atención en la última parte ligeramente ascendente de aquel órgano, allí donde el ligamento de Treitz clava el mesenterio, en el ángulo del seno inferior formado por el duodeno y el yeyuno, existe una foseta de abertura superior, que puede admitir la punta del índice y

(1) Hay, además, estrechamientos accidentales ó congénitos, con sitio y extensión variables en el intestino delgado; en la S ilíaca ó en el recto.

(1) Estimamos fuera de nuestro objeto mencionar las relaciones de la mucosa salpingiana con el peritoneo, lo que no explica sino pseudo-oclusiones de origen peritonítico, por infección propagada.

que no es otra cosa que la duodeno yeyunal, encontrada en la mitad de los casos (Treves).

El mesenterio puede llevar cierto número de orificios entre los que los longitudinales ó hendiduras son de origen traumático y no tienen sitio fijo, y los redondos, debidos á una falta de desarrollo, se miran colocados en un espacio oval circunscrito por una rama anastomática que une la ileo-cólica y la última intestinal, espacio muy bien figurado en el esquema arterial de Potter (Lámina III).

Jonnesco describió el primero, al rededor del ciego tres fosetas: la ileo-cecal, la ileo-apendicular y la retro-cecal; sus nombres bastan para precisar su ubicación; las dos primeras faltan raras veces y están limitadas por relieves arteriales, en tanto que la última es excepcional.

Entre las fosetas ó anillos hay que nombrar al HIATUS de WINSLOW y dos más: la próxima al colon descendente de abertura superior formada por el relieve de una gruesa arteria, es la foseta de Cooper y la determinada por la saliente de la arteria sigmoide en la hoja izquierda del mesocolon iliaco, donde se han visto ya dos casos de hernia.

La penetración posible del intestino en las fosetas ó anillos descritos crea otras tantas variedades de hernia muy fáciles de estrangular y que llevan en los autores clásicos diferentes nombres. Llámase de *Triezl* la del *hiatus*, de *Rieux* la de la foseta retro-cecal, de *Cooper* ó *Peacock* la del colon descendente, *sigmoide* la de la S ilíaca, y si fuésemos á perpetuar nombres, propondríamos que las demás variedades retro-peritoneales fuesen llamadas de *Jonnesco*. Son estas inclusiones intestinales las que reclaman con toda propiedad el nombre de *estrangulamiento interno*.

Los apéndices epiplóicos son sacos peritoneales llenos de grasa que se desprenden de la envoltura serosa del intestino grueso, á lo largo del colon hasta el tercio superior del recto, y más abundantes en el colon transverso. Son estos apéndices con el vermicular y el de Mackel los que forman las bridas más comunmente encontradas, hecha excepción de las de origen patológico.

Basta que la extremidad libre de ellos se adhiera á la pared del abdomen ó á una de las entrañas, para que esté constituido el agente de constricción; otras veces se ofrecerán como rodeando ó ciñendo una asa.

La movilidad del intestino en sus diversos segmentos es muy variable según que la serosa peritoneal los rodea por todas sus partes y según la longitud que tenga el meso así formado; por ejemplo, la parte más alta del ileon y la S ilíaca serán las más móviles, porque reúnen las dos condiciones de tener un meso completo y ser en ellos muy largo; los volvulus, las torsiones tendrán en dichos lugares su sitio preferente, y esto que la lógica hace presumir por la teoría, queda superabundantemente comprobado por la clínica. Por el contrario, el duodeno, los colones ascendente y descendente que el primero no tiene meso y los segundos casi nunca lo poseen; la parte más alta del yeyuno, por la brevedad de su mesenterio no darán origen á estos vicios de posición. La primera parte de esta proposición encierra una verdad incontrastable cuya evidencia puede ser comprobada fácilmente, citando sólo, por no hacer fatigoso este estudio, el hermoso gravado que representa nudos del intestino en la Cirugía de Lejars, y el caso que en Octubre de 1887 comunicó á la Academia Nacional de Medicina el Profesor José M. Bandera á propósito de un colon transverso descendido hasta el hipogastrio, donde fué comprimido por la matriz en gestación á la que formaba un cincho: nótese aquí el enorme abatimiento del colon, cuando de ordinario su límite inferior no pasa la cicatriz umbilical; si hubo ese descenso fué porque así lo permitió la longitud del mesocolon transverso. Y, en cambio, no conocemos ninguna observación que contradiga nuestro aserto.

Cuando una asa intestinal con meso largo es distendida por las materias que contiene, y si sus extremidades son fijadas por cualquier accidente, tenderá á bascular, á hacer un movimiento de rotación sobre su cuerda, y se producirá la torsión; por este motivo, la S ilíaca que tiene casi inmóviles sus extremos y que se recarga ó descende con tanta facilidad, es la que ofrece el mayor número de torsiones.

Resumiendo lo dicho, tenemos como causas adyutoras anatómicas:

Por el intestino	}	Calibre desigual.	} Contribuye en		
		Dirección.		} á la obstruc-	
		Angulo ileo-secal.			} ción.
		Idem de los colones y			
la S ilíaca.					
		Apéndices vermicular y	} Pueden obrar		
		de Mæckel.		} como bridas	

Por el peritoneo } Fosetas duodenales,
 } duodeno-yeyunal,
 } orificios mesentéri-
 } cos, fosetas ileo-ce-
 } cales, de Cooper y
 } sigmoidea, hernias
 } asal reducidas.
 } Apéndices epiploicos. — Estrangula-
 } miento in-
 } terno.
 } Constricción
 } por bridas.

Inútil parece mencionar la influencia que la circulación y la inervación tienen sobre el funcionamiento intestinal, como sobre cualquier órgano, desde el punto de vista de su nutrición y sobre la motilidad muscular de preferencia; pero como la inervación intestinal ejerce un dominio poderoso en sus funciones, vamos á detenernos un instante en estos factores.

Las experiencias de Schiff y Thiebierge nos indican que algunos excitantes del bulbo y de los pedúnculos cerebrales acarrear una oclusión espasmódica; y por más que Guinard asiente que eso es fisiología y no clínica, es de nuestro entender que el dato fisiológico puede bastar para la interpretación de ciertas formas que se presentan en algunas afecciones meningo-encefálicas. En el extremo opuesto tenemos la obstrucción paralítica de afecciones medulares que ocupan sitios definidos.

Es sabido de todos que en las enfermedades del sistema nervioso hay ciertas cuyos trastornos son muy limitados á tal ó cual rama y que traducen afecciones graves; por ejemplo, la atrofia de las eminencias ténar é hipoténar; hay, puede decirse, suspensión fisiológica de unos cuantos ramos nerviosos dependientes de un solo tronco. Esta suspensión que puede tener un origen material, puede también reconocer un origen *sine materia* inhibitorio ó tóxico (parálisis saturnina, según la ñora Dejerine), y permanente ó temporal. Ahora si se reflexiona un instante sobre la intrincada madeja de ramas nerviosas y plexus que animan el intestino; si se tiene en cuenta la acción paralizante, inhibitoria que puede tener un cuerpo extraño al canal; si no se olvida la producción incesante de tomainas que tiene lugar en el mismo órgano, cuyo contacto con los plexus es asegurado por las circulaciones sanguínea y linfática, no será imposible colegir la posibilidad de parálisis segmentarias ó de espasmos que nos expliquen el mecanismo de algunas pseudo oclusiones ó de la invaginación. Verificándose ésta

casi siempre en el sentido del peristaltismo, la parte normal podrá incluirse en la paralizada siguiente, ó si se trata de un espasmo el asa contraída podrá incluirse en la inmediata normal.

La edad en que el sistema nervioso es más susceptible es la infancia, las impresiones que recibe se acrecentan y abultan de un modo notable, y es en ella donde se mira el mayor número de casos de invaginación.

Hay algo más que se requiere para que se produzca este vicio, y es que el asa invaginada posea un meso relativamente largo que le permita mayor movilidad; así, pues, asa móvil detrás de una asa dilatada, son sus dos condiciones esenciales de producción. Las estadísticas señalan por esta razón como el punto más favorable, allí donde el ileon desemboca en el ciego. Copiamos las siguientes:

Ileon solo, 30 por 100.	Intestino delgado, 52 por 100.	Intestino delgado, 15 por 100.
Ileo-cecal, 44 por 100.	Idem grueso, 12 por 100.	Idem grueso, 15 por 100.
Ileo-cólica, 8 por 100.	Ileo-cecales ó ileo-cécales, 60 por 100.	
Cólicas sólo, 18 por 100.		
(Leichsternstern).	(Brinton).	(Rafinesque).

Viene aquí muy á cuento, por el participio que tuvo el sistema nervioso, una observación del Dr. Lázaro Ortega, referida á la Academia de Medicina en Agosto de 1870. Tratábase de una mujer decrépita en fuerzas y en edad, quien tras de una hemorragia cerebral sufrió con intervalo de muy pocos días una invaginación ileo-cólica, terminada por la gangrena de la parte invaginada que tomó casi un metro de longitud. En este caso, hay que subrayar desde ahora la elevación de temperatura que tuvo la enferma.

Para concluir, expondremos que por la invaginación penetra el asa superior en la inferior en una extensión más ó menos considerable, por manera que se encuentra de afuera hacia adentro una capa serosa, una musculosa, una mucosa, otras mucosa, musculosa y serosa y nuevamente una serosa, musculosa y mucosa; de suerte que quedan afrontadas dos serosas y dos mucosas. El afrontamiento de las serosas es lo que hace posible la curación espontánea de esta forma. Hay por la invaginación como dedo de guante, tres cilindros concéntricos externo, medio é interno; y cuando la intususcepción es doble ó triple (lo que es muy raro), los cilindros se

multiplican el mismo número de veces. El punto más alto de la serosa invaginante, se pone en contacto con la serosa del asa invaginada y se designa con el nombre de *cuello*. Este, antes de la coalescencia de los dos cabos, es tomado por el edema lo mismo que las asas enfermas; pero en él es fenómeno más claro, y tanto que algún autor ha pretendido explicar los síntomas peritoneales de esta forma por la compresión de dicho cuello, como sucede en las hernias estranguladas. Semejante conjetura está muy lejos de satisfacernos; mas, en cambio, nos da razón de cómo comprimido el meso del asa invaginada, no puede ya recibir una nutrición suficiente, por que se pone violácea, por que se ulcera en partes, como se necrosa y elimina á partir de ese punto (Laboulhene).

Dicha intususcepción puede producirse en unos instantes ó emplear mucho tiempo, por lo cual la clínica describe una forma aguda y otra crónica, ambas muy difíciles de diagnosticar, sobre todo, la segunda, que no ha sido sospechada en el vivo, sino en un quinto de los casos.

Si por uno ú otro motivo se altera la circulación abdominal, los movimientos del intestino quedan comprometidos, como se palpa en las alternativas de oclusión y despeños prodrómicos en la enfermedad de Hanot. No cabe duda que la circulación puede perturbar también el peristaltismo normal, al llevar su acción sobre los centros nerviosos, marcadamente el bulbo. Este hecho es frecuente en los aórticos: anemiado su mesocéfalo por la lesión valvular descompensada, este centro nervioso no puede influir más sobre el intestino y es fácil que sobrevenga una obstrucción. De otra manera, no puede explicarse el ileus paralítico de los ancianos, y no de otra suerte podrá entenderse la acción que la belladonna y su alcaloide, la atropina, tienen sobre la oclusión, acción muy eficaz como se desprende de los cuatro casos que el Sr. Egea trató por este agente, cuya narración está escrita en el tomo XVIII, página 21 de la *Gaceta Médica*. Como última comprobación, voy á referir dos casos: Hubo en el Hospital de San Andrés una enferma, como de 30 años de edad, con una lesión aórtica de origen probablemente sifilítico; algo mejorada de sus males llegó un momento en que el intestino no llenaba sus funciones satisfactoriamente; dos ó tres días más tarde la enferma sucumbió

en medio de unos cuantos vómitos fecaloides, tres días después de la suspensión de las heces y los gases.

En el año próximo pasado prestábamos nuestros servicios profesionales á una anciana de 74 años por un aneurisma de la aorta ascendente; en unos cuantos días se presentó un estreñimiento más y más tenaz hasta llegar al cuadro de la oclusión; intentamos la entero clisis sin fruto alguno, y ya sin esperanza de alivio para nuestra enferma, prescribimos unas inyecciones de atropina; grande fué nuestro gusto cuando vimos el restablecimiento de las funciones del intestino á partir de la segunda inyección; este efecto lo obtuvimos con medio milígramo de sustancia activa.

La alimentación por los cambios que acarrea en el calibre intestinal debe ser llevada en cuenta, así como por las concreciones á que puede dar lugar. El régimen exclusivamente carnívoro favoreciendo el artitrismo heredado, puede crear entero-litos ocluyentes, y el régimen exclusivamente vegetal por distender las tónicas intestinales, especialmente en el ciego, puede proteger tanto una obstrucción como una invaginación. ¿No se atribuye á ésta última causa la frecuencia del ileus en muchos lugares del Imperio Moscovita?

Para cerrar esta sección, nombraremos toda la serie de cuerpos extraños, guijarros, huesos, lombrices que pueden llevar á los mismos síntomas:

<p>La inervación, la circulación y el régimen alimenticio pueden traer</p>	}	<p>Pseudo-oclusiones } Espasmódica. Paralítica. Obstrucciones Invaginaciones</p>
--	---	--

La Patología señala innumerables afecciones que pueden concluir en ó favorecer el brote del síndrome que estudiamos sea por vías indirectas, sea por camino directo.

Las afecciones ulcerosas del intestino, la tuberculosis y la dotienteria que dejan tras de sí tejido inodular retráctil, el cáncer (raro en el intestino delgado) los pólipos y los cuerpos extraños voluminosos son los que desuellan en el grupo de las afecciones intestinales; y nótese que las ulceraciones y por consiguiente los estrechamientos tienen su asiento principal en el ileon.

Por parte del peritoneo todas las formas de inflamación de la serosa, parciales ó generales. Entre las generales las que brillan en punto culminante son la tuberculosa y la cancerosa y muy especialmente las tuberculosas ulcerante y fibrosa son capaces de provocar un estrangulamiento agudo con las bridas que ocasionan.

Hasta hoy todos los autores clásicos están de acuerdo en que la peritonitis tuberculosa idiopática es azote exclusivo de la infancia ó la adolescencia; pero, como lo comprueban las observaciones del Dr. M Toussaint, esta inflamación está lejos de ser rara en el adulto. El Dr. A. Urrutia va hasta creer que casi todas las ascitis puestas en México bajo el rubro de cirrosis atrofica serían más dependientes de una hepatitis y peritonitis tuberculosas. Desde luego hay que afirmar que son pocos los casos de cirrosis atrofica diagnosticadas en el Hospital de San Andrés que hayan tenido la verificación necrópica. Hemos hecho intencionalmente esta digresión por precisar dos hechos: es el uno la frecuente formación de bridas: y es el otro, lo mucho que se deben á infeccionales peritoneales por el bacillus de Koch.

No ha tanto tiempo abrimos el vientre de un cadáver cuyo peritoneo daba en todas partes una sensación táctil granulosa; el gran epiplón, transformado en una cuerda tensa de cuatro á seis centímetros de ancho, estaba fijo por su extremidad inferior al anillo inguinal inferior ó externo derecho; el ciego y el colon ascendente se encontraban apelotonados y fijos en la fosa lumbar derecha, un poco afuera del riñón; tal desalojamiento no podía achacarse á un vicio de desarrollo, porque de suponerlo así, habría faltado el colon ascendente que existía en el caso á que hago referencia; había á la vez una gran cantidad de líquido ascítico y degeneración ganglionar. A ojo de buen cubero imputamos esa peritonitis evidente á la infección tuberculosa y sacamos la enseñanza del trastorno de relaciones á que puede llegarse por ese medio y de la importancia de las bridas que puede dejar este padecimiento.

La peritonitis cancerosa, sea idiopática (?) sea por propagación, puede llegar á comprimir el intestino, distinguiendo aquí dos formas de compresión, una lineal por brida y otra en superficie á las que corresponden síntomas diferentes.

Entre las peritonitis parciales conviene señalar la mesenteritis capaz de acodar el intestino y

todas las formas de pelvi-peritonitis de que tan pródiga es la literatura ginecológica. Son estas infecciones de la serosa de la pélvis las que determinan el mayor número de adherencias con los diferentes órganos, en particular el apéndice cecal, y que como es consiguiente se presentan más á menudo en el sexo femenino y en el periodo de actividad genital. Estas adherencias estrechas, cortas, dan como síntomas los de la oclusión aguda, los que corresponden á las bridas. Sin que sea nuestro intento querer significar con esto que no puedan engendrar la forma crónica, ni mucho menos que sea forzoso la organización completa de esas bridas para figurar una oclusión como lo veremos á propósito del diagnóstico diferencial, sino que señalamos su carácter más común.

La fijeza en que dichas bridas ponen á unas asas, la gran movilidad en que dejan á otras es probablemente el motivo de producción de intrincados nudos como queda ya dicho en párrafos anteriores.

El riñón y bazo flotantes, el ligamento redondo, el pedículo de un quiste del ovario, un fibroma subperitoneal, en una palabra, los desalojamientos, las neoplasias de todos los órganos intra-abdominales y muchas de sus inflamaciones son susceptibles de engendrar este síndrome bajo diferentes aspectos. Quien desee penetrar hasta el nombre de los observadores de los distintos casos, hará bien en referirse al capítulo correspondiente de los tratados de Patología de Duplay y de Le Dantu.

Resumiendo podemos formar el cuadro siguiente:

Afecciones intestinales	}	Obstrucción por estrechamiento.
Afecciones peritoneales		
	}	Constricción por bridas, codos y vólvulus.
Afecciones de los órganos intra-abdominales.	}	De origen inflamatorio ó por desalojamiento.
	}	Constricción por bridas.
	}	Neoplasias y algunos desalojamientos viscerales.
	}	Constricción por bridas raro, compresión común.

(Continuará).

rios; si estaban en mal estado también la contraindicaban. En una cardíaca no deben extirparse los ovarios porque sobreviene la caquexia sin que se sepa la patogenia de ésta. El que la pelvis esté totalmente ocupada por el tumor, es otra contraindicación de la miomectomía.

Refirió un caso que había operado en la mañana é hizo un esquema para explicar las relaciones del fibromioma y que hubieran hecho infructuosa cualquiera otra operación que no hubiera sido la histerectomía. Mencionó los fracasos del Dr. Fuertes y afirmó que la duración de la histerectomía es menor que la de la miomectomía.

El Dr. Villarreal replicó que el exámen de la pieza anatómica deja como principal indicación de la histerectomía, la lesión cardíaca, lo que es discutible. Contra la opinión del Sr. Hurtado está la de los que tienen más práctica. Se ha detenido en el mal éxito que tuvo en un caso y no ha tenido en cuenta los éxitos buenos; pero próximamente traerá las piezas anatómicas respectivas para que se vean los volúmenes de los tumores extirpados. No es la hemorragia inmediata el peligro de la miomectomía. Los tumores pequeños é intra-ligamentarios pueden extirparse por enucleación. La miomectomía puede practicarse en tales casos, por la vía vaginal ó por la abdominal; si los tumores son muy grandes, se elige esta última vía. Tuffier ha tenido 19 operaciones con un fracaso.

El Sr. Hurtado insistió en que la operada del Sr. Villarreal estaba expuesta á la gangrena de la matriz por la delgadez de las paredes, producida por el enorme volumen del tumor y que por lo mismo estaba indicada la histerectomía. En las estadísticas del Sr. Villarreal ha podido ver los éxitos que ha obtenido; pero él insiste en que el Sr. Noriega debió hacer la histerectomía aunque no ve cómo haya podido indicarle la lesión cardíaca.

El Sr. Villarreal hizo advertir que el Sr. Hurtado conoce sus casos de histerectomía por fibromioma que son más de 50; pero no los de miomectomía por la misma lesión que son 20.

El Sr. Vázquez Gómez leyó su trabajo reglamentario: «Algunos apuntes sobre la anatomía del apofisis mastoide,» que se declaró comprendido en la frac. II del art. 74 del Reglamento.

El Sr. Villarreal presentó dos operadas de his-

terectomía por epitelioma, una de ellas con la raquicocainización.

Se nombró al Sr. Hurtado para examinar á las operadas é informar en la sesión próxima.

El Sr. Hurtado presentó una enferma con un osteosarcoma del fémur y entró en consideraciones acerca de su origen, desarrollo y tratamiento, indicando que se inclinaba á hacer la ligadura de la ilíaca primitiva antes de hacer la desarticulación.

El Sr. Villarreal refirió que en un caso el Dr. F. López había hecho la desarticulación, con éxito, sin ligar la ilíaca sino ligando la arteria y la vena femorales. La ligadura de la ilíaca primitiva tiene sus peligros; y en París la vió en un caso complicar fatalmente la operación.

Se nombró al Sr. Vázquez Gómez para examinar á la enferma. Hecho el examen corroboró en gran parte, lo dicho por el Sr. Hurtado; pero respecto del tratamiento, después de convenir en que debe hacerse la desarticulación, no creyó indicada la ligadura de la ilíaca, sino que como el Sr. Villarreal, opina por la ligadura de las arterias femoral y femoral profunda.

Siendo avanzada la hora, se leyeron los turnos de lectura y se levantó la sesión á la que concurrieron los Sres. Altamirano, Aragón, Gayón, González Uruña, Hurtado, Icaza, Lasso, Lugo, Macouzet, Noriega, Núñez, Olvera, Orvañanos, Parra, Sánchez, Jenes, Traconiz, Urrutia, Vargas, Vázquez Gómez, Vertiz, Villada, Villarreal y el Secretario que suscribe.

ISMAEL PRIETO.

ILEUS,

SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La seule regle qu'on puisse donner est de faire un examen complet, absolument complet, ne negligent aucun organe "à capite ad calcem" comme disaient les vieux auteurs.

A. F. Plicque.

(CONTINÚA)

En toda forma de oclusión, el peritoneo próximo al asa obstruida está congestionado y aún de-

ja exhalar cierta cantidad de líquido sero-sanguinolento á que Gangolphe dá suma importancia como veremos después. Queda ya á cargo del sentido común explicarse otras dos apariencias constantes: la depleción de la parte de intestino colocada abajo del obstáculo y distensión á veces exagerada del canal situado arriba.

Dos son las clasificaciones que se han hecho de las supradichas causas, la de Maisoneuve y la de Peyrot. El primer autor las dividía en tres grupos, obturaciones, estrecheces y compresiones. Peyrot critica que los vicios de posición no caben lógicamente en ninguno de los tres grupos y transformó la clasificación en la siguiente: Vicios de posición, compresiones, obturaciones y estrecheces descompuesto cada uno en la forma que indica el cuadro que sigue:

Vicios de posición	{	Invaginación. Vólvulos. Codos.
Compresiones	{	Estrecheces { Hernias internas ó torpemente reducidas. Bridas.
	{	Amplias
Obstrucción	{	Por materias fecales. Cálculos biliares. Cuerpos extraños.
Estrechamientos	{	Cicatriciales. Congénitos. Neoplásicos.

III

Descripción.

En las descripciones esquemáticas de los libros nos encontramos dos formas que diríamos extremos entre los que se pueden interpolar un sin número de grados: la forma aguda y la forma crónica son los dos tipos.

Forma aguda.—Su principio es repentino, y marcado por un dolor agudo, intenso que no deja reposo al enfermo, que repercute sobre el estado general, que postra las fuerzas; situado primero en punto fijo, pronto se extiende á toda la cavidad, la presión en la pared del abdomen lo exaspera y es sobre todo insoportable en el foco del ataque. Entre tanto el enfermo palidece, la cara se afila, se vela la voz, la temperatura se abate, el cuerpo se cubre de sudor, el pulso se acelera y se hace filiforme, pronto aparecen

los vómitos, primero alimenticios, después biliosos, por último fecaloides. El abdomen que en un principio se mira excavado, se vuelve globuloso, tenso, timpánico y por último, el enfermo acusa necesidad é imposibilidad de toda emisión de heces ó de gases y escasez de la orina; sobrevienen calambres á medida que el mal progresa, la voz se va extinguiendo y por último, el enfermo sucumbe en el colapsus.

Considerando el cuadro anterior en conjunto pasaremos á mirar sus detalles.

El dolor puede sobrevenir inesperado ó presentarse después de algún tiempo de perturbaciones digestivas, su sitio varía mucho con el de la oclusión en donde es percibido al iniciarse el proceso patológico, pronto se generaliza á todo el vientre y de ordinario su extensión coincide con la del timpanismo su intensidad es muy variable y se concibe que marche paralela á la susceptibilidad del individuo.

La palpación del abdomen practicada en los primeros momentos aumenta el dolor en un punto limitado, después lo despierta en toda la pared del vientre aunque hay siempre un lugar de intensidad máxima. Para afirmar el diagnóstico hay que ser muy cauto é insistir mucho sobre las irradiaciones que pueden encaminar al práctico en muy buen sentido.

Se ha dicho que la aparición más ó menos temprana de los vómitos con aspecto fecaloide precisaba el sitio alto ó bajo de la oclusión: esto no es nada; multitud de observaciones hay en que los vómitos han sido tardíos cuando la oclusión era alta y viceversa. Así es que este síntoma útil para dar el diagnóstico ileus no lo es para localizarla, ó mejor dicho, no bastará por sí solo para conseguirlo, sino que servirá como simple adjutor en el fin que se persigue.

Parece que la Anatomía indica solamente que cuanto más alto esté el agente obturador, la forma del cólico será más grave por afectar mayor número de territorios nerviosos. La oclusión del intestino delgado y parte del colon inervados por el plexus mesentérico superior que tiene relaciones íntimas con el solar y éste con los esplénicos y el neumogástrico debe revestir un carácter más grave é influir en campo más extenso que á la oclusión del colon descendente y la Sílfaca, animados por el plexus mesentérico inferior.

Los vómitos fecaloides pueden venir ya en el

último momento de la vida, así lo vimos dos veces en el Hospital de San Andrés.

El estreñimiento data de algún tiempo, lo mismo que la falta de emisión de gases; sin embargo, se ha dicho y repetido que bien puede haber defecación y hasta diarrea cuando el cabo intestinal inferioral obstáculo, se hallaba henchido de materias, pero en estos casos la falta de los gases y el aumento del timpanismo podrán poner en la pista del diagnóstico. Es este uno de los síntomas de mayor importancia, diríamos que es capital. En la invaginación, esta diarrea es generalmente disenteriforme y es más común en la forma crónica.

Hasta poco tiempo atrás se hacía hincapie y se tomaba como de valor absoluto el carácter de la temperatura para el diagnóstico diferencial. Así, para distinguir la peritonitis de la oclusión, se buscaba que los vómitos no fuesen fecaloides y que hubiese reacción febril. Hoy esto ha venido por tierra desde que han sido mejor estudiadas las infecciones del peritoneo, cuando toman una marcha sobre aguda, puede y hay en ellas vómitos fecaloides é hipotermia ¿No se ha visto así en muchas peritonitis de origen apendicular? La contraria no es menos exacta: Guinard, operando sobre una supuesta apendicitis en que había reacción febril, cayó sobre una brida formada por el apéndice de Mækel que constreñía una asa intestinal. En la observación ya citada del Dr. Lázaro Ortega hubo también reacción febril.

De lo anterior podemos concluir que es general que por la oclusión del intestino se abata la temperatura, pero no es excepcional que haya fiebre. La interpretación de estos contrasentidos es lo que más ha revolucionado la patología del abdomen y es lo que ha arrancado consecuencias terribles, é impulsado á los cirujanos á lanzarse atrevidamente en contra del obstáculo. En 1889, León Le Fort se vanagloriaba de haber dado la explicación de los principales síntomas y de la muerte traídos por una hernia estrangulada ó una oclusión intestinal y nos decía en la última edición de su Medicina Operatoria: "He demostrado en efecto en 1865, (Gaceta Hebdomadaria) que los fenómenos que acompañan la hernia estrangulada y el estrangulamiento interno son debidos á la irritación de los nervios del intestino y á su reacción sobre los plexus simpáticos; de allí los desórdenes en la circulación, la calorifica-

ción y los dolores horribles, depresores, propios de la sensibilidad especial de estos nervios; por lo contrario insensibles á los traumatismos exteriores."

¡Cuánto han cambiado las cosas en cuarenta años!

Ya no se imputa al choque nervioso la hipotermia de la oclusión, ya no se va á buscar en un reflejo de punto inicial vago y de término indefinido, lo que se debe, pura y exclusivamente la intoxicación por la septicemia peritoneal.

Rindamos en nombre de la ciencia, nuestro tributo de agradecimiento y admiración á Klecki, que sacó de la ignorancia, las peritonitis sin perforación intestinal. El fué quien con anillos de cauchuc, á guisa de bridas, aisló segmentos de intestinos y determinó infecciones del peritoneo polimicrobianas y sin que hubiese perforación. Por él sabemos ahora que no es necesario que la oclusión termine en la gangrena del órgano para que se infeste la serosa abdominal y por sus experiencias nos explicamos la existencia de ese líquido sero-sanguinolento que ha preocupado á Gangolphe en el ileus; y que es idéntico al que llena el saco de una hernia estrangulada. Y no puede ser de otra suerte; si en uno y otro caso la patogenia no es distinta, si en una como en la otra, quedan aislados segmentos de intestino: la peritonitis tiene que venir con su derrame y con su marcha sobre aguda.

Así, pues, la hipotermia con los demás síntomas generales, inclusa la disuria, son exclusivamente debidos á la infección concomitante del peritoneo. Si esta infección es brutal, extensa, ultraséptica, lo he dicho ya, será aguda su marcha; Habrá hipotermia, se verán vómitos fecaloides, si por su pequeña extensión, por atenuación de su virulencia germinal ó cualquiera otra circunstancia imprevista, toma la peritonitis la forma aguda; entonces podrá haber fiebre y podrán faltar los vómitos fecaloides.

La inspección da diversos aspectos según el instante en que se la emplea, retraído uniformemente el vientre en los primeros instantes, lo demuestra irregular en el período medio en que se mira una abolladura que corresponde al sitio del obstáculo obturador. Esta depresión, cuya comprobación es de suma importancia para el sitio de la oclusión, debe ser buscada con insistencia, aunque por desgracia el fenómeno fu-

gaz y ya en los casos avanzados el vientre está uniformemente distendido.

La palpación metódica practicada en las primeras horas puede enseñarnos, además de los caracteres del dolor ya descritos, y el estado de tensión del vientre, puede descubrir la existencia de un tumor tanto más fácil de limitar cuanto que la exploración se hace de un modo más precoz. Más tarde el abultamiento del vientre por la distensión del intestino dificulta la investigación. Uno de los sitios en que debe de insistir más la palpación del vientre es la fosa ilíaca derecha, su vacuidad revela el obstáculo puesto en el intestino delgado, su distensión lo señala en el grueso.

La percusión practicada en el principio puede limitar una zona mate ó sub-mate que corresponde al sitio del dolor inicial y del tumor descubierto por la palpación; pero cuando ha avanzado el tiempo, esta exploración da poco fruto, paralela á la palpación.

Por último, los tactos rectal y vaginal no son de despreciar, pueden ilustrarnos acerca de un pólipo del recto, de un cáncer; pueden revelar una retroflexión y hasta la facilidad con que penetra la sonda rectal al hacer la enteroclisís puede ilustrarnos sobre si la oclusión está en el recto ó más arriba de él.

Forma crónica.—Su sintomatología no difiere de la anterior más que por sus principios. Las perturbaciones digestivas anteriores al ataque son aquí de rigor; los enfermos dan los antecedentes propios al catarro crónico del intestino, entre cuyos fenómenos dominan las alternativas de estreñimiento y diarrea. El paciente, después de largos días de constipación, tiene despeños diarréicos que á medida que se repiten más á menudo lo dejan más postrado; la duración de los despeños se va haciendo más y más corta, á la vez que su periodicidad se alarga hasta que termina con los caracteres de la forma anterior, si antes no ha terminado con la vida del enfermo.

IV

Diagnóstico diferencial

Para aclarar este asunto tenemos que dilucidar tres cuestiones: ¿Hay oclusión? ¿Cuál es su sitio? ¿Cuál es su causa?

¿Hay oclusión? Tan pronto como en un enfermo veamos que se ha suspendido toda emisión de heces y de gases desde un tiempo más ó menos largo, que esta suspensión ha coincidido con el advenimiento de un dolor brusco intenso con tendencia á los vómitos y á la hipotermia, contestemos por la afirmativa, pues así apoyamos un hecho real.

En efecto, lo primero que debemos intentar es la investigación por vía directa del cortejo sintomático. Como para la albuminuria debemos haber comprobado con anterioridad el compuesto cuaternario en las orinas, su persistencia ó inconstancia, su calidad, las condiciones que favorezcan su aparición y sólo después de recogidos estos datos, buscar aquellos que puedan conducirnos á la conclusión etiológica para aplicar el tratamiento adecuado: así debemos proceder con el ileus.

Si somos informados que el paciente ha iniciado sus achaques de un modo más ó menos brusco, doloroso, con tendencia á los vómitos y la hipotermia, si se nos dice que ha un tiempo más ó menos largo en que no arroja ni materias fecales ni gases, ó bien que hay evacuaciones diarréicas, pero que no le alivian, sino que se siente por momentos más y más meteorizado, podemos concluir con perfecto derecho que existe el complexus sintomático que llamamos *oclusión intestinal*.

Sin embargo, no siempre es tan fácil hacer ese diagnóstico directo y multitud de veces se nos presentarán en la memoria las ideas de un cólico hepático ó nefrítico, ú apendicular, de una hernia extrangulada, un envenenamiento ó una peritonitis por perforación cuyo cuadro corresponde más ó menos al esbozado antes. Pero justamente estas ideas nos servirán de contra-prueba y sólo tomándolas en cuenta una á una será como podamos dar reposo á nuestro espíritu.

Al hablar de dolor hemos insistido sobre la urgencia que hay de buscar sus irradiaciones: porque siendo clásicas en el cólico nefrítico en que se propaga precisamente sobre el trayecto del ureter á la vejiga y el testículo, en que, además, la palpación bimanual descubre el máximo de intensidad en la fosa lumbar fácilmente se le puede eliminar.

Otro tanto podríamos decir del cólico hepático que con sus puntos cístico, epigástrico y escapu-

lar con la ictericia y la temperatura local más alta que la del axila (Peter) puede ser diferenciado.

En el cólico apendicular el dolor más comúnmente limitado á la fosa ilíaca derecha tiene su máximo en la mitad de una línea que une la espina ilíaca anterior y superior con el ombligo é inmediatamente debajo de esta cicatriz.

En la peritonitis por perforación, los anamnésticos, los antecedentes de una úlcera del estómago, de una enteritis tuberculosa, de una disentería, una apendicitis, el principio más brusco, la uniforme tensión del vientre desde los comienzos pueden poner sobre la pista del diagnóstico y en el caso de duda absoluta, la laparotomía vendría á decidir nuestro juicio.

En los envenenamientos los antecedentes y los caracteres de los vómitos transarían dificultades.

En todas las afecciones antes comparadas los vómitos son alimenticios y biliosos más ó menos oscuros, pero nunca fecaloides.

Es imprescindible obligación del cirujano definir si hay ó no una hernia, pensando principalmente en sus variedades raras: de la línea blanca, del triángulo de Petit, obturadora, isquiática, perineal, vagino-labial, etc., pues sólo podría quedar tranquilo después de haber agotado todos sus recursos en esta investigación y aun así cuántos desencantos se les esperan cuando á pesar de todos sus esfuerzos no habrá podido presumir una hernia diafragmática, por ejemplo! Y no hay que olvidar que el estrangulamiento herniario tiene exactamente el mismo cuadro que la oclusión franca típica y verdadera.

Aquí aún podrá el práctico sacar útiles enseñanzas, si adquiere el conocimiento de que el enfermo era portador de una hernia externa que por uno ú otro motivo ha desaparecido, con lo que ganará no sólo el diagnóstico oclusión, sino el de la causa y sitio probable.

Buscaríamos en seguida si es la primera vez que sufre este ataque ó si lo ha tenido en veces anteriores y cuáles según el caso han sido las circunstancias en que se han presentado los fenómenos en cada ocasión. La disquisición de estas circunstancias presta pocos auxilios para el diagnóstico de la forma aguda; pero en cambio da enseñanzas preciosas si se trata de la forma crónica.

Es de necesidad extrema clasificar inmediata-

mente la forma: Supongamos *que es la primera vez que nuestro enfermo tiene este padecimiento*. Interrogamos las condiciones que le rodeaban en el momento de iniciarse y nos resulta que son tan vagas, tan fuera de relación con lo de que él se queja, que no podemos aprovechar más que este último dato: el principio ha sido brusco.

Pues si hemos afirmado ya que hay oclusión, si nos hemos ilustrado ya lo bastante para comprender que se trata de la forma aguda, tendremos que preguntarnos desde luego si es una oclusión verdadera ó una pseudo-clusión.

Con este nombre se ha convenido en designar una apariencia completa del ileus, en la que la inspección franca de la cavidad abdominal no ha revelado absolutamente la causa del estrangulamiento interno y es cosa de notar que casi todos los enfermos que han sido laparotomizados con éste error de diagnóstico han curado perfectamente no sólo de la intervención quirúrgica, sino de su estancamiento estercoreal, poco tiempo después de la operación y sin mayores dificultades (1) al grado de inclinarse á creer que han sido verdaderamente beneficiados con esta conducta.

Ha sido buscada la explicación de estos casos anómalos en perturbaciones del sistema nervioso más ó menos susceptible y por ende propenso á traer parálisis ó espasmos segmentarios del intestino según el centro cuyas perturbaciones se imputaran como origen del mal, tanto más creíble dicha hipótesis cuanto que semejantes casos son más frecuentes en las mujeres. A pesar de eso y sin negar la exactitud parcial que entraña ese pensamiento, así como lo dejamos dicho en la Anatomía y Fisiología patológicas hay que reconocer que no conviene la explicación á la mayoría de los ejemplos.

Así no ha muchos años que se colocaba bajo la influencia del choque de la perturbación nerviosa, los síntomas de oclusión sobrevenidos inmediatamente después de las intervenciones ginecológicas abdominales; pero hoy ha pasado la época de tal doctrina para ser sustituida por la de una infección peritoneal más ó menos extensa.

No nos repugnará esta tesis si hacemos reminiscencia del cuadro sintomático de la peritoni-

(1) Véase la Cirujía de Urgencia de Lejars.

tis de evolución muy rápida, si traemos á la memoria cuán frecuentes son las contaminaciones gonocócicas del peritoneo en las mujeres casadas y las de origen tuberculoso en vírgenes cuyos órganos genitales internos son medios de cultivo actual del bacilo de Kock, propagado de allí á la gran serosa.

El Dr. Don Joaquín Vértiz tuvo oportunidad de ver una enfermita de un absceso del hueco isquio-rectal á quien otra persona había diagnosticado oclusión intestinal, probablemente arrastrado al error por deficiencia del interrogatorio.

Por tanto, debemos insistir mucho en el interrogatorio de los antecedentes morbosos para evitar el peligro de tomar una peritonitis de origen genital ú otra como un cólico de miserere: debemos emplear sistemáticamente los tactos vaginal y rectal juntos ó aislados para eludir la responsabilidad que nos incumbe, si nuestro error llegase á depender de incuria, de olvido de una exploración.

Hemos dicho ya que los datos recogidos en el interrogatorio nos diferencian las dos formas clínicas, estos mis nos nos distinguen la oclusión verdadera de la falsa y podríamos decir que nuestro cuestionario no deberá tomarse como concluído, sino cuando de un modo absoluto hayamos agotado este procedimiento de investigación. Habrá ocasiones en que la intensidad del dolor impida á nuestro enfermo ilustrarnos con la extensión y juicio que nosotros deseáramos, mas para esos casos habremos procurado calmar el fenómeno por medios terapéuticos apropiados y si nuestra medicación no hubiere ministrado el término que ambicionamos, procuraremos que las personas allegadas al paciente nos proporcionen los datos que perseguimos.

No hay que ocultarse las dificultades que son concomitantes á esta conducta, pero un hombre avezado á la práctica no se arredrará por ellas, procurará sólo granjearse la voluntad de su enfermo calmándole el dolor, síntoma el más molesto, y ya entonces obtendrá espontáneamente y de la mejor voluntad los datos que buscaba.

Para mayor abundamiento tenemos confirmando la idea de una infección de la serosa, el resultado de las laparotomías hechas en semejantes condiciones. Ciertamente que el mecanismo de la cu-

ración podría ponerse como dependencia de la excitación que ejerce el aire sobre la movilidad del intestino, pero es cierto también que muchas peritonitis curan con la gastrotomía simple, por sólo la exposición de las vísceras al aire atmosférico como sucede con la de origen tuberculoso y algunas cancerosas.

Al principio dijimos que la oclusión como la fiebre no es más que cortejo sintomático y hoy que tocamos las infecciones del peritoneo es tiempo de confirmar nuestro aserto. La ley de Stokes nos da cuenta del mecanismo patogénico y nos explica como desaparece el ileus tan pronto como se atiende á la infección del peritoneo.

Recordaremos una vez más que este diagnóstico diferencial con las peritonitis se ha buscado en la existencia de un calosfrío inicial, en la elevación de la temperatura, en la falta incompleta y no absoluta de emisión gaseosa, en el carácter de los vómitos; pero repetiremos también que los últimos escritores, los más modernos, afirman que en las infecciones brutales, sobreagudas del peritoneo se palpa el mismo cuadro, lo que no es de asombrar si llevamos en cuenta, que en estos casos las fibras musculares del intestino no funcionan y no expulsan ni los gases ni las materias contenidas en su cavidad. Recordamos simplemente esas peritonitis fulminantes que sobrevienen en los traumatismos enérgicos del abdomen cuando hay esfacela del estómago, el intestino, etcétera.

En suma, hay en esto un círculo infranqueable: la peritonitis puede provenir de una oclusión (experiencias de Klecki) y la oclusión puede emanar de una peritonitis, la sagacidad del clínico debe pues ejercitarse en discernir cuál fué la primera en tiempo de aparición. En la mayoría de los casos, sólo un interrogatorio completo y los tactos rectal ó vaginal podrán sacarnos de dudas.

Se sobreentiende que si nuestro enfermo era portador de una afección nerviosa antes del ataque, nuestro diagnóstico se inclinará á favor de una pseudo-oclusión sin que esto nos releve de la obligación en que estamos de hacer una exploración completa; una invaginación como en el caso citado del Dr. L. Ortega, un vólvulus, un nudo pueden caer sobre enfermos de esta índole y multitud de veces el fracaso de nuestra terapéutica será la que nos haga volver sobre nuestros pasos.

Supongamos que hemos hecho por los medios indicados la eliminación de una peritonitis ó de un agente nervioso y que estamos seguros de que se trata de lo convenido en llamar *oclusión* verdadera, debemos determinar: ¿cuál es su sitio?

El interrogatorio no nos ilustrará mucho porque el carácter y la precocidad de los vómitos que eran tomados antes como indicio del lugar elevado que ocupaba el obstáculo han perdido mucho de su valor desde que se han observado sucesos bastante numerosos contrarios á esta afirmación; otro tanto diremos de la anuria, que si bien puede indicar la falta de absorción intestinal, también puede traducir lo intenso de la infección peritoneal. Por lo cual estos dos síntomas no deben gozar de gran reputación como patológicas del sitio del obstáculo y sólo hay que concederles un valor relativo.

La gravedad del estado general de nuestro enfermo puede enseñarnos un poco más, pues de la explicación apuntada en la pág. se desprende que esta gravedad será tanto más intensa y precoz cuánto que hubiere territorios nerviosos interesados más numerosos; esto no obstante, habrá que concederle importancia, por decirlo así, secundaria, dado que en mucha parte puede depender de la gravedad de la peritonitis coexistente ó del agente de la oclusión: una brida, un nudo, se prestan, sobremanera, á una gravedad bien temprana.

Tillaux da gran importancia al estado físico de las heces; si son sólidas provienen del intestino grueso, si son líquidas vienen del delgado. (1) Si la inspección del vientre practicada en tiempo oportuno nos revela una abolladura, hay que explorar *incontinenti* con los demás procedimientos el sitio de ésta y sus contornos; pero lo que á toda costa hay que buscar es un punto de referencia fijo por donde comenzar nuestro examen físico. Queda ya dicho y no es por demás insistir en que dicho punto es la fosa ilíaca derecha; su depresión y poca sonoridad indican el obstáculo en el intestino delgado, su abultamiento y timpanismo lo ponen en el intestino grueso y cabe aquí repetir una vez más que estas exploraciones únicamente son útiles en los primeros instantes de la infección: avanzando el tiempo el intestino dilatado en gran extensión arriba del obstáculo ó

sólo una de sus asas, como lo quieren ciertos autores (Jalaguier), distiende el vientre, oculta órganos y dificulta la operación.

Por regla general cuando el examen se practica algo tardío, es indispensable la anestesia para llevarlo á cabo; el dolor es de tal modo atroz, que es prácticamente imposible ejecutarlo en plena conciencia del enfermo.

Puede la palpación revelar la existencia de un tumor ó la percusión descubrir un foco de matitez, (Duplay); agruparemos entonces todas nuestras inquisiciones al derredor de estos puntos con el fin de explotar hasta el último detalle que pueda percibirse por insignificante que sea. El lugar en que los miremos y las nociones de topografía abdominal que poseamos subscribirán el sitio de la obstrucción.

Y no hay que mencionar que el tacto rectal nos habrá eliminado los obstáculos que pudieran encontrarse en este cabo del intestino. Sólo agregaré á las exploraciones dichas en la descripción la auscultación practicada en el trayecto del colon durante la enteroclisia para inferir el estado de su permeabilidad. (Jalaguier.)

En suma, en nuestro concepto, la localización directa del padecimiento sólo es asequible buscada desde el principio de los accidentes, temprano, sin perder tiempo, que es lo único que á toda costa importa ganar: si la desgracia no nos pone estas facilidades, nuestro criterio será un *mare magnum* de vacilaciones en el que es difícil orientarse. Intentaremos la exposición de un método.

Supongamos una oclusión que data de cuatro días en una mujer de mediana edad; múltipara, sin antecedentes ginecológicos, de vida sedentaria, con alimentación muy azoada y que es sorprendida en uno de los períodos digestivos y después de trastornos insignificantes por la afección que estudiamos. Su vientre está muy abultado, uniformemente distendido, excesivamente doloroso, timpánico en toda su extensión y á la que como es muy común se le han aplicado sin resultado varios purgantes, ó lo que es raro, se le ha ministrado opio. Supondremos que el examen anterior ha sido hecho con anestesia general que intentamos aprovechar. Supondremos además que hemos hecho ya el tacto vaginal enteramente negativo empleando sólo para confirmar los antecedentes recogidos.

Procederemos ditienciando dos grandes categorías: obstáculo en el intestino grueso ó en el delgado.

Buscamos la permeabilidad del intestino grueso por el tacto rectal, por la introducción de una sonda, por la cantidad de líquido que podemos inyectarle, por la auscultación practicada en el curso de la inyección.

Supondremos que el tacto rectal nos hizo conocer que el ámpula no es el sitio del obstáculo: no hay hemorroides, no hay materias fecales endurecidas, no hay estrechamiento fibroso, sífilítico, neoplásico ó de otra naturaleza; introducimos una sonda rectal, ó mejor una esofagiana blanda (Dres. R. Lavista y R. González) y aquí veremos una de dos cosas: ó que la sonda penetra con facilidad ó que no penetra (intencionalmente no atendemos á la longitud de la porción de sonda que penetra, porque siendo blanda, puede flexionarse sobre sí misma y prestarse á una interpretación engañosa): en el primer caso podemos presumir que la última parte del intestino grueso es permeable; que no lo es en el segundo. Inyectamos entonces cierta cantidad de líquido; si admite una mayor de dos litros, concluiremos la libertad de esta porción del canal; si rechaza esta cantidad, el obstáculo está allí. Más aún, si auscultamos el colon principiando desde la fosa iliaca izquierda durante esta inyección y percibimos el ruido de la vena fluida en todo su trayecto, el intestino grueso estará libre; en el caso contrario el obstáculo estará próximo al punto en que deje oírse. Si por estos medios y la comparación de sus resultados con los anamnésicos, hemos adquirido la convicción de que es el intestino delgado el obstruido, resta apreciar en qué porción de él.

Por desgracia aquí nos encontramos con escollos superiores: para el diagnóstico de la oclusión del intestino grueso estábamos en la penumbra, para el del sitio del obstáculo en el intestino delgado vagamos errantes en plena oscuridad y sólo podemos establecer reglas generales.

Por los datos anatómicos enumerados al iniciar este trabajo, vimos que al ileon corresponden: disminución de calibre, longitud mayor del mesenterio, continuar y ser seguido de tubos de diámetro mayor, frecuencia en él de las lesiones ulcerantes del intestino delgado, todo absoluta-

mente concurre para hacer de él la presa de una oclusión por obstrucción ó por estrechamiento, por nudo ó por invaginación, por brida ó por hernia interna. Por otra parte esta porción mide una longitud relativamente considerable, y el cirujano que abra el vientre á un enfermo con estas presunciones, debe ir prevenido para todas las eventualidades; sitio alto, bajo, próximo al estómago ó junto al ciego.

¿Cuál es la causa del ileus? Es la tercera pregunta que debemos contestarnos. Para obtener la solución debemos partir de la noción de la forma de la oclusión aguda ó crónica, conocimiento que debemos tener adquirido ya, como lo dijimos en páginas anteriores. Sucede á veces, sin embargo, que esta diferenciación es imposible, ya porque el enfermo no ha prestado atención á los accidentes precursores del ataque, ó porque el caso que presenciemos es uno de tantos grados como separan la forma aguda de la crónica, ó bien, por último, en virtud de que los padecimientos y postración del enfermo y la ausencia de personas que pudieran haber estado al tanto de los antecedentes nos pongan en el caso de pasarnos sin detalles precisos. Esto no obstante, lo poco que podamos recoger nos hará siempre suponer tal ó cual forma.

La forma aguda nos hará pensar desde luego en la invaginación, la torsión simple ó el *volvulus*, la constricción por bridas, una hernia interna, una compresión estrecha, una obstrucción por cálculo hepático ó entérico, ó por un pólipo.

La mayor gravedad o aparición precoz de los accidentes corresponden á la torción, á la constricción por bridas, á una hernia interna ó á una compresión, á un codo. Son estos casos los que se presentan más á la exhalación del líquido sero-hemático de Gangolphe, cuya acumulación en los flancos rebelada por su macitez en dichos lugares puede ser un buen signo de presunción.

Las otras causas mencionadas corresponden á una forma sub-aguda ó de síntomas algo atenuados, menos precoces, menos alarmantes.

Las compresiones amplias, algunas formas de obstrucción por estrechez parietal ó cuerpos extraños y algunos de invaginación corresponden á la forma crónica.

Así es que modificando el cuadro de clasifica-

ción de Peyrot, desde este punto de vista, podríamos formar uno del siguiente modo:

- | | |
|-----------------|--|
| Forma aguda | } Invaginación
Torsion y vólvulus.
Codos.
Constricción por bridas ó compresiones angostas.
Hernia interna. |
| Forma sub-aguda | |
| Forma crónica | |
| | |

Esta clasificación, lo entendemos muy bien, es demasiado teórica, es un esquema nada más. Nadie hasta hoy ha invalidado la afirmación de Duplay: la causa de oclusión posible de diagnosticar es la invaginación en donde la edad del enfermo (niñez), el tenesmo, las evacuaciones sanguinolentas, la vacuidad de la fosa ilíaca derecha, la intusucepción del ciego en el colon, la palpación del tumor al través de las paredes abdominales, tumor asemejado á la forma de un chorizo y la eliminación de porciones de intestino esfacelado, pueden hacer llegar al diagnóstico.

Hecha excepción de esa causa, las restantes podrán ser solamente presumidas, conjeturadas, mas nunca afirmadas de un modo absoluto, y aun también para llegar á una hipótesis probable requiere un gran criterio clínico, una lógica severa en las inferencias y una minuciosa investigación de los antecedentes patológicos del enfermo.

Por la edad del paciente nos acordaremos de la invaginación en la infancia; de las peritonitis que pueden dejar bridas en la adolescencia ó edad media de la vida, de la frecuencia de los neoplasmas en los adultos. Por el sexo llevaríamos en cuenta los tumores posibles ó desalojamiento de los órganos genitales de la mujer; nos recordaremos que los cálculos hepáticos son en la edad adulta más frecuentes que en el hombre; en éste llevaríamos en la memoria que algunas afecciones de la próstata han dado lugar á una oclusión. Pero una vez eliminadas las causas genitales y las que vienen por padecimientos del recto, ó del ciego y su apéndice sólo la inspec-

ción franca de las vísceras puede dar la claridad perfecta del diagnóstico. Es prácticamente imposible diferenciar, sin la gastrotomía, una constricción por brida, un nudo ó una hernia interior.

Así es que como epílogo de lo expuesto á propósito del diagnóstico podremos resumir en un cuadro la contestación á las tres preguntas que debemos hacer en el diagnóstico.

- Hay oclusión?
- { Cólico hepático.
 - { „ nefrítico.
 - { „ apendicular.
 - { Envenenamiento.
 - { Peritonitis por perforación.
 - { Hernia rara.
 - { „ torpemente reducida.
 - { Pseudo-oclusión por { Neurosismo (raro),
Peritonitis (común).

- Cuál es su sitio?
- { Intestino grueso? { Tactos vaginal y rectal.
Introducción de una sonda.
Inyecciones intestinales.
Acultación del trayecto del colon durante la inyección.
 - { Intestino delgado? { Eliminado ya el intestino grueso.
Ileon en el mayor número de casos.
Vómitos fecaloides precoces, anuria, gravedad rápidamente creciente hacen probable el fin del yeyuno.

- Cuál es la causa?
- { Invaginación { Edad infantil, tenesmo, evacuaciones sanguinolentas, vacuidad de la fosa ilíaca derecha, percepción del tumor á través de la pared del vientre, eliminación del intestino.
 - { Forma aguda. { Conjetura de codos (1) y bridas { Antecedentes de peritonitis, localizadas pelvianas, generalizadas tuberculosas, cancerosa, por perforación ó intervención quirúrgica en el vientre, aparición rápida de líquido en el vientre.
 - { Conjetura de Torsiones y vólvulus, hernias internas, compresiones lineales sin desalojamiento de un órgano riñón ó bazo ó pedículo de neoplasma { Carácter común aparición rápida de líquido intra-abdominal.
Su diagnóstico por laparotomía.

Cuál es la causa? Forma crónica	Obstrucciones por materias fecales, cálculos, parásitos ó cuerpos extraños.	Sexo, edad, antecedentes, tacto rectal.
	Compresiones amplias.	Desalojamiento ó tumores del riñón, baso, órganos genitales intra-pélvicos.
	Estrecheces.	Cicatriciales por tuberculosis, dotieneria, sífilis con anamnésticos, neoplásicos, edad, tacto rectal, palpación de los ángulos del colon, deformación del bolo fecal.
	Invaginación	Los mismos síntomas que en la aguda, menos los que corresponden ó la marcha.

V

TRATAMIENTO

Puede ser dividido en médico y quirúrgico, siendo este el orden en que debe usarse de ellos frente á un caso clínico.

Dejaremos á un lado á propósito del tratamiento médico el lavado del estómago de utilidad hipotética, las lavativas de infusión de tabaco, las inyecciones rectales de gases inertes disueltos en un medio acuoso; prescindiremos de algunas maniobras, tales como el masaje del vientre ó la introducción de toda la mano en el ámpula rectal; procedimientos que han tenido sus instantes de apogeo, pero que han sido sucesivamente abandonados los unos por inútiles, por peligrosos ó nocivos los otros. El hecho de que todos los tratados elementales de Patología los analizen, nos exonera de la necesidad de presentar su estudio, con lo que evitamos una relación cansada é inútil sin mayor importancia que su interés histórico; y, en cambio, aprovechamos en la enumeración de procedimientos más en uso y en mejor acuerdo con las ideas que hoy animan el campo de la Terapéutica.

Tanto en la descripción sintomática como en el diagnóstico, hemos insistido acerca de la intensidad del dolor en esta forma de cólico, y aún hemos señalado la urgencia de combatir este síntoma para ganarnos la confianza de nuestro enfermo, y para ponerle en posibilidad de que por

sí mismo nos refiera todos aquellos incidentes á cuyo conocimiento nos apremia el establecimiento de nuestra diagnosis.

Hoy por hoy, el tratamiento más en boga á dicho fenómeno consiste en la administración sostenida de extracto de opio ó inyecciones de morfina más ó menos frecuentes, según el criterio clínico del facultativo asistente. Se dice que merced á esta sencilla conducta se calma el dolor y se suspende el espasmo de las paredes del intestino adjunto á todas las variedades del ileus. No entra, sin duda, en nuestro cuadro, la discusión de la existencia y forma de dicho espasmo, muy difícil de mostrar á nuestros sentidos, y muy fácil de colegir por deducciones teóricas. Si hay contracción exagerada de la fibra muscular del intestino y esto provoca el dolor, nada más obvio que oponerle un medicamento que disminuya su contracción; de allí la aplicación del opio. Ha sido demostrado que de entre los alcaloides de esta droga, el que tiene la mayor acción sobre la fibra lisa del tubo intestinal, es *la narceína*; pero su poder analgésico anda menguado, si se le compara al de la morfina que posee, aunque en menor escala, idéntica acción sobre la contractibilidad de la fibra muscular lisa, por eso la preferimos.

Queda dicho lo anterior por haber multitud de médicos que con la mira, dicen, de poder interpretar con mayor precisión los efectos de sus medicaciones. emplean el principio activo de preferencia á la droga. Pero es lo cierto que con opio ó con morfina podemos combatir el mismo fenómeno. Se acostumbra administrar un centígramo de extracto de opio cada una ó dos horas ó inyectar tres ó aún cuatro centigramos de morfina repartidos en el día. Por nuestra parte haremos uso de las inyecciones subcutáneas de morfina por ser su acción más rápida y porque así se gana mayor tiempo.

La dificultad de esta medicación estriba en la intolerancia que tienen para ella algunos enfermos, en quienes producen fuertes náuseas y vómitos que podrían llevar al error de ser tomados como precoces y dependientes de la gravedad del caso en presencia, y no como el corolario del medicamento aplicado, cosa muy digna de ser subrayada por ser uno de los elementos que gobernarán nuestro juicio acerca de la intervención

quirúrgica. Ignoramos los resultados que el diacetato de morfina (heroína) haya dado en este uso; mas por nuestra parte, podemos decir que en una enferma nuestra con obstrucción crónica por neoplasma inoperable de la matriz, obtuvimos siempre fenómenos de intolerancia con la misma dosis (0 g. 01 c.) de morfina ó heroína.

Los casos ya citados del Sr. Egea nos indican, á su vez, la utilidad de la belladona en parecidas circunstancias; bien que es opinión nuestra que la administración de 0 g. 60 c. de extracto en las veinticuatro horas, exige del médico una vigilancia asidua sobre su enfermo para evitar una intoxicación.

Comparadas las acciones de la morfina y la atropina, podríamos pensar que la primera estuviese indicada en los momentos de la retracción del vientre, y la segunda en las horas de exagerado timpanismo; sin embargo, como algunos autores (véase Jalaguier) piensan que no se distiende toda la porción de intestino puesta arriba del obstáculo ocluyente, sino tan sólo el asa afectada. No es dable sentar un precepto que uniformara nuestra conducta; pero sí nos es lícito presumir que la mezcla de ambas, dará resultados satisfactorios. Es de aconsejarse que en su empleo se atienda mucho á la orina, secreción ya comprometida por la infección general, en razón de las perturbaciones que puede entrañar el uso inmoderado de los propios alcaloides en las condiciones apuntadas.

Otro medio eficaz y perfectamente sencillo que puede emplearse contra el dolor, es la aplicación al vientre de lienzos húmedos y calientes renovados con frecuencia.

Por estos pequeños recursos serán llevadas á término feliz algunas pseudo-oclusiones, tal vez algunas torsiones simples; pero no podremos esperar curación en las otras causas que implican siempre grandes trastornos anatómicos.

Contra el obstáculo podemos luchar con la *enterocclisis* ó las *lavativas eléctricas*.

Ha sido costumbre inveterada administrar purgante tras purgante para suprimir la causa de la oclusión; dicha práctica está absolutamente proscrita, no hace más que agravar una invaginación ó un volvulus, se pierde un tiempo precioso esperando sus resultados y condena al enfermo á la muerte: por lo que podemos decir como regla

de conducta general: *en la oclusión debemos siempre suprimir toda medicina purgante.*

La enterocclisis se practica introduciendo en el recto y lo más alto que es posible una sonda esofágica, cuya extremidad externa se conecta con la cánula de un irrigador; el recipiente lleno de agua fría simplemente hervida ó ligeramente salada, es puesto á una altura que no excede de dos metros sobre el nivel del enfermo. Colócase al paciente en posición supina con el asiento afuera del borde de la cama, las piernas dobladas sobre los muslos, éstos sobre el vientre, en abducción y apoyados los pies sobre bancos puestos á cada lado del facultativo ó sostenidos por ayudantes; esta posición remeda en algo la de la talla.

Por regla común, nuestro enfermo estará bajo la influencia de la anestesia general y haremos de modo que reciba una cantidad de líquido mucho mayor que la que normalmente puede contener el intestino grueso; tan luego como el líquido inyectado pasa de dos litros poco más ó menos, el agua excedente comienza á salir con grumos fecaloides ó cíbalas, etc.

La cantidad de líquido inyectado puede sin inconveniente ser muy grande, se puede suspender cuando haya un gas sonoro, como se dice, ó cuando los dos ó tres últimos litros del agua de salida estén perfectamente limpios. Muy á menudo sucede que cuatro ó seis horas después de esta enterocclisis se produce un despeño de materias fecales y gases, por lo cual no hay que desesperar, si no se obtiene un resultado satisfactorio inmediato. Con intervalos distanciados prudentemente se puede emplear el mismo recurso por dos ó tres veces y si se fracasa habrá que pasar á las lavativas eléctricas.

Consiste el procedimiento en poner en el interior de la sonda rectal un mandrín metálico tubular que no llega hasta su ojo. Se inyecta al intestino cierta cantidad de agua salada antes de conectar el mandrín con la pila. Una placa metálica forrada de gamuza y ligeramente humedecida en comunicación con el otro polo de la pila constituye el segundo reóforo. El mandrín desempeña el papel de polo fijo ó interno; la placa, el polo móvil; es paseada sobre las paredes del vientre ó sobre la región dorsal. La corriente debe ser continua, según Boudet, y de 10 á 50 miliamperios; durando la sesión diez ó quince mi-

nutos en cada vez. Parece ser que el sentido de la corriente influye poco, bien que se aconseja que el polo rectal sea siempre negativo. Hay autores que recomiendan invertir el sentido de la corriente unas cuantas ocasiones en una sola sesión. El Dr. Onimus enseña que se principie el tratamiento por corrientes inducidas de dos á tres interrupciones por segundo y se termine por la aplicación de las continuas. En último análisis y cuando se carece de los aparatos apropiados, puede usarse la intensidad mínima de una máquina común de inducción de Gaiffe que existe en el consultorio de todo médico. Pueden hacerse dos ó tres sesiones en el curso del día si la primera no ha bastado.

Entre los distintos procedimientos médicos este es reputado como el más eficaz y su fracaso lleva la mano á intervenir quirúrgicamente.

Cuando en nuestro enfermo hayamos encontrado la auto-intoxicación avanzada á tal punto que hubiese dado al traste con el estado general, recurriremos á las inyecciones de suero artificial que han prestado servicios tan valiosos á Lejars; inyecciones que tienen su indicación principal, cuando el ileus data de varios días y cuando la gravedad del caso haría caso imposible todo tratamiento quirúrgico.

Resumiendo: 1er. tiempo. Inyecciones subcutáneas de morfina y atropina. 2.º tiempo. Anestesia general (1) para completar las exploraciones y hacer la primera sesión de enteroclisia, la segunda se repetirá seis ú ocho horas más tarde; si se fracasa, se llega al 3er. tiempo: Lavativa eléctrica aplicada una ó dos veces.

Aquí, como en todo lo que se refiere á la Medicina, el tiempo no significa más que una medida relativa dada para la exposición clara de una idea, pero nunca podrá ser norma de conducta; lo que se necesita es ser oportuno y no perder instantes tan preciosos; será más atingente quien hubiere asistido á varios casos y hubiere meditado acerca de ellos, que el que llevare todo un fárrago de teorías en la memoria.

El valor que las estadísticas marcan al tratamiento médico es muy variable según los autores, pero fluctua entre $1/3$ y $1/5$ de resultados felices el tipo que se les marca.

(1) Hay algunos trabajos encaminados á demostrar la utilidad de la anestesia general como medicación del estrangulamiento interno.

Respecto á las estadísticas, todo el mundo es justamente desconfiado; en el cómputo de los hechos se necesita una honradez acrisolada y una falta absoluta de orgullo. Sabemos que la casa de un cirujano que fué notable en París tenía dos entradas por distintas calles, la una concurrida, solitaria y triste la otra; los cadáveres de individuos muertos en alguna intervención salían por esta calle con relativa frecuencia y sin embargo, en las estadísticas era raro encontrar una defunción. Pues bien, si esta desconfianza debe ser general para toda estadística médica, más crecida debe ser á propósito del tratamiento médico ó quirúrgico del ileus. En las intervenciones quirúrgicas hay en concurso un gran número de accidentes y no es lógico enfrentar la estadística de un cirujano con la de otro: en una misma causa de oclusión no es indiferente que se intervenga á los dos que á los cinco días del principio de los accidentes; ni es igual que se trate de un *volvulus* ó una *hernia interna* que de un cálculo ó de un neoplasma; tampoco es indistinto que sea tal ó cual cirujano quien intervenga, en razón de que la técnica, la rapidez de su ejecución, los cuidados pre y post-operatorios que forman con nimios detalles el caudal de cada operador, gravitan con gran peso en los resultados. Estas consideraciones nos obligaron á no copiar las estadísticas extranjeras y tomar en masa sus conclusiones para hacer resaltar la idea que entrañan; pero si alguien se interesa por dicha cuenta, puede ocurrir al artículo correspondiente en la obra de Duplay y Reclus, donde se lee un buen resumen.

En cuanto á la estadística de nuestra Facultad procuramos recoger la de la mayor parte de los operadores que por sus empleos en los hospitales de esta ciudad, donde se ven con cierta frecuencia las oclusiones ó su especialidad de operar en el vientre suponíamos más vasto, y al efecto les enviamos ó delegados ó cartas que les pidieran sus enseñanzas; por causas ignoradas no obtuvimos una sola historia, nadie tuvo la bondad de contestar nuestras cartas ó todas se perdieron en las oficinas de Correo, y en cuanto á las personas entrevistadas, generalmente pusieron plazos que no llegaron á espirar; por la necesidad del incógnito, no pudimos recoger personalmente esas estadísticas que nos habrían ilustrado mucho por sernos conocido el criterio y habilidad casi de

cada cirujano de la ciudad y porque nuestro trabajo habría tomado así un carácter peculiar que no habría carecido de interés. Solamente los casos publicados y uno que otro aislado que hemos visto ó de que hemos tenido noticia figuran en nuestra disertación. Lo deploramos y quedamos con la ilusión de que no pasará mucho tiempo, antes de que nuestros cirujanos se animen á publicar sus observaciones, hoy poco útiles por desconocidas, y nos comuniquen las ideas que cada caso les haya sugerido.

Abordamos ya lo referente al tratamiento quirúrgico, que, como está dicho ya, no será puesto en juego, sino hasta haber usado y despedido sucesivamente todos los recursos médicos, á menos que la gravedad de nuestro enfermo fuese tal que apenas podríamos contar con unas cuantas horas de su vida; porque en esa situación está claro que nuestro deber es acudir á un remedio muy rápido y que no impenda mucho tiempo. Guinard operó una vez hasta sin anestesia; ¡tan grave así era el caso!

Dos son las operaciones cuya aplicación sedicute, el *ano artificial* y la *laparotomía*. No hay tratado de Patología ó Clínica quirúrgicas en que no se encuentre un paralelo entre ambas intervenciones, y no obstante tanta labor consumada, tanta razón aducida, subsisten las vacilaciones, las dudas é inseguridad de ideas. Semejante estado de cosas tiende por fortuna á desaparecer; las opiniones de los cirujanos se armonizan y tenemos la creencia de que no está lejana la hora en que todos marchen con perfecta consonancia y con criterio uniforme. ¡Ojalá que nuestro estudio contribuya á naturalizar entre nosotros ideas de las que algunos recelan todavía y que son las del porvenir!

Todas las cavilaciones dependen de las facultades del que debe operar ó del medio en que ha de intervenir ó de la naturaleza del diagnóstico.

Si comparamos las dos operaciones desde el punto de vista del operador, es innegable que por su facilidad relativa el ano artificial es muy superior á la laparotomía; si consideramos su paralelo con respecto al medio, la entero-colo-proccia supera aún á la gastrotomía; y si las enfrentamos desde el punto de vista del diagnóstico, especialmente el etiológico, cada una resulta en un puesto bien definido: en la mira de confirmar estas apreciaciones vamos á describir la técnica

común de cada una de las intervenciones citadas y de las que fueren anexas á la laparotomía como dependientes de la causa de la oclusión.

El tipo más accesible de las entero-colotomías y á cuyo conocimiento está obligado aun aquel que hace práctica médica con exclusión de la quirúrgica es la entero-proccia de Nélaton; además, como sus técnicas son muy semejantes, vamos á tomarla como tipo.

Sus diferencias están en la porción de intestino que se va á fijar, el sitio de la incisión de la pared (cambio de fosa) y longitud de la herida intestinal. Bastará añadir para las coloproccias que el ciego está desalojado hacia arriba y aplastado, lo que de pronto puede desorientar; pero con el índice derecho encorvado en forma de gancho, es fácil atraerlo al exterior, se le reconoce en seguida por sus gibosidades y bandas musculares: la S ilíaca es buscada siguiendo la superficie de la fosa ilíaca izquierda, hasta tropezar con el meso-colon ilíaco; á veces sucede que en los niños el asa omega forma casi un colon transversal inferior, anomalía que alguna ocasión ha sido comprobada en el adulto; mas de cualquier modo, fácilmente puede ser puesta en contacto de la pared por la longitud notable de su meso.

Está fuera de este estudio la técnica de la coloproccia lumbar, del ano artificial de Maydl-Reclus, de Audry, etc., que se haya en los últimos tratados de Cirugía, acompañada de grabados que nos es muy difícil copiar y que á la postre resultarían imperfectos.

Enterotomía de Nélaton

Instrumentos necesarios.—Bisturí recto, media docena de pinzas de Pean, dos de Kocher, una de disección, otra de dientes de ratón, tijeras curvas romas, sonda acanalada, ganchos separadores, aguja de Reverdin modelo pequeño, agujas ordinarias de sutura, seda del cero y gruesa y catgut mediano.

Asepsia del vientre, Anestesia general ó local por la cocaína (procedimiento de Schleich) (1) Puesto el observador á la derecha de la mesa principiará la operación.

(1) No son de aconsejarse las inyecciones intrarquideas, porque hasta con la dosis de un centígramo hemos presenciado que se producen esfuerzos de vómito; además habría grande dificultad en colocar al enfermo en buena postura para inyectarle.

1er. tiempo.—Incisión de siete centímetros; principia dos centímetros arriba de la espina iliaca anterior y superior derecha, continúa un centímetro y medio arriba del arco crural paralela á su dirección hasta alcanzar la mitad del propio arco, con el fin de evitar la arteria epigástrica que queda adentro del campo de la operación; esta incisión comprende la piel, el tejido celular y el fascia superficial; en ella se interesa la arteria y venas tegumentosas del abdomen.

2.º tiempo.—Incisión sobre la sonda de la aponeurosis del gran oblicuo y de los músculos pequeño, oblicuo y transverso. La longitud de la sección músculo-aponeurótica varía con los operadores; según unos (Tillaux, Chauvel, Gangolph) es de igual extensión en todas las capas; según otros debe hacerse un embudo cuyo vértice profundo tiene cuatro centímetros (Chalot) de extensión. Sección del fascia transversalis.

3er. tiempo.—Tomando el peritoneo con las pinzas de dientes de ratón y formando un pliegue, hacerle un ojalito por el cual se introduce la sonda para concluir su sección.

4.º tiempo.—Tómase la primera asa intestinal que se presenta y se procede á su fijación del modo que sigue: se pone un punto de seda que una el asa á cada ángulo de la incisión, este punto comprende la envoltura serosa exclusivamente del intestino, el peritoneo parietal y una porción de las partes blandas de la pared; en seguida se ponen tres ó cuatro puntos á cada lado de la herida, comprendiendo cada uno los mismos tejidos que los dos anteriores; cada punto debe distar del siguiente unos cuatro ó cinco milímetros y las dos series longitudinales de puntos limitan una superficie muy angosta de intestino en la que debe hacerse la incisión, ésta no tiene más que dos centímetros de longitud. Para facilitar la prehensión de la túnica serosa intestinal es muy útil la pinza de dientes de ratón; se conoce que la toma es buena, en que se la puede deslizar sobre las capas siguientes.

5.º tiempo.—Se estrecha la herida de la pared por unos cuantos puntos de sutura.

El corte en embudo es muy útil porque limita la extensión del asa por fijar, que no debe pasar de cuatro centímetros. Es de todo punto indispensable evitar aquí la formación de un espón.

LAPAROTOMIA

Asepsia de la región y del medio. Anestesia general, elementos para usar en un momento dado de la posición de Trendelenburg. Está en prianza la anestesia por el éter con particularidad en las operaciones del vientre; en México aparece por hoy que no son tan grandes sus resultados en comparación con sus elogios.

A los instrumentos de la operación anterior hay que añadir un bisturí abotonado, docena y media de pinzas de Péan, tijeras rectas romas, compresores del intestino, una espátula angosta y bien roma, agujas de sutura intestinal, ó botones de entero-síntesis mecánica, una pinza de cuerpos extraños.

Dos son las secciones que se emplean y que difieren tan sólo por su longitud: una *del apéndice xifoides al pubis* y la otra *del ombligo al pubis*, que es la generalmente recomendada. Al terminar el corte de las capas de la pared podrá suceder que escurra un poco del líquido serosanguinolento de Gangolphe, que él estima patognomónico de la invaginación, hernia interna ó constricción por brida, por lo que su presencia nos aproximará á la causa verdadera de la oclusión; eso no obstante, no hay que darle tanto valor como se pretende; queda dicho y no está por demás repetirlo, que ha sido encontrado en peritonitis de origen apendicular. Otro accidente que se ofrece detrás de la sección de la pared es la precipitación de las asas intestinales distendidas entre sus labios, su contención se hace muy difícil al ayudante y conspira contra una exploración que haga accesibles á los ojos el sitio y causa del estrangulamiento: para lograr ese fin se han propuesto diversos medios, tales como la gran incisión ya mencionada, la punción del intestino, el corte de sus túnicas seguido de sutura y debemos dedicar algunas palabras á cada uno.

La gran incisión de la cavidad abdominal tiene las ventajas de exponer á la vista mayor longitud de intestino, de prestarse á un exámen más rápido y de operar sobre algunos estrangulamientos con mayor holgura, su inconveniente principal é inmediato está en la difícilísima reintegración de la masa intestinal á la cavidad del vientre. Es verdad que siguiendo el vulgarizado me-

dio de Kummel de comprender en una compresa tibia las asas intestinales exteriorizadas, insinuar sus bordes bajo los lados de la incisión y reducir como si fuera hernia en la que la compresa desempeñara el papel de saco, se puede en muchos casos salvar la situación. Otras veces habrá que levantar los labios del corte por medio de unos hilos que atraviesen toda la pared y formar con sus bordes los de un embudo cuyo fondo sería la cavidad. Pero en muchos casos no bastará y habremos de privar al intestino de sus gases ó por punciones con un trócar ó por su incisión franca.

Casi todos los operadores han desechado la punción porque aun cuando vaya seguida de la sutura de la solución de continuidad con un punto de Lembert, la irregularidad de su forma hace peligroso el procedimiento y en efecto son ya algunas las defunciones imputadas á esta práctica. En las aulas es corriente decir que las heridas punzantes del intestino curan espontáneamente y Treves refiere un hecho en que se punccionó impunemente el intestino de un enfermo 150 veces y era lógica la suposición de que curarían con mayor seguridad si se suturaban convenientemente; pero por desgracia los hechos han venido á demostrar la posibilidad de un derrame de materias sépticas por esa práctica. La incisión franca y poco extensa de la pared intestinal hace que por la regularidad de su forma una vez evacuados los gases introduciendo una sonda de goma, la sutura sea de resultados más felices y es el procedimiento aconsejado por la mayoría de operadores para los casos difíciles, más aún procediendo así puede hacerse innecesaria la gran incisión abdominal que quedará reducida á sus justos límites de sub-umbilical.

Inmediatamente se va al ciege para determinar su estado de distensión ó aplastamiento ó si es portador de un tumor. Este es el punto de referencia capital y nos sirve para diferenciar si el obstáculo está en él, en el intestido grueso ó en el delgado. Si lleva un tumor será una invaginación de lo que se trata; si está distendido, entonces se sigue una exploración minuciosa en todo el trayecto del colon; si se le mira aplastado se recorre asa por asa el intestino delgado que es atraído y retirado sucesivamente de entre los labios de la herida y según lo que tenemos asentado

en el ileon ó la última parte del yeyuno estará la causa de la oclusión.

Por regla general ya habremos establecido nuestro diagnóstico de oclusión del colon, oclusión del ileon, así es que esta exploración por la gastrotomía no viene sino á ratificar nuestro juicio.

Volviendo á la exploración cecal y teniendo en la memoria los datos anatomo-fisiológicos con que principiamos nuestra exposición, veremos si existe á lo largo del intestino grueso extrapélvico una brida por un apéndice, un estrechamiento por neoplasma de ulguno de sus ángulos, una ptosis, etc.; recordaremos además la posibilidad de una hernia de Peacock ó una sigmoidea.

Si no hemos encontrado allí la causa, pasaremos al exámen del intestino delgado donde hallaremos un punto de distensión máxima inmediato al obstáculo y según el sitio que ocupare alto ó bajo, lejano ó próximo al ciego, pensaremos si hay tumor en una invaginación, ó de no haberlo en un nudo, una hernia interna, una brida ó un cuerpo extraño. Nuestros apuntes relativos del principio de este estudio, nos evitan la repetición de las mismas localizaciones.

La investigación del obstáculo no siempre es fácil á pesar de los recursos que hemos mencionado para hacerla fructuosa y alguna vez habrá que librar de sus gases al intestino y ampliar mucho la incisión de la laparotomía.

En cuanto al tratamiento del agente de la oclusión descubierto, es variable con cada causa.

Se ha aconsejado para la invaginación tirar con tracciones suaves de uno y otro cabo intestinal hasta conseguir el objeto, precediendo la maniobra de algunas presiones que tiendan á descongestionar las asas enfermas; muy útil cuando se ejecute no lejos del principio de los accidentes, puede hacerse nociva si son un poco vigorosas las tracciones, si nos empeñamos en corregir á toda costa el trastorno, lo que hace posible un desgarrado.

En las hernias internas se procura desbridar con el bisturí abotonado ó un herniotomo el anillo constrictor, librar las asas interesadas sin perder de vista el estado de su vitalidad y se borrará la foseta herniaria por un buen afrontamiento peritoneal realizado con suturas de catgut. Dijimos que debía mirarse mucho el estado de vitalidad de las asas enfermas, porque cuando

se teme que sea pequeña, es preferible ejecutar desde luego una resección hasta tejido sano, si dejar nada sospechoso, porque puede suceder, como alguna ocasión se ha visto en el Hospital Béistegui, que una entero-anastomosis por hernia con esfacela, hecha en tejido de mediana vitalidad, haya terminado con una peritonitis sobreaguda por gangrena de las porciones no enteramente sanas. Puede necesitarse una resección muy grande de intestino como en las hernias de *hiatus*, pero desde la intervención de Kœberlé citada en todas partes no se discute más este punto.

La misma resección puede imponerse en algunas invaginaciones, nudos y bridas; en suma *siempre que la vitalidad de las paredes del intestino sea dudosa se intentará la resección cualquiera que sea la causa del extrangulamiento*. La entero-síntesis consecutiva puede ser realizada por los diversos botones, bobinas ó mejor por sutura. Los medios mecánicos pierden terreno más y más en tanto que las suturas de doble plano de Wöfler ó Kocher se generalizan y aumentan sus aplicaciones con especialidad la sutura del último autor.

Las bridas pequeñas epliploicas ó inflamatorias son tratadas por la sección en medio de dos ligaduras; si se trata del apéndice de Mæckel puede ligarse simplemente ó invaginarse y suturar su extremidad.

En los codos, en las adherencias múltiples, el ideal es la reitegración al estado anatómico normal; se requiere para ello una disección muy cuidadosa con instrumento romo como la espátula angosta ó la punta de las tijeras; semejante diéresis, además de ser muy laboriosa y delicada, puede acompañarse de tal resudamiento sanguíneo que oculto casi el campo haga difícil la hemostasis y postre las escasas fuerzas del paciente. Para estos casos, donde es imposible la resección porque su longitud exagerada disminuiría en mucho la superficie absorbente del intestino y la vida resultaría incompatible, está indicado eludir el obstáculo por una entero-anastomosis lateral. Se elige una asa inmediatamente arriba del obstáculo, otra debajo y próxima á él, se ponen cerca de sus bordes mesentéricos dos series de puntos separados, distantes entre sí cinco ó seis milímetros y cuando se tiene afrontada una longitud de seis centímetros, se cortan á fuera

del vientre ambas asas en una extensión de cinco centímetros, se orla la mucosa con una sutura en surgete; en el labio anterior se ponen otras dos series de puntos separados sero-serosos idénticos á los primeros, y se termina reforzando los ángulos por puntos de Lembert. (Chaput).

Ocasiones hay que las bridas son de tal modo, extensas y numerosas que el tratamiento es una quimera, como el caso que Gangolphe describe diciendo sarcásticamente que la única anastomosis útil sería la del exófago con el recto.

Los cálculos, los cuerpos extraños del intestino deben ser tratados de modos distintos, según su forma y dimensión; cuando fuesen favorables, se intentará con presiones moderadas hacerlas progresar hasta el intestino grueso; en circunstancias adversas se cortan las paredes intestinales sobre el obstáculo en una longitud bastante para su extracción y que evite contundir los bordes; sacado el cuerpo extraño con las pinzas, se termina por la sutura del intestino.

En cuanto á los nudos, debe intentarse deshacerlos (cosa muy difícil) ó recurrir á la resección, á la anastomosis según el estado de vida del canal afectado.

En los volvulus habrá que acortar el meso que sostiene el asa enferma ó intentar una *colopexia*, que es la operación más comunmente aconsejada.

Si un órgano ó su pedículo son la causa de la compresión es deber suprimir el agente por la fijación del órgano removido ó dislocado.

Para concluir, añadiremos que así como los obstáculos inamovibles del intestino delgado se salvan con la entero-anastomosis, los de la misma clase del intestino grueso se evitan creando una fístula estercoral permanente arriba de la obstrucción; en el ciego, en la S ílaca; pero de suerte que la abertura cólica quede siempre arriba del obstáculo.

Como los agentes inamovibles de oclusión dependen siempre de padecimientos crónicos, como sus síntomas son de larga evolución y como su sitio está casi siempre en el intestino grueso, por neoplasmas, estrechamientos del recto, adherencias de origen inflamatorio pélvico, es costumbre decir que el ano artificial es el tratamiento de la oclusión crónica, en tanto que la laparotomía lo es de la aguda; ya veremos que esta afirmación

no es enteramente exacta y que la divergencia nace en las facultades del operador.

Remediado el obstáculo no queda más que remediar la abertura del vientre por suturas en planos.

Por la descripción que hemos hecho de los dos métodos clásicos de operar, vemos que la técnica de la laparotomía es muy complicada por las intervenciones sobre el intestino á que se presta, intervenciones difíciles para las que se requieren ejercicios especiales en los anfiteatros y en animales vivos y á las que no están habituados no digamos los médicos, pero ni muchos cirujanos.

La enterotomía, por el contrario, aunque es intervención sobre el intestino, es menos larga, no lleva aparejados ningunos problemas de técnica quirúrgica y puede y debe ser sabida y ejecutada por todo médico del mismo modo que la traqueotomía, ambas son operaciones de urgencia. En la enterotomía no hay que buscar el obstáculo; no hay que decidir elecciones: se interviene sobre el asa intestinal que se presenta, sea la que fuere, así es que no hay inseguridad ni vacilación posibles.

Por otra parte, una laparotomía requiere local apropiado, ayudantes competentes é instrumentos relativamente numerosos, entanto que la enterotomía exige pocos ayudantes y un arsenal bien pequeño. Por lo que siguiendo el consejo de Farabeuf, de que cada cirujano mida sus fuerzas al elegir cualquier procedimiento operatorio, podemos asegurar que la enterotomía está al alcance del mayor número de prácticos y siendo cualquiera la localidad de su ejercicio; en tanto que la laparotomía está reservada á cirujanos especialistas y en centros en que los recursos de la población fueren suficientes. Es muy cierto que las intervenciones del vientre han perdido muchos de sus peligros fantásticos; pero hay que convenir en que un médico de aldea difícilmente podrá llevar á término una laparotomía de esta índole; más aún, sería duramente censurado quien con tan poca conciencia del mal que causa, se lanzara á esa intervención.

La enterotomía salva los accidentes patológicos inmediatos, porque, dando salida á las materias estancadas, conjura los fenómenos de transmigration microbiana y por ende la peritonitis y la intoxicación; pero en cambio deja remanente el obstáculo, la causa del mal subsiste y como se opera indistintamente sobre cualquier asa de in-

testino delgado, puede ésta ser muy alta, se reduce por consecuencia, la superficie absorbente del intestino y la mala nutrición del paciente puede terminar con la vida.

No son otras las razones por las que se ha visto la enterotomía como un medio paliativo, como un recurso que dará tiempo para intervenir radicalmente sobre el obstáculo, habiendo colocado al enfermo en condiciones de ser trasladado á aquel punto en que pueda encontrar todos los elementos para una buena laparotomía.

En cambio, la abertura franca del vientre, seguida de la inspección y tratamiento inmediato de la oclusión, llenan las ambiciones del más exigente; conviene á los casos agudos como á los crónicos, pero hemos señalado ya sus escollos.

Casos hay en que la laparotomía revela un obstáculo inamovible y por esta circunstancia parecería inútil, lo cual no es exacto; porque cuando el objeto culminante de la intervención es el tratamiento radical de la oclusión, cuando no es posible llegar á tanta altura, cuando por las circunstancias de cronicidad estuviera indicado un ano artificial permanente, puede pasarse con facilidad de una á otra operación como lo hacen Madelung y Chalot, quien atrae el asa omega sobre la incisión de la gastrotomía, la fija é instala un ano supra-púbico.

En suma, podemos concluir que el ideal de la cirugía es curar radicalmente por laparotomía; cuando no llega á ese objeto, por la cronicidad del mal, la aprovecha para instalar el ano artificial.

Concluiremos este artículo con el cuadro siguiente:

TRATAMIENTO		
Según el medio, número y capacidad de los ayudantes.	Médico.	Inyecciones de morfina y atropina. Idem de suero artificial si hay postración. Lienzos calientes húmedos en el vientre, frecuentemente renovados. Entero-clisis. Lavativas eléctricas.
	Quirúrgico.	Por la forma clínica. <ul style="list-style-type: none"> Aguda. Laparotomía. Crónica. Ano artificial.
	Según el operador.	Si es médico hara la <i>enterotomía</i> , para poner después al enfermo en manos de un cirujano. Si es cirujano hará la <i>laparotomía</i> , á menos que un diagnóstico evidente permita de golpe el <i>ano artificial</i> .

Medio malo, arsenal escaso, ayudantes en defecto por su número ó capacidad, indican *enterotomía*.

Medio bueno, cirujano hábil, ayudantes expertos y arsenal suficiente, indican la *laparotomía*.

Es ocioso indicar que la laparatomía requiere que se pueda contar con las fuerzas del enfermo, pues de otro modo resulta un fracaso completo. En 1895 y con motivo de la comunicación que el Prof. R. Icaza hizo á la Academia acerca de unas hernias diafragmáticas, el Prof. R. Lavista condenaba la laparotomía en las oclusiones intestinales como un semillero de desencantos y defunciones.

No estriba el mal en el método operatorio sino en la poca oportunidad con que se ejecuta; en México, donde existe todavía una gran prevención contra las operaciones sobre el abdomen, acrecentando y abultando su gravedad, se proponía y ejecutaba la laparotomía *in extremis*, cuando el enfermo era un agónico, cuando apenas se podría haber hecho una enterotomía; esa es la causa entre nosotros de los fracasos del método; pero cuando no se pierda más tiempo, cuando la gastrotomía sea practicada oportunamente, en cierto modo temprano, antes de que estallen los fenómenos de intoxicación general, es indudable que se llegará á obtener una estadística de las más halagüeñas y salvadoras.

BIBLIOGRAFIA.—Anatomía descriptiva y quirúrgica de Gray.—Anatomía descriptiva de Pot-

ter.—Anatomía Topográfica de Tillaux.—Tratado de Anatomía aplicada á la Cirugía, por Treves.—Tratado de Patología externa, de Reclus, Kirmisson, Peyrot y Bouilly.—Id. de Duplay y Reclus.—Tratado de Cirugía Clínica y Operatoria, de Le Dentu y Pierre Delbet.—Clínica quirúrgica de Tillaux.—Id. de Plique.—Cirugía de urgencia, de Lejars.—Id. de Gangolphe.—Malgaigne. Medicina Operatoria de Le Fort.—Operaciones de Cirugía de Chauvel.—Periódicos: Revista de Anatomía Patológica y Clínica, Gaceta Médica y Cirugía Contemporánea.

México, Octubre 1.º de 1902.

ANDRES BENAVIDES.

Comisión nombrada por la Academia Nacional de Medicina para la defensa de la tuberculosis, el 27 de Agosto de 1902.

Presidente.—Dr. Eduardo Licéaga.

Dr. Manuel Gutiérrez.

Dr. José María Bandera.

Dr. Angel Gaviño.

Dr. Luis E. Ruiz.

Próximamente presentará á la misma Corporación el programa que deberá seguir para desarrollar sus trabajos.