

Cuando el catarro va acompañado de diarrea constante pueden recomendarse diversos medicamentos que pueden prescribirse haciendo multitud de combinaciones. Todos los preparados de bismuto, desde el subnitrate y el citrate efervescente hasta la crema bismútica; el fosfato *básico* de cal y la creta preparada; el silicato de magnesia, el ópio, sus alcaloides (morfina y codeína) y el electuario de Diascordio (2 á 3 gramos al día); los astringentes vegetales (bistorta, monesia, tanino, goma-kino, ácido gálico, colombo, cuasia, etcétera); el bálsamo del Perú; el pernitrate de hierro, el ácido bórico y el sub-borato de sosa. Todos estos medicamentos, que puedan á la vez reforzarse con los fermentos digestivos, dando la preferencia como es natural en este caso á la pancreatina, pueden irse usando unos tras otros, segun sea la tolerancia y el efecto útil que se vaya produciendo. En contra hemos de confesar que los tan decantados efectos de las soluciones de nitrato de plata contra la enteritis ulcerativa, nunca los hemos podido reconocer.

Cuando se dé el caso de un catarro en el que alterne la diarrea con la constipacion, procuraremos sostener un equilibrio funcional, cohibiendo las diarreas cuando aparezcan y suspendiendo todo medio paralizante ó astringente cuando las deposiciones líquidas se suspendan. Tanto es así, que á veces en este período nos vemos obligados á facilitar el movimiento de vientre con enemas ó con alguno de los recursos antes apuntados.

Si el catarro reside en el cólon ó en el recto, redondearemos el plan curativo con enemas medicamentosos, dando la preferencia á las soluciones bóricas, á las de clorato de potasa ó de sub-borato de sosa, y á los cocimientos de vegetales astringentes. Los enemas con una solucion de goma que tenga en suspension el fosfato, salicilato ó subnitrate de bismuto, tambien pueden recomendarse.

ÚLCERA REDONDA DEL DUODENO.

Se trata de un proceso análogo al que hemos visto en el esófago y en el estómago, con la particularidad de que ningún otro intestino hasta ahora lo ha presentado.

La úlcera puede ser solitaria ó múltiple; su sitio normal de residencia lo encontramos en el primer tercio del duodeno, ó sea en su porcion horizontal, tanto es así, que algunas veces la ulceracion linda con el píloro. La pérdida de sustancia no ofrece á su alrededor ningun sello flegmático; sus bordes siempre circunscritos; su diámetro varía entre 1 centímetro y 3 ó 4; su fondo está formado por la capa muscular, pero la erosion puede ir profundizando hasta interesar todo el grosor del intestino. De ahí las hemorragias por perforacion de la arteria pancreático-duodenal y gastro-epiplóica ó de vasos aún más distantes, como la arteria hepática, la vena cava inferior y la porta. En cambio, si se opera un movimiento cicatricial puede repararse por completo la pérdida de tejido; pero algunas veces, gracias á una superabundancia del trabajo de cicatriz, se forman bridas que pueden estenotar el intestino ú obstruir el conducto colédoco ó el pancreático, de lo cual resultan daños de consideracion, ya por parte del estómago (gastro-ectasia), ya por parte de las vías biliares (quistes por retencion, ictericias crónicas, fluxiones del hígado, etc.).

La misma oscuridad que reina tocante á la patogenia de las úlceras redondas del estómago y del esófago, es tambien aplicable aquí; pero habida razon de encontrarse de ordinario la úlcera duodenal vecina del píloro, hace presumible que, castigada préviamente la integridad de la mucosa por causas no bien reconocibles, el jugo gástrico ejerza alguna influencia en la determinacion de aquel proceso ulcerativo. De todas maneras, convienen todos los autores en que la úlcera redonda del duodeno es independiente de la duodenitis,

por más que esta flegmasía pueda en algun caso hacerse ulcerativa.

Como hecho curioso que pueda contribuir á esclarecer la oscura etiología de ésta y otras úlceras del aparato digestivo, indicaremos que el Dr. Sentiñon refiere que en la clínica de Roshlakov entró un enfermo que murió con síntomas peritoníticos, y se encontró en los intestinos gruesos una úlcera perforante de 7 milímetros de largo y unos 3 de ancho, con un borde abultado y desigual, que llevaba enclavada una vértebra de pez. ¿Podría creerse, por tanto, que en ocasiones las úlceras del aparato digestivo, extrañas al proceso inflamatorio, pueden depender de pequeños traumatismos, tan fáciles, atendida la diversidad de cuerpos ásperos y punzantes que circulan en su interior? Un caso tiene poco valor, y nunca serviría para explicar por qué la úlcera gástrica es más propia de ciertas edades y del sexo femenino.

Los síntomas de la úlcera redonda duodenal son tan parecidos á los de la gástrica, que la distincion en vida es muchas veces imposible : esta confusion es sobre todo muy justa cuando la pérdida de sustancia radica en el primer tercio, y esto es precisamente lo más comun. Ambas enfermedades son muy dolorosas y pueden dar lugar á los mismos vómitos, al estreñimiento de vientre, á la blancura de la piel, etc.; pero ganosos de señalar ciertas diferencias, puede decirse que el foco de dolor en la úlcera duodenal no es infra-xifoideo, sino infra-hepático ; que la mayor viveza de los sufrimientos aparece cuatro ó cinco horas despues de haber comido, y que las hemorragias ofrecen más tendencia á manifestarse por cámaras (melena) que por vómitos ; cosa muy fácil de concebir, si se tiene en cuenta que, para la presentacion de una hematemesis en aquella enfermedad del duodeno, es menester que la sangre regurgite hácia el estómago, y claro es que su descenso á lo largo del yeyuno ha de ser más hacedero.

Cuando la úlcera radica en el segundo tercio, entonces sí que el diagnóstico será más presumible, porque á los síntomas indicados se podrán agregar los propios de un catarro ó de una obstruccion de las vías biliares, con la ictericia y la tumefaccion del hígado que son consiguientes.

Igual pronóstico debe formarse de esta enfermedad que de sus similares ya estudiadas ; pero bien puede aseverarse que si la cicatrizacion es posible, tambien es más fácil la perforacion, y que, hasta en el caso de quedar cicatrizada la úlcera, hay más tendencia á que se formen bridas que coarruguen ó frunzan el intestino ó que cierren la abertura del conducto biliar y del pancreático.

El tratamiento que hemos recomendado contra la úlcera del estómago tiene aquí una exacta y total aplicacion, por lo cual nos dispensaremos de reproducirlo. Sólo insistiremos en la mayor necesidad de mantener el vientre libre, no sólo porque el estreñimiento puede ser muy tenaz, sino porque hemos de oponernos á la retencion de la bilis, en sus conductos naturales : los colagogos (cáscara sagrada, ruibarbo, extracto de bilis de buey, etc.), la belladona y las sales neutras, son sustancias que podrán emplearse con aquel fin.

OCLUSION INTESTINAL AGUDA (CÓLICO MISERERE).

Se da este nombre á un proceso agudo, intra-abdominal, que, en virtud de diversos mecanismos, ocasiona en un punto cualquiera del trayecto de los intestinos el estancamiento de los materiales que normal ó anormalmente habrían de circular por su interior. Así definido el caso, queda establecida la diferencia entre la oclusion intestinal (afeccion interna), las hernias externas de los intestinos (afeccion quirúrgica), y las estenosis ó estrecheces entéricas (procesos crónicos) ; por más que estas dos últimas, en definitiva, puedan interrumpir el curso, ya de los alimentos, ya de las heces.

La oclusion de los intestinos, *pasio-iliaca*, recibe diferentes nombres, segun sean los mecanismos que la producen : *obstruccion intestinal*, *invaginacion interna*, *vólvulo ó enroscamiento*, etc.

Etiología.—Diferentes causas cavitarias pueden ocluir el intestino por verdadera obstruccion : la detencion de masas excrementicias (croptosis) en el ciego, á lo largo del cólon, ó en el recto (hecho comun en los viejos y en cuantos padezcan un estreñimiento de vientre habitual ó accidental) ; la ingestion de semillas de diferentes frutos (ciruelas, melocotones, aceitunas, cerezas, etc.), ú otros cuerpos extraños tragados fortuitamente ó por perturbaciones nerviosas del gusto (monedas, piedras, botones, huesos, etc.) ; ascárides lumbricoides, cuando se reunen en gran número y se enredan ó ensortijan formando un ovillo (caso de todas maneras muy excepcional) ; cálculos hepáticos, cuando por extraordinaria rareza se van depositando en el ciego y se cubren de materia fecal, y tambien la presencia de enterolitos que por su volumen se atascan en un punto cualquiera de los intestinos (hecho que hasta ahora no hemos podido observar), y por último, los cuerpos más ó menos voluminosos que, con distintos fines, se introducen en el recto y se escurren hácia el cólon descendente ó se atraviesan sin lograrse espontáneamente su expulsion.

Otras veces la oclusion se debe á que un asa intestinal, por un acto de intususcepcion, se invagina, como un dedo de guante, dentro de sí misma (invaginacion), pudiendo ésta operarse en el sentido descendente ó ascendente, ó á que se enrosca (vólvulo) á modo de espiral. Ambos mecanismos, que sólo se explican por la gran movilidad de las asas intestinales, sólo pueden tener lugar en los intestinos delgados, en la zona íleo-cecal, ó cuando el cólon está tan laxo (enteroptosis), que permita aquel accidente, influyendo bastante en su produccion los esfuerzos musculares y, sobre

todo, los movimientos bruscos del tronco, cual ocurre en los niños y en los gimnastas al dar saltos mortales ó al hacer volteretas.

Las estenosis de los intestinos, á más de dificultar permanentemente el paso de los materiales, de vez en cuando dan lugar á un ataque agudo de oclusion, ya por croptosis, ya porque se flogosea y entumece el asa intestinal en el sitio de la estrechez.

Tambien hemos visto la oclusion á seguida de la reduccion de las hernias de cualquiera clase que sean, ó cuando el intestino se estrangula dentro de la misma cavidad abdominal (hernia en el hiato de Winslow, hernia diafragmática ó en la fosa obturatriz).

Es para nosotros indudable que hay una oclusion espasmódica, por verdadera contractura del plano muscular de un asa intestinal, como ocurre en las personas histéricas ó en otras que adolezcan de determinadas afecciones neuróticas; pero en nuestra localidad, en donde impera el reumatismo, parece indudable su influencia cuando se fija en los planos musculares del tubo digestivo, dando lugar á un espasmo tónico. Sólo así nos explicamos que á veces, en el trascurso de pocos dias, se vean en Barcelona repetidos casos de aquel proceso morboso.

La tiflitis y la peritiflitis es otra causa abonada de oclusion intestinal.

A más de esta etiología, que en más ó en menos es aceptada por todos los patólogos, hemos de añadir una nueva causa, en cuya comprobacion tenemos varias historias clínicas recogidas, y que sin embargo no la hemos visto consignada por otros autores. Tal es la marcada influencia que el cólico nefrítico, calculoso ó no, *del lado derecho* ejerce en la produccion de oclusiones intestinales agudas, por retencion de materiales excrementicios en el ciego ó en el colon ascendente. Comienza en ciertos casos un ataque de dolor renal,

con sus dolores característicos descendentes hácia el ovario ó hácia el testículo, con los vómitos, la agitacion vivísima, etc., y despues de unas cuantas horas ó dias de sufrimientos, principia la evolucion de un *colico miserere*.

Aparte de todas estas causas y mecanismos que radican directamente en el intestino, hay otras peri-intestinales que, en un momento dado, cierran tambien la luz del tubo intestinal. Los tumores abdominales de toda clase, las latero-versiones y flexiones de la matriz, á veces la presencia de pesarios muy voluminosos ó mal aplicados y las bridas peritoníticas, pueden aplastar un asa de los intestinos é impedir el libre curso de los materiales. Un caso notable hemos presenciado, de miserere, á consecuencia de las adherencias formadas en el curso de una peritonitis puerperal, y que al fin, como recientes que eran, cedieron, dejando nuevamente en libertad el órgano aprisionado.

Anatomía patológica.— Sea cual fuere el modo como se realice la oclusion, desde el instante que el movimiento vermicular se embarga y suspende, y que van aglomerándose en un punto del trayecto intestinal alimentos, materias fecales, cuerpos extraños ó lo que sea, comienza una fuerte hiperemia del órgano y del epiploon que lo envuelve; el intestino se vasculariza, se pone lívido y se entumece, todo lo cual aumenta la obstruccion; estas lesiones respetan la porcion de tubo intestinal que queda por debajo del sitio afecto, pero en cambio se propagan por grados hácia atrás; avanzando el daño, la membrana mucosa se denuda de sus epitelios, se escoria y ulcera; más tarde, gracias á la estrangulacion de los tejidos y al éxtasis vascular, se forman chapas amoratadas y negruzcas que afectan todo el grosor de las paredes y al fin el órgano queda esfacelado, trascendiendo el daño, como ya puede suponerse, al peritóneo circunvecino.

Sintomatología.— Por punto general, el síndrome se desarrolla con extraordinaria rapidez, excepto en el caso de obs-

truccion fecal ó cuando la oclusion es debida á causas perintestinales, en cuyo caso, aunque siempre la enfermedad es aguda, de todos modos las primeras manifestaciones son más lentas.

El carácter principal de los síntomas consiste en el estreñimiento de vientre y en la aparicion de las náuseas y de los vómitos ; en una palabra, la sustitucion del movimiento peristáltico y normal por el antiperistáltico. No obstante, en las primeras horas no suele ser absoluta la falta de deposiciones, pues ora de un modo espontáneo, ora favorecidas por los enemas, el enfermo depone los materiales excrementicios que, acumulados por debajo del sitio ocluido, no encuentran dificultad para la salida ; pero más tarde, desembarazada ya toda la parte practicable de los intestinos, el estreñimiento es absoluto, y si se administran enemas, el paciente los devuelve limpios de toda sustancia fecal. Los vómitos pueden aparecer muy luego, *tal vez antes de que se hubiese advertido el estreñimiento*, ó al contrario, no se producen hasta que la dolencia ha adquirido ya un mediano desarrollo. Las sustancias vomitadas son diferentes : desde luego se van expulsando todos los materiales que estaban ya en depósito, cuando se verificó el accidente, y cuantos el enfermo va ingiriendo; pero despues comienza una regurgitacion de bÍlis, y el enfermo vomita líquidos al principio amarillos, despues verdes, como el cardenillo, y al fin de color bronceado, extremadamente amargos ; con la fuerte y continuada emesis puede desgarrarse algun pequeño vaso gástrico ó esófago-faríngeo, y entonces en los líquidos devueltos se ven coloraciones sanguíneas ; por último, más tarde se ofrece el vómito, mejor fecaloide que fecal, súcio, fétido, de gusto corrompido y que parece materia excrementicia, sin serlo probablemente en realidad, sobre todo cuando la oclusion radica en los intestinos delgados.

Con mucha facilidad la convulsion gástrica se acompaña

de un acto parecido al del diafragma, y se presenta el hipo; pero por lo comun el vómito le precede, y á veces sólo se desarrolla en un período muy avanzado del mal.

A la vez se van manifestando en la region abdominal modificaciones de gran importancia. El vientre se abulta, pero no simétricamente, por manera que poniéndolo á descubierto forma contraste una parte tensa é hinchada con otra más deprimida y flácida : la que forma relieve está timpánica y algo sensible, sobre todo á la presion, al paso que la zona restante no resuena al percutirla y ofrécese indolente. La primera corresponde á todas las asas intestinales ocupadas por gases y otros materiales que se encuentran por detrás del sitio en donde hay el obstáculo, y la segunda á todo el trayecto que media entre la oclusion y el recto. Así se nota que, obstruido el intestino ciego, se abulta la fosa ilíaca derecha y toda la region central, quedando desocupado el cólon; que invaginado el yeyuno, se hincha toda la zona de los intestinos delgados; que cerrada la S del cólon, sólo queda flácida la fosa ilíaca izquierda.

En algun caso, al nivel del mismo sitio en donde hay el punto de la dificultad, el enfermo acusa un dolor más ó menos vivo, y por medio de la palpacion y percusion puede distinguirse cierta resistencia y hasta abultamiento ó tumor, cosa comun en el ciego ó en el cólon cuando hay croptosis ó materias fecales atascadas; pero es la verdad que, en muchas ocasiones, la inspeccion más concienzuda no permite localizar con exactitud la topografía de la lesion fundamental. Así recientemente hemos visto un caso con todas las apariencias de obstruccion del ciego, y en la autopsia encontramos en la parte interna de la fosa obturatriz izquierda una hernia del íleon.

Es frecuente que las tentativas que hace el intestino para vencer la resistencia se traduzcan por dolores cólicos, borborigmos y aun ruidos hidro-aéreos perceptibles á distancia,

como tambien por relieves apreciables al través de las paredes del abdomen representadas por los intestinos turgentes en el momento de su contraccion. Tambien ocurre que el enfermo diga que los movimientos entéricos principian en una zona y van á terminar, con intermitencias, en otra (el sitio de la oclusion) y que de aquí no pasan.

Estos síntomas, que son los más típicos, se acompañan de otros que acaban de imprimir carácter á la oclusion intestinal, por más que se vean reproducidos en otras graves afecciones del tubo digestivo. Los enfermos experimentan sed viva y hasta insaciable, conservando la lengua de color natural ó algo espurca, con tendencia á enjugarse; pero como los vómitos incesantes son óbice á la absorcion, la orina es escasa, si es que no se llega á la anuria, como en los coléricos; pero de todos modos, si hay miccion, nótese que aquel producto secretorio presenta aumentado el *indican*, si es que la oclusion radica en los intestinos delgados: con todo, este dato uroscópico no es patognomónico, ni mucho menos, pues se le descubre en otros afectos abdominales, v. gr., la peritonitis. Los pacientes guardan el decúbito supino y gustan de tener las piernas dobladas para dar una mayor flacidez á las paredes y vísceras abdominales; están agitados, quejumbrosos y con una congoja que causa pena; se desabrigan á cada momento, creyendo erróneamente encontrar así un alivio á su malestar; el rostro palidece y no tarda en perder sus líneas fisiológicas, rechupándose los carrillos, afilándose la nariz y rodeándose los ojos de un cerco palpebral oscuro y con cierto matiz azulenco; la voz pierde su intensidad y modifica su timbre, recordando la de los coléricos; falta el sueño ó queda interrumpido á cada paso, y la inteligencia puede permanecer lúcida hasta que se aproxima el fin, en cuyos momentos aparece el subdelirio.

La reaccion del pulso y de la temperatura ofrece muchas variantes. Hay ejemplares de apirexia completa desde el prin-

cipio al fin ; otras veces, durante las evoluciones iniciales del mal se presenta calentura, más ó menos graduada, pero con el pulso más bien retraído que desplegado ; pero, suceda una cosa ú otra, cuando el derrotero del mal se tuerce en mal sentido, la tendencia consiste en ponerse el pulso frecuente y más que retraído, débil, á la par que descende la temperatura de un modo gradual, comenzando la algidez por la nariz y los extremos.

Curso y terminaciones. — Para alcanzar los síntomas la violencia y extension que se acaba de describir, necesitan un período de tiempo que oscila entre tres y siete días, pocas veces más, pocas veces menos ; pero nunca debe descontarse en las afecciones graves de vientre, incluso los grandes traumatismos quirúrgicos, eso que para darle un nombre se llama *shok*, ó eso otro que se denomina *peritonismo*, pero que en suma suponen un modo de morir que viene representado por una rápida sideracion ó concentracion de fuerzas, á lo cual no debe ser extraño el plexo solar, y que se caracteriza por la pérdida del pulso, por la frialdad marmórea, por el sudor agónico, por la fâcies hipocrática, por la obtusion de la mente y por todos los grandes anuncios de una muerte próxima. Pues eso, en una oclusion intestinal puede, en el momento menos pensado, ocurrir, cortando bruscamente el curso de una afeccion que por su propia naturaleza, aun terminando mal, tiende á sostenerse seis ó siete dias.

El proceso de la oclusion se resuelve en diversos sentidos. Puede salvarse el enfermo despues de correr el natural riesgo, porque al fin si había obstruccion fecal, los excrementos han salvado el sitio de la estrechez ; porque ha cesado la contractura muscular, si se trataba de la oclusion espasmódica ; porque el intestino se desenvagina ó se desenrosca, etc. : todas estas terminaciones favorables se comprenden sin esfuerzo. Pero hay otras que en definitiva permiten que el enfermo triunfe de su peligrosa dolencia, y que no son tan trilladas:

así ha sucedido que, poniéndose en contacto dos asas intestinales durante el esfacelo, se han adherido mutuamente, estableciéndose un trayecto practicable capaz de dar libre paso á los materiales que circulan por el tubo digestivo ; tambien constan casos de adherencias del intestino con la vagina, con la vejiga y aun con las paredes abdominales, sobre todo al nivel del conducto inguinal, formándose trayectos fistulosos y anos artificiales : pero lo más notable que hemos presenciado respecto de este particular, consistió en una invaginacion que corrió todos sus períodos hasta la gangrena ; el enfermo estuvo agónico por espacio de tres dias, y al fin se presentaron las deposiciones, y con ellas la expulsion del trozo de intestino invaginado, representado por un cilindro de 4 centímetros de longitud.

Sea cual fuere el mecanismo, cuando desaparece la oclusion el alivio viene significado por las *deposiciones* y *flatulencias*, por la cesacion del vómito y del hipo, por la *depression del vientre*, no rápida, sino gradual, por la animacion de la fisonomía y por el establecimiento de una reaccion del pulso y del calor.

Pero otras veces la oclusion intestinal termina por la muerte.

Ya hemos hecho mérito del *shok* y del *peritonismo*, pero sin disputa es la *gangrena* la causa comun y ordinaria de la muerte, é importa estar prevenidos para conocerla, sin dejarnos engañar por ciertas apariencias de tranquilidad que ofrecen algunos enfermos. Es verdad que muchas veces, al esfacelarse el intestino, continúan los vómitos, la agitacion y los demás síntomas descritos, hasta el momento de morir; pero puede tambien suceder que el enfermo entre en un período de calma, sin vómitos, sin dolor en el vientre, sin mal-estar de ninguna clase, y sin embargo, el fin se acerca : mas conoceremos que se trata de una preagonía y no de una resolucion beneficosa, porque el vientre, aunque indoloro, *con-*

tinúa abultado; porque no *aparecen las deyecciones albinas*; porque el rostro *persiste descompuesto*, y sobre todo, porque la algidez avanza, y el pulso, más que filiforme y miuro, se extingue.

Tambien puede sobrevenir la muerte por peritonitis, por rotura intestinal y por puohemia, pero confesamos que, hecha excepcion de la primera, las otras dos son rarísimas.

Diagnóstico. — Se nos figura que no es posible confundir la oclusion intestinal con ningun otro proceso morboso: la falta de deposiciones despues de la expulsion de los materiales que quedaban libremente depositados por debajo del obstáculo, los vómitos, el abultamiento con deformidad del vientre y la fâcies del enfermo tienen carácter típico. Con todo, hemos intervenido en casos de gentes místicas ó que tocados de un exagerado y hasta ridículo pudor, habían sido diagnosticados de oclusion intestinal, siendo así que padecían una hernia que no querian revelar; de ahí la regla práctica de poner el vientre á descubierto y de enterarse el médico personalmente de si la oclusion es interna ó de si hay un proceso herniario. Tambien procede en algun caso el tacto vaginal ó el rectal ó la introduccion de una sonda en el cólon descendente, para enterarnos de si el mal radica en las últimas porciones de los intestinos gruesos ó en alguna otra zona que guarde relacion con los órganos genitales: de esta manera alejaremos todo motivo de error. No puede desconocerse que hay enfermedades que por el pronto cierran el vientre y determinan vómitos, pero en tal caso faltará el conjunto armónico de síntomas que ya hemos descrito, y en patología los diagnósticos mejor se establecen apreciando la suma total de factores que signos dispersos.

Pero diagnosticada la oclusion, importa conocer el sitio del mal y el mecanismo que la ha producido. Desgraciadamente esto no es tan fácil, y sólo pueden darse reglas de aproximacion. La topografia podremos apreciarla por la pal-

pacion y percusion abdominal, y si hay dolor, por la zona en que el enfermo lo acusa ; así puede estar sensible y tumefacta la fosa iliaca derecha, con meteorismo de los intestinos delgados, y nos convencemos de que la oclusion radica en el ciego ; puede notarse el abultamiento y el dolor entre el ombligo y el púbis, y suponemos entonces el daño en el yeyuno ó en el íleon ; puede encontrarse duro y sensible el vacío izquierdo, flácida la fosa iliaca izquierda y lleno de gases el cólon transverso, el ascendente y los intestinos delgados, y entenderemos que es la S del cólon el asiento de la oclusion ; tambien el tacto rectal nos dirá si algun cuerpo obstruye el recto ; la introduccion de una larga sonda por el ano podrá indicarnos la permeabilidad del cólon descendente ; y hasta la cantidad de líquidos que el enfermo pueda recibir con un cliso-bomba nos servirá para calcular por aproximacion el tramo intestinal que queda libre. En cuanto al conocimiento de la proctosis, muchas veces la palpacion sobre el ciego ó sobre la parte restante de los intestinos gruesos podrá permitirnos reconocer la presencia de los materiales fecales ; si se trata de un viejo ó de cualquiera otro que padezca estreñimiento habitual de vientre, pensaremos si se trata de un caso de obstruccion ; si el enfermo es un litisiaco hepático, podremos tambien sospechar que son los cálculos los que obstruyen un intestino ; otras veces constará que el enfermo tragó una moneda ó huesos de ciruela, etc., etc. Sospecharemos una oclusion espasmódica en una histérica, en un reumático, en el que manipula con objetos de plomo ó en el que padece una enfermedad cerebro-medular que produzca rigideces ó calambres. Cuando la invasion ha sido brusca, dolorosa, y hay sospechas de que la lesion radica en los intestinos delgados, supondremos una invaginacion ó un vólvulo, sobre todo si por exclusion no creemos en alguno de los anteriores mecanismos y el enfermo es un niño ó se ha entregado á movimientos bruscos. Si el paciente padecía

con antelación un tumor abdominal, una ectopia visceral cualquiera, una peritonitis crónica ó una peritífritis, entonces con gran fundamento habremos de admitir una oclusion por causa peri-intestinal.

Pronóstico. — Ya puede suponerse que se ha de hacer grave en todos los casos, pero hay gravedades relativas que importa apuntar, pues es notoria la diferencia pronóstica que debe establecerse entre unas formas y otras. A nuestro ver, la más peligrosa de todas es la invaginacion, no sólo porque es difícil que el intestino se desenvagine, sino porque la misma juxta-aplicacion de las paredes del tubo acrece la hiperemia, la tumefaccion y la estrangulacion de los tejidos, cerrando progresivamente el paso de los materiales que se van acumulando. A renglon seguido entran la hernia interna y la torsion ó torcedura (vólvulo), aunque ya es más fácil que á favor de los movimientos peristálticos se deshernie el intestino ó se destuerza. Aunque la oclusion por espasmo ó por fijacion del reumatismo en los planos musculares parezca cosa versátil y movediza, con todo, la experiencia demuestra su gravedad. La obstruccion intestinal por excrementos se vence muchas veces, aunque siempre su importancia es mucha. La oclusion por cuerpos extraños deglutidos ó porque hayan penetrado por la vía rectal, tendrá más ó menos importancia segun la configuracion de los mismos ; así es mucho más grave haber tragado el anguloso hueso de la ciruela que el redondeado del melocoton ; una moneda, por regla general, se escurre á lo largo de los intestinos, al paso que un objeto resistente de madera que, entrando por el recto, se haya atravesado en el mismo ó haya alcanzado la S del cólon, producirá serios conflictos. Las oclusiones peri-intestinales por tumor ú otra causa no suelen ser tan completas ni ejecutivas, porque, gracias á la fácil dislocacion de las vísceras intestinales, éstas se van apartando á compás del crecimiento de la lesion, que las empuja y aplasta.

Tratamiento. — Podemos señalar primero el que conviene á la mayor parte de oclusiones y despues el que es peculiar de algun caso determinado.

Las indicaciones principales hasta ahora eran dos : facilitar el movimiento peristáltico de los intestinos para lograr deposiciones albinas y enfrenar los vómitos y toda accion antiperistáltica ; pero en estos últimos tiempos la relativa inocuidad de ciertas prácticas quirúrgicas permite admitir otra indicacion, que se cumple por medio de la laparotomía, y que consiste en atacar directamente el sitio de la oclusion para hacerlo permeable. Ya veremos luego cómo y cuándo está indicada la intervencion operatoria.

Dada una oclusion intestinal, debe someterse al enfermo á una abstencion absoluta de toda alimentacion, á menos que decaigan tanto las fuerzas que sea ya un obligado administrar alguna cantidad de sustancia alimenticia ; pero aun en este caso la propinaremos de un modo refracto, valiéndonos de pequeñas tomas de caldo ó de leche. Tanta severidad tiene por objeto no acrecentar los vómitos y no aumentar la masa de los materiales que se van aglomerando en el sitio ocluido.

Procuraremos, pues, el mayor quietismo gástrico, y como los vómitos van á producirse sin tardanza, contrariando sobremanera los beneficios de toda medicacion, aparte del quebranto natural que producen al enfermo, nos hemos de adelantar á la administracion de determinadas sustancias antieméticas. A este objeto daremos todas las bebidas frias y administraremos continuamente trozos de hielo, remedio el más inocente de todos en este caso é insustituible, porque las bebidas carbónicas, aunque antivomitivas, no conviene aquí prodigarlas para no fomentar el gran timpanismo que se va desarrollando, y el ópio, á pesar de ser el gran paralizante de la contraccion estomacal, está contraindicado, porque adormece las actividades contráctiles de los intestinos, cuan-

do las necesitamos, y por cierto muy potentes, para vencer la resistencia que opone la oclusion. Es verdad que puede apelarse tambien á otros antieméticos, pero que ó no serán muy bien tolerados, ó fracasarán (el subnitrito de bismuto á cortísima dosis con el carbonato de magnesia, el hidrato de cloral, el éter, etc.).

Al propio tiempo que se hace todo lo posible para tener el estómago aquietado, se ponen en uso los medios que han de facilitar el movimiento de los intestinos y con él la expulsion de los materiales que van obstruyendo el tubo. Los purgantes figuran en primera línea, pero entendemos que no se pueden escoger así al azar, sino calculadamente: nosotros damos siempre la preferencia al aceite de ricino (en perfecta emulsion aromatizada), sólo ó maridado con el aceite de almendras dulces ó con la glicerina neutra, forzando las cantidades segun sea la resistencia del mal, por manera que en muchos casos hemos administrado 60 y 80 gramos, en el espacio de veinticuatro horas. Pero como por desgracia aquel purgante es nauseoso, conviene darlo á menudo, pero á dosis cortas, para propinar así con gran paciencia aquella cantidad, facilitando la tolerancia con el hielo. Si el enfermo vomita el aceite de ricino, lo sustituiremos por los purgantes salinos, que tambien son de mucha utilidad, aunque inferiores á aquel oleoso, siendo indiferente usar el citrato de magnesia (agradable, pero de mediana intensidad), el sulfato de sosa, el de potasa ó el de magnesia, como tambien el agua de Loeches, de Rubinat, de Hunyadi-Janos y demás salinas; pero sea cual fuere el agente empleado, importa ir forzando las cantidades hasta tanto que se logre el efecto apetecido. El sen es otro purgante que importa no echar en olvido, porque excita la contractilidad intestinal, y en este supuesto su utilidad es notoria. Tambien recomendamos con gran eficacia, en caso de oclusion intestinal, el extracto de belladona ú otra forma farmacológica de la misma sustancia,

y puede propinarse unida á los purgantes indicados para reforzar su accion, pudiendo elevar su dosis por encima de la ordinaria; así en un adulto pueden administrarse sin temor hasta 20 y 25 centígramos, en las veinticuatro horas.

Hay clínicos que recomiendan otros purgantes, hasta los más drásticos; y los calomelanos, la jalapa, la coloquintida, la escamonea y el mismo aceite de crotoniglio los usan á discrecion; pero nosotros no imitamos su conducta, ni podemos aconsejarla. Todas estas sustancias son altamente irritantes, y como nunca al administrarlas abrigamos la seguridad de que han de vencer el tenaz estreñimiento ocasionado por la oclusion, resulta que, en caso de fracasar el medicamento, ejercen sobre la parte una accion de contacto que no puede por menos de fomentar las lesiones intestinales, atragantando más el intestino y aun facilitando la estrangulacion de los tejidos.

Puede ponerse en accion la contractilidad intestinal por medio de enemas, ya que el contacto de los líquidos inyectados estimula por reflegismo el movimiento, no sólo de los intestinos gruesos, sí que tambien de los delgados. Las lavativas, para que produzcan todo su efecto, deben darse con un aparato de cierta presion para que el líquido impelido con fuerza alcance gran altura, y aun se facilita mejor este efecto inyectando el líquido en gran cantidad y por medio de un tubo ó piston largo, hasta el punto de alcanzar parte del cólon descendente; por lo cual será muy práctico valerse de una sonda esofágica. Los líquidos de inyeccion pueden prepararse de distintas maneras, pero dejando á un lado las sustancias que sean emolientes, pueden recomendarse los enemas de infusion de sen, de manzanilla ó de tilo, añadiendo cada vez 20 ó 30 gramos de sal comun, de sal de Madrid ó de sulfato de sosa. El aceite de ricino tambien puede servir para preparar enemas purgantes, lo propio que el agua de mar ó el agua de aceitunas. Las lavativas de jabon son

un remedio casero de mucha actividad. Siguiendo una práctica inglesa, hemos empleado con buen éxito enemas de sen con 20 gramos de bÍlis de buey, recién extraída; del propio modo importa tener presente, por sus ventajas, las lavativas llamadas gaseosas ó de ácido carbónico. Su preparación es fácil: ó podemos valernos de un tubo, con su pistón correspondiente, que pueda adaptarse á un sifón común de agua de Seldtz artificial, ó podemos preparar por separado una disolución de ácido cítrico ó tartárico, y otra de bicarbonato de sosa, inyectando la primera y luego la segunda, para que reunidas ambas en el cólon produzcan la descomposición natural que ha de dar por resultado el citrato ó tartrato de sosa, con desprendimiento de ácido carbónico. Pero la *ultima ratio* en materia de enemas, cuando se trata de una oclusión intestinal invencible ó poco menos, la constituye la infusión de tabaco; pero téngase en cuenta que si el enfermo no es fumador, ó aunque lo sea, puede este medio producir mareos, desvanecimientos, vértigos y hasta la toxicidad, conforme hemos visto en algun caso; importa, pues, mucha cautela en la dosificación, y nos parece que el 2 por 100 de agua hirviendo basta para lograr el resultado. De todos modos, así como los enemas antes citados pueden menudearse hasta la saciedad, los de tabaco exigen discreción suma.

La contractilidad intestinal podemos avivarla además con un medio de gran potencia, y hasta cierto punto inocuo, si se tiene cierta cautela en su aplicación. Nos referimos á la electrización por medio de las corrientes *galvánicas*, pues las *inducidas*, que tan enérgica contracción determinan en los músculos de fibra estriada, no mueven sino muy débilmente los músculos lisos de los intestinos, sobre todo cuando están parexiados, como ocurre en la oclusión intestinal. Pero no se olvide que una corriente continua, aun de poca intensidad, puede, por acción catalítica, determinar alguna escara,

por lo cual importa que el electrodo que se ha de introducir en el recto esté formado, según consejo de Boudet, por una sonda de goma provista de un vástago metálico hueco, al cual se adapta un tubo de caoutchouc, sobre el cual se ajusta el tornillo de un hilo conductor que comunica con la batería galvánica. El polo positivo debe introducirse en el recto y el negativo sobre las paredes abdominales, empapando bien sus placas en agua salada.

La contractilidad de los intestinos puede también facilitarse por medio de algunos tópicos que, aplicados sobre el vientre, aviven el refléjismo: con tal objeto se pueden usar los fomentos fríos de agua sedativa; las fricciones con aceite volátil de trementina, con alcohol de romero y licor amoniacal anisado (50 gramos del primero y 10 del segundo), con aceite de manzanilla alcanforado y amoniaco líquido (á igual dosis respectivamente); las pulverizaciones de éter acético y la aplicación de una capa de colodion elástico.

Mientras la oclusión con todos estos recursos no se vence, será útil practicar el lavado del estómago, si observamos que, á pesar de los vómitos, quedan retenidos materiales líquidos y gaseosos que, distendiendo la víscera, dislocan el diafragma y aumentan la dispnea.

Al propio tiempo, si el timpanismo es tan considerable que mecánicamente provoca gran dificultad respiratoria, están indicadas las punciones de los intestinos con un trócar fino (v. gr., el de Recamier); de esta suerte queda el abdomen aligerado, aunque por tiempo breve, y será más fácil que, cesando la distension de los intestinos, puedan contraerse y venzan la oclusión. Este medio que algunas veces hemos practicado no es en sí peligroso, pero incurriríamos en una exageración si digéramos que es un gran recurso, ya que, á poco de haber puncionado el abdomen, vuelven los intestinos á distenderse considerablemente.

Como la oclusión intestinal no tarda en acarrear un tra-

bajo hiperémico que es el que abre el camino de la tumefaccion, estrangulacion y hasta esfacelo de los tejidos, interesa que nos opongamos hasta donde quepa á aquel trastorno vascular con medios isquémicos ; así nos hemos valido de la ergotina (2 gramos diarios) y de la aplicacion constante de una vejiga de hielo al nivel del punto en donde sospechamos que radica la oclusion.

En la actualidad, aparte de todo esto, se va introduciendo la laparotomía en la terapéutica de la oclusion intestinal interna, y entendemos que es muy lógico este proceder, aunque con determinadas reservas. Ante todo, la intervencion quirúrgica con los cuidados antisépticos ha perdido aquel sello de gravedad que antes venía anejo á todo traumatismo de las paredes abdominales, y si hoy se llega al extremo de poner á descubierto las vísceras, sólo con un fin diagnóstico, bien podemos hacerlo con una intencion terapéutica. Trátase además de una enfermedad hasta cierto punto mecánica, de una especie de nudo que importa deshacer, y se comprende toda la utilidad de una intervencion manual; lástima, tal vez, que la misma importancia de la cosa, porque al fin no es un acto baladí, haga que se emplee en último término, cuando ya se han agotado todos los recursos anteriormente enumerados, y, si cabe, en el momento mismo en que ya ha principiado la desorganizacion de los tejidos afectos ; pues en tales condiciones del proceso local, y estando el enfermo concentrado y próximo á morir, bien se comprende que ha de ser temeraria y problemática empresa la de incindir las paredes del abdomen, ir en busca del intestino ocluido, manipular para desenvaginarlo ó desenroscarlo, y tal vez, siendo forzoso un más allá, abrir el tubo intestinal ó tal vez excindirlo en una extension respetable, como acaba de hacerlo Kœberlé, nada menos que en una longitud de un metro. Esto hace que los éxitos sean contados, al paso que, si se operaba á tiempo, abrigamos la creencia de que

muchos enfermos que hoy sucumben, cuando lo fiamos todo á los medios comunes, podrían salvarse: de todos modos los casos operados van en aumento, habiendo logrado curaciones inesperadas, áun con excision intestinal y la enterorrafia consiguiente.

Admitimos, pues, la laparotomía como medio general de tratamiento; pero, para proceder discretamente y sin atropello, es preciso que nos atengamos á ciertas reglas de conducta. Los casos que más obligan á la laparotomía son los de invaginacion, de vólvulo y de oclusion por causa peri-intestinal (tumores abdominales, bridas peritoníticas, etc.), porque en estos, al paso que se comprende la dificultad de que un medio farmacológico restituya las cosas á su ser y estado normales, el obstáculo es mecánico ó poco menos; y, además, si se encuentran los tejidos sin asomo de gangrena, no habrá necesidad de incindir los intestinos ó de practicar una enterotomía: todo lo cual simplifica notablemente el acto operatorio. Las oclusiones por obstruccion de materiales fecales ó de cuerpos extraños, á menudo se vencen con los recursos farmacológicos; pero si resultan insuficientes, tambien autorizan la laparotomía, sólo que la operacion habrá de completarse abriendo el intestino para extraer el objeto obstruente, suturándolo despues. Cuando la proctosis sea rectal ó cuando se hayan introducido en este punto cuerpos extraños más ó menos voluminosos, claro es que entonces la intervencion directa manual ó instrumental habrá de hacerse por el ano. Las oclusiones por espasmo puramente neurótico ó por fijacion del reumatismo, á nuestro ver hacen inútil la operacion, porque, dada su patogenia, con facilidad suma podrán reproducirse luego del acto quirúrgico ó tal vez á consecuencia de él. Por último, siempre que nos decidamos á operar, conviene tener conocimiento, al menos aproximado, de la region ocluida, á menos que quiera imitarse á Kuemmel que recomienda hacer una incision lo más larga posible, sacar fuera

del vientre toda la masa intestinal y hacer una rápida inspeccion hasta reconocer el sitio afecto.

En el tratamiento que acabamos de referir, hemos omitido intencionalmente alguno de los medios que antes se preconizaban, por creerlo, si no de todo punto ineficaz, por lo menos arriesgado; nos referimos, v. gr., á la administracion del mercurio metálico y de los perdigones finos (mostacilla), al objeto de que mecánicamente venzan la accidental estrechez del intestino. Hoy nadie los usa y hacen bien, porque si por desgracia no vencen la resistencia, quedarán depositados *in situ*, agravando por extraordinario modo los efectos de la oclusion.

Tampoco tenemos gran fé en un medio de recomendacion moderna, que es el masaje de las paredes abdominales, por cuanto ni la region permite grandes manipulaciones de malaxacion, ni la misma movilidad de los intestinos, faltos, por otra parte, del apoyo de un plano resistente, ofrecerán las mejores condiciones para un medio mecánico de reconocidas ventajas en opuestas circunstancias.

En determinadas formas de oclusion daremos la preferencia á uno ú otro de los diversos medios aconsejados más arriba y hasta emplearemos alguno que no hemos, á propósito, referido.

Así en la oclusion por espasmo, tal vez los medios favoritos serán la belladona ó la atropina, como tambien otros alcaloides periféricos (daturina, hiosciamina, etc.); pero dando siempre la preferencia á las sustancias madres (estramonio, beleño, etc.). En esta forma tambien está indicado el bromuro potásico, como medio que se opone á las contracturas, siempre y cuando la concentracion de fuerzas del enfermo no lo haga peligroso. El baño tibio prolongado es á la vez otro gran recurso para combatir la hiperkinesia intestinal. La oclusion reumática podemos tambien tratarla del mismo modo que la anterior; pero así como en términos generales

hemos encomiado los beneficios del hielo aplicado sobre la parte, preferiremos los tópicos estimulantes, y, sobre todo, el calor seco, en forma de franelas, sahumadas con hierbas aromáticas muy calientes.

ESTENOSIS INTESTINAL.

La coartacion ó estrechez de una parte limitada de los intestinos recibe el nombre de *estenosis intestinal*, siempre que se trate de un proceso crónico, pues la *oclusion* constituye un proceso agudo de evolucion rápida.

Anatomía patológica.—La estenosis puede desarrollarse en cualquier punto del tubo intestinal, pero con mayor frecuencia se produce en los intestinos gruesos, especialmente en el cólon descendente, la flexura sigmoidea y el recto. Las lesiones unas veces son *intrínsecas* ó de la misma pared del tubo y otras *estrínsecas* ó procedentes de los órganos de alrededor.

Entre las primeras son dignas de mencion por lo frecuentes : las cicatrices viciosas resultantes de grandes úlceras intestinales de origen disentérico ó sifilítico, pues las dotinentéricas son sumamente raras; las cicatrices que subsiguen á la eliminacion de un trozo de intestino invaginado; los pólipos, quistes hidatídicos y tumores cancerosos con asiento en las mismas tunicas intestinales, y por último las esclerosis de la capa muscular con gran tumefaccion de la membrana mucosa, como puede observarse en algunos casos de catarro crónico de los intestinos. Entre las segundas merecen citarse : las peritonitis crónicas adhesivas y los neoplasmas del peritoneo, los diversos tumores del mesenterio, los mismos neoplasmas entéricos que comprimen porciones más bajas del tubo, la retroflexion uterina, los fibromas y miomas de la matriz y los tumores del ovario, el riñon flotante, los grandes infartos de la próstata, los neoplasmas intra y extra-vesicales, los aneurismas de la aorta, etc.