

comme symptôme précoce d'arriboflavinose, on communique les observations réalisées, faisant une appréciation quantitative des degrés de l'invasion. La vascularisation qui se présente normalement dans le limbus cornéal et qui chez des sujets déterminés a un relief spécial, a été considérée par plusieurs investigateurs comme une invasion pathologique, car ils trouvent un pourcentage très élevé de découvertes positives chez des sujets normaux. Un autre motif de la différence d'opinion est dû au fait de prêter plus d'attention à l'injection du plexus péricornéal qu'à la vascularisation proprement dite de la cornée.

On n'a trouvé de relation entre la consommation de riboflavine par personne et le degré de l'invasion capillaire ou son extension dans la cornée.

Chez un 53 % de 444 sujets des deux sexes, compris entre les 7 et 78 ans et appartenant à un faubourg madrilène dans une époque où l'alimentation fut extrêmement déficiente, aussi bien quantitativement que qualitativement, il n'existait aucun cas d'invasion capillaire de la cornée. Chez un 30,4 % de tout le matériel, et chez un 64 % des sujets avec invasion de la cornée, elle atteignait un degré qui pouvait être considéré comme limite entre normal et pathologique. Cependant, quelques uns de ces cas, à cause des caractéristiques spéciales de l'invasion (pôle inférieur, capillaires droits ect.) pouvaient être considérés comme anormaux, ce qui fut démontré dans les preuves thérapeutiques.

Prescindant des cas avec tracome ou altérations oculaires, il reste un 10 % des sujets, chez lesquels on ne peut pas attribuer l'invasion capillaire de la cornée d'autres facteurs qu'à l'alimentation. Chez 208 enfants du même quartier, examinés un an après la première enquête, mieux alimentés bien qu'encore d'une manière très déficiente, on trouva seulement un 3,5 % d'invasions, la plupart conditionnées par un facteur, local, ce qui est en contraposition avec le pourcentage élevé des résultats positifs communiqué par d'autres auteurs, et obtenu parmi la population normale.

## ¿ES POSIBLE LA DIFERENCIACIÓN PRE-OPERATORIA SEGURA ENTRE OBTURACIÓN Y ESTRANGULACIÓN EN LOS ÍLEOS AGUDOS MECÁNICOS DE INTESTINO DELGADO?

A. GARCÍA BARÓN

Jefe del Servicio de enfermedades del Aparato Digestivo en la Casa de Salud Valdecilla (Santander)

La oclusión aguda de la luz del intestino delgado puede verificarse por dos mecanismos: en uno la pared intestinal, a cuyo nivel reside el obstáculo, no sufre alteraciones especiales en su vitalidad, por lo que la suerte del enfermo se va a decidir, mien-

tras la causa persiste, influenciada exclusivamente — prescindamos de la rara perforación de úlceras por distensión — por los trastornos locales y generales, consecuencia de la simple retención del contenido del segmento intestinal situado por encima del nivel ocluido; es el íleo por obturación. En el otro mecanismo la pared resulta alterada, directamente por presión (tipo: brida) o a la vez directa e indirectamente (tipo: torsión) al obrar el agente sobre el intestino y sobre los vasos del mesenterio; es el íleo por estrangulación, acompañado siempre de un efecto obturante simultáneo. Aquí el porvenir del enfermo está doblemente amenazado: por la necrosis de la pared intestinal, seguida de peritonitis, y por los trastornos consecutivos a la obturación. Si teóricamente es clara la división entre los dos grupos de íleo en la práctica no ocurre lo mismo, porque si la estrangulación equivale siempre a estrangulación más obturación, puede ocurrir que a ésta siga aquella por combinación de causas; y, del mismo modo, en el íleo por estrangulación si la necrosis habitualmente decide, con la peritonitis que la sigue, el porvenir del enfermo, dominando en rapidez y gravedad al cuadro coexistente de obturación, hay algunas ocasiones en que es ésta la causa más evidente de muerte y muchas más en que ambas obran con la misma eficacia. Y con estas múltiples posibilidades entramos inevitablemente, ya apenas hemos comenzado a hablar de íleos, en el campo de las variadísimas causas y efectos que dentro de una aparente uniformidad dan lugar a cuadros clínicos de tan extraordinaria variedad que a primera vista, en muchos casos no parecen ser debidos al mismo motivo ni tener idéntico fin.

En este terreno especialmente difícil vamos a intentar aclarar, si ello es posible, un tema de especial interés práctico, en el cual toda cautela es poca, no sólo al describirle, sino también al interpretar los resultados que obtengamos y, sobre todo, al aplicarles a la cabecera del enfermo. Nos referimos a la posible diferenciación entre íleo por obturación e íleo por estrangulación.

Bien conocido es, de una parte, que la confirmación precoz de la existencia de un estado de íleo ofrece, con frecuencia, dificultades — aun disponiendo de rayos X — y, de otra, que se procure, por medios conservadores, evitar una intervención operatoria, más aún en los casos dudosos, que da lugar a una mortalidad elevada (véase más adelante). Estas dos razones traen como consecuencia obligada que, en muchos casos, la ayuda quirúrgica sea tardía, lo que a su vez repercute en un aumento trágico de la mortalidad. Este fatal círculo vicioso no puede ser roto más que por dos caminos: o aprendemos a diferenciar cuándo una oclusión intestinal, dentro de su malignidad, es más benigna, o bien todo enfermo con la sola sospecha de íleo agudo debe ser intervenido lo más pronto posible, aunque alguna vez nos equivoquemos.

Si pudiéramos distinguir cuándo el íleo es por obturación y cuándo por estrangulación, habríamos dado un gran paso. El íleo por obturación permite un breve y vigilado intento de tratamiento médico por los métodos clásicos, o por el más mo-

dermo — y más útil — de la aspiración, por vías altas, del contenido líquido y gaseoso estancado por encima del obstáculo. Además, seguros de la existencia de una simple obturación, muchas veces sería incomparablemente mejor para el enfermo que evitásemos la amplia laparotomía necesaria para eliminar la causa de la impermeabilidad intestinal y refugiarnos en la simple fístula intestinal, que siendo mucho más inocua puede proporcionarnos grandes éxitos, si es realizada antes de que el intestino esté paralizado. En cambio, ante el íleo por estrangulación no hay tiempo que perder, porque nunca sabremos cuánto falta para que se produzca la necrosis de la pared, con su peritonitis consecutiva, y por esto lo que hay que hacer primeramente es apartar el agente estrangulante.

¿Es posible esta diferenciación, en la mayoría de los casos, y con la suficiente seguridad para fundar en ella un plazo de espera y una operación mínima, de los que depende en mucho la vida del enfermo?

Para contestar a esta trascendental pregunta vamos a prescindir de las descripciones que se leen en la mayoría de los libros, por encontrar en ellas afirmaciones no coincidentes con la realidad, al igual que de concepciones teóricas seductoras por su sencillez e hijas legítimas de premisas, con frecuencia erróneas. Es preferible limitarnos a estudiar a fondo nuestro material para obtener conclusiones, afirmativas o negativas, que no podrán — sean las que fueren — carecer del valor de una experiencia basada en la observación cuidadosa.

Ante todo enfermo con un síndrome de íleo agudo se nos plantean cinco problemas esenciales, que sucesivamente son los siguientes: 1.º, localización del obstáculo; 2.º, si la oclusión de la luz intestinal es parcial o total; 3.º, afección causal; 4.º, si el mecanismo es obturante o estrangulante; y 5.º, grado del peligro de necrosis de la pared, caso de tratarse de una estrangulación. No se puede negar que estos problemas son demasiado numerosos, y algunos excesivamente sútiles, para que su resolución aislada y total pueda ser perfecta. Analicémoslos rápidamente para detenernos en el 3.º y 4.º, que son los que ahora especialmente nos interesan.

1.º LOCALIZACIÓN DEL OBSTÁCULO. — Lo que nos permite asegurar con la mayor certeza que el obstáculo reside no en el intestino grueso, sino en el delgado, es la exploración a rayos X con enema opaco. Cuando la papilla penetra hasta el fondo del ciego, a la vez que persisten los niveles líquidos y las cámaras gaseosas, antes vistos en la radioscopia o en la radiografía en vacío de pie, podemos afirmar que se trata de un íleo del intestino delgado. Pero a veces ocurre que aun siendo así se detiene la papilla a un nivel cualquiera del colon y acaba por ser expulsada — o hay que suspender la exploración por empezar a tener molestias el enfermo — sin lograr sobrepasarla. Este hecho posible, que se nos presenta con cierta desagradable frecuencia (y debido a la presencia de heces, compresión o acodamiento del colon por las asas delgadas distendidas, o a causas desconocidas) es muy de tener en cuenta. *Por esto sólo damos como*

*prueba absoluta de íleo de intestino delgado el que la papilla penetre evidentemente hasta el mismo fondo del ciego.*

2.º ESTADO DE IMPERMEABILIDAD TOTAL O PARCIAL DE LA LUZ INTESTINAL. — El estado de oclusión total es más difícil de suponer que el de la parcial, porque aun faltando los vómitos y existiendo cierta evacuación, segura o supuesta, de materias y gases, espontánea o provocada por enemas, la impermeabilidad puede ser completa.

3.º y 4.º CONOCIMIENTO DE LA AFECCIÓN CAUSAL Y SU EFECTO OBTURANTE O ESTRANGULANTE. Estas dos cuestiones han de ser tratadas juntamente y acudiendo a todas las fuentes posibles de información, entre las cuales hemos de considerar las siguientes: a) clasificación de las afecciones causales; b) frecuencia con que se encuentran; c) variable posibilidad que cada una tiene de obrar obturando o estrangulando; d) particularidades de sexo y edad; e) valoración de cada síntoma en relación con el mecanismo productor; f) del cuadro clínico, en conjunto, y g) posibilidades de los rayos X.

Antes de entrar en este estudio conviene hacer notar que nuestro material de íleos agudos del intestino delgado sobre el que va a fundarse (214 enfermos) comprende: todos los casos operados (191), los no intervenidos y fallecidos en que se practicó la obducción (12) y los no intervenidos — con diagnóstico seguro de invaginación íleocecál — y curados (11). Por lo tanto, se han eliminado los casos de fallecidos sin comprobación operatoria y necrópsica, y los numerosos no operados y curados, con episodios oclusivos ligeros, unas veces de causa desconocida y otras — muy frecuentes en esta región — producidos por áscaris lumbricoides. Igualmente debo advertir que aun habiendo analizado y agrupado todos los datos con la mayor atención, hay ocasiones en que la exactitud es imposible, a menos de no hacer tantas aclaraciones que acabarían por hacer confusas las líneas generales, que, a pesar de su imperfección, debemos mantener bien claras.

#### A) CLASIFICACIÓN DE LAS AFECCIONES CAUSALES

El síndrome de oclusión aguda de intestino delgado se puede presentar en dos grandes grupos de casos (cuadro núm. 1). En uno (A) representa la complicación de una afección preexistente (tuberculosis peritoneal, apendicitis, ascaridiosis, litiasis vesicular) diagnosticada o indagnosticada. En otro (B) constituye, en unos casos también una complicación de disposiciones congénitas inalteradas (hendiduras mesenteriales, por ejemplo) o circunstancialmente alteradas (inflamaciones del divertículo de Meckel), mientras que en otros aparece como una enfermedad hasta cierto punto primaria, aunque sin duda favorecida, con frecuencia, por disposiciones anormales del mesenterio (torsiones del intestino, invaginación). Pero limitando el síndrome oclusivo a estos dos grupos quedaría sin clasificar un gran número de enfermos, de la mayor importancia, como el motivado por adherencias o bridas peritoneales consecutivas a intervenciones quirúrgicas in-



traabdominales, de fecha más o menos lejana, o a residuos de procesos inflamatorios que en la mayoría de los casos son insospechables por la anamnesis. Como toda operación es fácil de reconocer, por el interrogatorio y por la presencia de la cicatriz, y además susceptible de dar origen en cualquier momento de la vida a un síndrome de íleo, creemos conveniente agregar estos casos al primer grupo e incluir en el segundo a los de adherencias o bridas sin intervención quirúrgica alguna. Es cierto que esa división por esta y otras razones, es algo esquemática, pero no creemos sencillo adoptar una que esté libre de objeciones.

Hay todavía otro grupo de íleos (C) que tam-

El grupo A (cuadro núm. 1), que pudiéramos llamar el de los íleos clínicamente secundarios, es el más frecuente, pues representa casi la mitad de los casos (45 por 100), cifra que sería mucho más elevada si hubiésemos incluido los muy numerosos casos observables en esta zona de íleos por áscaris. Sigue en frecuencia el grupo B, que pudiéramos calificar — a juzgar por lo que ocurre en su mayor parte — como el de los íleos no clínica, pero si anatomopatológicamente, o por lo menos cronológicamente, secundarios y que engloba el 38 por 100; y, por último, el grupo C, el de las invaginaciones de la región ileocecal, que al formar un conjunto aislado hacen únicamente el 17 por 100.

Cuadro núm. 1. — ÍLEOS AGUDOS DE INTESTINO DELGADO. GRUPOS, TIPOS Y SU FRECUENCIA, PROPORCIÓN DE LOS MECANISMOS OBTURANTE Y ESTRANGULANTE EN CADA TIPO

Grupos y tipos	Casos	Frecuencia	Obturaciones	Estrangulaciones
<b>A) ÍLEOS CLÍNICAMENTE SECUNDARIOS</b>				
Postoperatorio tardío . . . . .	50	23 %	20	30 (60 %)
Por peritonitis tuberculosa en evolución . . . . .	18	8 %	16	2 (11 %)
Por apendicitis . . . . .	16	7 %	15	1 (6 %)
Por áscaris (operados) . . . . .	11	5 %	8	3 (27 %)
Por cálculos biliares . . . . .	2	1 %	2	0 (0 %)
<i>Total.</i> . . . .	97	45 %	61	36 (37 %)
<b>B) ÍLEOS CLÍNICAMENTE PRIMARIOS</b>				
Por anomalías congénitas de mesenterio . . . . .	4	2 %	2	2 (50 %)
Por divertículo de Meckel . . . . .	10	5 %	4	6 (60 %)
Por torsiones y nudos . . . . .	22	10 %	—	22 —
Por bridas y adherencias . . . . .	40	18 %	17	23 (58 %)
Por invaginaciones puras del intestino delgado . . . . .	5	2 %	5	0 (0 %)
<i>Total.</i> . . . .	81	38 %	28	53 (65 %)
<b>C)</b>				
Por invaginaciones ileocecales . . . . .	36	17 %	35	1 (4 %)
<i>Total de los tres grupos</i> . . . . .	214		124 (58 %)	90 (42 %)

bién ofrece dificultades de clasificación: el de las invaginaciones. Bien claro está que las invaginaciones puras del intestino delgado, o del colon, corresponden netamente a estos sectores intestinales; pero justamente las más numerosas del segmento ileocecal no son de fácil inclusión en uno u otro sector, porque conociéndose bien que lo primero que se invagina permanece siendo la cabeza de la invaginación por mucho que avance dentro del colon, no hay acuerdo aun en si el sector inicial corresponde con más frecuencia a la porción terminal del íleon o al fondo del ciego. Yo opto por incluirlas dentro de los íleos del intestino delgado, fundado en razones que creo de tanto peso como las que se pudieran invocar a favor del intestino grueso.

Veamos, después de estas necesarias consideraciones, con qué frecuencia se observan en nuestro material cada uno de estos grupos con sus tipos de íleo del intestino delgado.

#### B) FRECUENCIA CON QUE ACTÚAN LAS DIVERSAS CAUSAS

Está expuesta en el cuadro número 1. Manejando sus cifras se pueden obtener algunas conclusiones importantes:

Casi la cuarta parte de todos los enfermos con íleos agudos de intestino delgado presentan en su pared abdominal una cicatriz operatoria.

Si en un enfermo con íleo del intestino delgado no existe cicatriz operatoria y nos es posible eliminar, lo que muchas veces no es factible, una peritonitis tuberculosa en evolución, una apendicitis, ascariasis y litiasis vesicular (es decir, todos los casos de íleos clínicamente secundarios, del grupo A) las causas más frecuentes serán la invaginación (35 por 100 de los casos), y las bridas y adherencias (34 por 100), continuadas por las torsiones y

nudos (19 por 100) y, en fin, por la acción del divertículo de Meckel y anomalías mesenteriales (12 por 100).

Dado que la invaginación del segmento ileocecal es un tipo fácil de diagnosticar — sobre todo si se explora a rayos X con el enema opaco — podemos decir: ante un caso de íleo agudo del intestino delgado sin cicatriz abdominal operatoria y en el que sea posible eliminar la existencia de una peritonitis tuberculosa en evolución, una apendicitis, ascariasis, litiasis vesicular e invaginación ileocecal (es decir, todos los tipos de los grupos A y C) la causa reside en la mitad de los casos (49 por 100) en bridas o adherencias, en una cuarta parte (27 por ciento) en una torsión o nudo, en el 17 por 100 en un divertículo de Meckel o en una anomalía mesentérica, y en un 6 por 100 en una invaginación pura del yeyuno o íleon, la mayor parte de las veces debida a un pólipo. En el cuadro número 2 reproducimos en orden decreciente la frecuencia de cada tipo.

#### C) FRECUENCIA DE LOS MECANISMOS OBTURANTES O ESTRANGULANTES EN CADA TIPO DE ÍLEO

Si examinamos las dos últimas columnas del cuadro número 1, vemos que en el grupo A, el de los íleos clínicamente secundarios, dominan los mecanismos obturantes (63 por 100) sobre los estrangulantes (37 por 100), mientras que en el grupo B ocurre lo contrario, pues las proporciones respectivas son 65 y 38 por 100. En cuanto al grupo C,

Cuadro núm. 2. — FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES CAUSAS DE ÍLEO AGUDO DEL INTESTINO DELGADO. (214 casos)

CAUSAS	Casos	Proporción
Íleo postoperatorio tardío . . . . .	50	23 %
Bridas y adherencias. . . . .	40	18 %
Invaginaciones ileocecales . . . . .	36	17 %
Torsiones y nudos . . . . .	22	10 %
Peritonitis tuberculosa en evolución . . . . .	18	8 %
Apendicitis . . . . .	16	7 %
Áscaris. . . . .	11	5 %
Divertículo de Meckel . . . . .	10	5 %
Invaginaciones puras de intestino delgado. . . . .	5	2 %
Anomalías congénitas de mesenterio. . . . .	4	2 %
Por cálculos biliares . . . . .	2	1 %

el de las invaginaciones del segmento ileocecal, creo que aunque en toda invaginación hay un peligro de necrosis intestinal, por compresión del mesenterio invaginado, este peligro es menor de lo que se cree, ya que, a pesar de que la intervención no suele ser muy precoz, se consigue, en la gran mayoría de los casos, durante la operación — y en bastantes con el enema opaco, ante los rayos X — el retroceso fácil del segmento invaginado. Buena prueba es que únicamente en un caso nos hemos visto obli-

gados a practicar una resección. Por esto nos parece más conforme con el sentido práctico el no equiparar una invaginación a la acción de una torsión o brida estrangulante, sino más bien considerarla como un íleo por obturación. Las posibles excepciones no pueden hacer más que confirmar la regla. Pero aun podemos obtener más conclusiones útiles. Refiriéndonos a los íleos del grupo A: en los casos de íleo postoperatorio tardío la estrangulación es mucho más frecuente (60 por 100) que la obturación (40 por 100), mientras que en los restantes tipos ocurre lo contrario; así, en los debidos a peritonitis tuberculosa no hay estrangulación más que en la décima parte (11 por 100), en los por apendicitis sólo en el 6 por 100, en los causados por áscaris en el 27 por 100 (por favorecer los parásitos la producción de torsiones) y en los producidos por cálculo biliar prácticamente en ningún caso (lo que no debe extrañarnos porque en los cálculos, lo mismo que en los áscaris, tanto como el tamaño de la masa, con frecuencia incompletamente obturante, influye el espasmo de la pared intestinal que completa la acción oclusiva.

Cuando en un caso de íleo agudo de intestino delgado podamos excluir los tipos postoperatorios tardíos, por peritonitis tuberculosa, por apendicitis, por áscaris, por cálculo biliar y por invaginación ileocecal, hemos de tener bien presente que de cada diez casos hay casi siete (65 por 100) en que existe una estrangulación.

Cuadro núm. 3. — FRECUENCIA DE LOS MECANISMOS OBTURANTES Y ESTRANGULANTES EN CADA UNA DE LAS DIVERSAS CAUSAS DE ÍLEO AGUDO DE INTESTINO DELGADO

TIPOS	Total de casos	Obturbaciones	Estrangulaciones
Torsiones y nudos. . . . .	22	—	22 (100 %)
Postoperatorio tardío . . . . .	50	20	30 (60 %)
Divertículo de Meckel. . . . .	10	4	6 (60 %)
Bridas y adherencias . . . . .	40	17	23 (58 %)
Anomalías congénitas de mesenterio . . . . .	4	2	2 (50 %)
Áscaris . . . . .	11	8	3 (27 %)
Peritonitis tuberculosas en evolución. . . . .	18	16	2 (11 %)
Apendicitis . . . . .	16	15	1 (6 %)
Invaginaciones ileocecales . . . . .	36	35	1 (3 %)
Invaginaciones puras de intestino delgado . . . . .	5	5	0 (0 %)
Cálculos biliares . . . . .	2	2	0 (0 %)
Total. . . . .	214	124	90

Frecuencia media de las estrangulaciones . . . . . 42 %

En el cuadro número 3 damos una escala de frecuencia de la estrangulación en todos los tipos; su claridad evita más amplias explicaciones. Lo importante es recordarla, y tener bien presente que el 42 por 100 de los íleos del intestino delgado lo son por estrangulación.

# D) PARTICULARIDADES DEL SEXO Y EDAD EN LOS DIFERENTES TIPOS DE ÍLEOS

El íleo agudo del intestino delgado es más frecuente en el hombre que en la mujer en la proporción del 63 a 37 por 100. Si examinamos el cuadro número 4 en que consta el sexo en cada uno de los

Cuadro núm. 4.—SEXO EN LAS DIFERENTES CAUSAS DE ÍLEOS AGUDOS DE INTESTINO DELGADO

TIPOS	Casos	Hom- bres	Mujeres
Postoperatorio tardío . . .	50	34	16 (32%)
Peritonitis tuberculosa . . .	18	12	6 (33%)
Apendicitis . . . . .	16	11	5 (31%)
Ascaridiosis . . . . .	11	5	6 (55%)
Cálculos biliares . . . . .	2	0	2 (100%)
Anomalías de mesenterio . . .	4	4	0 (0%)
Divertículos de Meckel . . .	10	5	5 (50%)
Torsiones y nudos . . . . .	22	18	4 (18%)
Bridas y adherencias . . . .	40	19	21 (52%)
Invaginaciones puras . . . .	5	4	1 (20%)
Invaginaciones ileocecales . .	36	22	14 (39%)
Total . . . . .	214	134	80 (37%)

tipos, vemos que hay causas en que esa proporción global del 37 por 100 correspondiente al sexo femenino se mantiene; que hay algunas — aparte de las obstrucciones por cálculos biliares — en que es más elevada (en el íleo por áscaris asciende al 55 por 100, en los debidos al divertículo de Meckel al 50 y en los producidos por bridas o adherencias al 52 por ciento), mientras que en otras, las menos, es más baja (en las invaginaciones puras del intestino delgado sólo alcanza el 20, y ofrece el mínimo (18 por 100) en los debidos a torsiones y nudos). El aumento de frecuencia en la mujer de los íleos por bridas y adherencias no debe sorprender si se piensa en las afecciones inflamatorias de sus anexos; pero, en cambio, no creo que deba ser exclusivamente tomado como un hecho causal de nuestra estadística la bajísima contribución de la mujer a los íleos por torsión o nudo. De todos modos, ante un caso determinado, no creemos — hechas las salvedades citadas — que el sexo pueda ayudarnos a diferenciar una obstrucción de una estrangulación.

Respecto a la edad, podemos decir que tiene más

valor como elemento de juicio (cuadro núm. 5): las dos terceras partes de los íleos por peritonitis tuberculosas en evolución tienen lugar antes de los 25 años; casi todos los casos debidos a áscaris están por debajo de los 15; más de la mitad de los producidos por torsiones y nudos se presentan pasados los 50 años, edad en que, en cambio, son raras las invaginaciones de todo tipo (una de cada diez).

# E) SIGNIFICACIÓN DE LOS ANTECEDENTES DOLOROSOS Y DE LOS SÍNTOMAS

1.º ANTECEDENTES DOLOROSOS. — A pesar de las dificultades inherentes al descubrimiento y sobre todo a la interpretación de fenómenos, ya pasados, atribuibles a cuadros más o menos ligeros de íleo, lo hemos intentado en nuestro material, admitiendo como antecedentes positivos aquellos episodios, de muy variable duración, cuyo síntoma más acusado era el dolor, en retortijón. En el cuadro número 6 exponemos nuestras observaciones, siendo lo más importante de él que los antecedentes dolorosos existen en casi la mitad del lote total de íleos del intestino delgado (48 por 100). En cuanto a su existencia o ausencia en los diferentes tipos etiológicos, las conclusiones son escasas; apenas podemos decir más que donde existen en proporción más elevada es en los íleos por áscaris (82 por 100), en los debidos a torsión (también en el 82 por 100) y en los secundarios a peritonitis tuberculosas (72 por ciento); mientras que la frecuencia mínima se encuentra en las invaginaciones ileocecales (11 por ciento). Entre estos resultados lógicos destaca el obtenido en los íleos por torsión, que hace forzoso

Cuadro núm. 5.—EDAD EN LAS DIFERENTES CAUSAS DE ÍLEOS AGUDOS DE INTESTINO DELGADO

TIPOS	De 0-15 años	De 16-25 años	De 26-50 años	Más de 50 años	Total
Postoperatorios tardíos . . .	6	11	20	13	50
Peritonitis tuberculosa . . .	7	5	5	1	18
Apendicitis . . . . .	5	2	3	6	16
Ascaridiosis . . . . .	10	—	—	1	11
Cálculos biliares . . . . .	—	—	—	2	2
Anomalías del mesenterio . . .	—	1	3	—	4
Divertículo de Meckel . . . .	5	2	2	1	10
Torsiones y nudos . . . . .	4	2	4	12	22
Bridas y adherencias . . . . .	7	7	12	14	40
Invaginaciones puras . . . . .	1	1	3	—	5
Invaginaciones ileocecales . .	16	4	12	4	36
Total . . . . .	61	35	64	54	214
	(28%)	(16%)	(30%)	(25%)	

admitir que este mecanismo es incompleto o, por lo menos, transitorio, más frecuentemente de lo que se cree.

La frecuencia o ausencia de antecedentes positivos puede suministrarnos algún dato de valor para juzgar, en un caso determinado, si se trata de una



obstrucción o estrangulación? Para resolver este asunto hemos reunido los tipos de íleo con mayor número de casos — y en los que la diferenciación clínica es tan importante como difícil — para clasificarlos después según que existiese obturación o estrangulación (eliminando las invaginaciones, de diagnóstico clínico más fácil).

*Dolor espontáneo.* — No nos es posible estudiarle en nuestro material con fines comparativos porque al intentar la necesaria clasificación sobre las características en cada caso de intensidad, ritmo y localización ha resultado tan excesivo el número de variantes y tan difícil su agrupación, que hemos temido que los inevitables errores nos llevasen a

Cuadro núm. 6. — EXISTENCIA Y AUSENCIA DE ANTECEDENTES DOLOROSOS EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE ÍLEOS AGUDOS DEL INTESTINO DELGADO

TIPOS	Número de casos	Existen	Faltan
<i>A)</i>			
Postoperatorio tardío . . . . .	50	23 (46 %)	27
Por peritonitis tuberculosa en evolución . . . . .	18	13 (72 %)	5
Por apendicitis . . . . .	16	6	10
Por áscaris . . . . .	11	9 (82 %)	2
Por cálculos biliares . . . . .	2		2
<i>B)</i>			
Por anomalías congénitas de mesenterio . . . . .	4	2	2
Por divertículo de Meckel . . . . .	10	3	7
Por torsiones y nudos . . . . .	22	18 (82 %)	4
Por bridas y adherencias . . . . .	40	21 (52 %)	19
Por invaginaciones puras de intestino delgado . . . . .	5	3	2
<i>C)</i>			
Por invaginaciones ileocecales . . . . .	36	4 (11 %)	32
<i>Total</i> . . . . .	214	102 (48 %)	112 (52 %)

En el cuadro número 7 exponemos el material siguiendo esas normas, y en él vemos que *tanto en los íleos por obturación como en los por estrangulación la frecuencia de antecedentes es prácticamente la misma (51 y 58 por 100)*. Por consi-

firmaciones en unos casos de poco valor y en otros falsas. Ahora bien, por lo menos un hecho se puede dar por cierto en los íleos por estrangulación: *el dolor espontáneo inicial, aniquilador por su violencia, es excepcional*. En ellos se observan todas las

Cuadro núm. 7. — EXISTENCIA Y AUSENCIA DE ANTECEDENTES DOLOROSOS EN LOS TIPOS DE ÍLEO DE INTESTINO DELGADO CON MAYOR NÚMERO DE CASOS, SEGÚN SE TRATA DE OBTURACIONES O DE ESTRANGULACIONES (excluidas las invaginaciones)

TIPOS	Casos	Existen	Faltan
<i>Obturaciones:</i>			
Íleos postoperatorios tardíos) por obturación. . . . .	21	10	11
Por adherencias obturantes . . . . .	16	9	7
<i>Total</i> . . . . .	37	19 (51 %)	18 (49 %)
<i>Estrangulaciones:</i>			
Íleos postoperatorios tardíos, por estrangulación. . . . .	29	13	16
Torsiones y nudos. . . . .	23	19	4
Bridas estrangulantes . . . . .	24	12	12
<i>Total</i> . . . . .	76	44 (58 %)	32 (42 %)

guiente, si la existencia o ausencia de éstos tiene — como hemos visto antes — cierto valor para la determinación de algunos de los tipos de íleo, carece en absoluto de él para la diferenciación entre obturación y estrangulación.

2.º SÍNTOMAS. — Veamos qué conclusiones se pueden obtener de las particularidades de cada uno de ellos:

posibilidades, no sólo de intensidad inicial (fuerte o ligero), sino también de evolución (progresivo ascendente o persistente) y de ritmo (continuo, intermitente o mixto).

*Retención de materias y de gases* (cuadro número 8). — La retención completa desde el comienzo, es más frecuente en los íleos por estrangulación (75 por 100) que en los por obstrucción (50 por 100).

A veces poco antes de iniciarse el dolor o en el momento mismo tiene lugar una deposición, siendo este hecho más frecuente también en los íleos por estrangulación (6 por 100) que en los por obturación (2 por 100).

Hay casos, bastante numerosos, en los que horas o días después de haberse iniciado el cuadro de íleo puede producirse una deposición — espontánea

dos todos los pacientes en que hemos observado diarrea no sanguinolenta). Pero lo más importante es que también ocurre en los íleos por estrangulación, aunque con mucha menos frecuencia (5 por ciento).

Ha habido expulsión de sangre en el 30 por 100 de los casos de invaginación (de los 12 casos en 9 había retención completa de materias y en tres no).

Cuadro núm. 8. — LA RETENCIÓN DE MATERIAS Y DE GASES EN LOS ÍLEOS AGUDOS DEL INTESTINO DELGADO Y EN SUS VARIETADES POR OBTURACIÓN Y POR ESTRANGULACIÓN

VARIETADES	Total de casos y proporción	Obturaciones: Casos y proporción	Estrangulaciones: Casos y proporción
Retención completa desde el comienzo . . . . .	117 (60 %)	55 (50 %)	62 (75 %)
Retención completa, pero sólo después de horas o días de iniciarse el cuadro . . . . .	36 (19 %)	23 (21 %)	13 (15 %)
Retención con evacuaciones provocadas . . . . .	15 (8 %)	11 (10 %)	4 (5 %)
Sin retención . . . . .	24 (12 %)	20 (18 %)	4 (5 %)
Total . . . . .	192	109	83

o provocada por enemas — y que es seguida de retención completa. Si esta deposición corresponde a heces situadas ya por debajo del obstáculo oclusivo en el momento de obrar éste eficazmente — lo que parece lógico en los cuadros recientes — o formadas con material que ha atravesado un obstáculo de acción incompleta — posible en los cuadros de varios días de existencia — puede ser muy difícil fijar con exactitud un caso dado. Naturalmente que hemos eliminado aquellos en que la cantidad del material evacuado, espontáneamente o con enemas, fué escasa. Hechas estas advertencias podemos ya decir que la evacuación espontánea post-inicial es ligeramente más elevada en los íleos por obturación (21 por ciento) que en los por estrangulación (15 por 100), siendo análogo lo que ocurre con la provocada por enema (10 y 5 por 100, respectivamente).

En otro grupo de casos hay evacuación de heces (sin que esto quiera decir que no haya obstáculo al libre paso del contenido intestinal del que han de derivarse), muchas veces con irregularidad, pero otras con cierto ritmo y en ocasiones con diarrea. Este hecho es bien comprensible en los íleos por obturación (en el 18 por 100) y muy conocido especialmente en las invaginaciones (de los 20 casos 11 corresponden a esta etiología, y en ella están incluí-

Vómitos (cuadro núm. 9). — La ausencia de vómitos es más frecuente en las obturaciones (23 por ciento) que en las estrangulaciones (6 por 100), mientras que los vómitos numerosos lo son más en estas últimas (43 por 100 contra 28 por 100). No hay que olvidar en los casos de ausencia de vómitos (15 por 100 del lote total), o de existencia muy limitada en número y cantidad, la probabilidad de ver a rayos X un gran nivel líquido alto en el estómago, o la extracción de gran cantidad de contenido gástrico en ayunas, en el vaciamiento preoperatorio.

Abombamiento de la pared abdominal anterior (cuadro núm. 10). — Este fenómeno, debido al

Cuadro núm. 10. — EL METEORISMO GENERALIZADO EN LOS ÍLEOS AGUDOS DEL INTESTINO DELGADO Y EN SUS VARIETADES POR OBTURACIÓN Y ESTRANGULACIÓN

Meteorismo generalizado	Total de casos y proporción	Obturaciones: Casos y proporción	Estrangul.: Casos y proporción
No existe . . . . .	111 (54 %)	70 (61 %)	41 (46 %)
Moderado . . . . .	81 (40 %)	41 (36 %)	40 (44 %)
Muy acentuado . . . . .	12 (6 %)	3 (3 %)	9 (10 %)
Total . . . . .	204	114	90

Cuadro núm. 9. — FRECUENCIA DE LOS VÓMITOS EN LOS ÍLEOS AGUDOS DEL INTESTINO DELGADO Y EN SUS VARIETADES POR OBTURACIÓN Y POR ESTRANGULACIÓN

	Total de casos y proporción	Obturaciones: Casos y proporción	Estrangul.: Casos y proporción
Sin vómitos . . . . .	28 (15 %)	23 (23 %)	5 (6 %)
No numerosos . . . . .	88 (50 %)	48 (49 %)	40 (51 %)
Numerosos . . . . .	61 (34 %)	27 (28 %)	34 (43 %)
Total . . . . .	177	98	79

meteorismo de las asas intestinales situadas por encima del obstáculo, y tan influenciado por las condiciones individuales de la musculatura de la pared anterior, no es un síntoma precoz; de aquí la frecuencia con que falta, que es mayor en los íleos por obturación (61 por 100) que en los por estrangulación (46 por 100). Cuando es moderado es más frecuente en éstos (44 por 100) que en aquéllos (36 por 100), diferencia que se hace más marcada cuando es muy acentuado (10 por 100 contra 3 por 100).

**Meteorismo localizado.** — Es bien conocido que cuando un asa delgada — o gruesa — se encuentra estrangulada, pierde la movilidad y el peristaltismo, a la vez que aumenta su tensión. Por esto, si por palpación abdominal, en un caso de íleo, percibimos una resistencia o tumoración elástica, dolorosa, y cuya forma, situación y tensión son constantes — sin variar ni aun en los momentos de peristáltica visible y dolorosa — casi podemos asegurar terminantemente que se trata de un asa estrangulada. No hay duda, por consiguiente, de que el valor de este síntoma de VON WAHL es grande, pero no tenemos datos sobre la frecuencia con que es perceptible, aunque clásicamente se admite que es elevada, aun conociendo que para su percepción se requieren determinadas circunstancias (ausencia de meteorismo generalizado, estrangulación en los dos extremos del asa, tamaño de ésta ni muy pequeño ni muy grande, localización a un nivel asequible). Por ello nos ha parecido importante precisar este dato en nuestro material.

De 89 casos de íleo por estrangulación, con toda clase de causas, el síntoma existía de una manera indudable en el 16 por 100 (14 casos), pero aún hay que advertir que de estos casos hay 10 en que sólo se percibía por palpación abdominal, 3 en que únicamente se pudo comprobar por tacto rectal y 2 en que era evidenciable por ambos métodos exploratorios. Por lo tanto, si no practicamos sistemáticamente — además de la palpación abdominal — el tacto rectal, la frecuencia de la comprobación del síntoma de Von Wahl es todavía menor, pues queda reducido al 13 por 100 de los casos de íleo por estrangulación. Pero no basta poner de manifiesto la poca frecuencia del síntoma, sino que hay que tener en cuenta que también en los íleos por obturación puede la palpación abdominal y el tacto rectal suministrarnos hallazgos que careciendo de la causa y significación del signo de Von Wahl logran, sin embargo, simularle, y que si con frecuencia son perfectamente diferenciables pueden también inducir a error. Pensemos en los íleos obstructivos por invaginación, por áscaris, por apendicitis, por peritonitis tuberculosas, y en los postoperatorios tardíos, así como en los debidos a un divertículo de Meckel.

Cuadro núm. 11. — COMPROBACIÓN DE LA PERISTÁLTICA VISIBLE Y DOLOROSA, EN LA PRIMERA EXPLORACIÓN, EN LOS ÍLEOS AGUDOS DEL INTESTINO DELGADO Y EN SUS DOS VARIANTES POR OBTURACIÓN Y POR ESTRANGULACIÓN

	Total	Obturaciones	Estrangulaciones
Número de casos . . .	204	114	90
Con peristáltica visible y dolorosa, en la primera exploración . . .	56	27	29
Proporción . . .	27 %	24 %	32 %

**Peristáltica visible y dolorosa** (cuadro núm. 11). — Nos hemos de referir exclusivamente a la frecuencia con que este síntoma se ha podido comprobar en

el transcurso de la primera exploración. Evidentemente que aun existiendo pudo no evidenciarse en ese momento, pero esta posibilidad ha tenido que ocurrir por igual en los dos grupos de íleo mecánico. También hay que advertir que no incluimos más que los casos en que siendo la peristáltica dolorosa era a la vez visible, por lo cual eliminamos aquellos otros en que también durante la primera exploración hubo, espontánea o provocadamente, un paroxismo doloroso con ruidos metálicos, pero sin asas perceptibles a la inspección. Reducido así el terreno, podemos decir que la peristáltica visible y dolorosa se comprueba, durante la primera exploración, con una ligera mayor frecuencia en los casos de estrangulación (32 por 100) que en los de obturación (24 por 100).

Cuadro núm. 12. — FRECUENCIA DE LA CONTRACTURA MUSCULAR DE DEFENSA EN LOS ÍLEOS DEL INTESTINO DELGADO Y EN SUS VARIETADES POR OBTURACIÓN Y POR ESTRANGULACIÓN

	Total de casos y proporción	Obstrucciones: Casos y proporción	Estrangul.: Casos y proporción
Ausencia. . . .	190	112	78
Existencia . . .	8 (4 %)	3 (3 %)	5 (6 %)
Total. . . .	198	115	83

**Contractura de defensa** (cuadro núm. 12). — Se afirma que este síntoma es frecuente en los íleos por estrangulación, pero nuestra experiencia nos pone en desacuerdo con este concepto. En primer lugar hay que diferenciar bien lo que es auténtica contractura de la pared, de lo que no es más que aumento de la tensión intraabdominal; en segundo lugar la contractura verdadera sólo se produce, de ordinario, cuando en un foco por obturación sobreviene la rotura de una úlcera por distensión, o cuando en otro por estrangulación el asa estrangulada se hace permeable a las bacterias, o ulteriormente si ocurre una perforación a nivel de un surco de constricción o en un punto cualquiera de la superficie, no directamente comprimida, del asa. De estas dos apreciaciones se desprende que si el aumento de tensión intraabdominal es frecuentísimo en los íleos, la presencia de contractura es rara (4 por ciento de nuestros casos) y que dentro de esta exigua frecuencia se observa más en los íleos por estrangulación (6 por 100) que en los debidos a obstrucción (3 por 100).

**Dolor provocado** (cuadro núm. 13). — Aunque su estudio no carece de algunas de las dificultades que se presentan en el del dolor espontáneo, es factible obtener algunas conclusiones, sobre todo si omitiendo las particularidades de cada caso sobre la intensidad nos limitamos a la existencia y a la extensión, sin tener en cuenta la exacta localización. Con estas limitaciones podemos decir que la ausencia del dolor provocado por la palpación es más frecuente en las obturaciones (16 por 100) que en las estrangulaciones (8 por 100), mientras que, por el



Cuadro núm. 13. — EXISTENCIA Y EXTENSIÓN DEL DOLOR PROVOCADO, EN LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR, EN LOS ÍLEOS AGUDOS DEL INTESTINO DELGADO Y EN SUS VARIANTES POR OBTURACIÓN Y POR ESTRANGULACIÓN

Existencia y extensión	Total de casos y proporción	Obturaciones: Casos y proporción	Estrangul.: Casos y proporción
Sin dolor . .	22 (13 0/0)	16 (16 0/0)	6 (8 0/0)
En un cuadrante	46 (26 0/0)	33 (33 0/0)	13 (18 0/0)
En una mitad .	48 (27 0/0)	27 (27 0/0)	21 (28 0/0)
En la totalidad .	58 (33 0/0)	24 (24 0/0)	34 (46 0/0)
Total . .	174	100	74

contrario, el dolor generalizado lo es más en éstas (46 por 100) que en aquéllas (24 por 100).

Frecuencia del pulso. — En el cuadro núm. 14 podemos observar que en el momento de la primera

Cuadro núm. 14. — FRECUENCIA DEL PULSO EN LOS ÍLEOS AGUDOS DEL INTESTINO DELGADO Y EN SUS VARIANTES POR OBTURACIÓN Y ESTRANGULACIÓN

PULSO	Total de casos y proporción	Obturaciones: Casos y proporción	Estrangul.: Casos y proporción
Bajo 80	33 (19 0/0)	18 (18 0/0)	15 (21 0/0)
80- 99	61 (35 0/0)	38 (38 0/0)	23 (31 0/0)
100-119	49 (28 0/0)	26 (27 0/0)	23 (31 0/0)
120-150	30 (17 0/0)	17 (17 0/0)	13 (17 0/0)
Total . .	173	99	74

exploración el número de pulsaciones era inferior a 80 en el 19 por 100 de los casos, oscilaba de 80 a 99 en el 35, entre 100 y 119 en el 28 y pasaba de 120 en el 18 por 100; pero si comparamos las cifras de cada grupo en los íleos por obturación y por estrangulación, vemos que las diferencias son prácticamente nulas.

Temperatura. — De igual modo, si examinamos

Cuadro núm. 16. — TIEMPO DE EXISTENCIA DEL EPISODIO AGUDO EN LOS ÍLEOS DEL INTESTINO DELGADO Y EN SUS VARIANTES POR OBTURACIÓN Y POR ESTRANGULACIÓN

Días de enfermedad	Total de casos y proporción	Obturaciones: Casos y proporción	Estrangulaciones: Casos y proporción
Primer día . .	48 (24 0/0)	27 (23 0/0)	21 (24 0/0)
Segundo día .	46 (23 0/0)	22 (19 0/0)	24 (28 0/0)
Tercer día . .	34 (17 0/0)	22 (19 0/0)	12 (14 0/0)
Cuarto día . .	22 (11 0/0)	10 (9 0/0)	12 (14 0/0)
Quinto día . .	16 (8 0/0)	8 (7 0/0)	8 (9 0/0)
Sexto día . .	8 (4 0/0)	4 (3 0/0)	4 (5 0/0)
Séptimo día .	12 (6 0/0)	9 (8 0/0)	3 (4 0/0)
Después . .	16 (8 0/0)	14 (12 0/0)	2 (2 0/0)
Total . .	202	116	86

el cuadro núm. 15, podemos decir que en los íleos del intestino delgado la temperatura es de 37° o más baja, en el 62 por 100 de los casos; de 37,1 a 37,9° en el 30; de 38 a 38,9° en el 6, y superior a 39° en el 1 por 100; pero si comparamos esas proporciones en las dos clases de íleo encontramos que la diferencia más esencial reside en que es más frecuente que la temperatura pase de los 38° en las estrangulaciones (12 por 100) que en las obturaciones (4 por 100).

Cuadro núm. 15. — TEMPERATURA EN LOS ÍLEOS AGUDOS DEL INTESTINO DELGADO Y EN SUS VARIANTES POR OBTURACIÓN Y POR ESTRANGULACIÓN

Temperatura	Total de casos y proporción	Obturaciones: Casos y proporción	Estrangul.: Casos y proporción
37°, o menos	99 (62 0/0)	55 (59 0/0)	44 (66 0/0)
37,1° - 37,9°	48 (30 0/0)	33 (36 0/0)	15 (22 0/0)
38° - 38,9°	10 (6 0/0)	3 (3 0/0)	7 (10 0/0)
39° - 40°	2 (1 0/0)	1 (1 0/0)	1 (2 0/0)
Total . .	159	92	67

rrior a 39 en el 1 por 100; pero si comparamos esas proporciones en las dos clases de íleo encontramos que la diferencia más esencial reside en que es más frecuente que la temperatura pase de los 38° en las estrangulaciones (12 por 100) que en las obturaciones (4 por 100).

#### F) RAPIDEZ EN LA EVOLUCIÓN DEL CUADRO

Para hacer consideraciones sobre este último aspecto del problema nos ha parecido más conveniente limitarnos a concretar en qué día de la enfermedad han llegado a nosotros los enfermos portadores de un íleo por obstrucción o por estrangulación, por creer que este simple dato, a su facilidad de precisión y recopilación une el englobar muchas apreciaciones de difícil estudio comparativo y, por lo tanto, expuestas a todo error.

Se admite habitualmente que el íleo por estrangulación es de evolución más rápida que el debido a obturación. Teóricamente es lógico pensar así, sobre todo si al hablar de estrangulación no tenemos presentes más que aquellos casos en que el efecto estrangulante es instantáneo, intenso y pro-

gresivo; pero la verdad es que en la práctica las causas del íleo por estrangulación — y por obturación — son múltiples, y en cada una de ellas muy numerosas las variantes del efecto. Por eso si logramos obtener una visión de conjunto, nada debe sorprendernos los resultados desarrollados en el cuadro núm. 16, en el que podemos precisar que, en realidad, *no sólo en los enfermos vistos en los tres primeros días de la enfermedad, sino incluso durante toda la primera semana, con igual frecuencia se trata de estrangulaciones que de obstrucciones: únicamente pasados los siete días es cuando las estrangulaciones son mucho menos frecuentes (2 por 100 contra 12 por 100).*

#### G) VALOR DE LOS RAYOS X

Hablando en términos generales, el valor de los rayos X (exploración en vacío seguida de enema opaco, sin papilla *per os*) para el diagnóstico de la existencia del íleo agudo en un período precoz, es extraordinario, y para precisar si el obstáculo está o no en el intestino grueso, magnífico. Respecto a su utilidad para conocer la altura a que está situado el yeyuno o íleon ya es muchísimo menor, aunque no deja de darnos algunos datos; pero en lo que no puede ayudarnos absolutamente nada (*prescindiendo de las invaginaciones íleocecales, en las que resuelve el diagnóstico, y en algún caso más raro*) es a conocer la causa del íleo, y si ésta obra obstruyendo o estrangulando. Después de muchos años de exploración sistemática con los rayos X de todo caso de íleo, o de sospecha de íleo, hemos aprendido a no pedirles datos seguros más que sobre la existencia o comprobación del síndrome y la distinción entre íleos del intestino delgado o del grueso; pero una vez llegada la papilla del enema opaco al fondo del ciego, el sospechar la localización, causa y mecanismo, ya es obra de la anamnesis, de la exploración manual y, en la mayoría de los casos, del bien poco seguro cálculo de probabilidad y frecuencia; pero no de la exploración radiológica.

#### H) PELIGRO DE NECROSIS DE LA PARED EN LAS ESTRANGULACIONES

La vitalidad de un asa estrangulada, sea a nivel del surco o surcos de estrangulación, sea al del segmento situado entre ellos, depende de una serie de factores (calibre del agente estrangulante, fuerza de constricción que realiza, disposiciones vasculares más o menos desfavorables, recorrido de un eje de torsión, energía de la peristáltica reaccional, etc.) que de ordinario no podemos conocer y menos valorar antes de la operación, siendo sólo en ésta cuando podemos precisar la causa y el efecto. Clínicamente, aunque el peligro existe, no se exterioriza de una manera especial; lo que podemos diagnosticar es su realización al iniciarse el cuadro de una peritonitis. Y nada debe extrañarnos esta limitación de nuestras posibilidades pronósticas. Recordemos lo que ocurre en las hernias crurales estranguladas, sin contenido epiploico: en ellas conocemos perfectamente que lo que ha tenido lugar es la es-

trangulación de un asa intestinal por el anillo crural; incluso podemos, hasta cierto punto, darnos cuenta de la longitud del asa y del calibre del anillo, pero si queremos suponer el peligro de necrosis a que está sometido el intestino, apenas tenemos otro dato que el del tiempo transcurrido; y sin embargo es frecuente que en el acto operatorio comprobemos en estrangulaciones relativamente recientes lesiones más avanzadas que en otros casos más tardíos. Y si esto ocurre cuando aparentemente no carecemos de ningún elemento de juicio, ¿qué no ha de pasar cuando localizado el proceso en cualquier sitio del vientre no tenemos más que una sospecha, a lo sumo, de que la causa del íleo sea un mecanismo estrangulante?

Decíamos al comenzar este artículo que la frecuente dificultad del diagnóstico precoz del íleo, unido al deseo de intentar la resolución del cuadro por medios médicos, daba lugar a la operación tardía con muy elevada mortalidad; y que así se formaba un círculo vicioso, mortalidad alta — miedo a la intervención quirúrgica — que no podía ser roto más que aprendiendo a diferenciar dentro del cuadro siempre grave del íleo los casos menos graves, que podían permitir un breve intento de tratamiento conservador, o bien aconsejando terminantemente la inmediata operación en todos los casos de íleo o de sospecha de íleo. Ha llegado el momento de decidir cuál de los dos caminos es el más prudente y el que mejor puede servir los intereses del enfermo.

Hemos visto en nuestra detallada exposición que la distinción entre obturación — íleo desfavorable — y estrangulación — mucho más desfavorable aún — es en la generalidad de los casos (excepción hecha de las invaginaciones íleocecales, que por su calidad deben ser incluidas entre las obturaciones), muy difícil, si no imposible. De diferentes orígenes (antecedentes, características del episodio, exploración) recibimos matices de diferenciación, pero su suma no proporciona casi nunca la seguridad que sería necesaria para poder afirmar terminantemente la existencia de una obturación y la ausencia de una estrangulación. Por lo tanto, ni podemos retrasar la operación ni limitarnos en ésta a la simple fístula intestinal sin laparotomía exploradora previa.

Y para llegar a otras conclusiones de la máxima importancia conviene que nos enfrentemos con algo que oculto parece que no preocupa, pero que puesto en evidencia, aunque resulte pavoroso, tiene la gran ventaja de la reacción ante el hecho y del estímulo para evitarle. Nos referimos a la mortalidad en las dos variedades del íleo, y del íleo en total.

En el cuadro núm. 17 exponemos de la manera más clara lo ocurrido a los enfermos de íleo asistidos en nuestro Servicio, según su causa y según que ésta haya actuado obstruyendo o estrangulando el intestino delgado. De esta exposición pueden obtenerse muchas enseñanzas, pero la que de momento nos interesa más es la siguiente: *124 obturaciones nos han dado un 28 por 100 de mortalidad, que en 90 estrangulaciones se ha elevado al 59 por ciento.* Y no decimos mortalidad operatoria porque hay doce enfermos no operados, fallecidos y



Cuadro núm. 17. — MORTALIDAD EN EL ÍLEO AGUDO DEL INTESTINO DELGADO, SEGÚN LAS CAUSAS Y EL MECANISMO OBTURANTE O ESTRANGULANTE DE CADA UNA DE ELLAS

TIPOS	Lote total		Obturaciones		Estrangulaciones	
	Casos	Mortalidad	Casos	Mortalidad	Casos	Mortalidad
A)						
Postoperatorio tardío . . . . .	50	28 (56 %)	20	10 (50 %)	30	18 (60 %)
Por peritonitis tuberculosa en evolución . . . . .	18	9 (50 %)	16	7 (44 %)	2	2 (100 %)
Por apendicitis . . . . .	16	2 (13 %)	15	2 (13 %)	1	0
Por áscaris (operados) . . . . .	11	2 (12 %)	8	1 (12 %)	3	1 (33 %)
Por cálculos biliares . . . . .	2	0	2	0	—	—
B)						
Por anomalías congénitas de mesenterio . . . . .	4	1 (25 %)	2	0	2	1
Por divertículo de Meckel . . . . .	10	7 (69 %)	4	2 (50 %)	6	5 (83 %)
Por torsiones y nudos . . . . .	22	13 (56 %)	—	—	22	13 (56 %)
Por bridas y adherencias . . . . .	40	20 (50 %)	17	8 (47 %)	23	12 (52 %)
Por invaginaciones puras de intestino delgado . . . . .	5	1 (20 %)	5	1 (20 %)	—	—
C)						
Por invaginaciones ileocecales . . . . .	36	5 (14 %)	35	4 (11 %)	1	1
Total . . . . .	214	88 (41 %)	124	35 (28 %)	90	53 (59 %)
Mortalidad operatoria . . . . .	202	76 (38 %)	123	34 (28 %)	79	42 (53 %)

autopsiados, de los que no fueron intervenidos siete por ingresar moribundos (en todos existía estrangulación) y los cinco restantes (cuatro estrangulaciones y una obturación) por haber sufrido yo un error — en unos sensible y en alguno lamentable — de diagnóstico o de indicación quirúrgica. Para precisar la mortalidad operatoria diremos que la cifra en las obturaciones fué el 28 y en las estrangulaciones el 53 por 100. La mortalidad de todo el lote, operados o no, ha sido del 41 por 100; y la de los operados el 38 por 100. (Es útil el orden decreciente de mortalidad del gráfico núm. 18 en las diferentes causas del síndrome oclusivo, pero no podemos entrar en su análisis).

Cuadro núm. 18. — MORTALIDAD EN LAS DIFERENTES CAUSAS DE ÍLEO AGUDO DEL INTESTINO DELGADO. (214 casos)

Por divertículo de Meckel . . . . .	69 %
Postoperatorio tardío . . . . .	56 %
Por torsiones y nudos . . . . .	56 %
Por bridas y adherencias . . . . .	50 %
Por peritonitis tuberculosa en evolución . . . . .	50 %
Por anomalías congénitas de mesenterio . . . . .	25 %
Por invaginaciones puras del intestino delgado . . . . .	20 %
Por invaginaciones ileocecales . . . . .	14 %
Por apendicitis . . . . .	13 %
Por áscaris . . . . .	12 %
Por cálculos biliares . . . . .	0 %
Mortalidad media . . . . .	41 %
Mortalidad operatoria . . . . .	38 %

Nos encontramos, por lo tanto, con que si eliminamos las peritonitis difusas, de origen no apendicular, no hay otra enfermedad de las frecuentes del llamado "abdomen agudo" que sea más grave

que el íleo. De diez enfermos de cada una de ellas mueren en nuestro Servicio, menos de uno de apendicitis aguda, menos de uno también de hernia estrangulada (íleo por estrangulación de características diagnósticas y operatorias sumamente favorables), algo más de dos de perforaciones ulcerosas gastroduodenales y cuatro de íleos intraabdominales.

Este hecho nos muestra claramente el camino que debemos seguir, el único posible cuando en la actualidad todo enfermo de íleo agudo tiene un 41 por ciento de probabilidades de morir; el diagnóstico, la intervención precoces. Hay que evitar a toda costa esas intervenciones habituales, tardías, en las que las manipulaciones mejor intencionadas y con más cuidado realizadas acaso sean salvadoras, pero con seguridad sumamente traumáticas, sin faltar ocasiones en que la desdicha — a veces inevitable — de la rotura del intestino anula toda esperanza de curación. Cuanto más pronto operemos al enfermo, menos intoxicado estará, mejores serán sus condiciones de circulación, más fácil y menos traumatizante — y menos sujeto a incidentes — el acto operatorio, mayores sus posibilidades de recuperación y, por lo tanto, más baja la mortalidad.

## ZUSAMMENFASSUNG

Bei 214 Fällen mit akutem Dünndarmileus hatte der Autor eine Gesamtsterblichkeit von 41 % (38 % operatorische) zu verzeichnen, wogegen sie bei Patienten mit Darmverschluss nur 28 % betrug, wobei 23 bzw. 53 % auf die Operation fielen. 42 % aller Fälle waren auf eine Strangulation zurückzuführen. Auf Grund dieser Tatsachen wird versucht einen Unterschied zwischen den beiden

hauptsächlichsten ursächlichen Mechanismen des Ileus zu machen, was jedoch nicht immer einwandfrei möglich ist. Es darf deshalb auch keine Zeit mit der konservativen Behandlung verloren werden, die zwar subjektive und objektive Besserungen erzielen, aber die Strangulierung nicht verhindern kann. Denn so wird die Gefahr der Darmwandnekrose mit anschliessender Peritonitis von Stunde zu Stunde grösser. Heutzutage ist das Wichtigste eine frühzeitige Operation und wird es auch immer bleiben.

### R É S U M É

Dans 214 cas d'iléon aigu de l'intestin grêle, l'auteur a eu une mortalité globale d'un 41 % (et opératoire d'un 38 %); cependant tandis que chez les malades avec obturation elle fût d'un 28 %, chez ceux qui présentaient un étranglement monta à un 59 % (opératoire 28 et 53 % respectivement). Le 42 % de tous les cas était du à un étranglement. L'auteur tenant compte de ces faits, essaie de déterminer — se basant sur toute sorte de données, — la possibilité de distinction entre les deux mécanismes principaux de l'iléon, arrivant à la conclusion que malgré tout ce qui a été écrit à ce sujet, dans la plupart des cas on ne peut pas l'obtenir avec la sécurité nécessaire pour employer du temps, avec le retard qui s'en suit dans l'intervention chirurgicale, dans l'emploi de méthodes conservatrices, qui malgré l'amélioration subjective et objective qu'elles peuvent fournir, ne sont pas capables d'empêcher que dans les étranglements le danger d'une nécrose de la paroi intestinale suivie de péritonite, continue à être plus grand à chaque heure qui s'écoule. A présent et toujours, l'intervention chirurgicale précoce est essentielle.

### LOS FACTORES MUSCULAR Y CONSTITUCIONAL EN EL LATIRISMO

J. M.<sup>a</sup> ALDAMA-TRUCHUELO y M. MATEO REAL  
Jefe del Servicio Interno del Servicio  
Casa de Salud Valdecilla (Santander). Servicio de Neurología  
y Psiquiatría. Jefe: DR. ALDAMA-TRUCHUELO

Hemos podido estudiar diecisiete casos de latirismo (los primeros que se comunican de esta provincia) que nos han permitido confirmar algunas observaciones hechas sobre un caso aislado, que exploramos en 1941, y que, por su especial significación necesitaban corroborarse en mayor número de enfermos. La comprobación de aquellos datos es, como decimos, el motivo de esta comunicación. En ella expondremos escuetamente los datos clínicos, pues tratándose de un asunto tan de actualidad como éste y teniendo en cuenta los trabajos de LEY y OLIVERAS<sup>1</sup>, GONZÁLEZ CALVO<sup>2</sup>, JIMÉNEZ DÍAZ

y colaboradores<sup>3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10</sup>, BEGUIRISTAIN<sup>3</sup>, MARTÍNEZ ALMEIDA<sup>11</sup>, DE MIGUEL y GALIACHO<sup>12</sup>, TORRES CAÑAMARES y VERGARA<sup>13</sup>, GONZÁLEZ PARACUELLOS<sup>14</sup>, GISPERT<sup>15</sup>, GONZÁLEZ CALVO y LÓPEZ DE LETONA<sup>16</sup>, ARIGO<sup>17</sup>, FRADE<sup>18</sup> y otros, muchos de ellos aparecidos en esta misma Revista, se puede prescindir de una repetición de datos respecto a la historia, etiología, características de la enfermedad, etc.

Se ha señalado por muchos autores, y en nuestra serie ocurre lo mismo, la preferencia de la afección por el sexo masculino (de los 17 casos, 14 varones, 3 niñas, ninguna mujer) lo que unido a la presencia de alteraciones de la potencia viril (en nuestra serie ninguno) ha llevado en ocasiones a tener en cuenta este factor en el tratamiento. Ahora bien, teniendo en cuenta la multiplicidad de factores etiológicos (BAUER), la íntima relación de las hormonas sexuales e hipofisarias y la manifiesta influencia de ambos sistemas hormonales en el metabolismo del músculo, así como la presentación sólo en cierto número de individuos aun en aquellas circunstancias de alimentación colectiva uniforme (prisiones, familias, etc.) hemos intentado encontrar signos que confirmen la existencia de un factor personal en la presentación del cuadro clínico y he aquí los resultados obtenidos que brindamos a una comprobación en un mayor número de casos.

Resalta en nuestros enfermos la *falta absoluta de vello en tórax y axilas* o una levisima representación del mismo, así como una distribución en zona púbica de nivel horizontal bruscamente interrumpido (figura 1; los números 7 y 8 son criptorquídicos). Igualmente presentan con constancia bastante señalada una *piel fina y lisa, sin discromías* de ninguna clase, excepto una de ellos (fig. 1, número 8) que ostentaba unas efélides faciales con la conocida disposición en mariposa, y otro, un hombre de 35 años, un mechón de cabello sin pigmento.

Las *radiografías de cráneo* muestran también con bastante constancia alteraciones de la silla turca, siendo la más frecuente la reducción de tamaño o exageración de su cierre o en ocasiones aplanamiento o neumatización (fig. 2).

En algún adulto se observó una alteración de *soldadura de las epífisis óseas* (fig. 3), dato que se consigna a pesar de la inseguridad de exactitud cronológica con respecto al mismo.

Todos estos hechos hablarían en favor de un factor de insuficiencia hipofisario-gonadal y recuerdan el infantilismo hipofisario de tipo Levi-Lorrain, siendo quizá más acentuadas la insuficiencia de las hormonas gonadotropa y melanotropa que la del crecimiento.

Si otros autores en sus series confirman estos datos habría que tener en cuenta el hecho que subrayamos.

FACTOR MUSCULAR. — En este sentido es de importancia la valoración de los siguientes datos:

1.º *La eosinofilia*. — Es un dato frecuente en los enfermos latíricos el aumento del número de eosinófilos. Entre otros lo ha estudiado MARTÍNEZ ALMEIDA<sup>19</sup>. En nuestras series las cifras obtenidas fueron las siguientes (Dr. OLIVA):