

lliurant-les de la seva pròpia pesantor, atenuant els estiraments i les angulositats de posició viciosa, i perxò els malalts contesten a la proposició de posar-se llargues hores en posició plana, en entusiasme, que és per ella com troben consol a llurs molèsties persistents d'angoixa abdominal, de pesadesa dolorosa, de dificultat respiratòria, etc. El fracàs del moviment actiu, del gran exercici, els sports fadigants, en els ptòsics virginals i parietals, pel qual es pretenia afavorir l'augment del tonus abdominal, per desenrotllament muscular de les parets i de l'intestí, està en demostració absoluta, essent, al contrari, el repòs horitzontal i les maniobres de massatge, d'acció suau i passiva, la manera feconda d'estimular la nutrició, la circulació i la innervació de les masses digestives astèniques, amb lo qual per acció gradual i progressiva, s'arriba a una major potencial de la labor funcional del peristaltisme entèric. La trofoastènia general característica dels ptòsics, producte del dèficit alimentici a que condueix la insuficiència digestiva i l'estasi intestinal amb autointoxicació, constitueix un motiu essencial d'agreujaçió del síndrome general d'hipotonia i de la coprostàsia crònica per accentuació de la flacidesa i defalliment de la premsa abdominal i la massa entèrica, trobant-se aquesta sense la protecció de la grassa epiploica que facilita el lliscament i mobilitat de les nanses entèriques. El cíclic viciós de reforçament s'estableix així en conseqüència funesta: a les posicions vicioses del tractus digestiu en prolapse, originant accentuació de les zones d'estagnació alimentícia i fecal, s'ajunta la hiponutrició abdominal total, la misèria tròfica, l'hipotensió de la massa digestiva, augmentant-se la degradació funcional. El repòs general en horitzontalitat i el massatge cooperen, en llarga mesura, a l'estímul nutritiu abdominal, proporcionant a tot el tractus digestiu un coixí grassós d'apoi que el sosté amb major eficàcia, i augmenta sa massa en volum i en tonalitat, en tota sa resistència, amb lo qual les parets abdominals troben un contingut major i fan l'estàtica ventral d'una constitució més potent, afavorint-se el joc harmònic dels dos elements, extern i intern, en la determinació del complex funcionalisme abdominal. La travessia intestinal paresiada troba en aquesta direcció un reforç de gran utilitat per a la disminució de l'estasi crònica.

En les formes de ptosi visceral, amb ventre de sac inert, a l'hipogastri, en el qual es troben conglomerats tots els seg-

ments intestinals, que devenen miastènics, en dissinergia funcional, origen d'estasi estercoràcia crònic, és imprescindible la reposició del continent i el contingut abdominal per mitjans externs, sobre tot en la posició dreta, elevant tota la massa digestiva caiguda i sostenint-la en posició alta. L'aplicació de la faixa hipogàstrica del tipus GLÉNARD, fent pressió de baix a dalt en progressió, amb tela elàstica de pressió suau i enèrgica, és de benefici i indicació a l'afavorir en la bona posició de les masses intestinals la labor de motricitat que la caiguda en bloc posa en dificultat enorme. En la ptosi virginal, en la qual la caiguda visceral és sols interna, per relaxació dels replecs peritoneals de fixació i amb dèficit de coalescència, essent les parets abdominals normals o sols en grau ínfim de hipotonia, és aleatèria tota acció de contenció per faixes o cintures d'elevació abdominal, car ademés de no exercir la menor pressió directa sobre els segments digestius ptosats, la forma de ventre estirat, inaniat, excavat, que s'afecta en ella en general, no deixa lloc a la seva aplicació que alguns autors preconitzen inoportunament per manca de diferenciació d'aquest tipus de ptosi.

En l'atonía abdominal per plètora, amb distensió hipertensiva, de tipus portal predominant, amb síndrome de E. I. C., de ventre dur, inelàstic, ressonant, amb retenció de materials i gasos a gran tensió, la direcció terapèutica es consagra en una forma particular que ve a ésser el revers de la dels ptòsics o flàcids abdominals. En ella la parada intestinal és funció d'una insuficiència de la tonalitat motriu simple, per depressió primitiva dels sinus d'excitabilitat o cors intestinals, amb zones regionals d'estagnació que fan deficient la descàrrega dels materials alimenticis, corresponent per enter a l'aparell neuro-muscular intestinal, en meiopràgia, el *primum movens* del bloqueig, generalment en trastorns circulatoris vasculars de tipus congestiu o trombòsic, amb angioesclerosi sovint hipertensiva. Els seus factors terapèutics són el règim totalment vegetal, amb gran abundància de fruites i vegetals cel·lulòsics, cremes de cereals, llets fermentades, reducció de líquids i mai alcohòlics, algunes pastes de llegums amb verdures en gran cocció, pa moreno, peixos blancs, amb exclusió d'àlbúmines animals i poques grasses, agregant-li l'agar-agar, la malta, al psíl·lium, la llinosa, la mel, la vaselina líquida, en cooperació d'acció mecànica i lliscant sobre els segments intestinals atonitzats. La cura de

moviment actiu, el caminar, la gimnàsia sueca, la bicicleta, el tennis, el golf, el billar, l'esport nàutic, l'esgrima, tenen aplicació sobirana aquí per l'estimulació de la peristàltica intestinal i l'activació de la circulació venosa abdominal, de la cava inferior i la porta, evitant l'estasi circulatòria. Es tracta en aquests coprostàsics de hipernutritius, amb metabolisme retardat, de relativa retenció azoada i en insuficiència hepàtica, d'escassa catàbòlia corresponent al cèlebre tipus artrític-congestiu; grans menjadors, carnívors, individus de bufet, d'escassa activitat muscular, uricèmics, oxalèmics, amb gran freqüència hemorroidals, amb hepatomegàlia. Per excepció en la terapèutica general de l'E. I. C., l'ús metòdic dels purgants salins en aquesta modalitat té un període d'aplicació, no en vistes a una simple sol·licitació de l'excreta, en el sentit mecànic estricte, que en això la medicació purgativa mai no assumeix la valor d'element curatiu de l'estasi estercoràci, sino per provocar la descàrrega circulatòria intestinal i hepàtica, per descongestionar el tractus digestiu, per combatre l'estasi vascular que està en el fons fisiopatogènic del síndrome. Un vas de 150 grams d'aigua salina al matí, en dejú, en grups de dies seriat, en relació a la intensitat de la plètora abdominal, o una cura hidromineral d'aquest tipus acompanyat d'exercici intensiu, de banys calents, i alimentació sòbria, de base vegetal, constitueixen una forma de cura de tota adequació preparatòria per a modificar en gran eficiència una estasi intestinal crònica de forma atònica-congestiva. El tractament definitiu està en el règim alimentici apropiat, en continuació, junt a la vida activa muscular i a les medicacions que comanden l'estat vascular.

La tiflocolitis crònica mixomembranosa característica dels neuropàtics, sovint acompanyada de caigudes fragmentàries del còlon, amb manca de coalescència del meso dels segments cecocòlic ascendent o de còlon descendent, o del còlon pelvià per meso excessivament llarg i mòbil, o amb dòlicocòlon, o amb megacòlon, dóna sovint origen al síndrome de l'E. I. C., en forma de retenció coprostàtica entreverada de crisis irritatives agudes, diarreïques, infectives. La freqüència enorme de la colitis membranosa, tan vantada pels clàssics, està vinculada en la numerositat i pluralitat de la seva etiologia, car la reacció inflamatòria de la mucosa còlica amb síndrome d'estasi crònica es promou amb facilitat i s'estableix amb fixesa, amb escassa tendència curativa, a causa de les seves naturals condicions de

pobresa defensiva, per ésser una zona intestinal predisposada per sa anatomia i fisiologia, a l'estagnació, a la infecció, a la flogosi. Les seves reaccions d'atonía i espasme en combinacions es desvetllen en intensitat en quant el procés inflamatori de la mucosa està en acció depressiva de la motilitat, determinant-se fenòmens de blocatge i reflux còlic amb retenció estercoràcea. En els seus tipus de llarga estabilització i intensitat, l'estagnació i putrefacció química i microbiana promou sovint lesions profundes terebrants de diverticulitis i de pericolicitis adhesives o fícel·lants, amb distensions regionals doloroses, a voltes amb infecció aguda peritoneal origen d'abscessos pericolítics amb septicèmia. La terapèutica de l'estasi d'origen colític està plaçada en la modificació del procés genèric i en la particularitat de les seves reaccions secundàries, sobre tot del coloespasme i la colotonia amb ectàsies regionals de retenció. La troballa de llargues cordes còliques, amb exoneració d'escíbals caprins o de cilindres fecals en llapis, complexats de grans masses mixorreiques o de cintes membranoses, amb dolors fixes a les zones laterals abdominals o amb cintura infraumbilical, demostra el predomini de l'enteroespasme en el síndrome de l'estasi: la regimentació a base de pastes pureiques fines, de farinetes de cereals, arròs, avena, blat-de-moro, de blat verd, revalenta, etc., de verdures ben hidratades en llarga cocció i aixafades, de patata, de pèsols, de cigrons, de ceba, etc., de fruites cuites poc sucrades, prunes, panses, la cura de raïms, de llets fermentades làctiques, sèrum, kefir, yoghourt, en companyia de l'agar-agar, la blandina, cannabis índica, guarana, jusquiam, etc., constitueixen junt al repòs, les cataplasmes calentes al ventre per acció contínua, el primer estadi de la cura en les formes severes; si la retenció és copiosa s'administrarà el primer dia un enterocelisme oliós, reduït, de 400 grams, calent, amb cànula llarga i amb lentitud, amb columna líquida de baixa pressió—els clisteris abundants, heroics, de gran rentat còlic, gèneren dolors, irriteren la mucosa, accentuen l'espasme — per desembarassar el segment recto-sigmoidal, repetint-lo cada dos dies si l'estagnació persisteix. La clínica diària ensenya que els purgants són administrats en les colitis amb coprostàsia, amb una freqüència atterradora, sovint amb el nom humil i suggestiu de laxants, i s'ha de proclamar amb tota convicció que aquesta medicació és nefasta i brutal, perpetuadora de la colitis i de l'estasi fecal; si en un moment excepcional, d'enorme retenció irreductible,

per abandó o ignorància deixat el fet clínic a intensa exacerbació, pot ésser de necessitat una exoneració provocada amb un purgant, pot acceptar-se'l en aquesta concepte de imprescindible i obligat, preferentment mecànic, oli de ric , de poca agressivit t mucosa, però amb repugn ncies espirituals, protestant d'aquesta indicació, perquè mai pugui constituir una temptació futura en la cura de la colitis. En aix  el judici actual és terminant: l'ús dels purgants de tota classe és una contraindicació formal en la teràpia de l'estasi intestinal per colitis; els mateixos enteroclismes, de major innocència, tenen també poca aplicació, a causa d'afavorir la distensió intestinal, atonitzant el còlon, i fent més desvetllables els moviments de reflux antiperist ltic a què la retenció predisposa, contribuint àdhuc a mantenir encesa la irritació mucosa i les produccions mixorreiques. L'avenç regimental amb alimentació de proteïnes animals, preferentment de carn de peix, de pota de vedella, d'ous, de cervell, s'anirà establint solament quan estiguin en franca moderació els fenòmens de flogosi còlica i la travessia intestinal estigui en marxa, en cessació dels dolors i relativa facilitat de l'exoneració fecal, en mases cilíndriques quasi normals i amb escasses mucositats. La instauració d'un règim complet, amb carns fresques, però sempre de predomini vegetal, sols podrà intentar-se ambparquetat davant la disminució progressiva en llarg temps del quadre còlic i l'augment del poder de l'excursió intestinal.

En la modalitat col tica at nica, amb irritabilitat mucosa general, però amb poca reacció esp stica, amb abdomen f cid, hipotens, amb parets primes i atròfiques, sense contenció de la massa entèrica, hi ha sovint fragments de caigudes que modelen angulositats i ectàsies regionals, mantenint-se per elles el síndrome de l'estasi intestinal amb crisis doloroses de distensió aguda, conseqüència de la dilatació crònica. La radioscòpia en examen combinat, per ingesta i per enema de la pasta bismutada, revela l'estagnació del paratge intestinal on es determina la parada alimentícia, amb colzada que es mobilitza sota les maniobres manuals de l'observador, en desplaçament i elevació, diferenciant-se aix  dels angles de fixesa que s'observen en les pericolitis membranoses de tracció intestinal. La dilatació dolorosa del còlon dret de GRÉGOIRE, en el seu tipus de posició viciosa d'aquest segment còlic per dèficit de coalescència del seu meso, sense brides peritoneals ni membrana de JACKSON, de gran freqüència, és una de les seves representacions t piques,

que per la topografia dels dolors i per la participació que el cec en atonia pren en el síndrome, víctima també de la caiguda i angulositat que promou el desprendiment del segment còlic ascendent i l'angle còlic sub-hepàtic, formant una H en la zona còlica dreta amb ectàsia subjacent, és sovint confosa amb l'anomenada apendicitis crònica, cada dia de menor realitat a mida que s'individualitzen i identifiquen les lesions d'estasi amb tiflocoelocetàsia per movilitat anormal d'aquests segments intestinals o per ses fixacions vicioses per adherències perientèriques. La caiguda en garlanda del còlon transvers amb aguda angulositat de la colzada esplènica, i el desprendiment per manca d'adherència del còlon descendent i pelvià, originen també zones d'estagnació amb dolors de distensió aguda, amb obstrucció estercoràcia i reflux retrogradant de les matèries, accentuant el procés colític. La facultat terapèutica per mitjans regimentals, medicamentosos i higiènics es troba en aquestes condicions molt reduïda, desprenent-se del fracàs de la seva intervenció metòdica un criteri important que el clínic ha de valorar en fonda penetració. Quan la cura mèdica, basada en una dietètica de gran quantitat d'aliments vegetals en purés, pastes, cremes, farinetes, amb masses cel·lulòsiques ben hidratades en cocció perfecta, amb llegums ben pastades, amb abundància d'amaniment a l'oli, amb copioses fruites bullides, pa moreno, kefir, yoghourt, agar-agar, mel, blandina, etc. amb el massatge suau seguint el tractus còlic, la cura de repòs en horitzontalitat, la galvanització abdominal, les aplicacions emolients en cataplasmes, etc., etc., dóna un producte curatiu limitat, millorant la colitis per reducció de la mixorrea i augmentant el poder de les eliminacions fecals, però deixant en permanència l'eclosió intermitent de crisis doloroses distensives còliques, infebrils, difusades a un gran segment abdominal, a vegades amb zones d'elevació distensiva abdominal més o menys extenses, en desigualtat timpànica intestinal, sense defensa parietal ni vigilància, fets que a l'examen radiològic s'assenyalen en retenció fragmentària d'hores nombroses en la zona dolorosa en ectàsia tònica per angulositat del segment inferior, llavors l'observació semiològica i terapèutica adquireix una valor de judici d'estasi intestinal per colitis amb obstrucció mecànica per colzades de posició que la fan tributària d'un estadi de cura quirúrgica mitjançant les pèxies cecals i còliques, de fixació de les zones de ptosi que originen les distensions permanents per

angulositat. La cura mèdica d'aquesta colitis amb atonia tifloc lica amb caigudes regionals i distensions ectasians no està, però, en desautorització un cop identificada en diagnòstic clínic i radiològic, com en una equació rigorosa per la qual se suposa, *a priori* la irreductibilitat del síndrome sota el tractament mèdic i la consegüent imposició de la fórmula cruenta. Ni la cura quirúrgica ha fet encara prova decisiva de la seva facultat terapèutica—al costat de belles i terminants curacions, observacions de QU NU i DUVAL, GRÉGOIRE, LARDENNOIS, KELLAGG i altres, hi ha resultats mediocres o francament nuls — per acollir-s'hi amb la certitud de realitzar la total desaparició del síndrome, ni el pla dels mitjans mèdics en la ordenació complexa disciplinada i virtuosa que les circumstàncies exigeixen, deixa sempre de fructificar en nombroses casos, obtenint-se per ell remissions de tan àmplia modificació funcional que equivalen a una curació.  s innegable que aquí, com en tants altres tipus s ndr mics de la patologia humana, la noció d'intensitat, de gradació, de matització clínica dels fets intervé en un *quantum* de considerable extensió, a causa de tractar-se de trastorns de predomini funcional dintre la fenomenologia mecànica que engendra l'excessiva mobilitat i la caiguda dels segments còlics en incoalesc ncia, i cal acceptar en lògica que en el quadre d'enterocolitis amb estasi i angulositat per ptosi fragmentària, hi ha d'haver una numerositat extensa de casos susceptibles de gran remissió simptomatològica a favor de la simple cura mèdica, perquè les alteracions han d'estar en gammes de multiplicitat àmplia i en capacitat reaccional, en relació de les seves intensitats, car no podria mai admetre's en la matèria la hipòtesi desconcertant d'ésser, per definició, tots els casos d'una mateixa accentuació lesional que els fes irreductibles a la terapèutica incruenta. I aquesta visió és la que la clínica objectivisa m s cada dia, invitant-nos a la caracterització particular de cada observació, i aix   s com es veuen els graus diversos de l'estasi per colitis amb ectàsies distensives fragmentàries, i com el tractament mèdic triomfa encara en un coeficient important a condició d'ésser dirigit en atenció aprofundida, en estudi dels mil detalls regimentals, medicamentosos, de cura física o higiènica, hidromineral; amb qu  deu instituir-se, apreci nt sense partit pres les utilitats aven ants que puguin sorgir, aprofitant-les per api r-s'hi intensificant el sistema fecund, controlant els beneficis amb repetits

exàmens radiològics, o reconeixent a bona hora—sense la tosuderia inflexible i un xic vanitosa amb què a vegades es condueix el pràctic molt confiat en el seu pla curatiu per experiències de bona fortuna i per oblit de la varietat i versatilitat de les malalties—la insistència de les manifestacions sindròmiques i la infructuositat dels recursos mèdics, essent llavors inqüestionable la intervenció quirúrgica.

El síndrome de E. I. C. per *disquèsia* de HERTZ, constipació fragmentària de BOAS, està constituït pel dèficit de l'exoneració intestinal baixa, del còlon pelvià i el recte, amb conservació general de la travessia entèrica superior i l'examen radiològic demostra una perfecta evolució motora de tot el tractus digestiu amb detenció i acúmulo de les matèries (a l'examen coprològic en perfecta digestió) en la zona sigmoidiana i l'ampolla rectal, a vegades solament en el recte, paratges que es troben en distensió parèsica, en insuficiència contràctil. En ella hi ha defecació incompleta, amb restes permanents de matèria fecal en el tractus inferior, que per detenció successiva i per reflux retrògrad de les masses estercoreàcies pot engendrar-se ocupació estercoreàcea del còlon descendent i del començ del transvers. La negligència de la incitació rectal de la defecació i la feblesa dels múscles que comanden l'acte d'expulsió pelvi-rectal, amb dèficit del reflexe estimulant, determinen en el temps, l'atonía, l'astènia dels múscles del recte i el còlon pelvià, fent insuficient la propulsió dels materials fecals a través l'esfínter anal. La importància de la desatenció a la crida o *appel* de la defecació és considerable, per ella sola estabilitzant-se la disquèsia en individus de complexa fisiologia digestiva i abdominal. PILCHER ha constatat l'extrema raresa de la coprostasi en els indis, perquè és en ells tradicional habitud practicar la deposició matinal que des de la infància els hi és inculcada: a les presons de la Índia es veu el producte d'aquesta educació, tots els presoners precipitant-se, en sortir el sol, a les letrines, i a les 8 del matí els excrements de més de dos mil individus estan ja enterrats als jardins de la presó. Molts malalts es fan disquèsics per lesions anals doloroses (hemorroides inflamades, prolapse, ulceracions, fissures) en l'acte de l'exoneració, o per lesions de contigüitat, pelvi-cel·lulitis amb adherències, anexitis, úter en retroversió, que provoquen molèsties en defecar, fent diferir la deposició. La impotència dels múscles abdominals del paviment o sòl pelvià, del periné i del diafragma, és un factor de gran eficiència en la

disquèsia, car per sa acció és augmentada la pressió intra-abdominal i es facilita l'obra del reflexe de la defecació en el seu origen, essent la seva inferioritat una causa freqüentíssima de retard de l'exoneració fecal amb acúmulo crònic en la zona sigmoideo-rectal. La hipotensió abdominal per atrofia, per diàstasi de EBSTEIN o per insuficiència contràctil total dels múscles abdominals, és sovint conseqüència de les pressions excessives determinades per embarassos successius, vessaments ascítics, grans tumors operats, acúmulo grassosos epiploics, restant el ventre pèndul, hipotènic, sense exercir pressió sobre la massa entèrica en la defecació. WECNKEBACH ha mostrat amb ajuda dels raigs X que la feblesa dels múscles abdominals dificulta l'acció del diafragma, qui resta constantment en posició inspiratriu amb moviments disminuïts o quasi anul·lats; si el baix ventre és sostingut, el diafragma retorna a la posició normal reprenent la seva mobilitat i sa acció sobre la massa entèrica en pressió activa. La deficiència del sòl pelvià contribueix també en acció important a l'estagnació fecal baixa, que PUICUS i LANDER-BRINTON han constatat en estudis aprofundits; en les múltiples i en les gestacions molt pròximes sense descans intercalar, es determina, amb gran freqüència, la constipació per disquèsia, car és en ells on la lesió de dèficit de l'elevador de l'anús i de tot l'aparell muscular del perinè es troba més accentuada, en combinació amb la insuficiència de les parets abdominals; hi ha en elles atrofia muscular i disminució de l'esfera d'apoi perineal per major o menor esquinç o estrip permanent, amb augment de l'obertura vulvar baixa. En els sedentaris i en en els senils amb múscles abdominals febles, amb hipotrofia i en tota causa que produeixi defalliment muscular abdominal combinat, de les parets del perinè i el diafragma (lesions subdiafragmàtiques cròniques, adherències peritoneals altes per processos inflamatoris estomacals, hepàtics, intestinals, etc.), es genera amb facilitat la disquèsia amb exoneració fecal incompleta. La seva terapèutica és en general limitada, de benefici curatiu aleatori en les formes severes, vinculades sobre tot en una lesió avançada i paràlitzant de l'aparell muscular abdominal i perineal, i que fins porta a la necessitat de practicar l'extracció digital de la retenció fecal, resta sovint reduïda als mitjans mecànics locals que estimulin en reflexisme local l'acte de la defecació total: l'empleu dels enemes amb aigua calenta, amb líquids emolients o sabonosos, o amb oliosos, o amb glicerina, o els supositoris amb mantega de

cacao o glicerina, junt a la pràctica de la posició arrupida en l'acte exoneratiu per facilitar l'acció d'apoi de la pressió abdominal sobre el perinè, són els recursos de major eficacitat i de menor contra-acció perjudicial secundària, car és la disquèsia crònica greu on el pràctic mal informat provoca sovint amb una terapèutica d'aventura, serioses pertorbacions i agreujació evident de l'estasi intestinal que pretén combatre. En la disquèsia tot el síndrome es conclou en general a les molèsties ocasionades per la dificultat mecànica de l'exoneració, sense agressió de transcendència i significació per la salut que resta indemne: no hi ha en ella o molt excepcionalment trastorns digestius importants, ni fenòmens d'autointoxicació, ni dolors abdominals, ni cefalàlgies o estat neurastiforme, etc., però aquesta forma de coprostasi benigna pot complexar-se amb un quadre de digestivopatia i d'alteracions abdominals i generals parasitaris si un tractament inadequat la transforma en una estasi de complicació secundària. És el que passa comunment amb l'aplicació sistemàtica dels purgants i de la gran alimentació vegetariana, i àdhuc amb els clisteris enormes, de gran toaleta intestinal amb l'absurda pretensió de provocar grans descàrregues fecals i d'augmentar el potencial de la peristàltica còlica.

Perduda l'orientació fisio patològica, desconeixent que es tracta en l'estasi per disquèsia d'una insuficiència de la propulsió mecànica fecal sense alteracions del tractus còlic alt, tributària exclusiva del segment pelvi-rectal, tota acció de combat que separi d'estimular contingudament l'obra del treball muscular deficient de la zona afectada, evitant la violència i la vulneració del còlon baix, és contraproduent i en res no modifica l'estat d'indigència funcional del tractus sigmoideo-rectal que determina la coprostasi, i és la instauració còmoda o irracional de la medicació purgativa tan usada la que sense aportar cap element de curabilitat—car fins el buidatge de les masses estercorees rectals que amb ella es vol provocar escapa sovint a la seva acció, passant els líquids de transsudació intestinal que el purgant ha posat en moviment per entre elles deixant-les en plaça inertement, i el seu fracàs no pot ésser més sorollós—genera colitis irritativa mixorreica, i atonitza i espasmoditza els segments intestinals alts fent més precària i complicada la situació del disquèsic. L'alimentació a base de grans masses vegetals, amb molta cel·lulosa, fent voluminosos els detritus alimenticis per augmentar l'estimulació de les zones d'escitabilitat motora

intestinal, té escassa aplicació o èxit quasi bé nul en la disquèsia, pel fet transparent de la no-excitació en ella provocable per la presència de grans quantitats de bola fecal en la zona de la impotència contràctil, al contrari, és la mateixa magnitud dels residus excrementicis lo que dificulta encara la seva expulsió i augmenta la retenció baixa. L'experiència ensenya que en la disquèsia és convenient un règim mixte de predomini vegetal amb abundància de fruites, amb lo qual s'evita l'excessiva reducció de l'excreta i la seva hiperdigestió i deshidratació, fent que els materials d'acúmulo rectal no siguin dessecats i durs, difícils d'expulsar i aglomerant-se en masses d'escíbals adherits. La gimnàsia abdominal, els exercicis actius, la hidroteràpia moderada, el massatge, la galvanització abdominal, la faixa hipogàstrica en els ventres de LANDAU, en sac, quan és dominant en la disquèsia la hipotonia muscular abdominal, deuen ésser empleades per aminorar la depressió funcional de la premsa abdominal i contribuir a fer de major eficacitat els enemes eliminadors, que reduïts a un minúscul clisteri i en intervals de dos o tres dies, siguin suficients a provocar l'expulsió fecal. En les formes d'estasi rectal de mitjana i petita intensitat, la pràctica de TROUSSEAU de reeducació pedagògica intestinal, de presentar-se el disquèsic a la defecació diàriament en horari d'igualtat, sense esforç rectal d'imperiositat, sols en acte centrífug de consciència, per acció funcional d'ideació, recreant l'ordenació autònoma del reflexe, té no infreqüentment la valor de retornar a la zona rectal un *quantum* d'activitat, que per ella sola, o amb un petit enteroclisma d'apoi fa de major facilitat una exoneració abans treballosa i deficient.

La neurastènia, la tabes, la paràlisi general, la urèmia, l'angioesclerosi, l'anèmia de BIERMER, la clorosi, engendren sovint el síndrome de l'estasi intestinal. Es tracta del tipus d'atonía cecocòlica, en parades regionals per dèficit de l'influència dels centres de peristaltisme intestinal, en combinació sovint amb zones extenses de coloespasme. La seva individualitat clínica es sobreposa a vegades, per la intensitat dels trastorns digestius que origina, a la de la malaltia primitiva que la genera, despitant i ofuscant el diagnòstic causal, sobre tot en els processos, que com la tabes, la urèmia i l'angioesclerosi disseminada, necessiten una inquisitiva semiològica depurada per identificar-los; d'aquí es deriva la imprescindible necessitat clínica d'inquirir per tots els mitjans d'enquesta diagnòstica, la possible presen-

cia d'aquests processos davant l'observació del síndrome de l'estasi intestinal, en el qual es reconeixin els signes de atonia còlica difusa, sense una preferència localitzista ben determinada i que l'examen abdominal directe no pot caracteritzar com a malaltia entèrica primitiva, ajudat d'un atent estudi radiològic pel qual sols es reconeixen els elements propis d'un estasi còlic general, sense colzades ni adherències d'estagnació, i essent l'examen cropològic fehacient testimoni d'una digestió avençada amb perfecta utilització alimentícia. La confusió en aquestes circumstàncies és perillosa, car el tractament de l'estasi-síntoma comanda la concurrència inexcusable de la terapèutica del procés genèric que la promou, la desconeixença del qual implica la manca de l'articulació racional dels mitjans que en combatre la malaltia influencien el síndrome intestinal. La direcció terapèutica és aquí, assentat el diagnòstic del procés original, de combinació: al costat dels factors de cura propis de la malaltia que determina l'estasi, posats en primera línia i en atenció fonamental, s'han d'emplear, conjuntament, el mitjans particulars que corresponen al síndrome de l'estasi, que sovint hauran d'ésser posats en predilecció refinada a causa de la limitada acció curativa que sobre un urèmic azotèmic greu, amb depuració renal de gran insuficiència, o damunt un artioesclerós caquètic amb meiopràgies generalitzades, es poden exercir. En els neuròpates, tocats en general d'atonització digestiva per inèdia crònica, l'estasi intestinal cedeix fàcilment a una regimentació d'entrèn tonitzant del tractus digestiu, reeducant-lo en el repòs horitzontal i en una alimentació abundant de predomini vegetarià, sense exclusió de proteïnes animals i de grasses; en els anèmics progressius, al costat de la cura d'excitació hematopoiètica, altura, arsènic a altes dosis, opoteràpia medul·lar, etc., el règim ha d'ésser complet, amb albúmines abundants, afavorint el poder motor intestinal amb els estrígnics i els amargs; en l'estasi per lesió nerviosa central, atàxia i paràlisi general, que pot arribar a la plègia muscular intestinal, la obra de cooperació directa sobre el dèficit de la travessia entèrica és pel general de resultats aleatoris, malgrat es posin en pla els millors i més ben intencionats mitjans de què disposem contra l'hipotònus intestinal general, sobre tot en les formes d'avençament; quan la coprostasi correspon als tipus inicials o estabilitzats en una forma de mitjana intensitat, per cura de règim a base de llets fermentades, fruites cuites en copiositat, mescles vegetals

en pastes uniformes, cremes de cereals, verdures i llegums bullides i oliades en abundància, pota de vedella, peix, cervell, mel, eumal, agar, blandina, psíl·lium, llinosa, etc., poden obtenir-se encara productes de modificació de l'estasi que la facin tolerable; per predominar en el síndrome l'espasticitat còlica els nervins perifèrics, belladona, atropina, cannabis índica, jusquiam, valeriana, guarana, etc., contribueixen a facilitar el desbarratge intestinal. En la retenció intestinal per autointoxicació urèmica i per caquèxia angioesclerosa, amb paràlisi intestinal distensiva o flàcida, el tractament queda quasi limitat a la provocació de descàrregues intestinals per administració de purgants en indicació quasi diària que assumeixen aquí la doble valor de fer antitòxia digestiva i desembaràs intestinal dels materials retinguts; règim hipoazotat, tot glicoamilaci, amb fruites *larga manu*, agar, mel, verdures, mantega; el resultat de l'estasi està en estricta relació amb la marxa dels processos renal i vascular, podent-se esperar beneficis de curació o milloria àmplia si el procés mäter és encara suceptible d'una adequació vital sota un tractament de fons.

L'estasi estercoràcea per lesions sifilitiques i tuberculosas de l'intestí comanda una terapèutica particular que va des de la cura mèdica àmplia fins a la intervenció quirúrgica. En ambdós tipus les seves manifestacions i els seus síndromes són de variabilitat extensa, en general d'interpretació i identificació difícil. Per l'etiologia luètica es poden considerar sols com a fenòmens d'indicació de la seva possibilitat, la cronicitat evolutiva en progressió incontenible del síndrome, malgrat l'empleu de tota classe de mitjans adequats en relació al quadre i la modalitat de l'estasi, un historial clar o molt probable d'un passat luètic i sobre tot un BORDET-WASSERMANN positiu; aquests fets units o aïllats junt a la clínica de les pericolititis en adhesions deformadores, determinant zones d'estagnació intestinal, sobre tot amb el caràcter de les angulositats i membranes de tracció i fixació en localitats varies dels còlons, reconegudes per la radioscòpia en exàmens seriats, autoritzen a l'hora actual la prova d'una terapèutica antisifilitica abans de pendre la decisió quirúrgica. Potser caldria arribar, en aquesta noció, a un extrem ideològic encara avui mancat de la menor tradició i que es pot fàcilment jutjar de lleugeresa o d'atreviment inaudit, consistent en posar-se el clínic la qüestió de la possibilitat d'estar en causa el factor etiològic sífilis en tot E. I. C. d'intensitat avençant o amb

tipus d'ondulacions de milloria que mai no arriben a donar la sensació d'una curació futura, i sobre tot en els casos que tributen clarament de trastorns mecànics per LANE's *kink*, per pericollitis membranoses amb colzades ectasiantes, en totes varietats d'adherències intestinals que fan irreductible i sovint en progrés simptomàtic l'estasi, amb profundes alteracions generals, toxèmiques i nutritives, que fan miserable l'existència dels malalts. En altres síndromes aquesta direcció espiritual derivada del coneixement modern de la freqüència de la lues en nombrosíssimes visceropaties greus, ha ensenyat la realitat, abans insospitada, de la intervenció sifilítica en la seva determinació, adquirint-se així un nou magnífic horitzó terapèutic amb resultats curatius o de notable remissió mitjançant un pla racional de tractament antisifilític. La mediastinitis crònica superior, l'aortitis suprasigmoidiana, l'àngor de pit i epigàstrica, els tumors gàstrics, d'etiologia sifilítica, fan testimoni d'aquesta realitat en la clínica actual, abans desconeguda. Aquesta via nova que alguns clínics han iniciat amb èxit, crec que es deu considerar fecunda i lluminosa, en el temps futur apoiada segurament en nombroses observacions d'estasi crònica, en les quals es constataràn els beneficis d'una cura arsènico-mercurial entrepresa davant la fallida dels altres mitjans i amb indicati de possibilitat d'una lues com a factor etiològicopatogènic del síndrome. Però no pot oblidar-se, d'altra part, que la medicació anti-sifilítica serà moltes vegades impotent per combatre una constipació intestinal complicada i greu, si les lesions orgàniques, fibroses, en ficelles o plaques peritoneals adhesives, amb poca vascularitat, conjuntivòsiques, no es deixen ja influir per l'arsènic, el mercuri o els iodurs, malgrat el reconeixement de la sífilis en la seva producció; aquesta irreductibilitat possible en semblants circumstàncies en res no podrà canviar l'orientació aquí patrocinada—ben explicable en darrer terme, en tota localització sifilítica creadora de lesions avançades i sistemàtiques per sa cronicitat—d'instituir una enèrgica teràpia antiluetica, junt als mitjans regimentals apropiats, en quan l'estudi clínic aprofundit assenyali la versemblança de etiologia sifilítica de l'estasi d'ordre mecànic, car per ella, com ocorre en altres localitzacions viscerals de la sífilis, poden influir en esplendidesa notables remissions o curacions plenàries en casos de fracàs de les indicacions habituals. L'operatòria entrarà en escena davant la immodificació sindròmica sota un pla terapèutic ben ordenat i

de constància: cianur hidrargíric per via intravenosa, oli bio-iodurat, hectargir, salvarsan, iodurs, faran el comès d'atac, en per-severància, junt a les cures hidrominerals (Chatel-Guyon i Plombiers sobre tot), regimentals, higièniques, que la severitat dels fets reclami. La intervenció quirúrgica, en la sífilis intestinal productora de membranes, brides, acoplaments de trans-còlics, amb ectàsies i zones de distensió i estagnació, estarà orientada en els principis generals que inspiren avui aquesta matèria trascendental i en discussió àrdua i atraient encara, de preferència per les escissions de les mucomembranes i les ficelles de tracció, amb anastomosis colocoliques si les seccions de les adherències no són suficients, i en últim cas la ileosig-moidostomia, les colostomies parcials, o la colectomia total per excepció. La crítica de la oportunitat i fonament lògic d'aquestes intervencions trobarà més tard, en aquest treball, el seu lloc de comentari.

La terapèutica de l'E. I. C., de causa fímica té diversitats d'aplicació segons la seva modalitat clínica. En els tipus enteropéritoneals o intestinals purs amb lesions fol·liculars simples, sense deformitats d'adhesió o molt reduïdes, però amb atonia funcional i amb blocatges entèrics regionals, la cura mèdica basada en la helioteràpia abdominal intensiva, la cura higiènica de gran aire, la tuberculina en les formes infebrils o subfebrils, la zomoteràpia, l'oli de fetge de bacallà a altes dosis si el treball digestiu s'hi concorda, ajuntada a la reeducació intestinal pel règim mixte amb predomini d'hidrocarbonats i vegetals cel·lulòsics, amb fruites copioses, i les medicacions estimulants del tonisme intestinal defallit, en pla de *nuances* i detallismes acurats, sota una virtuositat pacient en la seva observació i en un temps de llarga imprecisió, té el poder, en una numerositat considerable de casos, de fer remetre el síndrome de l'estasi per influència sobre les lesions tuberculosas, amb freqüència fins a donar la sensació d'una curació total; la modificació de la retenció intestinal s'obté ordinàriament, amb notable facilitat amb el programa regimental, divent-se, però, seguir la cura antituberculosa amb assiduïtat persistent pel recel lògic del retorn del síndrome d'estagnació intestinal si les lesions tuberculosas, restant en potència evolutiva, reprenen altra volta llur marxa invasora. En la modalitat fímica mesentèrica exuberant, amb grans masses de neoformació exercint compressions entèriques, amb ascitis o seques, també la gran

cura higiènic-helioteràpica amb regimentació, pot proporcionar regressions sindròmiques importants, canviant la situació dels malalts sobre tot des del punt de vista de la dinàmica entèrica, distraient del quadre total l'estasi cecopostàsica i afavorint els processos de digestió i nutrició, substraient-los de la tirania de les medicacions impertinents a base de purgants, laxants i grans enemes que tant els perjudiquen per la cura general i la del funcionalisme motor intestinal en deficiència, agregant a la malaltia fenòmens de colitis irritativa mixorreica d'ordre terapèutic. La forma estenosant interna de la tuberculosi entèrica suscita quadre d'estasi, de localització preferent en el jejunum i en l'íleon, de menor freqüència en la zona cecocòlica; en les modalitats severes el síndrome es d'ectàsies supra-estenòsiques amb retensió intensa, amb crisis d'obstrucció intestinal, amb contractura tetànica de NOTHNAGEL, que comanden la intervenció quirúrgica amb exèresi de les regions estenòsiques a vegades de llarga extensió a causa d'ésser múltiples els punts de l'estricatura, essent aleatòria, de tota inutilitat, la cura mèdica; en els tipus de mitjana graduació el quadre és d'estasi dolorosa, susceptible de modificació sota un pla complex compost de gran repòs horitzontal, amb cura de sol intensa i perllongada, amb alimentació mixta, de predomini vegetarià en perfecta preparació culinària, de cremes, cereals, revalenta, maizena, arròs blanc, llegums ben pastades, fruites cuites, etc., que exaltin la fermentació sacarolítica intestinal i facilitin el seu drenatge, ocupant-se amb atenció d'augmentar en els malalts el trofisme general amb una dietètica generosa i els medicaments d'estalvi orgànic per la via subcutànea. Les formes estenosants són, però, rebels, i el clínic no pot confiar-se en les remissions obtingudes sempre amb dificultat i sols mercès a la *mise en train* d'un programa infinit de mil detallismes fatigants pels malalts en la seva observació virtuosa, i sovint, després d'un temps de milloria esperançadora, retorna el símptoma a nova impertinència i a intensitats que obliguen a demanar el concurs definitiu de l'acció cruenta; és amb aquesta visió com deuen ésser tractada en general, la tuberculosi intestinal estenosant, avisats el pràctic i el malalt de les contingències greus del síndrome i de les enormes dificultats de la cura mèdica. Es creu avui que hi ha formes de pericolitis membranosa d'etiologia fímica, creadores del quadre de l'estasi intestinal, amb traccions deformadores, amb brides d'oclusió parcial, amb

blocatge entèric regional, el tipus clínic de les quals és plenament assimilable al de qualsevulla estasi per vels membranosos amb acoplaments intestinals, sense altra particularitat que el fet de poder reconèixer en els malalts estigmes de tuberculosi, per adenitis fistulitzants o de grans ganglis cervicals o inguinals, o per micropoliadenitis disseminada, amb mediastinitis difusa alta de tipus cava superior, lesions pleuropulmonars incipients o cròniques, sinovitis, etc. Amb aquesta concurrència de lesions fimiques evidents pot introduir-se el diagnòstic d'una estasi intestinal per adherències fixadores d'origen tuberculós, diagnòstic que un cop fixat a l'esperit ha d'imposar la intervenció cruenta, la secció de les membranes i la reposició dels segments intestinals, en pèxies fixadores o en plicadures entèriques, si les ectàsies resultants es consideren d'incapacitat per a retrobar la bona posició funcional o una retracció del seu volum amb represa de la tonicitat contràtil; la irreductibilitat del quadre d'estasi per neomembranes o brides tuberculosos, producte d'una infecció peritoneal d'acció flogística lenta, crònica, persistent, per poder infectiu d'escassa virulència o per defensa local d'alta acuitat, està vinculada en el caràcter fibrós, conjuntivòsic, avascular de les lesions que inutilitzen l'obra del tractament antituberculós i per ésser rëlicats flogístics de plasticitat definitiva, els vels membranosos d'adherència constitueixen un *caput mortum* insensible a tota influència terapèutica d'acció general i local, creant un estat anatomopatològic de conseqüència sobre el funcionalisme intestinal de drenatge, amb blocatges que solament la intervenció quirúrgica pot influenciar en deslliurança dels segments intestinals compromesos en sofriment o dèficit funcional. D'aquí la indicació cruenta inexcusable, en aplicació immediata en raó del diagnòstic d'estasi per tuberculosi neomembranosa periintestinal.

En el concepte actual de l'E. I. C., greu, d'ordre mecànic, amb blocatge segmentari intestinal per fixació, s'hi relacionen determinades alteracions d'algunes glàndules vasculars sanguínees. Es parla d'ésser l'estasi estercoràcea causa de meiopràgia funcional o lesional del tiroides, de les càpsules suprarenals, de la hipòfisi, com també d'òrgues de funció complexa com el fetge, el pàncreas, els ovaris, les mames, etc., i es treu d'aquí una lògica conseqüència, la noció d'intervenir en la terapèutica mèdica de l'estasi amb mitjans que actuïn afavorint les funcions aminorades o desviades d'aquests aparells o òrgues en

pertorbació. Les opoteràpies tiroidea, suprarrenal, hipofisària, els extrets biliars, la pancreatina, la ovarina, etc., s'oposen a aquestes suposades hipofuncions en l'intent de curació mèdica de l'estasi intestinal intensa, per apoiar-la en influència sobre processos distanciat i secundaris que dintre la seva evolució llarga se li imputen. Aquests elements de composició del síndrome, que per algun autor àdhuc tenen la categoria de causa eficient, com si de certes glàndules endocrines partissin incitacions al treball intestinal, acció d'hormones estimulants, que pel seu dèficit determinen inferioritat del potencial motor entèric, poden ésser el *primum movens* de l'estasi—pertanyen encara al camp de la hipòtesi, sense que l'observació i l'experimentació els sancionin en obra documental de positivitat. En la clínica és fins ara aleatòria l'utilitat d'aquestes medicacions opoteràpiques com a contribució a la cura de tota classe d'estasi intestinal, per ma part humil en cap ocasió no he pogut apreciar el benefici d'elles en l'evolució favorable d'una coprostasi greu ni he vist en el síndrome de l'estasi manifestacions evidents d'insuficiència glandular que evoquessin a l'esperit la idea de la seva concurrència als signes importants de sa meiopràgia. Que la toxèmia crònica d'una estasi crònic, sobre tot per lesió dels segments íleo-ceco-còlic, lloc on els materials alimenticis en parada, per sa constitució microbiana i tòxica, generen major contingent d'elements de reabsorció toxèmica, sigui factor d'impressió morbosa per a les glàndules endocrines, determinant en elles a la llarga, per evolució, estats de hipofunció, de depressió funcional, com en tot l'organisme, és de raó elemental i pot admetre's com a concepte general de difusió d'alteracions consecutives a l'estasi, però no en representació de lesions importants de concurrència sindròmica que imposin una terapèutica peculiar i molt menys que per ella s'arribin a constituir síndromes individualistes de profunda intensitat, de tanta valor com el basedowisme, el càncer mamari, l'esterilitat, etc. Per les glàndules hepàtica i pancreàtica el fet és de major transcendència, car és innegable que per llur condició d'òrgues de relació digestiva antitòxica i de secrecions importants en el gran procés de la transformació alimentícia, la recàrrega tòxica que emana de l'estagnació coprostàtica pot ésser causa d'una fatigabilitat, d'una irritació cel·lular, fins d'un procés de lesions parenquimatoses que els portin a una inferioritat funcional de transcendència..., però no

a l'hepatitis o pancreatitis escleroses que evolutivament arriben al càncer, com s'ha dit darrerament. La insuficiència hepàtica i pancreàtica es poden reconèixer, en tipus de poca graduació en general, formant part del síndrome de l'estasi; la temptació de fer una part terapèutica per elles en el pla de cura de l'estagnació entèrica sembla emergir de la seva constatació semiològica, però el clínic avisat no deu cedir-hi amb complacença, car la influència de les medicacions adreçades a millorar aquestes disfuncions és nul·la segons l'experiència de tots els temps, i és sols una major complicació en la sempre vasta i molesta teràpia de l'E. I. C.

III

Unes breus consideracions ara a propòsit del tractament quirúrgic de l'E. I. C., capítol de palpitant modernitat i sobre el qual les iniciatives ideològiques i les reflexions insatisfetes i aturmentades tenen avui un amplíssim horitzó. Jo faig la declaració oberta i d'alta convicció, de cara a una opinió desconcertantment misoneïsta, que la cirurgia de l'estasi entèric no sols representa un magnífic progrés en la seva difícil terapèutica, de fecundíssims beneficis, d'utilitat clínica insubstituïble en les seves indicacions, sinó que la seva ègida és de tanta sobirania que per ses llums penetrants s'han deslliurat de les foscores de l'inconegut nombrosos processos característics d'estagnació intestinal crònica, destruint-se el clàssic fetitxe nosològic que tot en l'estasi havia d'ésser funcional, inlesional, de trastorns sense ostensible base anatomopatològica, essent l'anihilació d'aquest concepte apriorista i erroni una nova ciència irradiant, car la inclusió actual en el síndrome d'alteracions somàtiques a ella inherents, i que es separaven de l'estasi per llur naturalesa mecànica, explica la raó fisiopatogènica de la seva existència clínica. Apoiada en els estudis radioscòpics i en la fisiologia experimental, la cirurgia de l'estasi ha obert una via resplendent i dilatada al coneixement del mecanisme de nombrosos quadres de retenció intestinal crònica, en testimoniar les lesions que en certes modalitats la sostenen i a les quals la tradició tancava els ulls abraçada al concepte incommovible de la patologia funcional, i aportant finalment mitjans de curació per l'acció cruenta en novíssimes tècniques cada dia en majors perfeccions i en millors equacions terapèutiques.

Aquesta afirmació i avençament ja definitius de la cirurgia l'E. I. C., té avui per a certs esperits una incontinença d'evolució entusiasta que els ha portat a una flagrant exageració. Pels partidaris de la famosa escola de LANE, per exemple, s'ha arribat a la insòlita creació d'una especial patologia humana, dels anomenats per ells *resultats finals* de l'estasi, segons la qual una gran part dels processos de major freqüència i de major valoració destructora de la vida, estan en dependència morbosa de l'estasi crònic irreductible causat per les traccions fibroses de certs segments intestinals, constituïts en blocatge funcional permanent. La lectura atenta d'aquesta concepció deixa l'ànim en perplexitat i incomprensió suscitant reflexions d'una inquietud abrusadora: lesions greus de l'aparell tiroide; el basèdowisme total, la tuberculosi, el càncer, la diabetes, l'ulcus gàstric i duodenal, trastorns profunds de l'úter i dels annexes, el reumatisme, el síndrome septicèmic de STILL, la insuficiència cardíaca, i innúmers estigmes de degeneració orgànica, prenen origen, a concepte de LANE, en l'estasi crònic, sobre tot de tipus ileal per autointoxicació intensa i contínua. Mitjançant el *petit circuit* i preferentment la *colectomia total*, la reposició de l'organisme en general i la supressió de la majoria de síndromes secundaris, dels *resultats finals* de l'estasi entèric, desapareixen com per art d'encantament, en una rapidesa sorprenent; la reconstrucció del drenat intestinal per l'acte quirúrgic té el privilegi, no d'anul·lar el síndrome de l'estasi i el seu vast seguici de signes abdominals i generals, reconstruint-se la nutrició i creant-se una eufòria de desintoxicació i retornant l'equilibri nerviós, sinó de fer desaparèixer l'enorme patologia abans citada que havia engendrat l'estancació coprostàsica. El judici d'aquesta concepció de les conseqüències de l'estasi intestinal, que al dir del Prof. ADAMI, és *una horrible confusió*, ha d'ésser aquí naturalment de tota inconformitat, no comprenent-se com a l'alt esperit científic de LANE, que tan agudament ha penetrat en el problema quirúrgic de l'estasi entèrica, contrbuïnt al seu esclariment amb brillantíssima fecunditat, hagin sorgit els fantasmies imaginatius d'una patologia equívoca i universal producte dels resultats finals del barratge intestinal.

Les indicacions de la cirurgia en l'E. I. C., deriven del lloc on es consagra l'obstacle mecànic al trànsit intestinal i del seu tipus anatomopatològic; l'operació a emplear està en relació

amb el fet localitzista, en la seva extensió i en la qualitat dels segments entèrics compromesos en la lesió.

El diagnòstic de les adherències, les brides, les colzades i angulositats intestinals, es vincula en l'estudi aprofundit dels signes locals i generals, controlats pels examens radiològics repetits i insistents sota una docta i acurada interpretació de l'experimentador i el metge tractant, sabent ambdós que la radioscòpia, de valor importantíssima, no és el criteri únic i definidor de la semiologia de les lesions entèriques o para-entèriques de l'estasi. Els errors en aquesta matèria són legió en casos que aparentaven una claretat i transparència ideals sots les imatges radioscòpiques; els encerts són també nombrosos i la radioscòpia contribueix amb eficàcia insubstituïble a definir les lesions, a situar-les en precisió, que la clínica més depurada no encertava a esclarir. S'ha de dir en imparcialitat, que la seguretat diagnòstica és poc accessible en els casos de poca severitat de l'estasi, més aconseguible en les formes intenses en les quals el quadre de coprostasi es conjunciona amb la presència de zones doloroses segmentàries persistents, per blocatge entèric regional amb àlgies intestinals indòcils, recidivants, acompanyades de distensió local, amb síndrome d'estasi que no cedeix a les terapèutiques racionals, perpetuantse a través de tots els plans regimentals i medicamentosos. L'estudi de l'obstrucció local és qui condueix amb més certitud al descobriment de la causa de l'estasi, i l'aclariment d'aquest fet localista és on el clínic ha de dirigir la seva enquesta semiològica, procurant pels mitjans avui coneguts diferenciar les lesions somàtiques o materials dels simples trastorns funcionals, establint la relació fisiopatològica que enllaça la manifestació sindròmica amb els fets mecànics que la determinen. Tots els cirurgians que s'ocupen en preferència de l'operatòria de l'estasi, LANE, PAUCHET, OKINCZYK, LARDENNOIS, GRÉGOIRE, DUVAL, MAYO. etc., exigeixen, abans d'entendre l'acte cruent, la instauració racional i virtuosa d'una cura mèdica que afirmi, en termes de seguretat, la irreductibilitat del síndrome de la coprostasi, per evitar l'erro possible d'anar a una intervenció innecessària, cas que la realitat ha evidenciat amb excessiva freqüència, i que demostra la inseguretat en què es troba de vegades la semiologia actual per resoldre un diagnòstic d'estasi d'ordre predominantment mecànic. No es pretèn en dir això, que estem en desorientació semiològica sobre l'estasi intestinal orgànica i que

la seva cirurgia és sempre de fortuna; és simplement afirmar, per l'experiència ja obtinguda, la conveniència de no anar a la cura cruenta sense un diagnòstic de gran probabilitat de l'existència d'una lesió que motiva el quadre de l'estasi i n'explica la seva persistència i irreductibilitat. Un síndrome d'estasi crònica de llarg historial, amb coprostasi, amb exoneració retardada que exigeix l'ús dels purgants, poc a poc devinguts insuficients i molestos, provocadors de dolors i enteritis; que presenta dolors localitzistes de preferència, rebels, insistent, d'irradiació secundària difusa; que determina crisis diarrèiques paroxístiques, les falses diarrees dels coprostàsies, per cops d'enteritis aguda consecutiva a l'estagnació, per putrefacció i exaltació tòxica local; que origina crisis àlgiques locals més o menys extenses, sense defensa local de la paret abdominal ni empastaments per peritonitis plàstica defensiva; que genera quadre crònic de trastorns digestius d'insuficiència, amb tot l'enfilall de pesadesa, distensió, atonia, catarro mucós, llengua seca o saburrat, eructacions, regurgitacions esofàgiques, a voltes vòmits d'indigestió aguda, amb ventre timpànic, regional o general, amb sensació d'ocupació abdominal, amb emissions gaseoses difícils o d'intensa putrefacció, o amb tipus d'abdomen hipotensiu, buidat, amb parets flàcides, en sac inert, que promou síndromes neuròtics i tòxics generals, hipotensió vascular, insomni, cefalàlgies, incapacitat intel·lectual i social, amb fòbies, criestèsia, topoàlgies variades, amagriment, pell seca i rugosa, oxidèrmia, amb psicologia deprimida, amb concentració espiritual per l'exoneració intestinal, etc., etc., ha d'incitar lògicament a l'examen local en vistes a la troballa de llocs estasiats, amb clapotatge, recercant el signe de LION, de masses entèriques adherents que donen la sensació a la mà d'una neoformació difusa i irregular, o d'un volum de zones intestinals disteses que s'escorren en desplaçament blocat, o de trams entèrics en contracció defensiva després d'una palpació insistent, etc., acabant l'examen per la radioscòpia repetida i combinada, inquirint les formes anormals d'intestí i les parades del bismut, per ingesta i per clisteri. La correspondència d'un lloc d'estancació amb la pasta bismutada, en hores llargues, de 30, 50 i fins 60 i 70 hores, amb lliberació fàcil dels altres segments, junt a dibuixos de deformacions de les zones de parada, en plectes, angles, colzades o contigüitats anormals fixes a la manobra de mobilització manual, amb la regió abdominal on l'exa-

men clínic constata el màxim de dolors o manifestacions d'estiraments, pressió, distensió, etc., autoritza el judici que és en dit segment intestinal on es consagra el dèficit de drenatge per lesió anatòmica, que sense definir-ne el seu tipus lesional amb exactitud, però a vegades fent-lo presumir amb gran versemblança, i comanda la indicació de la terapèutica quirúrgica.

La cirurgia de l'E. I. C., està representada per nombroses operacions, aplicables a les distintes modalitats de lesions que promouen i sostenen el síndrome. Però s'ha de dir que en aquest problema essencial el criteri és encara oscil·lant i les opinions són imprecises. Per alguns cirurgians les pèxies i les plicatures tenen indicació en les formes de ptosis cecocòliques amb colzades de retenció, causades per insuficiència de la coalescència i l'adhesió dels segments entèrics, i així GRÉGOIRE, OKINCZYK, LARDENNOIS, DUVAL, i altres, les practiquen en les dolicoecòlies amb grans mesos, ractificant la posició angulosa dels segments intestinals i reduint les ectàsies, que altres cirurgians refusen a títol d'intervencions incompletes, que no resolen el problema terapèutic a causa de reproduir-se el quadre de l'estasi més tard en iguals condicions, per renovar-se la caiguda de les zones entèriques. L'extirpació de les brides, els vels membranosos, cirurgia de simplicitat, preconitzada per molts autors, i de bells resultats quan són úniques i limitades, com en el cas de la pericolititis membranosa de JACKSON, si bé en moltes observacions s'ha confirmat la seva reproducció provocant novament l'angulositat còlica del plèc sub-hepàtic i la retenció-distensió dolorosa del còlon ascendent i del cec, i d'acció definitiva en l'apendicitis amb ascensió del vèrmium i fixació anormal en el cecum, determinant el *controlling appendix* dels anglesos, per bridament ocluser en els casos de multiplicitat, de nombrositat de les neomembranes, produint parades varies de fixació entèrica, la seva secció és difícil i generalment d'acció curativa insuficient, en raó de deixar-se zones d'acolzament i mal drenat intestinal que l'examen en l'acte operatori no ha pogut precisar, essent preferida en aquestes circumstàncies l'extirpació total o subtotal del còlon amb anastomosi tèrminoterminal ileo o tíflosigmoidiana o el curt-circuit ileopelvià. Per LANE i la seva escola, PAUCHET i altres, l'operatòria de favor és la ileosigmoidostomia i la colectomia total, que la majoria de cirurgians francesos accepten sols per excep-

ció i amb poc entusiasme, i  s innegable que, malgrat la calor de convicció dels seus patrocinadors i les seves estadístiques favorables, els repars i les crítiques de l'escola francesa es veuen inspirades en un estudi asserenat i profund de la q estiu. En la mateixa c ebre LANE'S KINK, la colzada ileal terminal amb retenció, que ha originat la ileosigmoidostomia, LARDENNOIS i OKINCZYC preconitzen altres intervencions de derivació, com la tíflosigmoidostomia lateroterminal, amb resecció del fons del cec, o la tíflosigmoidostomia en Y, en raó dels fets locals que motiven la retenció; la colzada ileal  s per ells, sovint, un accident de coalescència formant brida,  o que es pot resoldre simplement amb un desenganxament de la fàscia i una reposició en bon pla ament, restant l'ileon en posició normal; altres vegades la colzada i l'estasi de la terminació ileal existeix determinada per la distensió i la ptosi del cec obrant per sa posició i pel seu pes sobre la terminació fixada de l'intestí prim, cas en el qual l'estasi primitiva  s cecocòlica i no ileal, essent una derivació cecocòlica alleugerant de la zona cecal suficient per redreçar l'angle ileal. La oposició dels autors a la ileosigmoidostomia està en els seus inconvenients post operatoris, car la implantació de l'ileon al còlon pelvià ve seguida quasi invariablement de reflux gase s i estercoroci, origen de dolors torturants i transformant una estasi ileal i cecal en una estasi còlica retrogradant, que obliga, en la persistència d'aquestes manifestacions, a practicar la colectomia total,  o que és el fracàs sorollós de l'operació de LANE.

La idea de conservar la vàlvula de BAUHIN, preciosa per preservar els refluxos gaseosos i líquids a l'intestí prim, causa de dolors intolerables, i que les implantacions de l'ileon al còlon pelvià suprimeix, ha fet imaginar les colocolostomies variades, aplicables als casos d'estasi dels segments còlics drets, molt freqüents, del còlon transvers, de l'angle esplènic, del còlon descendent i pelvià, acompanyat aquest d'enorme distensió, en veritable megacòlon. Les anastomosis coloc liques, senzilles, amb conservació del tractus còlic i en supressió funcional del segment ectasiat, deixant en plena funció protectora la vàlvula ileocecal, poden resoldre en bona cura l'estasi local precisat a una petita regió còlica, sense els inconvenients i la gravetat de l'exclusió total del còlon o de la colectomia, però són intervencions incompletes, d'irresoluci  en l'estasi múltiple, quan els barratges intestinals són successius per adher n-

cies nombroses. En les formes generalitzades o amb participació nombrosa de punts de fixació el criteri quirúrgic està forçosament en el curt-circuit d'exclusió còlica o la colectomia total o subtotal; en el megacòlon total l'extirpació còlica es obligada. La colectomia pot ser per implantació de l'íleon al còlon pelvià o de tipus subcecal, amb conservació de la vàlvula de BAHUIN. La pràctica de LANE, de passar una sonda en el curs de l'operació pel recte fins més enllà de l'anastomosi ileosigmoidiana, és convenientíssima per evitar el reflux gaseós al segment ileal, que deu continuar-se per llarg temps en tant s'opera en aquesta zona l'adaptació funcional de dilatació i retenció dels materials alimenticis. Per PAUCHET no sempre deu practicar-se la colectomia primitiva fins en casos de gran extensió de les lesions de fixació còlica total; quan els mesos són limitats, espessos, fortament adherits, la maniobra de la secció còlica general és treballosa i molt exposada a la infecció essent preferible practicar la ileosigmoidostomia; en els casos de mesos llargs i manejables, amb caiguda còlica, l'extirpació total del còlon, fàcil i ràpida, és l'operació de preferència, resolent definitivament el síndrome de l'estasi.

En les formes estenòsiques intestinals, en general intrínseques, representades per úlceres en evolució conjuntivòsica cicatricial, freqüentment tuberculosos, o per anells contràctils de retracció, de tipus sifilític—de gran preferència en la zona rectal supra ampul·lar, en ficel·la anular, revelable al tacte rectal o a l'examen rectoscòpic, origen de cropostàsia disquèsica — o per segments còlics en estretor flogística per colitis ulcerosa amb retracció pericòlítica, per sigmoiditis plàstica adhesiva retràctil, amb rèlicats pòstums d'abscessos pericòlics buidats a l'intestí, amb deformació estenosant mixta, interna i externa, per peritonitis crònica, etc., etc., la intervenció ve imposada per l'estasi persistent amb ectàsia intestinal proximal amb àlgies locals contínues o intermitents provocades per la contracció entèrica defensiva. La cura quirúrgica es resol per l'escisió del segment estenosat a l'anastomosi terminoterminal o terminolateral, o fent una derivació intestinal amb exclusió funcional de la zona de l'estretor, amb junció anastomòtica dels fragments entèrics proximal i distal. La oportunitat de cada modalitat operatòria està vinculada no en el caràcter de la lesió estenòsica pròpiament, sinó en l'estat general del malalt i els fets locals que acompanyen sovint, per extensió o contigüitat,

l'estenosi, les adherències, les plaques membranoses, les mesenteritis en focus plàstics, en ficel·les peritoneals, etc. Són complicacions en mescla amb l'estenosi reforçant la seva eficiència morbosa, que el cirurgià deu resoldre en criteri de major simplicitat i amb tècnica de major eficàcia dintre el venciment de l'obstacle a la circulació entèrica. En aquest cas, el mateix que en totes les exclusions entèriques per anastomosis, fent *curts-circuits* de derivació sense secció de l'intestí, per enteroanastomosi simple de MAISONNEUVE, avui portada a nombroses varietats, a vegades la senzillesa desitjada està renyida amb la bona resolució del fet de l'estasi a causa del reflux de les matèries des del segment baix de l'anastomosi en amunt, provocant estancacions i distensions en la zona infraestenòsica, origen de molèsties i dolors, fets també presents en les anastomosis per implantació, amb l'agreujant per la ileosigmoidostomia baixa que la retrogradació de les matèries no es limita al segment pròxim del còlon, fet que seria favorable perquè la detenció excrementícia alleujaria el treball del còlon baix i evitaria la distensió gaseosa i líquida del tractus prim affluent, causa de grans dolors, sinó que va ascendint a tot el gran circuit còlic exclòs, àdhuc fins al cec, on per dessecació de les matèries s'acumulen grossos estercoromes de domicili fixe, manantial d'irritació cecocòlica i d'intoxicació, per lo qual s'arriba a la necessitat d'operacions iteratives, pels trastorns més o menys distanciat de la circulació intestinal. Perxò les operacions d'anastomosi entèrica sense resecció intestinal, simples o complexes, en lloc d'ésser procediments d'elecció i aparentment de major senzillesa tècnica quirúrgica, per aquests arguments de fisiologia, en les quals el factor antiperistaltisme desvetllat representa un element d'alta complicació, han d'ésser sols de tècnica de necessitat, per imposició de circumstàncies (OKINCZYC, ALGLAVE). La resecció del fragment entèric en estenosi, amb anastomosi terminoterminal ha de posar-se en primer terme de predilecció, reconstruint-se la travessia intestinal en sa forma normal, en evitació de les grans recàrregues secundàries per reflux.

Les intervencions actuals per E. I. C., han tingut el preuadís-sim mèrit de disminuir la novela apoteòsica que de molts anys envoltava l'apendicitis crònica com a causa de nombrosos síndromes dolorosos de la fossa ilíaca dreta i tot el còlon dret de CAVAILLON, (comprès l'angle còlic subhepàtic i la primera porció del

transvers), complexats amb quadre d'estasi, fenòmens d'àlgia i d'estagnació que s'atribuïen al procés d'apendicitis i dels quals havia de dar raó l'apendicectomia. L'experiència actual ha anat destruint, en demostració clínica evident, l'error d'aquesta concepció simplista de l'apendicitis com a universal etiologia del síndrome de retenció intestinal amb dolors de la zona ilíaca dreta, car l'ablació del vermium en nombroses observacions deixava el fet patològic en igual situació, amb inexplicable desil·lusió dels malalts i els metges. Gran part d'aquesta patologia és independent per enter de l'apèndix, la qual pertany al cec i al còlon dret en distensió i estagnació crònica, o per mobilitat anormal dels segments còlics drets, en ptosi per absència de coalescència i en plects funcionals, en angulositat aguda en la posició dreta, o per tiflocoloectàsies, víctimes cec i còlon de fixacions vicioses per neomembranes del tipus JACKSON o en adherències pericolítics múltiples. La coneixença d'aquests fets, a la qual la cirurgia de l'estasi ha contribuït en preciosa abundància documental, imposa avui per part del clínic un estudi de diagnòstic diferencial entre la veritable appendicitis amb dolors en crisis de repetició i en dolors de persistència després, i els síndromes dolorosos de distensió aguda i crònica, entreverats, dels segments intestinals cecocòlics, per conduir la terapèutica cruenta pels camins de positiva resolució del síndrome dolorós amb estasi, i evitar les lamentables i ara ja vergonyoses appendicectomies sense appendicitis, deixant intractades les veritables lesions intestinals que l'ocasionen. Didàcticament i pràcticament hi ha en aquesta matèria un punt exquisit d'atenció que el clínic deu penetrar en docte tenacitat, defugint la llegenda suggestiva de l'apendicitis crònica com a causa d'aquests síndromes dolorosos de la fossa ilíaca dreta i diferenciant-los en ses particularitats simptomatològiques, no oblidant mai la magnífica cooperació dels exàmens radioscòpics insistents, per establir sota un diagnòstic clínic acurat, la indicació quirúrgica que correspon realment a l'apèndix en flogosi crònica, o per *controlling appendix*, i la que pertany a l'estasi permanent per lesions cecocòliques mecàniques origen de intensa dissinergia funcional.

TERAPIA DE L'ESTASI INTESTINAL CRÒNIC

pel Dr. J. TARRUELLA

El síndrome de l'estasi intestinal crònic, ampliació extensa i complexa de la constipació habitual dels clàssics, constitueix, a l'hora actual, una matèria d'estudi interessant i àrdua, en la qual tots els elements de sa integració fonamental, etiològics, semiològics fisiopatològics, patogènics i terapèutics, es troben en discussió i revisió, essent doctrina oberta a les vastes ideologies de l'observació, l'experimentació i la meditació clíniques. El concepte dominant sostingut en tots temps, i que es troba encara en predomini en els treballs monogràfics d'aquests darrers anys (de BOAS, SCHMIDT, STRASBURGER, SIMON, MATHIEU, NOTHNAGEL), era que es tractava en la coprostasi crònica d'un trastorn del trànsit intestinal d'ordre preferentment o totalment funcional, sense lesions orgàniques, fent se una exclusió i imparticipació, en el síndrome, de tota causa mecànica, d'un eficient substratum anàtomo-patològic. La incorporació actual al síndrome de l'estasi intestinal crònic de les causes mecàniques, brides, adherències, vels membranosos, colsades, angulositats amb ectàsies regionals, estenosis incompletes de tota classe, junt als factors funcionals d'atonía, espasticitat, flogosi, infecció, dels segments entèrics, ha generat una magnífica amplitud d'estudi de la matèria, per plaçar-la en un camp de judici que la deslliura de l'estretor nosològica que la esclavitzava. Hi ha en això, en aquest nou punt de vista, un progrés fecund inqüestionable, del qual n'és producte palpitant entre altres l'orientació terapèutica de l'estasi que abraça, en extensió amplíssima, els mitjans regimentals, de cultura física, d'higiene

general, el massatge, les faixes abdominals, la cura d'engreixament, la cura d'horitzontalitat, la opoteràpia, el tractament específic (antisifilitic, tuberculina) i la intervenció quirúrgica, mitjans que han d'aplicar-se en adequació als tipus d'innúmera variació amb què l'E. I. C. s'ofereix a l'observador.

Una dificultat inicial turmenta el nostre criteri sobre la definició i identificació de l'E. I. C. La perllongació de la travessia intestinal, l'estagnació estercorea amb retard de l'evacuació, no pot determinar per si sol el concepte de l'estasi en l'absència d'un llarg ordre d'accidents secundaris, en dependència del fenomen aparentment simple de l'estancació relativa. La deposició diària no resum ni sintetitza el criteri del funcionalisme intestinal normal. Perxò hi ha individus que frueixen de salut digestiva impecable amb una exoneració cada 36 o 48 hores o més, i, inversament, molts altres presenten el síndrome de morbositat propi de l'E. I. C., malgrat ses evacuacions siguin diàries i a vegades siguin aquestes diarreïques, devent-se considerar errònia la idea dels patrocïnadors de la flamant escola de LANE, en l'afirmació que l'home necessita evacuar diàriament al menys dues o tres vegades per evitar l'estagnació intestinal i l'autointoxicació que d'ella es deriva. Per a BARCLAY l'estasi patològica és sols l'exageració, més enllà d'un cert grau, de l'estagnació normal de certs paratges de l'intestí. En aquesta concepció fisiopatològica general pot entreveure's un punt de sortida del criteri amb què podem distingir i caracteritzar el síndrome de l'E. I. C. Una causa mecànica o funcional pot engendrar sobrecàrrega d'un segment intestinal, dificultant la circulació alimentícia i determinant la seva estancació, fenòmens d'interrupció parcial que originen, en major abundància, trastorns sinèrgics del funcionalisme intestinal, essent el pertorbat mecanisme de buidatge, en darrer terme, el qui consagra el quadre sindròmic de la ruptura de l'encadenament enteric normal. I és aquí on el clínic troba les raons definidores de l'E. I. C. La estagnació patològica intestinal, amb més o menys retard de l'exoneració fecal, produeix alteracions locals i generals d'inadaptació, i és a la seva harmònica coordinació sindròmica i és a la seva significació patològica de transcendència sobre l'organisme, lo que constitueix l'entitat que creiem poder qualificar de E. I. C. No pot acceptar-se reservar aquesta denominació sols per a les formes greus, amb lesions mecàniques i gran quadre general.

La fisiologia de l'intestí es considera integrada de tres elements fonamentals: Per un sistema complex de glàndules mucoses de secreció digestiva diversa i articulada, d'acció específica, les quals formen en conjunt, una massa glandular de gran tamany i de gran capacitat diastàsica. Per un teixit muscular extens i poderós, amb anells o centres de contracció esfinteriana, a la manera de *potents cors intestinals*, la facultat contràctil dels quals determina l'excursió rítmica i ordenada en un sentit funcional característic dels materials alimenticis en transformació, des de l'estómac fins a l'anús. Per un sistema nerviós de considerable tamany, format de rics plexes, amb fibres i ganglis disseminats, sotmès en sa labor de presidència funcional a l'estímul d'excitació dels pneumogàstrics i els esplàgnics, el qual posseeix un plenari automatisme i una independència funcional pròpia. L'estudi general de la labor digestiva intestinal en son mecanisme de progressió—deixant de banda el fet de la transformació alimentícia, fermentativa i microbiana, i l'absorció de les matèries digerides,—es considera constituït per una seriació metòdica de cops rítmics, l'harmonia dels quals es regula per la *mise en train* d'una relació fisiològica indisoluble; cada segment entèric necessita la incitació o la parada material d'un altre segment que el presideix en son moviment, i són les zones esfinterianes, els cors intestinals, els qui comanden el ritme de moviment avençant de les masses alimentícies, mentre aquestes van essent preparades en el seu treball digestiu, per a sa marxa progressiva i sa eliminació final. En l'àrea de l'intestí prim hi ha estreta relació funcional entre el segment píloro-duodenal i l'íleon terminal; una alteració de l'íleon, una estasi ileo-cecal, genera estancació duodenal, sobre tot del fragment duodeno-jejunal; el reflexe gastro-duodeno-ileal es caracteritza pel fet que l'entrada d'aliments a l'estómac determina l'evacuació de l'íleon. En els estómacs de ràpida ejaculació pilòrica, BARCLAY ha pogut comprovar la solidaritat del reflexe gastro-ileal: donant un petit repàs se'l veu córrer d'un cop, bruscament, en totalitat, a l'intestí; donant un gran repàs es constata que de moment l'evacuació ventricular es fa tan ràpida com el primer cas, però en quant la massa alimentícia és a l'íleon, es sospèn de sobte el buidament estomacal. Sembla, diu ROUX-BERGER, que de la zona ileo-cecal cap al pílore vingui una ordre de tancament d'aquest en quant l'íleon es troba suficientment distès, en plenitud funcional. Per sa condició ana-

tòmica l'íleon final sembla preparat per detenir el quimus: està unit a la paret abdominal per un petit meso, té escassa mobilitat i és fortament contràctil, i està col·locat obliquament en ascensió a la dreta. És una zona intestinal d'estasi normal. És una regió tota preparada, fisiològicament, per devenir en estasi patològica si una causa local accentua en continuïtat la seva estagnació normal del quimus. Perxò un trastorn cecal engendra fàcilment un trastorn ileal, i és aquest paratge on es troba en abundància l'origen d'un E. I. C., sobre tot a causa de la colzada o angulositat de LANE. Un estasi cecal accentuat pot determinar una estasi ileal secundària (PAUCHET); un buidament del cecum fa cessar l'estasi ileal, prova de la correspondència fisiopatològica d'ambdues regions entèriques, que es regulen sinèrgicament en la progressió de les seves masses alimentícies.

La funció motora dels còlons està regulada per una seriació de contraccions musculars ordenades en ritme, mitjançant l'acció, en certes zones predilectes, d'uns punts d'apoi que generen la marxa de les masses digestives. Aquestes zones esfinterianes, els cors intestinals del còlon, que actuen de propulsors, són plaçats de preferència en les regions dels angles hepàtic i esplènic, essent la seva mecànica articulada i composta fonamentalment de dos moviments successius: primerament relaxació i distensió del cilindre còlic, després contracció peristàltica enèrgica del mateix segment muscular amb propulsió ràpida de tota la massa fecal. La coordinació regular d'acció d'aquestes zones esfinterianes, per moviment reflexe, amb funció automàtica, és qui fa progressar en ritme d'horari i en temps fisiològic les masses alimentícies fins a la seva exonereació definitiva; en quant un trastorn mecànic o funcional modifica l'acció muscular de l'intestí gran, la zona esfinteriana s'incapacita, es paresia, ralentint-se el moviment de progressió per dèficit del cor intestinal, i s'estableix l'estasi intestinal parcial, la qual, per acció retrògrada, per reflux antiperistàltic, fa recular les matèries cap al cec fins a forçar la vàlvula íleo-cecal en casos extrems, generant-se per seriació, en les formes d'acció patològica persistent, l'estasi ileal complet.

En alguns animals s'ha vist que es passa un temps considerable abans que els materials alimentícies recorrin tot el còlon, a causa dels moviments antiperistàltics que en ell es produeixen periòdicament, a voltes amb moltes contraccions simultànies. L'antiperistaltisme fou accidentalment descobert per JACOBI en

el curs d'uns experiments sobre l'envenenament pel còlxic; CANNON va estudiar-lo immediatament amb els raigs X en el gat, i ELLIOT i BARCLAY SMITH sobre l'intestí posat al nu en diversos animals. Per l'acció còlica retrògrada es propulsen cap al cecum les matèries del còlon essent detingudes per la vàlvula de BAUHIN. Sembla que pel reflexe còlic les matèries contingudes en la part del còlon proximal es distribueixen en onades d'anar i venir a fi d'augmentar el contacte amb la seva mucosa, perfeccionant l'absorció de l'aigua i dels elements nutritius. Per comparació es creu que en l'home els moviments d'antiperistalsi s'originen en el còlon transvers i van al cec. HERTZ afirma que mai no ha pogut reconèixer, en nombrosíssims exàmens radioscòpics, els moviments de retrogradació colo-cecal ni de malaxació còlica, sinó una progressió lenta de l'ombra intestinal cap al recte. La prova de l'enema qui escapa per una fístula cecal, de llet bismutada, és falsa, car per simple pressió s'impulsa la columna sense veure's el menor moviment actiu del còlon. Si els presos de Cahen saben fer caminar en progressió retrògrada la seva *boîte* de forma d'ou, on l'amaguen, és inqüestionable que el tram còlic té el poder d'exercir una acció antiperistàtica, la qual podem suposar d'alguna facultat fisiològica encara no revelada amb claredat.

La capacitat motriu de l'intestí, depèn, en síntesi, de l'harmonia funcional concatenada dels cors intestinals, dels punts d'acció esfinteriana, la deficiència dels quals origina el bloqueig parcial o general de l'intestí, donant lloc a la constitució de l'E. I. C. Les zones esfinterianes es reparteixen en el circuit entèric en diferents paratges cardinals: en la regió del tercer segment duodenal; en l'íleon terminal compresa la vàlvula de BAUHIN, més tinguda avui com a punt d'apoi de contracció entèrica, que com a vàlvula oposada al reflux del contingut intestinal; en els angles còlics; en la zona sigmoïdo-rectal. La seva acció és assimilable a la del *nodal cardiac* de KEITH, lloc de funció neuro-muscular, de teixit on les cèl·lules nervioses es continuen directament amb les fibres musculars, i d'on parteix la incitació funcional de les contraccions cardíacques, la funció dromotròpica o sinusal. Aquest tipus de teixit nodal es troba igualment constituït en les zones esfinterianes de l'intestí, on el plexe d'AUERBACH està desposseït de coberta, determinant-se una veritable continuació entre la cèl·lula nerviosa i la cèl·lula muscular amb qui contacta, i és aquest teixit nodal el qui co-

manda l'automatisme intestinal. Per l'acció de les zones esfinterianes la funció dels múscles intestinals esdevé rítmica, ordenada, regularitzada, en forma assimilable a la labor automàtica del cor; els moviments del gran tractus intestinal estan regulats pels centres d'incitació del plexe nerviós. En l'engendrament de l'E. I. C. deuen considerar-se com fenòmens primordials els blocatges o parades de la massa digestiva en una o més de les zones esfinterianes que presideixen la seva progressió pel circuit intestinal, gastro-duodenal, duodueno-jejunal, ileo-cecocolica, colo còlica, sigmoideo-rectal, tenint en compte que el trastorn de la funció de trànsit d'un segment d'apoi o de contractió, repercuteix automàticament sobre el funcionalisme dels altres, a causa de la solidaritat de treball i de correspondència de funció de totes les regions intestinals.

Les causes determinants dels blocatges intestinals, estudiades modernament per la radiologia i la intervenció quirúrgica, es revelen en fets d'ordre funcional i d'ordre mecànic. En gran part de l'antiga patologia de la constipació crònica, tinguda per fisiològica o funcional pura, s'ha pogut constatar el seu origen mecànic: les colzades intestinals fixades per bandes sero-fibroses, per brides, per vels membranosos extensos, per plaques plàstiques peritoneals, deformant i estrangulant parcialment l'intestí com conseqüència o rëlicats inflamatoris del propi segment entèric, o de formació peritoneal primitiva, formant angulositats més o menys intenses o irreductibles que impedeixen la travessia lliure de les matèries intestinals. Però la interpretació i identificació d'aquests fets no és sempre clara ni deu ésser generalitzada en llei patològica que absorbeixi unívocament la patogènia de l'E. I. C. Subsisteix en una valor de contingent etiològic innegablement considerable la teoria fisiològica, fins en casos de presència inqüestionable de ficelles o brides perintestinals que en res no dificulten la perfecta maniobra del trànsit intestinal, evidenciant-se que no hi ha correspondència rigorosament estricta entre el concepte adherència o banda fibrosa i la constitució de l'estasi entèric. En revelar-se en el camp clínic el factor colzada intestinal en fixació, el LANE'S KINK, com a element de producció freqüent de l'E. I. C., progrés infinit en el coneixement de la qüestió, una tendència de generalització passà triomfal absorbint la seva fisiologia patològica, fent dependència indisoluble entre el síndrome i la seva causa mecànica, i, en conseqüència, la instauració del tractament ope-

ratori com a únic racional davant la impotència lògica de tota cura mèdica, i així eren explicats els fracassos de les teràpies incruentes tradicionals. La sistematització de les idees establint-se en aquesta orientació, ha depassat erròniament la nova valor positiva de la teoria mecànica, havent de reconèixer-se la eficiència etiològico-patogènica dels trastorns funcionals en la constitució de certes formes nombroses d'estasi crònica i amb aquest concepte s'expliquen les curacions abundoses en elles obtingudes sota la ègida d'una terapèutica tota d'ordre mèdic. Les diferenciacions sindròmiques dels dos tipus genèrics d'E. I. C., funcional i mecànica, no s'apleguen fàcilment en la clínica malgrat els apois magnífics de l'examen radiològic, repetits en el malalt en insistència pacient. La influència absoluta de les causes orgàniques, defectes de coalescència cecocolica, espessiments mesentèrics, adherències, brides lligamentoses, dòlico-còlon, sobre el funcionalisme intestinal, que sota la radioscòpia metòdica semblaria que ha d'explicar en tota circumstància la raó de la parada intestinal, s'ha vist també en falla en mantes observacions, car la intervenció quirúrgica conduïda en relació de la lesió no ha canviat les coses i ha deixat persistir el mateix síndrome de E. I. C. i amb ell la situació molesta del malalt. Per això la interpretació radiològica, en general, és delicada i exposada a errors importants, si per ella sola, com pretenen alguns autors, sobre tot l'escola de LANE, es vol caracteritzar la presència de bandes d'espessiment peritoneal, de brides lligamentoses, amb estàsies de parada intestinal llarga, que dóna origen al síndrome mecànic de l'estasi estercorèmic. Per ptosi, per disposicions anatòmiques anormals, per viciacions d'estàtica inveterades, irreductibles, s'observen no infreqüentment acostaments, contigüitats, angulositats de segments intestinals que han fet creure en l'existència d'adherències i anormals plasticitats de tracció que la intervenció ha demostrat inexistents; la persistència de les masses bismutades en l'íleon terminal, o en l'angle còlic dextre, o en altre lloc, ha determinat l'afirmació d'estasi mecànica, segurament per fixació orgànica, brida, vel membranós, placa d'adeherència, que l'operació ha denegat després. Solament concedint una part als fenòmens funcionals d'atonía o contractura espasmòdica dels segments còlics en la constitució del bloqueig intestinal poden sancionar-se aquests fets, als quals la teoria mecànica pura no dóna interpretació.

La trofoneurosi intestinal és un factor interessantíssim en la determinació de l'E. I. C., divent-se considerar en una valor prínceps d'alta complexitat. D'ella parteix sovint com a punt original en vasta eficiència, la constitució simple o complicada del síndrome de l'estasi, i per ella es regulen molt sovint les intensitats i gradacions que s'observen en la seva evolució clínica. És inqüestionable que la ptosi visceral, intestinal, renal, hepàtica, constitueix un síndrome freqüentíssim, en forma general o parcial, que els mètodes semiològics moderns permeten de reconèixer amb gran precisió, i està demostrada l'abundància amb què per caiguda digestiva es generen síndromes de parèsia o atonia de nombrosos segments del tractus gastrointestinal, origen de trastorns locals i generals, des de la senzilla dispèpsia sensitivo-motriu o gastro-enterostènia, fins als quadres vastíssims d'intolerància i indigència digestiva, dolors abdominals, estats neurasteniformes, agotament general, trofoastènia i incapacitat de treball, amb tots els estigmes atribuïts a l'autointoxicació d'origen digestiu. La coprostasi, l'estasi intestinal, es conjuga en aquest síndrome amb tanta freqüència, que per ella s'inicia sovint, en el camp clínic, la inquisitiva de la total malaltia, de la trofoneurosi amb caiguda visceral. En la tesi mecànica de l'escola de LANE, de les fixacions intestinals vicioses amb colzades i estenosis, s'accepta com a *primum movens* de la seva determinació una primitiva, una constitucional caiguda de l'intestí, una trofoneurosi que per successiva evolució arriba a l'engendrament d'un estat lesional definitiu que motiva els bloquejos intestinals; l'atonia, les parades de trànsit entèric funcional que la ptosi origina, devenen amb el temps, si les reaccions locals de tracció mesentèrica s'organitzen, d'ordre mecànic. A causa de la ptosi les colzades normals de l'intestí, a l'angle duodeno-jejunal, a l'angle íleo-cecal, als angles còlics dret i esquerre, a l'unió sigmoideo rectal, s'accentuen, devenint en meiopràgia la funció de progressió alimentícia amb dèficit dels cors intestinals, i la marxa fecal s'inferioritza. Per aquest mecanisme de posició viciosa i atonització dels segments intestinals s'instaura una estasi dels materials digestius d'ordre funcional, amb el seguici de lesions mucoses inflamatòries i de reaccions neurògenes, al cap de les quals es troba l'espasme, l'espasticitat còlica que s'ajunta a l'atonia per afirmar en major potència la dificultat del trànsit intestinal i fixar el síndrome de l'E. I. C. Al costat d'aquesta articulació patològica.

tota funcional es troba l'extensió lesional de les conseqüències de la ptoasi, segons la hipòtesi de LANE, avui tan vantada en la identificació de l'estasi. L'intestí ptoasat, en suspensió, exerceix sobre el seu mesenterí una tracció contínua i excessiva, motivant a la llarga, en els punts de major influència, el desenrotllament d'espesseïments mesentèrics, de bandes seroses, de reacció inflamatòria, fibrosa, tipus de brides que corresponen al *punt de cristal·lització* (?) de les línees de tracció; els mesos es reforcen així, sostenen en major eficàcia les zones intestinals ptoasades, són l'esforç d'adaptació i apoi de què es val l'organisme per oposar-se a la hipofunció intestinal que li causa la ptoasi, però aquesta reacció i creació artificial de reforç mesentèric es resol finalment, en la nova suspensió entèrica, en una accentuació de les colzades, en la formació d'estenosis parcials, de *kinks*; o sigui, que els nous lligaments, que les bandes de nova formació, fixant l'intestí en adherència mesentèrica de tracció rígida i immobilitzant, esdevenen causa d'angulositat intestinal i llocs d'estagnació, essent llavors el factor de permanència, per lesió mecànica, de l'estasi intestinal. D'aquí la conclusió que la ptoasi intestinal originant una reacció fibrosa dels lligaments de suspensió intestinal, reforçant-los, és causa d'una estrangulació parcial del segment entèric en què s'apoya, constituint la seva estancació crònica permanent.

S'atribueix a VIRCHOW la opinió de que les lesions de la paret intestinal, poden, per evolució, determinar la formació d'adherències inflamatòries o vels membranosos peritoneals. DUVAL i LARDENNOIS, creuen que les brides, les mesenteritis retràctils, les pericolititis adhesives amb fixació intestinal viciosa, són obra de la colitis crònica. LEVEUF, MAYO, VALTORTA, FLINT, són partidaris de l'origen congenital de les bandes de pericolititis, sobre tot de la membrana de JACKSON generadora de la distensió crònica cecocòlica amb estasi permanent (GRÉGOIRE), criteri que els autors americans refusen en raó de la seva freqüent recidiva després de la simple secció cruenta, i estimen millor que és la pericolititis infectiva la determinant, en formació tardívola i lenta, de les lesions fibroses que determinen l'estagnació intestinal.

El problema patogènic de la pericolititis membranosa es fa cada dia de major complexitat i de més vasta interpretació. Per la seva valor positiva en el síndrome de l'estasi crònica i rebel, el seu estudi ha devingut un tema d'alt interès per aclarir el seu

quantum com a factor substancial en la constitució del síndrome, i quines són les seves particularitats de formació, la seva naturalesa íntima. I l'interès d'aquesta coneixença no està solament en la seva valor especulativa, en una qüestió de doctrina científica, sempre apassionant i elevada, sinó que arriba a la més literal importància pràctica, car per ella sola, per la interpretació de sa etiologia i manera de constituir-se es pot fonamentar una especial i pròpia terapèutica. La majoria dels autors es decanten a favor de la teoria inflamatòria de múltiple origen: per apendicitis, colitis, anexitis, colecistitis, per ptosi visceral amb reacció mesentèrica, es determina un procés de flogosi peritoneal de marxa lenta que arriba a la plasticitat membranosa, generant colzades i posicions vicioses intestinals; pot considerar-se, en ocasions, que la malaltia original ha curat deixant un ròlicat inflamatori, una perienteritis pòstuma que exerceix la seva acció mecànica sobre l'intestí. Així des de VIRCHOW atribuïnt a la colitis crònica muco-membranosa la determinació d'un procés inflamatori peritoneal que finalitza en plaques membranoses peri-intestinals, fins a JALAGUIER que veu a la limfangitis subserosa d'origen apendicular, com a causa dels vels membranosos periceco-còlics amb epiploïtis crònica, amb TRIPIER i PAVIOT amb la seva pericolecistitis extensa, i KUSS amb l'origen anxial de les formacions membranoses d'extensió peritiflo-còliques, etc., tota una falange d'autoritats es manifesta partidària de la infecció crònica del peritoneu en la constitució de les membranes pericòliques. I és natural que l'esperit s'inclini a aquesta interpretació com a fet de major contingent etiològico-patogènic de la pericolicitis membranosa, en raó de l'abundància clínica amb què els processos d'ordre inflamatori tenen lloc en els òrgues abdominals, patologia de domini i extensió infinita i tota donada a les reaccions recíproques entre ells, i en darrer terme sobre el peritoneu. La clínica diària ensenya la freqüència de les colitis cròniques, de sa perduració, de sa rebeldia, de sa conjugació amb els desplaçaments viscerals, sobre tot del tractus còlic, essent la mobilitat anormal del cec i el còlon per defecte o insuficiència de la coalescència de la fàscia i la llargada excessiva dels diversos segments del còlon, les dòlicocòlies de LARDENNOIS i AUBOURG, elements d'agreujació i persistència del procés inflamatori del còlon, formant-se per aquests, accidents de coalescència, angulositats, aplecs, colzades, que faciliten l'estagnació fecal i accentuen l

infecció local, originant la migració microbiana, el seu traspàs a la serosa periintestinal, on s'engendren els vels de peritonitis plàstica i la formació de les brides de tracció. D'una part lesions mucoses profundes del còlon amb infecció que aven a, a voltes amb diverticulitis terebrant fins a la serosa, d'un altre lloc d'estancació intestinal per defecte d'adhesió del tractus, la invasió del peritoneu  s sols obra del temps i de la defensa local, factors que es consumeixen en una reacció inflamatori  de plasticitat peritoneal que als trastorns funcionals inicials de la colitis han de sumar-se els dèficits de travessia entèrica per accentuació de les zones d'estasi que la lesió mecànica origina.

La infecció peritoneal engendradora de la pericolitis adhesiva pot reconèixer una etiologia específica, sifilítica o tuberculosa. En quant a l'agent sifilític, la seva potència creadora de lesions periton tiques primitives, entrevista de temps per PORTAL, PUECH, FOURNIER, i tingudes en general pels autors com a alteracions secundàries a les cirrosis hepàtiques o a lesions esclero-gomoses de fetge amb ascitis, ha sigut magistralment fonamentada, clínicament i anatomo-patològica, per LETULLE en el curs de les hepatitis cròniques, i PAL amb els seus estudis sobre la sifilis de l'intestí ha afirmat la peritonitis heredo-sifilítica amb formació de masses exsudatives, origen d'adherències i colzades intestinals. CASTEX, en un treball de llarga amplitud sobre tota classe de localitzacions visceral  de la heredo-sifilis, arriba a la conclusió que les pericolitis membranoses i la LANE's *kink* reconeixen sovint l'etiologia sifilítica; en sis observacions de síndrome de LANE, demostrades per la clínica i l'examen radiològic, l'origen heredo-sifilític pogu  ésser comprovat (estigmes d'heredo-sifilis i trastorns de l'aparell endocr nic), HADG S ha presentat en historial documentat, una observació d'estasi intestinal greu, tipus de megacòlon dret amb d licoc lon i pericolitis membranosa, amb adherències a l'angle còlic dels dos segments de l'ascendent i el transvers (retenció bismutada de 50 hores a l'íleon i al còlon ascendent, lliberant-se aquest a les 65 hores), i amb espasme accentuat del transvers, poc movilitzable, amb probables adherències coloc liques, en el qual, després del fracàs de totes les medicacions i els règims, de les cures hidromineral  de Vichy i Chatel-Guyon, a punt de practicar-se una colectomia, que LEC NE va a desaconsellar, i després d'algunes reaccions de BORDET-WASSERMANN amb resultats dubtosos, però amb passat sifilític indiscu-

tible (antic xancrer amb adenopaties inguinals, després roseola, plaques mucoses bucals i faríngees, etc.), va ésser instituïda una cura a base de cianur de mercuri per via intravenosa, a la dosi d'un centígram cada dia, en sèries de dotze a vint durant dos anys; el resultat, obtingut lentament i progressivament en etapes de mil·lèria avençant fou remarcable, quedant reduïd l'estasi intestinal al tipus d'una constipació insignificant, cessant els dolors abdominals, i amb guany enorme del tonus general i la nutrició, deslliurat el malalt de tot estigma estercorèmic. En un malalt operat per PAUCHET, per E. I. C., irreductible mèdicament, amb constatació operatòria de cecum distès, abaixat a la pelvis, amb colzada a l'unió del còlon ascendent i el transvers, soldats en canó d'escopeta, i amb un angle esplènic agut i fixat amb ses adherències (la intervenció consistí en la lliberació de l'última nansa de l'íleon del còlon ascendent, del còlon transvers enter i de l'angle esplènic, amb resecció còlica fins a la part mitjana del còlon descendent, i implantació terminolateral amb conservació del gran epíploon) hi havia al costat de la constipació enorme i indòcil a totes les medicacions, avortaments nombrosos, cefalàlgies terribles, anèmia accentuada, insomni, adinàmia, dispèpsia total incorregible; en fracàs successiu de totes les variants de tractament de l'estasi intestinal i amb BORDET-WASSERMANN negatiu, es creu en una possible sifilis peritoneal i s'instaura la cura mercurial, que resulta ineficaç. L'operació fou decissiva, amb resultat brillantíssim: la constipació cedí immediatament, les cefalàlgies disminuïren i l'insomni s'atenuà aviat, augmentant la nutrició i el benestar general; un any després un embaràs acabat amb part prematur a set mesos i més tard una altra gestació, amb part a temps d'un infant viu i robust.

L'especificitat sifilítica de les lesions de pericolicitis membranoses, del síndrome de LANE, de colzades i adherències entèriques que acompanyen al tipus clínic de l'E. I. C., i per elles es sosté el seu quadre sindròmic en intensitat i irreductibilitat quasi absoluta, es manifesta en notable coeficient etiològic i el metge pràctic no deu desconèixer en cap circumstància clínica la seva possibilitat. A l'igual que en tota classe de lesions peritoneals de fixació viciosa de l'intestí, les adherències o brides d'origen sifilític poden contribuir a mantenir el síndrome de E. I. C., i donada la naturalesa del factor etiològic, una terapèutica anti-sifilítica ben conduïda pot resoldre's en una curació que els

altres mitjans de tractament eren impotents a realitzar, si bé cal tenir també en compte la seva irreductibilitat absoluta, havent-se de recórrer a la intervenció quirúrgica, si les lesions per sa cronicitat i estabilitat, no permeten una modificació que aminori els seus greus efectes sobre la estàtica abdominal i el drenatge de les matèries.

La tuberculosi entero-peritoneal, determinant plaques exsudatives plàstiques d'adhesió dels segments intestinals, origina amb freqüència el quadre de l'estasi estercorèmic. Unes vegades es tracta d'estenosi peri-intestinal per masses peritonítiques que deformen l'intestí en angulositat o en soldadura; altres vegades és per compressió de masses de ganglis mesentèrics sobre un segment intestinal que és englobat i fixat amb disminució del funcionalisme de trànsit; en altres circumstàncies es tracta d'estenosi interna de mitjana graduació per cicatrius més o menys completes d'ulceracions fimiques en evolució, o per perforacions lentes que generant, per defensa peritoneal, una reacció plàstica, resta la llum intestinal en deformació i disminució sots l'acció de la placa neoformada i amb oclusió relativa del fragment entèric deformat; i en un últim cas, a opinió de DELORE i ALAMARTINE, en forma de simple pericolitis membranosa, del tipus de JACKSON, com expressió d'una tuberculosi enteroperitoneal atenuada, que obra en temps i amb reacció inflamatòria de poca intensitat, sense formació exuberant d'exsudat, reduït el procés a un lent estímul de poca capacitat neoformativa. Per observacions pròpies puc afirmar la realitat freqüent de la valor etiològica de la tuberculosi peritoneo-enterica en la gènesi de l'estasi intestinal greu, que estimo de notable amplitud i sots una nombrosa gamma de varietat de tipus clínics i de reaccions terapèutiques, fet natural donada l'essència de la malaltia. Davant un quadre clínic de E. I. C., acompanyat o no d'altres estigmes tuberculosos, adenitis cervical, inguinal, fimia pleural o pulmonar, pirèxia vespertina diària, lesions articulars, cuti-reacció positiva, etc., no pot oblidar-se la possibilitat, si es troben raons clíniques i radiològiques que facin versemblant el seu origen de predomini mecànic enteroperitoneal, que el factor tuberculós estigui en causa, i deu inquirir-se per totes les dades d'investigació l'esclariment del fet, car per ell pot ésser induït el tractament a floracions curatives positives amb els simples mitjans mèdics, o haver-se de recórrer, en un primer temps de la terapèutica, a la intervenció, per a

després continuar la cura de defensa orgànica contra una nova invasió possible amb els complexos elements d'indicació que tot tuberculós reclama.

II

En voler plantejar el clinic la terapèutica correcta de l'E. I. C., una qüestió fonamental es posa imparcialment a l'esperit: tota indicació positiva ha de derivar del coneixement del mecanisme fisiopatològic del dèficit del drenatge intestinal, i aquest diagnòstic inexcusable del tipus de la constipació, és, en general, difícil, envoltat de denses complexitats i d'àrdua penetració semiològica. De cert que la clínica moderna empara amplament en nombrosos mitjans de inquisitiva el diagnòstic de l'E. I. C. i les coneixences actuals sobre la matèria fan accessible el seu diagnòstic en freqüents ocasions; però és innegable que la índole llargament particular del problema, obliga al pràctic a defugir tota classe de plantilles o pautes fàcils d'esquematzació, de sistemes d'equació, pels quals el diagnòstic i la terapèutica estiguin prèviament resolts en fórmules immutables, previstes pretenciosament totes les contingències d'un pla de curació. I és que fins en el bon cas d'un diagnòstic plenari, les mutacions de la terapèutica són nombroses a causa de la varietat de reacció curativa que s'ofereixen en els malats, per determinades i no sempre clares particularitats individuals. Un atònic intestinal crònic, amb coloptosi i dolicoòlon, amb colitis, amb ventre hipotònic, p. ex., tipus d'extremada freqüència, absent de lesions de fixació i tracció entèrica, reaccionarà de distinta manera *vis-à-vis* del mètode curatiu segons l'ús dels purgants que s'hagi fet en ell; l'abús continuat de tota classe de dràstics i salins, per llargs anys, és un enorme motiu d'inferioritat neuro-muscular intestinal i d'irritabilitat de la mucosa, que fa treballósament difícil l'obra terapèutica de reeducació i excitació funcional dels segments entèrics morbosejats. Així mateix, la reviviscència d'un enteroptòsic amb coprostàsia crònica, és una obra curativa o de milloria que no pot pressuposar-se atenent-se literalment al grau de la caiguda entèrica i a la forma de les angulositats que la radiologia hagi precisat, car el factor de reaccionalitat dels segments intestinals està en complexa dependència del potencial d'inervació, d'irrigació hemàtica, de la nutrició, del procés de digestió i absorció de la

meccosa, que puguin dotar al malalt d'un coeficient d'engreixament que augmenti les masses grassoses mesentèriques i cooperin a una bona estàtica abdominal, elements de conjunt que sols l'evolució curativa, sota el pla terapèutic ben orientat, indica l'índex de capacitat de treball a reconquistar. El clínic ben orientat ha de reconèixer en tot diagnòstic de E. I. C., una incògnita de curabilitat que no està plaçada estrictament en conseqüència del seu tipus patològic, en els elements substantius que el constitueixen, sinó per un *quantum* particular de reacció terapèutica que està integrat per múltiples factors propis de la malaltia i del malalt, i que difícilment poden identificar-se *a priori*, essent obra de l'evolució clínica la justipreueació del camí favorable en ell aconseguible. Un tipus de restrenyiment greu amb llarg síndrome general d'autointoxicació i depredació orgànica, en el qual es constata un procés mecànic de barratge intestinal per LANE'S KINK, per vel membranós de JACKSON, per neomembranes pericolítiques amb acoplaments intestinals, síndrome irreductible medicament, pot ésser espècimen d'una ràpida triomfal terapèutica sota una escisió membranosa o una colocolostomia o un petit circuit per ileosigmoidostomia, curació que no depèn solament de la benignitat i de la precisió i el síndrome de l'estasi, sinó que es tributaria d'una possible reaccionabilitat dels segments afectats i d'una terapèutica que pugui realitzar-se en lògica articulació amb els factors cardinals de la malaltia; però és necessari perquè les coses s'harmonitzin amb tanta fortuna, que el diagnòstic sigui posat en una positiva realitat i la cura cruenta sigui executada en relació perfecta amb els elements de morbositat que la comanden, caient-se en veritable catàstrofe d'inadequació terapèutica quan, per jutjaments de lleugeresa, per induccions d'examen semiològic un xic aventurers, inclosa la radioscopia en interpretació aleatòria o indoctament atrevida, es va a la intervenció quirúrgica sense que la objectivitat de les lesions mecàniques reclamessin l'escisió de brides o adherències de fixació o la separació funcional d'uns segments entèrics qui eren danyats solament en son treball d'excursió o drenatge, amb simples parades funcionals.

La coprostasi crònica està representada, en una proporció important, per una desviació de la dietètica fisiològica. És la forma genuïna de l'estasi funcional per atonització còlica, simple, producte de la deficiència de l'excitabilitat de les zones

de contracció intestinal a què condueix, per evolució en el temps, la regimentació alimentícia, a base d'albúmines animals i grasses amb llet, ous i carn en gran abundància, amb dèficit d'hidrocarbonats, llegums, aliments vegetals cel·lulòsics i fruites. La parèsia entèrica s'estableix a causa del repòs funcional perllongat, de cada dia, del tractus cecocòlic; el treball digestiu, en aquesta regimentació, es resol, en gran predomini, en les zones gàstrica i intestinal prima, essent la transformació alimentícia de degradació molecular quasi per enter consagrada pels ferments propis del tractus alt, gàstric, pancreàtic, intestinal; els segments ileocecal i sobre tot el gran còlon, intervenen en grau inferior a la labor digestiva, a causa de la insuficiència d'aport dels materials alimenticis que corresponen al procés de mutació molecular d'aquesta part del tractus digestiu, aminorant-se així la fermentació sacarolítica, les descomposicions d'ordre microbià, que fisiològicament són els estimulants de la seva motricitat. La merma d'hidrats de carbó i de masses cel·lulòsiques del règim, que en metamòrfosi gradual acaben el seu procés digestiu en la zona cecocòlica i per sa composició i volum en presència exciten la progressió dels restes alimenticis en la travessia intestinal baixa, deixa en inactivitat, en no-incitació, les zones pròpies de contracció entèrica, reduint-se les masses d'excreta a una minúscula quantitat i retenint-se en el còlon.

Així arriba a establitzar-se, en parada permanent, l'estasi per regimentació viciosa, per manca dels elements normals de l'estimulació del circuït còlic. La hipostènia còlica és agreujada sempre per l'acció dels purgants i els enemes copiosos, ocasionant colitis mixorreica, espasme i àlgies del tram còlic. En la seva modalitat corrent, no complicada, l'excreta pren el tipus de deshidratació accentuada en configuració de petites boles caprines, en escíbals durs, petris, a voltes reunits en masses d'adhesió formant volums de difícil pas anal; l'examen coprològic testimonia una digestió avançada, amb detritus alimenticis escassos no diferenciabls, de reacció neutra, sense fècules ni cel·lulosa, amb mínimes quantitats de fibres musculars, alguns sabons i grassa normal; amb reacció normal de hidrobilirrubina, amb reducció de les bactèries intestinals, o sigui el tipus general de l'estasi intestinal, d'utilització alimentícia perfecta. Quan aquesta coprostasi es complexa amb colitis, cas freqüent, generalment d'origen medicamentós, hi ha crisis episòdiques de diarrees i és corrent la hipersecrecció mixorreica amb espas-

ticitat dels segments còlics finals, colosigmoidal. La terapèutica és en ella sobre tot regimental, de reeducació alimentícia, amb supressió de tota medicació que violenti l'esforç normal del peristaltisme. En obra lenta i pacient el clínic s'ha d'esforçar a instaurar un règim que reintegri a l'activitat funcional normal el tractus digestiu baix, disminuint les proteïnes animals i substituint-les en equivalència alimentícia pels hidrocarbonats de tota classe, amb copiositat de vegetals que ultra contenir els elements nutritius necessaris presentin a l'intestí una important quantitat de masses cel·lulòsiques i midons que siguin excitants de sa motilitat i activin el seu microbisme i les fermentacions: les farines, les cremes de cereals, les lleguminoses, les pastes de verdures, en variació diària, les fruites fresques o compotades, la mel, l'agar-agar simple, etc., reemplaçant la llet i les carns, que poden deixar-se en el règim sols a títol de complement en els casos simples, exclosos en les formes severes. En general el venciment de l'estasi per alimentació defectuosa habitual s'obté amb relativa facilitat en l'edat juvenil, per reviviscència del potencial motriu del tractus còlic, més difícil en la maturitat i la vellesa a causa de la menor reaccionabilitat de l'aparell motor intestinal que les terapèutiques inoportunes han portat a una parèsia i a una atrofia accentuades, amb ventres flàcids, hipotensos, de misèria fisiològica, en cercle viciós d'inactivitat per hipofunció i fatigabilitat major per l'abús de purgants o els enteroclismes.

La hiperquília gàstrica, amb úlcus evident o sense, amb píloro-espasme o amb estenosi píloro-duodenal relativa i ectàsia ventricular, determina sovint un síndrome d'estasi estercoreàcia crònica que està, en general, en dependència estricta de la gastropatia, sense alteració intestinal pròpia. No és infreqüent que els malalts consultin més per la constipació que trobin impertinent i rebel, que pels dolors estomacals propis del síndrome gàstric, fent girar tot l'història de sa dispèpsia al voltant de les dificultats de sa exoneració intestinal, unes vegades a causa d'ésser reduïda la hiperquília a fenòmens de senzill pesantor epigàstrica en els moments de l'acnè digestiu, sense àlgies veritables, tipus d'hiperpèpsia dissimulada, altres vegades per creure, en sa preocupació del restrenyiment, que els seus dolors tardívols diaris no són altra que la conseqüència de la raresa de les deposicions, deixant-los en l'anamnesi en les ombres de la inatenció. D'aquí un possible engany diagnòstic si no es conta amb aquestes possibilitats de desviació informativa que l'examen clí-

nic total ha de desvaneixir assentant l'origen gastrogen de l'estasi intestinal. Pertany aquest al tipus anomenat coprostàsic per hiperdigestió de STRASSBURGER. La digestió, la quimificació gàstrica i la quilificació enteropancreàtica, aconseguixen en la hiperquília (no complicada d'alta iscoquímia fermentativa per píloroestenosi accentuada) un grau de perfecció tan completa que els materials alimenticis arriben als segments intestinals baixos en masses reduïdes i depurades, amb microbisme de putrefacció tan limitat que l'excitació funcional de les zones esfínterianes és mínima, generant-se un estat d'hipomotricitat intestinal, deshidratant se encara en major grau els residus alimenticis i fent-se la travessia colosigmoidal en retard considerable, per hipope-ristaltisme, origen de l'estasi fecal. Aquest estasi va rarament complexada d'autointoxicació i de desequilibració nerviosa general a causa de sa particularitat poc tòxica, per ésser originada per superdigestió, per la rarefacció i bona transformació dels materials alimenticis, i abundant absorció intestinal, essent la estercorèmia quasi nul·la. El seu tractament és simple i està en la cura gàstrica, en la reducció possible del síndrome hiperquílic sots els mitjans regimentals i medicamentosos que li són propis, conduïts en relació al grau d'intensitat de la gastropatia que l'examen del quimisme i la motricitat revelarà. En emprendre la cura s'ha de tenir en compte la docilitat o tenacitat de la coprostàsia en la composició del règim i les fórmules de les mescles alcalines: s'ha d'otorgar a les masses vegetals bullides i pastades el major marge d'amplitud en relació a la capacitat motriu estomacal, junt als aliments grassosos base de la cura dietètica, llet, farinetes làctees, mantega, ous, cervell, cremes, natilles, etc., a fi d'augmentar els residus cel·lulòsics i afavorir el volum dels materials de la circulació còlica per estimular la peristàltica intestinal, distenent la seva capacitat i disminuint l'espasme que origina la hiperdigestió; al costat del bismut i de la sal de Vichy s'agregaran els preparats magnesians i l'atropina, la belladona, la guarana, etc., complimentant-se així les indicacions de neutralització química i protecció mucosa junt a una major excitació motora intestinal, i l'acció nervina perifèrica dels solanacis que sobre disminuir la secreció gàstrica s'oposa a l'espasticitat còlica. Més tard, ja en tren de correcció el síndrome hiperquílic, l'estasi intestinal cedeix paral·lelament, obtenint-se una exoneració fecal normal amb el règim alimentici particular de la gastropatia i la seva medicació característica, la

qual havent-se de continuar per plaç quasi interminable donada la tenacitat de la malaltia glandular, constitueix la cura regular d'aquesta modalitat de coprostàsia sense indicacions de sa pròpia manifestació sindròmica.

La ptosi digestiva general, malaltia constitucional de naturalesa trofoneuròtica amb probable participació de certes glàndules vasculars sanguínees, constitueix una causa freqüentíssima de l'E. I. C. El defecte d'adhesió dels òrgues digestius suscita generalment la seva atonització total o parcial, generant dèficits de motricitat i estagnació digestiva molt sovint resolts amb retard de l'evacuació fecal. Els llocs normals d'estancació de les matèries alimentícies, els punts d'alcozament múltiples del tractus digestiu, són, per les caigudes gastroentèriques, accentuades, originant trastorns en la travessia digestiva i traduïdes en síndromes clínics de parèsia i hipoperistaltisme amb totes les seves conseqüències locals i generals. Les raons perquè la ptosi sigui origen d'estasi estercoraci crònic són palmàries. Una mútua i recíproca relació és establerta en la malaltia entre la posició viciosa i l'atonització dels segments digestius desplaçats, essent de tota probabilitat el fet que la hipotonicitat entèrica, fins en els casos en què es manifesta precoçment, en l'infantilitat, és un estat de conseqüència natural de la caiguda, car és innegable encar que infreqüent l'observació de perfecta potencialitat motora dintre una ptosi digestiva accentuada; perxò la idea directriu fonamental de la terapèutica dels trastorns digestius vastíssims de la ptosi és atendre amb tota particularitat a la hipotonia, als fets que es deriven de la insuficiència dels òrgues en prolapse.

En l'estasi intestinal per ptosi simple se conjuguen fàcilment els dos elements cabdals de retard del trànsit còlic: l'atonía i l'espasme. La idea de FLEINER de concedir a la contractura còlica més o menys extensa, una valoració eficient en la constitució de la constipació crònica, al costat de la freqüent flogosi còlica i la reacció mixorreica, té una realitat inqüestionable que la clínica revela amb documentació abundantíssima, malgrat les crítiques severes de BOAS i HAUSSMANN. L'escola de GLÉNARD, amb la troballa de les cordes còliques múltiples, cecocòlica ascendent, transversa i descendent, demostra la participació preponderant de l'espasticitat còlica en la determinació de l'estasi intestinal, afavorint la merma de la descàrrega fecal. El fenomen de l'espasme còlic ha de mirar-se aquí des del punt de vista de la patologia

general, per a comprendre sa acció de complexitat en la ptosi còlica i la seva eficiència com a altre factor de cooperació morbosa en la constitució mecànica de l'estagnació excrementícia: suscitada la parada dels materials alimenticis per l'enteroptosi i l'atonía dels segments intestinals afectats per la caiguda, la presència insistent de les masses digestives constitueix un estimul neuromuscular intestinal d'incitació funcional persistent, que, en exageració, *en mise en train* de les contraccions i els punts d'apoi de la labor peristàltica, arriba a generar la defensa espasmòdica si l'aparell neurogen autònom dels esplàgnics es troba en condicions de reacció, i és precisament en els ptòsics *ab ovo*, dotats d'un fons subjacent de nervosisme excitable, de fortes i immoderades irritabilitats nervioses, on les condicions de desenrotllament dels fenòmens d'espasticitat intestinal són més desvetllables; ajuntades així ambdues funcions morbosos, presència permanent de les masses excrementícies i excitabilitat anormal de l'aparell neuromuscular intestinal, el fenomen espasticitat es constitueix, essent el seu caràcter de distinció, no uns cops o crisis d'espasme intermitent per bloqueig momentani, per tetània defensiva *vis-à-vis* d'un obstacle mecànic que l'intestí tracta de vèncer amb hipertonia del seu segment proximal o suprajacent, sinó una contractura persistent, contínua, que es troba cada dia a l'examen abdomiual. És d'admetre també, en sa determinació, el factor flogístic de la mucosa com a altre element de reacció de petit circuit que afavoreix la contractura còlica. Però en l'estudi de l'espasticitat intestinal cal separar-se en certa manera de la concepció original de FLEINER, en considerar que es devien veure en el camp clínic de la constipació el tipus atònic i el tipus espasmòdic, en diversificació i quasi antagonisme de modalitats sindròmiques, essent millor la realitat clínica la conjunció de ambdós factors en enllaç inextricable, reconeixent-se en un mateix malalt zones d'atonía (generalment de l'àrea cecocòlica, amb fenòmens d'estasi de LION) i zones de contractura (còlon transvers i descendent), i podent admetre's sols de la hipòtesi de FLEINER el fet constatable del predomini d'un o altre tipus sense exclusió mútua, essent aquesta noció de gran valor per a la terapèutica.

A partir del coneixement de l'enteroptosi com a manantial generatriu de l'E. I. C. en abundància, tota una armadura terapèutica va sorgir lògica per combatre-la amb eficacitat. L'alimentació insuficient es trobà ésser un factor poderós de soste-

niment de la malaltia, augmentant l'atonització gastrointestinal i general, el nervosisme, la trofoastènia, l'estasi intestinal i l'autointoxicació; la idea d'evitar la sobrecàrrega alimentícia i alleugerir el treball digestiu en estat d'infrapotencialitat que presidia a una alimentació sòbria i de compostos de poca massa i de fàcil atac químic, recomanada i instaurada als ptòsics, s'ha reconegut de tota inadequació així per a la cura general com per a l'estasi intestinal: els petits residus alimenticis són insuficients per estimular l'acció dels cors intestinals en hipofunció, els quals, en estagnació còlica, es deshidraten, es dessequen, devenen masses hiperdigerides, es converteixen en coprolits de fragmentació petita, retenint-se en les zones còliques, sigmoidals i rectals, con matèria inert que no suscita el reflexe de eliminació intestinal, amb lo qual s'inverteixen finalment els termes del problema que es tractava de resoldre, o sigui, a menor contingut gastrointestinal augment de l'atonía i retenció digestiva i majoració de l'autotòxia general. D'aquí la norma avui indiscutida d'aplicació al ptòsic digestiu d'un règim alimentici de copiositat, de considerables masses, a fi de reeducar la total labor digestiva en inferioritat, elevant el tonus muscular i l'excitabilitat nerviosa que presideix al treball peristàltic del tractus intestinal; la ingesta ha d'ésser portada a augmentació progressiva en quantitats proporcionals a l'activitat químicomotora, de l'aparell digestiu total, evitant, per tanteigs metòdics, les demesures sobtades que puguin originar fadigues i plègies funcionals de sobrecàrrega, però elevant la taxa alimentícia a dosis de possibilitat, reconquerint pas a pas la reviviscència del trànsit digestiu i la nutrició general que milloren el tonus i afavoreixen la hiperèmia de treball dels segments digestius. La presència major de masses alimentícies en transformació graduada, seriada, en els distints paratges digestius, augmentant el procés de fermentació proteolítica i sacarolítica intestinal, amb incitació al desenrotllament de la flora microbiana i dels seus productes de putrefacció làctica, d'acció àcida, tota l'evolució enllaçada de la labor digestiva es troba condicionada a un hiperfuncionalisme que disminueix les parades intestinals. La composició regimental és factor important en aquesta orientació: la indicació general de la dietètica és un règim mixte amb gran predomini de vegetals amilacis i cel·lulòsics, sobre tot llegums, cereals, verdures i fruites en llarga cocció hidratant, i en pastes homogènies, incloses les cobertes de pectina ben

triturades i masticades; per raó del procés d'enteritis mucosa de què l'estasi acostuma a acompanyar-se, de tipus irritable, són pocs tolerats els vegetals en natura, no preparats per l'ebullició, essent adequat evitar-los en els primers temps de la cura. La llet, la mantega, el formatge, les natilles, les cremes, etcètera, deuen refusar-se al principi a causa del seu gran contingut de grassa que origina fermentacions en la primera porció del tractus digestiu (estómac, duodé, jejúnum), dificultant la digestió i provocant fadiga, catarro mucós, hipopèpsia, accidents d'indigència digestiva que obliguen a disminuir la quantitat de la ingesta i retarden la cura de regimentació abundant sostinguda. La condició favorable de les masses vegetals està en que per sa composició a base d'hidrats de carboni i de cel·luloses deixen gran volum en el tractus entèric baix, tota la zona cecocòlica, on es segueix gradualment el seu atac químic pels sucs digestius i els ferments microbians, determinant excitació persistent de les regions esfinterianes i activant el procés de travessia intestinal. Ha dit SMITH, que en el tipus d'atonía intestinal engendradora d'estasi crònic, es revela com una facultat particular d'augment del coeficient de digestió de les cel·luloses, tipus de voracitat còlica, i perxò es explicable, en ocasions, la persistència de la coprostasi malgrat la copiositat del règim vegetal predominant; el clínic deu tenir en compte aquest fet un xic paradoxal de la digestió entèrica en l'observació dels resultats de la dietètica, que, no obstant, en res no modifica la norma establerta en el règim, car l'ús copios dels vegetals, fins en aquestes circumstàncies, no de rigor immutable en la malaltia, conté el privilegi d'estimular la peristàltica còlica per la presència voluminosa de materials en l'intestí, manera primordial d'oposar-se a la seva reacció espasmòdica que tant afavoreix l'estasi.

En la ptosi digestiva amb dèficit del trànsit intestinal, és necessari augmentar la tonalitat abdominal de conjunt a fi que el sosteniment visceral inferioritzat recuperi en el possible l'energia d'adherència, reintegrant-se a una posició que disminueixi les zones d'estagnació. Dos mecanismes de cura re-educatiua cooperen amb eficàcia en aquesta obra àrdua i llarga: l'horitzontalitat i el massatge. La posició ortostàtica accentua la caiguda visceral i dificulta la funció motora del tractus digestiu; la posició horitzontal disminueix les traccions lligamentoses i col·loca les vísceres en un pla d'irresistència des-