

De totes maneres, i com a resum, crec que l'oclusió intestinal és més aviat conseqüència de la peritoniti que no pas un procés independent per complet de la mateixa, per lo que convé estudiar totes dugues entitats morbosos juntes, considerant a la primera com un symptoma no constant de la segona. Sigui com vulga, procés independent o symptomatic, causa unica o no de mort, requereix que ns servim de medis pera combatre-la, els quals són molts i pocs de veritablement bons. Ja en paragraphs anteriors hem citat els millors medis. En Leopold (1) recomana lavatives forçades de gran quantitat d'infusió de camamilla amb oli i sabó, tombant després a la malalta de costat. L'introducció de la sonda exofagica pot provar-se, puix devegades s'ha vist que aplicant-la s produeix una quasi diriem explosió de gasos i liquids, proporcionant desseguida un alivi a la malalta. Però més que tot, com ja deixo dit, obra un purgant: el calomel a dosis de 15 centigrams per hora fins obtenir una deposició, o qualsevol altra, determinen molts cops la desaparició del quadro morbós. I si, a pesar de tot, aquest augmenta i sembla absolut el paro de la circulació intestinal, no hi ha altre recurs que obrir el ventre, sigui fent un anus iliac, sigui fent una veritable laparotomia. Si tant apurada està la malalta, és l'anús preferible, puix basta pera fer-ho l'anestesia cocainica. Si encara la malalta aguanta, més val la laparotomia, car sols per ella podrem regoneixer bé les adherencies i anar per tots els recons a deslliurar les anses intestinals.

Algunes vegades, si bé molt rarament, se produeixen després de l'ovariotomia fistules per on surten materies fecals. L'Hegar i en Kaltenbach, parlant-ne, diuen que «són sempre degudes, després de l'operació, a que la perforació s'estableix en un punt molt limitat del budell o bé a que un exudat enquistat se romp a la vegada en el budell i en la part de la ferida que ha restat oberta. En fi, les fistules fecals poden esser també produïdes a conseqüència de picades fetes al budell en el moment de posar la sutura. En un cas de Lyon la ferida abdominal s'havia incompletament tancada; en el fons se veia una ansa intestinal adherent, presentant varies perforacions de l'extensió d'un cap d'agulla, per les quals s'escapaven cap a fòra les materies fecals i els gasos. Varies tentatives operatories van quedar sense resultat. En un cas, en Keith va veure un exudat pelvic produït al voltant del pedicul que havia sigut ficat endins, rompre-s a

(1) *Soc. Gin.*, Dresde, 1889.