

Leroy de Etiolles (1) es el primero que la ha aconsejado; después Duchenne (de Bolonia), Chrestien y Macario han citado ejemplos de curación, y recientemente Bucquoy ha publicado un trabajo importante sobre este punto. ¿Cómo aplicar la electricidad? Hasta estos últimos años se utilizaban exclusivamente las corrientes inducidas. Un reóforo acodado se colocaba en el recto, y el otro sobre las paredes abdominales. Pero Boudet (de París) (2) ha trazado

(1) En 1826, Leroy de Etiolles aplicó por primera vez la corriente de la pila en la estrangulación interna. En 1851, Duchenne renovó esta tentativa, que fué hecha algún tiempo después por Christison (a), Stakes (1865 y 1867), Keyel (1867), Macario (1870), Duteuil (1872), Fleuriot, Dal Monte, Mario Giommi (1875), Bulteau (1878), y se llegó por por fin á la comunicación hecha por M. Bucquoy (*Journal de Thérapeutique*, 1878), que anunció haber empleado con resultado la faradización en tres casos de oclusión intestinal, y á los estudios de MM. Tri-

pier, Onimus y Boudet (de París).

(2) Los trabajos de Boudet (de París) datan de 1880.

Este autor ha demostrado que las corrientes continuas obraban más particularmente sobre la contracción de las fibras lisas del intestino, mientras que las corrientes intermitentes obraban sobre todo sobre los músculos de las paredes abdominales. Ha citado varios casos de curación por el procedimiento que recomienda.

Bardet ha obtenido también, empleando el mismo procedimiento, excelentes resultados.

(a) Christison, *Emploi du galvanisme contre l'obstruction intestinale* (*Monthly Journ.*, 1854).—Stokes, *Iléus s'accompagnant de vomissements stercoraux, traités avec succès au moyen du galvanisme appliqué à la membrane muqueuse de l'intestin* (*Bull. de Thérap.*, 1854, tomo LXVIII, página 465).—Keyhel, *Obstruction intestinale guérie par la faradisation* (*Annales de la Société de médecine de Gand*, 1867).—Macario, *Observation d'iléus guéri par l'électricité faradique* (*Lyon médical*, 1874).—Duteuil, (*Bull. de Thérap.*, 1872, LXXXIII, 74).—Fleuriot, *Du traitement de l'occlusion intestinale interne par l'électricité*. Tesis de París, 1875.—Dal Monte, *Occlusion intestinale guérie par l'électricité* (*Movimiento médico*, 1875, núm. 1).—Mario Giommi, *Guérison d'un cas d'obstruction intestinale par l'application des courants induits* (*Raccoglitori medico*, 1875, cuarta serie, cuarto volumen, pág. 401).—Curci, *Indication de l'électricité dans la paralysie intestinale* (*Raccoglitori medico*, julio 1877, pág. 65).—Bucquoy, *Considérations pratiques sur le traitement de l'invagination intestinale* (*Journ. de Thérap.*, núms. 4 y 5, 1878).—Balbouhey, *De l'électricité appliquée au traitement de l'occlusion intestinale*. Tesis de París, 1880.—Boudet (de París), *Note sur deux cas d'occlusion intestinale, traités et guéris par l'électricité* (*Progrès médical*, 1880).—Bardet, *Traité d'électricité médicale*, París, 1885, pág. 576.

las reglas que se deben seguir en estos casos. Estas reglas son las siguientes:

Es necesario servirse, no de las corrientes farádicas, sino de las galvánicas, é introducir por el ano un electrodo especial constituido por una sonda de cautchuc, en la que se coloca un mandrín metálico que no llega á la extremidad de la sonda, de suerte que la mucosa nunca está en contacto directo con el mandrín. Se hace terminar la corriente negativa en la extremidad del mandrín metálico, mientras que la corriente positiva se aplica sobre el abdomen. La fuerza de la corriente no debe pasar de 10 á 15 miliamperes y cada sesión sólo debe durar unos veinte minutos. Es necesario cuidar de interrumpir la corriente de cuando en cuando.

Bardet ha modificado ingeniosamente el excitador rectal, empleando un instrumento muy análogo al de que se sirve para la electrización directa del estómago. Este aparato, no solamente permite provocar la electrización intestinal, sino practicar también el enteroclismo.

En fin, cuando hayáis calmado los vómitos con bebidas heladas y disminuído el dolor con las inyecciones de morfina, que por sí mismas, según James Martín, pueden combatir la estrangulación, habréis agotado todos los recursos de la terapéutica médica y deberá empezar el papel del cirujano. Y aunque esta cuestión salga del dominio de estas lecciones, permitidme decir en breves líneas lo que debe ser esta intervención quirúrgica.

Este es uno de los más graves problemas de la terapéutica que con frecuencia tendréis que resolver. Es necesario ante todo que estéis instruídos de la marcha de la operación y del manual operatorio, para emitir un parecer justificado en la grave discusión que se promueve en presencia de los casos de

De la  
intervención  
quirúrgica.

estrangulación que resisten á todos los medios médicos.

De la  
terminación  
de la oclusión  
intestinal.

¿En qué circunstancias se debe intervenir? ¿En qué época debe tener lugar esta intervención y cómo debe verificarse? Para responder á estas preguntas tomaré, sobre todo, mis argumentos de un trabajo muy interesante de mi colega Le Dentu (a), y de una discusión que recientemente ha tenido lugar en la Sociedad de Cirugía, en la que Le Fort, Terrier, Lucas Championnière, etc., usaron de la palabra.

¿En qué circunstancias se debe intervenir? Como la oclusión intestinal es una afección incompatible con la vida, si no se quita el obstáculo al curso de las materias el enfermo está condenado á una muerte fatal; no hay más que un caso en el que la naturaleza puede producir por sí sola la curación, y es en la invaginación intestinal: se ha visto en ocasiones que la morcilla invaginada, como se dice, es eliminada en las deposiciones (1).

(1) La eliminación de la morcilla de invaginación no se verifica hasta que la enfermedad tiene cierta duración. Esta eliminación se efectúa del undécimo al vigésimo día por término medio, y se produce Le (Dentu):

Antes de un año solamente en. . . . .	2	por 100 de los casos.
Entre 2 y 5 años. . . . .	6	— —
— 6 y 10 años. . . . .	38	— —
— 11 y 40 años. . . . .	40	— —
— 41 y 60 años. . . . .	44	— —
Después de los 60 años. . . . .	46	— —

En los casos en que se verifica la eliminación, la mortalidad se gradúa de la manera siguiente, según las edades:

De 6 á 10 años. Mortalidad. . . . .	42	por 100 de los casos.
— 11 á 20 años. — . . . . .	28	— —
— 21 á 40 años. — . . . . .	32	— —
— 41 á 50 años. — . . . . .	36	— —
— 51 á 60 años. — . . . . .	50	— —
Después de los 60 años. — . . . . .	83	— —

(a) Le Dentu, *Des conditions de succès de l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale* (Journ. de Thérap., pág. 486, 1876; *Comptes rendus de la Société de chirurgie*, junio y julio de 1879).—*Des conditions des succès de l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale* (Journ. de Thérap. de Gubler, pág. 539, 1876).

Según una estadística debida á Leichtenstein, que ha reunido 593 casos de invaginación, la mortalidad general es de 73 por 100, y las probabilidades de eliminación aumentan con la edad; es decir, que por debajo de los cinco años se tiene un 6 por 100 de probabilidad de eliminación, y á los sesenta, por el contrario, 60 por 100; pero á la inversa, con la edad aumentan los peligros de muerte. Por otra parte, si nos referimos al caso de gastrotomía conocido, se ve una mortalidad de 60 por 100; resulta, pues, que en las personas de cierta edad afectas de íleo se tienen tantas probabilidades sin operación como con ella.

Excepto estos casos de invaginación, en que se pueden discutir las probabilidades de curación con ó sin intervención quirúrgica, en todos los demás, por el contrario, se debe intervenir, y se presentan dos operaciones para ello: la enterostomía, es decir, la abertura del intestino y la creación de un ano contranatural, ó bien la laparotomía, que es la abertura de las paredes abdominales.

Esta última operación, aunque aconsejada desde 1672 por D. Barbette, había sido olvidada; pero gracias á los métodos antisépticos, el peritoneo se ha hecho un nuevo dominio conquistado por la cirugía moderna; de modo que esta operación es hoy mejor apreciada. El ano contranatural presenta, en efecto, serios inconvenientes; por una parte la incertidumbre del sitio por donde se ha de abrir el ano, y por otra la imposibilidad de sostener la existencia si el ano se practica en un punto muy elevado del intestino. Aparte de esto, devolver la vida á un desgraciado, para condenarle á una existencia penosa y fastidiosa por la presencia de una enfermedad asquerosa y fétida, es una cuestión que se debe discutir.

Por eso parece que hoy vuelve del ostracismo

De la  
laparotomía.

de que había sido objeto la laparotomía, y se aprecian mejor los resultados que se pueden obtener con esta operación, que debe aconsejarse siempre que se trate de un caso de estrangulación, sea por brida, sea por invaginación, sea por torsión del intestino.

De la enterostomía.

Debéis, por el contrario, reservar la enterostomía para los casos de tumor del intestino y cuando el obstáculo tenga su asiento en el intestino grueso. El ano contranatural debe practicarse siempre, entiéndase bien, por encima del obstáculo, y deberéis discutir entonces en qué punto habréis de hacer la enterostomía; recordad con este motivo que, según los ingleses, el método de Calyssen ó de Amussat, según el cual se practica un ano por detrás y á nivel del ciego, da resultados superiores al método empleado en Francia, que consiste en practicar el ano por delante en el vacío izquierdo, á nivel de la S ilíaca.

Así, pues, después de haber empleado los medios médicos sin resultado, si os decidís á recurrir á una intervención quirúrgica, que sea lo más cerca posible del principio de los accidentes, y no dejéis pasar ocho días sin proceder á la operación.

## LECCIÓN SEXTA

### DEL TRATAMIENTO DE LA DIARREA

RESUMEN.—De la diarrea: causas y patogenia de la diarrea.—Diarrea alimenticia, diarrea vasomotora, diarrea por contractilidad exagerada, diarrea diatésica.—Indicaciones terapéuticas.—No se deben curar todas las diarreas.—Del tratamiento higiénico de la diarrea.—De la leche y de la carne cruda.—De la influencia del frío.—Tratamiento farmacéutico.—De los polvos llamados *inertes*.—Del subnitrate de bismuto, de la creta.—De los polvos calcáreos.—Del óxido de zinc.—De los astringentes.—Del tanino, de la ratania.—De las sustancias anexosmóticas.—Del opio, de la morfina.—De la asociación de estas diferentes sustancias.—De los enemas de ipecacuana.—De la diarrea en los niños.—De la diarrea palúdica.—Del cólera infantil.—Tratamiento de la diarrea de los niños.—De la diarrea de los países cálidos.—De la diarrea de Cochinchina.—De las aguas termales en la diarrea.

#### SEÑORES:

La diarrea, cuyo tratamiento quiero estudiar hoy, es un síntoma opuesto al del estreñimiento; porque en tanto que la rareza y la dureza de las materias fecales permiten reconocer este último, por el contrario, su abundancia y estado líquido caracterizan la diarrea.

A pesar de esta oposición, las causas que determinan estos síntomas son idénticas aun siendo contrarias, y así como hemos visto que, ora las sustancias alimenticias, ora las modificaciones de las secreciones intestinales, ora, en fin, las perturbaciones que pueden existir en la túnica muscular producen el estreñimiento, también veremos á estas causas provocar la diarrea.

Así, pues, tenemos una diarrea de causa alimenticia, diarrea à *crapulâ*, debida á una ingestión de alimentos tomados en demasiada cantidad, ó mal preparados, ó mal soportados por la mucosa intes-

De las causas de la diarrea.