

En cuanto á los aparatos de bomba y de escurrimiento, pueden utilizarse un gran número, siendo siempre el mejor, el más sencillo.

VIA INTESTINAL.—Mucho tiempo ha que se emplea el agua salada en lavativas, pero hasta 1897 se pensó usarlas como sucedáneas de las inyecciones salinas.

VILLANOVA, que obtuvo algunos éxitos en el tratamiento de accesos palúdicos perniciosos y de la disenteria, trató este punto en su tesis inaugural. Después de él ha sido bastante estudiado, demostrándose que la absorción del agua salada por la vía rectal, es bastante rápida é intensa para permitir aprovechar esta vía, aun en casos de alguna gravedad.

Las lavativas rectales de suero artificial, serán todo utilizables en aquellos casos en que se está desprovisto de útiles de inyección. Dan también muy buenos resultados en diversas afecciones, sobre todo intestinales, de los niños.

Una vez satisfechas con absoluta precisión y energía las tres indicaciones cardinales que hemos estudiado y que, como se recordará bien, son: la vigilancia del estado general del enfermo, la disminución rigurosa del foco de infección y la extracción fuera del organismo de las toxinas que lo saturan, habremos colocado á nuestro enfermo en las condiciones fundamentales para su tratamiento y curación.

Pero hay otros elementos terapéuticos complementarios del plan general que hemos trazado, y es el estudio de estos recursos secundarios, el que vamos ahora á intentar.

REFRIGERACION LOCAL.

Comenzaremos el estudio de los recursos complementarios del tratamiento de las septicemias peritoneales, por el del frío, en aplicaciones circunscritas. Este medio es de una potencia innegable.

El empleo del hielo como antiflogístico es muy antiguo; pero su aplicación al tratamiento de la peritonitis parece ser de época reciente. La primera observación relativa á la peritonitis, tratada por la aplicación del frío en el abdomen, apareció en el año de 1828, suscrita por un autor oculto bajo un pseudónimo; y

sea la ignorancia de los médicos de aquella época respecto á la enérgica acción del frío, sea su timidez en el manejo de un recurso cuyo empleo era aún poco conocido, el hecho fué que el método nuevamente descrito, no hizo fortuna y fué abandonado.

Parece ser que fué BÉHIER el que primero reglamentó y le dió publicidad al método de la irrigación fría continua, en el tratamiento de las afecciones inflamatorias del abdomen. BÉHIER, se servía del agua fría para practicar sus irrigaciones. El Dr. BRIAUT, discípulo de BÉHIER, describe la técnica de éste, de la manera siguiente:

“Un recipiente cualquiera, lleno de agua fría, se suspende de las barras que sostienen el cielo de la cama. Un tubo en forma de sifón se coloca en este recipiente, y se trae su extremidad inferior hasta un poco arriba del vientre de la enferma. En la extremidad ésta, la inferior del tubo, se coloca un lienzo plegado en varios dobleces, á fin de que el agua fría al pasar por él, pierda su forma de chorro y caiga bajo la degotas. Estas gotas de agua fría caen sobre el abdomen de la enferma, que se halla cubierto por una pequeña capa de hilas que contribuye á sostener el abatimiento de la temperatura del abdomen, aumentando la superficie de la evaporación del líquido. Los bordes de esta capa de hilas reposan sobre dos lienzos impermeables que conducen el agua hasta unas vasijas colocadas lateralmente abajo de la cama.”

Como se puede suponer, este modo de aplicación del frío es muy defectuoso: no solamente el abatimiento de la temperatura es insignificante, sino que, el agua escurriendo por los flancos del enfermo, no tarda en humedecer y en empapar las ropas de la cama, constituyendo así un inconveniente grave para su aplicación. Además, los enfermos de peritonitis, por lo menos durante los primeros períodos, están en tal estado de inquietud, que no tolerarían la inmovilidad rigurosa que el aparato de BÉHIER exige.

Estos inconvenientes, por otra parte, no escaparon á la observación del autor del método, como puede verse en las palabras siguientes:

“Para obviar estos inconvenientes, dice BÉHIER, he reemplazado la irrigación por la aplicación continua del frío húmedo. Un lienzo mojado y plegado en tres ó cuatro dobleces, se aplica sobre el vientre. Se colocan sobre este lienzo dos vejigas de caucho ó dos vejigas de puerco, á medio llenar de pequeños fragmentos de hielo. Desde que el hielo se funde, debe renovarse . . .”

El agua fría, es pues, insuficiente para su objeto, y hay necesidad de recurrir al empleo directo del hielo. . . . ¿Cómo hacer la aplicación de él?

En vejigas naturales de puerco, de carnero ó de ternera, en sacos de caucho ó, en último extremo, en fragmentos de intestino de buey, distendidos por insuflación y secados al aire.

Los sacos de caucho tienen la ventaja de su inalterabilidad; pero parecen ser poco preferidos por los enfermos, tal vez porque son menos conductores del calor que las vejigas naturales.

Las vejigas de puerco ó de cualquier otro animal de tamaño mediano, son las más solicitadas y los enfermos encuentran mayor comodidad en el empleo de ellas. Tienen la desventaja de su facilidad para sufrir la putrefacción y para exhalar un olor repugnante, irresistible para el enfermo y para sus asistentes.

Habría grandes ventajas en tener á mano algún procedimiento rápido que impidiera la producción de semejante olor ó que facilitara su desaparición, una vez producido. Todas las tentativas hechas con este fin han fracasado, y no queda más recurso que renovar frecuentemente las vejigas que se utilizan para contener el hielo.

La duración de cada vejiga puede calcularse en unas ocho ó diez horas: pasado este tiempo comienzan á descomponerse.

Véamos ahora la manera de sostener sobre el abdomen la vejiga llena de hielo.

Multitud de aparatos y de vendajes se han ideado para sostener sobre el vientre el foco del abatimiento de la temperatura; pero todos, más ó menos, son defectuosos, y algunos hasta inaplicables.

Parecería *á priori* sencilla la cuestión, recomendando al enfermo la posición dorsal y la quietud, mientras se deposita sobre su vientre la vejiga con el hielo, que se sostendría bien por la amplitud de la región abdominal. Pero esto en la práctica es casi irrealizable: un enfermo atacado de peritonitis no tolera sobre su vientre ni aun el peso de las sábanas, y el menor toque en esa región le arranca gritos de dolor. Es muy difícil, que en tal situación se acepten los sufrimientos que el peso de la vejiga con hielo sobre el abdomen ocasionaría.

Es preferible, suspender la vejiga por medio de un cordón, del cielo de la cama: de este modo se puede calcular el contacto del abdomen con el foco de frío intenso, sin hacer presión sobre la serosa inflamada.

Para hacer más intenso el frío producido por el hielo, se aconseja mezclarlo con su peso de cloruro de sodio.

En cuanto se funde el hielo, debe inmediatamente substituirse la vejiga llena de agua, con otra llena de hielo y sal.

Una de las condiciones esenciales para el buen éxito del tratamiento por el hielo, es la constancia en la aplicación de él: el menor intervalo de suspensión del frío, agrava los accidentes.

Esto es fácil de comprender: cuando se pone algún punto de los tegumentos en contacto con una fuente intensa de frío, se produce inmediatamente una contracción de todos los vasos sanguíneos, en el punto de aplicación del frío y en sus alrededores. Por consecuencia, la sangre de la piel y del tejido celular se dirige hacia los órganos profundos, y los tejidos superficiales isquemiados, disminuyen la actividad de sus funciones y de los cambios nutritivos que en su espesor se verifican, y se abate el grado de su temperatura funcional, á la vez que su energía vital disminuye.

Pero que el frío cese de actuar, é inmediatamente se observarán los fenómenos de la reacción. Los vasos hasta este momento contraídos, se relajan y paralizan, dando paso á una cantidad de sangre mucho mayor que la normal, la que en virtud de la poca resistencia de los capilares paralizados de esa región, no circula como es usual, y se detiene produciendo una congestión con estasis parálitica. Por consecuencia, las oxidaciones y los cambios locales suben de intensidad, la actividad funcional de los elementos anatómicos se levanta, y la temperatura de esa zona se eleva á la vez que la actividad vital se redobra.

Estos fenómenos, efectos del frío y del calor, se hacen sentir de un modo poderoso en la región del peritoneo, produciéndose en la serosa inflamada fluxiones y reflujos circulatorios, según la disminución ó el aumento del frío que obra sobre las paredes del vientre y que no pueden tener más que desastrosa influencia en la marcha del proceso inflamatorio del peritoneo.

Hay necesidad, pues, de que la aplicación del frío sea enteramente constante.

¿Cómo obra el frío sobre la peritonitis? ¿Cuál es el mecanismo de su acción antiflogística?

Véamos desde luego cuál es la acción del frío sobre la sangre y la linfa.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

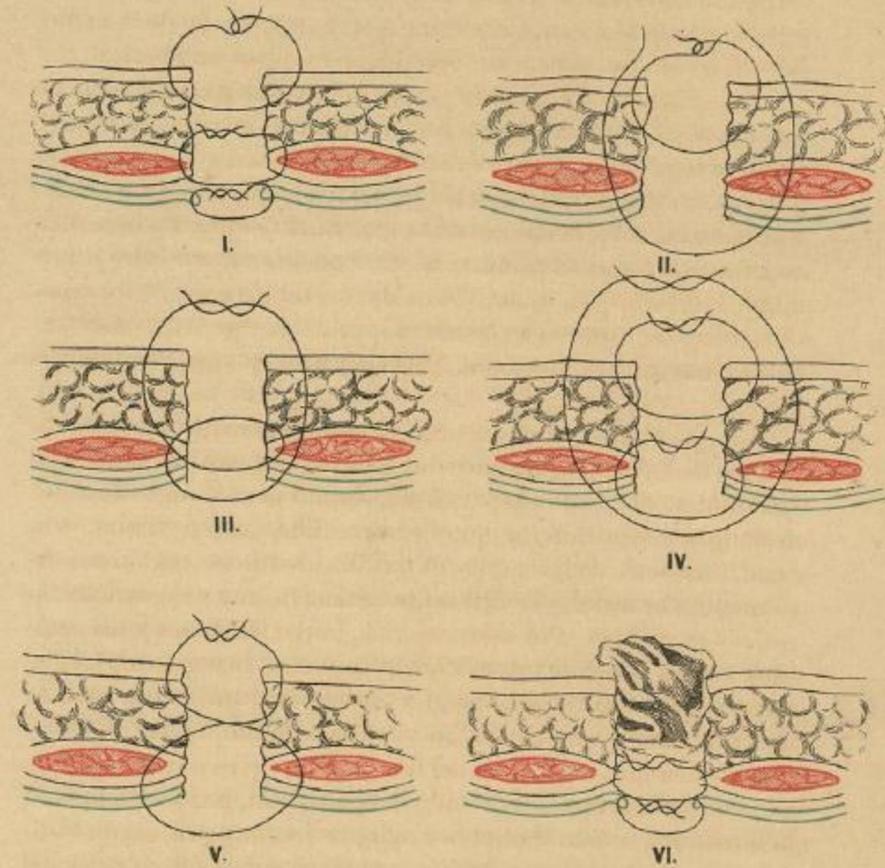


Fig. 97.—I. Sutura abdominal, por planos.
II. Sutura abdominal, en masa.
III. Sutura mixta, de AMANN, (JUNIOR).
IV. Sutura mixta, de WYLIE.
V. Sutura en ocho, de SCHORVER y KEHRER.
VI. Sutura, de PRIOR y O'NEILL.

Nota.—El peritoneo está representado con color verde, el músculo, rojo, y la piel y aponeurosis, negro.

“La influencia del calor sobre la actividad de las celdillas, dice RANVIER, explica cómo se pueden prevenir las acumulaciones de leucócitos en ciertos puntos de la economía, abatiendo la temperatura de estos puntos. Abajo de 20° , los leucócitos no dan ya prolongamientos amiboides, no cambian de forma, no se aplican á las paredes de los vasos, y no es sino en una temperatura superior á 35° ó 36° donde sus movimientos son bastante enérgicos para permitirles pasar al través de los vasos y recorrer, emigrando, los tejidos.”

En efecto, si se coloca una gota de sangre de rana en la platina de un microscopio, y se calienta esta platina, se ven los movimientos amiboides hacerse muy rápidos y en gran número; pero si, al contrario, se enfría la preparación, estos movimientos amiboides disminuyen, se hacen más y más lentos, y por fin llegan á desaparecer.

Estas experiencias, cuando se hacen con sangre procedente de animales de sangre caliente, aun cuando son análogas, se hacen mucho más difícil de percibir.

Estos datos nos permiten comprender cómo la aplicación del frío tiene un efecto saludable sobre la inflamación y la supuración. No solamente la circulación activa desaparece, sino que los elementos generadores de la supuración se paralizan: abajo de una temperatura de 20° á 30° , la virulencia de los gérmenes piógenos se atenúa, y la emigración de los leucócitos, hemos visto que disminuye.

Toda vez que se pueda abatir varios grados la temperatura de un tejido inflamado, se pondrá en mejores condiciones para escapar á la supuración.

¿Este efecto del frío, es sensible hasta las capas profundas del abdomen? ¿No se limita únicamente hasta cierta profundidad, pasada la cual, no solamente no tiene acción benéfica, sino por el contrario, puede producir fenómenos congestivos que favorezcan la inflamación?

Procuremos estudiar este punto con atención.

Desde luego, para juzgar en conjunto la cuestión, véamos la experiencia siguiente de LOUIS DEBRAND, que es instructiva en todos sentidos

“El 6 de Octubre, á las dos de la tarde, escribe DEBRAND, extendimos un conejo sobre una mesa; cortamos todo el pelo del vientre, y en el flanco izquierdo practicamos un incisión oblicua,

como de 4 centímetros, paralela al arco crural. Llegando al peritoneo, le asimos con una pinza de garras, y después de haberle practicado una pequeña abertura, introdujimos la sonda acanalada, sobre la que deslizamos un bisturí para seccionar el resto de la serosa.

“Hecho esto, tomamos dos termómetros, uno de los cuales era de máxima, y los que habíamos comparado previamente introduciéndolos en agua tibia. Los dos habían marcado 38°

“El termómetro ordinario presenta en la parte superior de la cubeta, una ranura al rededor de la que enrollamos un alambre de hierro bastante resistente, de una longitud aproximada de 7 centímetros, y graduado de centímetro en centímetro. El alambre de hierro y el tallo del termómetro forman un ángulo casi recto. Todo el sistema presenta, aproximadamente, la figura de un compás abierto, del que una rama sería más corta que la otra. Por medio de este pequeño aparato, se puede leer de un golpe de vista, la temperatura y la distancia que separa la cubeta del mercurio, de la pared abdominal.

“Insistimos sobre estos detalles, porque son necesarios para comprender bien la experiencia.

“Por la incisión abdominal introdujimos el termómetro así preparado. El alambre sale por uno de los ángulos de la herida, el termómetro sale por el otro ángulo. Los labios de la herida se suturan exactamente. En este momento la temperatura es de 37°3; y el termómetro se halla á una profundidad de 6 centímetros: es el máximo de la capacidad abdominal de un conejo grande.

“El alambre no marca sino 5 centímetros; pero en razón de la inclinación del termómetro, hay que agregar 1 centímetro á la cifra acusada por el alambre.

“El termómetro de máxima, introducido en el recto, marca igualmente 37°3. Esta cifra representa, pues, la temperatura de las partes profundas del abdomen en este momento. Trayendo el termómetro intra-peritoneal, á un centímetro distante del abdomen, encontramos 37°

“He aquí la segunda parte de la experiencia:

“Sobre el flanco izquierdo del conejo colocamos una vejiga llena de hielo. La parte de los tegumentos, en contacto con esta vejiga, es ancha, como una pieza de 5 francos. Un pedazo de lienzo se coloca entre la vejiga y el termómetro, para impedir que la radiación del frío venga á influir en los resultados de la experiencia.

“Se recordará que la temperatura abdominal y la rectal, eran antes de la aplicación del hielo, de 37°3.”

El cuadro siguiente consigna las cifras obtenidas por DEBRAND.

Temperatura abdominal	Temperatura rectal	HORAS	PROFUNDIDAD
37°	37°3	2 h. 30'	0.01 cent.
36°8	37°3	2 h. 35'	0.01 cent.
36°5	37°2	2 h. 40'	0.01 "
36°	37°2	2 h. 45'	0.01 "
35°4	37°2	2 h. 50'	0.01 "
36°	37°2	2 h. 55'	0.03 "
35°8	37°1	3 h.	0.03 "
35°2	37°	3 h. 05'	0.03 "
35°	36°8	1 h. 10'	0.03 "
35°8	36°8	3 h. 15'	0.06 "
35°6	36°6	3 h. 20'	0.06 "
35°2	36°4	3 h. 25'	0.06 "
35°	36°	3 h. 30'	0.06 "

Los resultados que DEBRAND ha obtenido en sus experiencias, lo impelen á formular esta ley:

“La temperatura de un órgano sometido á la influencia del hielo, está proporcionada á la duración de la aplicación de éste y á la distancia que le separa del foco productor del frío.

Hace también la deducción siguiente: para que las partes profundas sufran la acción del hielo, se necesita que éste dure aplicado bastante tiempo. Además, lo que es fácil de prever, las partes superficiales se enfrían muy rápidamente.

Pero el hecho capital que resulta de las experiencias anteriores, es que toda la extensión del abdomen está sometida á la acción refrigerante del hielo. Por consecuencia, la acción antiflogística de éste es general.

La importancia que tiene el esclarecimiento de la acción del frío, sobre los órganos profundos del abdomen, nos impele á consultar aún otros escritos.

HAGSPILL, en una tesis titulada “*De frigoris efficacitate physiologia*” (Leipsick, 1857) fundándose en el resultado de cuatro experiencias practicadas en conejos, dice: que después de la aplicación de una vejiga de hielo sobre el abdomen, la temperatura

de la cavidad abdominal, lo mismo que la del recto, se abate de un modo notable.

Para practicar sus experiencias, el autor, después de haber atado los conejos, les introducía un termómetro en el recto y otro en la cavidad abdominal, por medio de una incisión practicada en la línea blanca; entonces aplicaba una vejiga con hielo, sobre la piel del hipocóndrio izquierdo previamente rasurada. Tres de sus ensayos son infructuosos; pero en el cuarto, la temperatura de la cavidad abdominal, después de una hora de aplicación del hielo, cayó de 37° á $35^{\circ}22$, sea un grado 75 cent., mientras que en el recto no se notaba sino una diferencia de $0^{\circ}40$. Cuando se retiró el hielo, la temperatura volvió á su estado normal, en un plazo de una hora y veinte minutos, tanto en la cavidad abdominal, como en el recto.

BINZ, en sus "*Observaciones de Clínica Interna*," 1863, no pudo confirmar estos resultados.

Experimentó sobre perros, y notó que después de tres horas de aplicación de una gran vejiga de hielo sobre el abdomen, no podía percibirse ningún abatimiento en la temperatura de la cavidad abdominal. No fué sino en la cara interna de la hoja parietal del peritoneo, donde la temperatura se abatió de una manera notable: en un caso, cayó, en el espacio de treinta minutos, de $38^{\circ}5$ á $19^{\circ}3$.

Los resultados de las experiencias de HAGSPIHL y de BINZ, son, como hemos visto, diametralmente opuestos. Más indecisión arroja en nuestro espíritu el resultado de las investigaciones experimentales de ACKERMANN.

ACKERMANN encontró, que introduciendo un termómetro de HAIDENHAIN por la vena yugular de un perro, hasta la vena cava, á un centímetro aproximadamente arriba de la vena renal, y haciendo luego una aplicación de hielo sobre el tegumento externo del animal, la temperatura de la sangre de la vena cava se abatía inmediatamente, y aunque presentaba alternativas interesantes, no volvía á su cifra primitiva sino cuando se retiraba el hielo.

Las observaciones recientes de WINTERITZ, de RIEGEL y de ROSENBERGER, contribuyen también en apoyo de los resultados obtenidos por ACKERMANN.

Cuando se enfría fuertemente el brazo de un hombre, dice WINTERITZ, la temperatura se eleva en la axila, mientras que se abate sensiblemente en la palma de la mano. Lo mismo, cuando se pone un pie en la nieve ó entre hielo, la temperatura de la pierna se eleva. Este fenómeno lo explica por una hiperemia

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

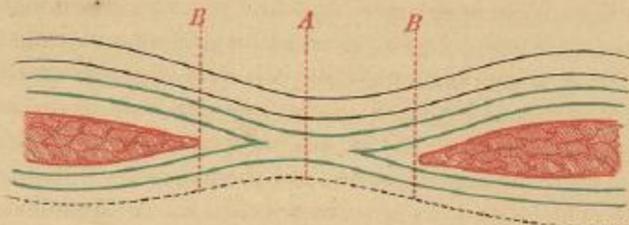


Fig. 98.—A. Incisión sobre la línea media, no descubre los músculos rectos y encuentra una hoja aponeurótica.

B. B.—Incisiones laterales, que sí descubren los rectos y encuentran dos hojas aponeuróticas.

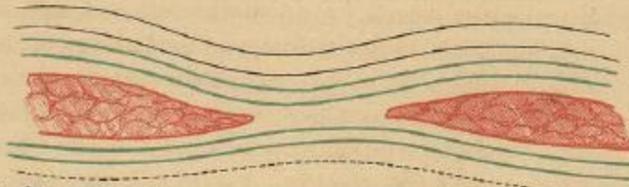


Fig. 99.—Peculiaridad anatómica, frecuente en México. No hay línea blanca, propiamente dicha.

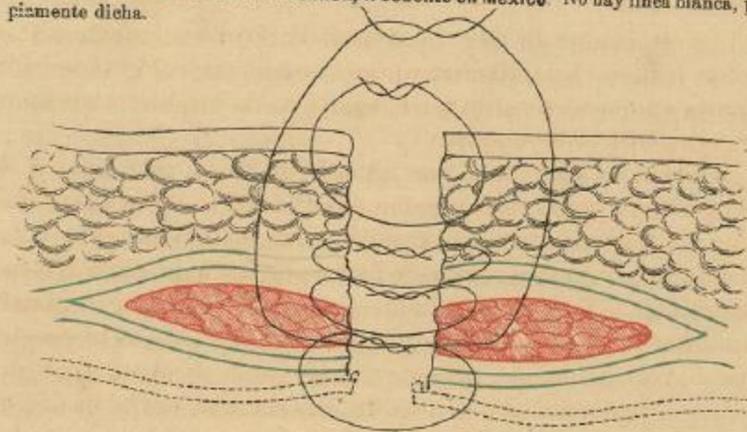


Fig. 100.—Sutura mixta, empleada más frecuentemente en mis laparotomías. DR. SUÁREZ GAMBOA.

colateral: cada contracción vascular obraría como un obstáculo que rechazaría la sangre hacia atrás. El examen esfigmográfico ha mostrado que esta elevación en la tensión vascular de las arterias aferentes, existía en realidad.

WINTERNITZ ha demostrado igualmente, que la temperatura bajaba en el recto, á la vez que en la axila, cuando en el dorso de un hombre desnudo, cuya temperatura ha permanecido constante durante largo tiempo, se aplica hacia arriba de la columna vertebral una mezcla de nieve y cloruro de sodio, contenida en una bolsa de caucho. Notó que veinte minutos después la temperatura rectal había disminuído $0^{\circ}1$, una hora más tarde 0.55 . Durante este tiempo disminuyó en la axila 0.2 .

RIEGEL coloca sobre el abdomen una vejiga con hielo, y nota que la temperatura se abate de $0^{\circ}2$ á $0^{\circ}27$, y la rectal de $0^{\circ}1$ á $0^{\circ}5$.

ROSENBÜRGER demuestra, á su vez, que el aumento de la intensidad del frío, abatía la temperatura lo mismo en el estado de fiebre que en el estado normal. El mismo efecto se produce cuando se aumenta la superficie enfriada. En los primeros momentos, durante los que el frío ejerce su acción, el abatimiento de la temperatura es un poco más lento que después, cuando ha transcurrido ya algún tiempo de actuar el frío: lo mismo es la vuelta al estado normal, al principio se hace lentamente, después con rapidez.

Estos estudios de WINTERNITZ, de BINZ, de HAGSPIHL, de RIEGEL y de ROSENBÜRGER, en verdad, no producen grandes efectos prácticos, para demostrarnos la acción del frío sobre los órganos profundos del vientre.

Para decidir la cuestión, el Dr. SCHULZE ha hecho la experiencia siguiente:

Elegía perros de gran talla, los dormía por medio de inyecciones de morfina, y los amarraba á una mesa, bien cubiertos con capas de algodón. Estas experiencias se realizaban durante el riguroso invierno de 1873, en París.

Después de hacer una pequeña incisión en el abdomen, introducía en la cavidad peritoneal un termómetro de HAIENHAIN, suturaba lo más cuidadosamente posible los labios de la herida, de modo que el termómetro quedara bien sujeto: por medio de un emplasto aglutinativo fuerte, fijaba bien el termómetro á los contornos de piel que le rodeaban, quedando fijo el instrumento de tal modo, que la cubeta del mercurio podía seguir todos los movimientos de los órganos abdominales, sin cambiar de posición.

Como procuraba estudiar, sobre todo bajo el punto de vista práctico, proporcionaba SCHULZE las cantidades de hielo y la extensión del punto de aplicación sobre el animal; en general, la cantidad de hielo era igual al $\frac{1}{36}$ del peso del animal, y la superficie enfriada, al cuarto de la pared anterior del abdomen. Cuando terminaba una experiencia, mataba el perro por medio del cloroformo; la abertura del abdomen le hacía entonces conocer á qué distancia se hallaba la cubeta del termómetro, del punto influenciado por el hielo.

He aquí una de estas experiencias:

Perro de 6½ kilos. Peso del hielo: 130 gramos. Termómetro en el abdomen á 15 centímetros de profundidad, reposando la cubeta sobre la columna vertebral.

Notó las cifras siguientes:

HORAS	TEMPERATURA	HORAS	TEMPERATURA
2 h. 55'	34° 98	3 h. 07'	34° 95
2 h. 57'	34° 97	3 h. 09'	34° 96
2 h. 59'	34° 97	3 h. 10'	34° 96
3 h. 02'	34° 96		
SE APLICA EL HIELO			
HORAS	TEMPERATURA	HORAS	TEMPERATURA
3 h. 11'	34° 96	3 h. 30'	34° 72
3 h. 12'	34° 96	3 h. 35'	34° 63
3 h. 13'	34° 96	3 h. 40'	34° 56
3 h. 14'	34° 95	3 h. 45'	34° 52
3 h. 16'	34° 94	3 h. 50'	34° 39
3 h. 17'	34° 93	3 h. 56'	34° 37
3 h. 18'	34° 91	4 h.	34° 30
3 h. 19'	34° 89	4 h. 2'	34° 28
3 h. 20'	34° 84	4 h. 5'	34° 23
3 h. 21'	34° 75	4 h. 6'	34° 25
3 h. 26'	34° 77	4 h. 7'	34° 26
3 h. 28'	34° 72	4 h. 10'	34° 27
SE QUITA EL HIELO.			
A las 4 h. 55' la temperatura había subido á 34° 93			

En algunas experiencias que he hecho, pude notar un abatimiento de la temperatura, mucho más considerable que el que indica el Dr. SCHULZE

Mi autoridad no es suficiente para combatir los resultados obtenidos por el Dr. SCHULZE; pero sin embargo, permítaseme anotar el resultado de alguna de mis experiencias personales:

Conejo de 3 libras de peso. Peso del hielo 60 gramos. El termómetro está hundido en el vientre, tres centímetros al nivel de la fosa iliaca izquierda. El hielo aplicado en el epigastrio está encerrado en un pequeño saco construído con intestino seco de buey. Un termómetro introducido tres centímetros en el recto. Hora de principio de la experiencia: las 3 p. m. Temperatura rectal, 38° 4.—Temperatura peritoneal, 37° 5.

HORAS	Temperatura rectal	Temperatura peritoneal
3 h. 15'	38°	37° 4
3 h. 30'	37° 8	37° 2
3 h. 45'	37° 5	37°
4 h.	37° 1	36° 8
4 h. 30'	36° 7	36°
5 h.	35° 4	35°
RETIRADO EL HIELO Y CERRADO EL VIENTRE		
HORAS	Temperatura rectal	Temperatura peritoneal
5 h. 45'	35°	
6 h. 35'	35° 2	
7 h.	35° 4	
8 h.	36° 3	
9 h. 30'	37° 5	

Como se ve, los resultados obtenidos por mí, en el conejo, son de brillante demostración para reconocer el efecto activo del hielo sobre la temperatura profunda del abdomen.

Las pulverizaciones prolongadas de cloruro de etilo en el abdomen del conejo, bajan la temperatura rectal uno ó dos grados, en unos cuantos minutos.

Todas estas experiencias se han relacionado solamente con

los animales, y los resultados de ellas se han aplicado al hombre, por analogía.

La primera experimentación hecha sobre el hombre, pertenece á VIRGINIA SCHLIKOFF. Le dejo la palabra:

“La experiencia siguiente se ha hecho en una mujer de 39 años, en la cual se había formado una fistula intestinal como consecuencia de la gangrena de una hernia inguinal. Según la longitud del tallo del termómetro, introducido por la fistula y el ángulo formado por él y el plano de la pared abdominal, calculaba á qué distancia se encontraba la cubeta de la superficie enfriada. Había aproximadamente cuatro centímetros. Hé aquí los resultados adquiridos.

TIEMPO	Temperatura del intestino	Temperatura axilar
0'	37° 25	36° 73
SE PONE EL HIELO EN EL ABDOMEN		
TIEMPO	Temperatura del intestino	Temperatura axilar
5'	37° 80	36° 71
10'	37° 45	36° 63
15'	36° 82	36° 60
20'	36° 21	36° 62
25'	35° 64	36° 52
30'	36° 52	36° 52

El ascenso súbito que hubo al fin de la experiencia, fué ocasionado por una abundante evacuación que vino por la fistula.”

Por todo lo expuesto anteriormente, se ve que la aplicación del frío sobre el abdomen es de un efecto real en las regiones profundas, y que su indicación en las inflamaciones peritoneales, como antiflogístico poderoso, está perfectamente legalizada.

El tratamiento por el hielo inspira á las enfermas grandes temores, y se muestran por lo regular rebeldes á sufrirlo: hay necesidad de mostrarse severo para hacer que las mujeres acepten

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

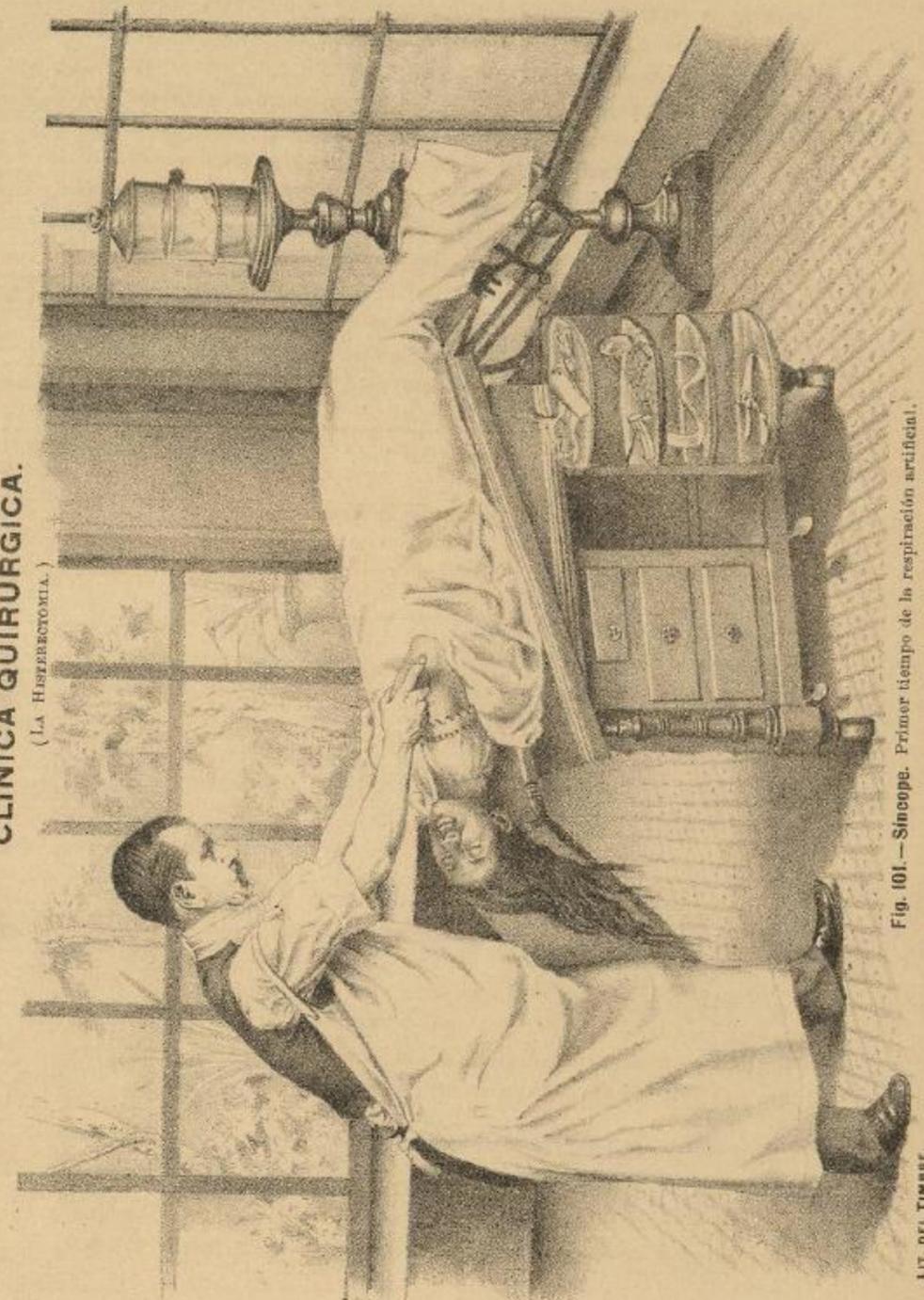


Fig. 101. — Síncopa. Primer tiempo de la respiración artificial.

DR. SUAREZ GAMBOA

LIT. DEL TIMBRE.

este medio. Ciertamente que esta severidad dura poco, pues no bien los enfermos han experimentado la sensación de mejoría que el hielo procura, ellos solos solicitan casi con urgencia el sostenimiento del hielo en su abdomen.

Poco tiempo después de principiado el tratamiento por el hielo, la piel se pone roja, muy fría y poco sensible. Es prudente vigilar mucho el estado de la piel, sobre todo cuando la vejiga se pone en contacto directo con ella. Se temerá la proximidad de la gangrena, cuando se vean las partes de la piel, en contacto con el hielo, tomar un color azulado: en estas circunstancias se cambiará inmediatamente el punto de aplicación de la vejiga. Esta gangrena consecutiva á la aplicación del hielo, es enteramente superficial y no presenta ningún peligro.

El agua que escurre de la vejiga, humedece las ropas del enfermo y le predispone al desarrollo de complicaciones torácicas ó laringeas. Se tendrá cuidado de rodearlo de lienzo bien secos que se renuevan frecuentemente.

TRATAMIENTO MERCURIAL.

Los mercuriales, dice TROUSSEAU, se consideran como los antiflogísticos más poderosos que posee la materia médica, y quizás su potencia sea aun más grande que la de las emisiones sanguíneas.

Esta exagerada opinión muestra la reputación de que el mercurio ha gozado como antiflogístico; pero la escuela moderna, menos teórica y más demostrativa, ve como muy hipotética la acción antiflogística del mercurio.¹

He aquí cómo se expresa el Dr. HALLOPEAU en su tesis sobre la acción terapéutica y fisiológica del mercurio, en lo relativo á la medicación mercurial en el tratamiento de la peritonitis:

“Es sobre todo VELPEAU, quien ha preconizado el mercurio en la peritonitis, y particularmente en la peritonitis puerperal. Antes que él, VAUDEZANDE había empleado el calomel y las fricciones; LAËNNEC había prescrito el mercurio en la peritonitis crónica, y CHAUSSIER lo había ensayado, aunque sin método. VELPEAU quería poner la sangre en pocas horas en condiciones tales, que se volviese impropia para suministrar los elementos de una flegmasía grave; daba, pues, dosis enormes de mercurio y bajo todas

¹ SUÁREZ GAMBOA y JULIÁN PALACIOS.—De la acción del mercurio. 1892.

sus formas. Prescribía el calomel y al mismo tiempo fricciones sobre el vientre y los muslos, con 30 ó 60 gramos de unguento mercurial. TROUSSEAU fué hasta la dosis de 100 á 150 gramos en las 24 horas, y PAUL DUBOIS se atrevió hasta alcanzar las dosis de 500 y 750 gramos. Semejante medicación, justificada por la inminencia del peligro, producía una intoxicación mercurial violenta y rápida—lesiones graves de la boca, erupciones eczematosas intensas, gangrenas,—lo que obligó á TROUSSEAU á preferir el método de LAW, anunciando que con dar el calomel á dosis pequeñas, frecuentemente repetidas, se obtenían resultados análogos á los de las fricciones.”

En sus *Comentarios terapéuticos del Codex*, dice el profesor GÜBLER:

“Yo he visto una glositis parenquimatosa, y lesiones de la boca y del ismo gutural, poner la vida en peligro, á consecuencia de una sola fricción de unguento napolitano, hecha sobre el hipogastrio, en un caso de peritonitis puerperal.”

Se ve que la acción terapéutica del mercurio en la peritonitis, pone al enfermo á elegir entre dos males: la intoxicación mercurial casi cierta y la inflamación de su vientre. Algunas veces esta elección se decide obteniendo el paciente, á más de su padecimiento abdominal que pone en peligro su vida, las lesiones de una intoxicación que puede ser grave y que aumenta lo aflictivo de su situación.

Por esto, casi la totalidad de los Cirujanos modernos hemos abandonado completamente el empleo del mercurio como antiflogístico, en la peritonitis, reservándonos únicamente la utilización de sus propiedades purgantes.

La medicación mercurial, que en un tiempo fuera puesta en honor por médicos eminentes, se ve hoy abandonada y casi considerada irracional, si se medita bien sobre la patogenia de la infección peritoneal, tal como se la considera en la actualidad.

EMISIONES SANGUINEAS.

“Estamos convencidos, dice DEBRAND, de que la mayor parte de las peritonitis curadas con sanguijuelas, no son sino casos de pelvi-peritonitis.”

Los médicos, en épocas aun no remotas, desde que se iniciaban los dolores abdominales colocaban en el vientre quince ó veinte sanguijuelas, y una vez caídas éstas, cubrían el abdomen con una gruesa capa de unguento napolitano, y otra de algodón suavemente comprimido por un vendaje.

Algunos substitúan las sanguijuelas por la aplicación de ventosas escarificadas, en número conveniente.

A este respecto, dice lo siguiente HARVIEUX:

“En general, prefiero las aplicaciones de ventosas escarificadas, que tienen la doble ventaja de ser expeditivas y de no extraer sino la cantidad de sangre que se desea; la aplicación de las sanguijuelas es siempre lenta y produce una extracción de sangre siempre mayor ó menor de la calculada. Nunca he visto la aplicación de ventosas escarificadas no ser seguida del apaciguamiento de los dolores, de la disminución de la tumefacción inflamatoria, de la disminución de la fiebre; en una palabra, de una sedación y de un bienestar que siempre llama la atención de los enfermos.”

No ha faltado clínico que recomiende en las peritonitis la aplicación sobre el abdomen, hasta de cincuenta y aun cien sanguijuelas. Para comprender bien los resultados de semejante práctica, véamos el cálculo siguiente de BOURSAIN:

La Academia de Medicina Francesa ha propuesto que no se utilicen para el comercio, sino sanguijuelas que pesen á lo más 2 gramos. Sin embargo, hay algunas que no llegan á este peso, y que son capaces de extraer hasta cuatro veces su peso de sangre. Las medias, que son generalmente las más comunmente empleadas, pesan de 2 á 4 gramos, y pueden extraer hasta 6.90 veces su peso de sangre. De modo que si una sanguijuela pesa 4 gramos, el peso de la sangre extraída será:

$$P = 4 \times 6.90 + \frac{1}{3} (4 \times 6.90) = 46 \text{ gramos.}$$

Se sabe que cuando la sanguijuela se desprende y se continúa la hemorragia por medios activos, tales como la aplicación de cataplasmas calientes, la cantidad de sangre que escurre así, es de cerca de los $\frac{1}{3}$ de la tomada por la sanguijuela. P representa el peso de la sanguijuela.

Una sanguijuela que pesa 4 gramos, puede extraer hasta 46 gramos de sangre. Si nos limitamos á una media de 30 gramos por sanguijuela, se ve que cien sanguijuelas retirarán cerca de 3000 gramos de sangre: es la muerte de la enferma, pues el sistema vascular entero, no contiene sino 6000 aproximadamente.”

Como se ve, estas emisiones sanguíneas enormes se avienen mal con la naturaleza, esencialmente hipostenizante de la peritonitis, de cuya terapéutica se puede decir que reposa en este principio: sostener á todo trance la fuerza de resistencia del organismo.

Las emisiones sanguíneas abundantes están enteramente contraindicadas.

Por lo demás, la experiencia clínica ha demostrado que las emisiones sanguíneas en las peritonitis son inútiles en lo absoluto; más aún, que son nocivas por el estado de debilidad que provocan en los enfermos. En consecuencia, tanto las sanguijuelas como las ventosas escarificadas, se hallan hoy completamente abandonadas.

TRATAMIENTO POR EL OPIO.

“La medicación opiada, en la peritonitis, dice SIREDEY, produce efectos maravillosos; pero á condición de que no se administre sin método, de una manera banal, empírica.”

El acuerdo, sin embargo, no parece hacerse aún sobre la acción que tiene este medicamento sobre el tubo intestinal. La vieja discusión que se iniciara en tiempos de SYDENHAM, aun no queda bien definida. *Opium mehercle sedat*, decía SYDENHAM, y es también esta la opinión de algunos médicos modernos. *Opium mehercle excitat*, respondió BROWN, y muchos autores actuales sostienen que el opio excita las contracciones peristálticas del intestino. Desgraciadamente la Terapéutica experimental carece de investigaciones exactas, y de datos ciertos para dilucidar bien esta cuestión.

El opio es un medicamento de primer orden: su historia se confunde con la historia de la Medicina.

Para el Cirujano, la acción del opio sobre el intestino, es de una importancia capital. Cuando se practica una sutura intestinal, es de alto interés inmovilizar el intestino, deteniendo los efectos del peristaltismo, y esto se consigue admirablemente con algunas dosis de opio. En cambio, en el cólico saturnino no hay mejor medicamento que el láudano para provocar las evacuaciones, es decir, para mover el tubo intestinal. Hé aquí dos ejemplos bien notables: en uno, la acción antiperistáltica cura; en el otro, el efecto paralizante impide un accidente y trae también la curación.

Pero á pesar de esto, todos los Médicos y Cirujanos, están de

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

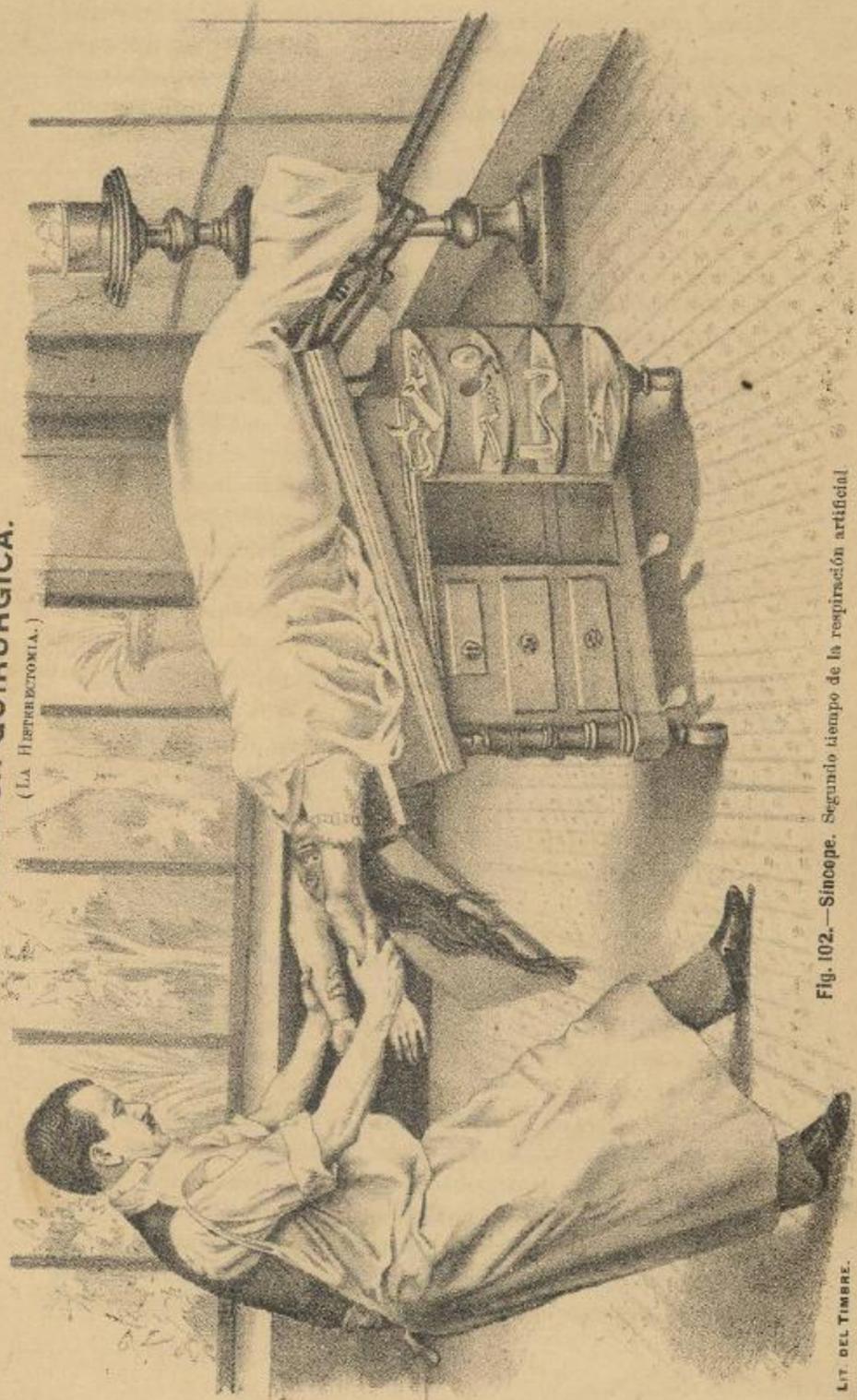


Fig. 102.—Síncope. Segundo tiempo de la respiración artificial

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUAREZ GAMBICA

acuerdo en este hecho: el opio produce la constipación, es decir, paraliza los movimientos peristálticos y disminuye la secreción intestinal. Esto parece ser cuestión de dosis: las pequeñas cantidades de opio excitan el peristaltismo, las grandes lo paralizan.

Pero lo que interesa saber al Cirujano, sobre todo, es esta cuestión: ¿En la peritonitis se debe provocar el peristaltismo intestinal, ó bien, por el contrario, combatirlo?

Los autores preconizan, para que el opio *produzca efecto* en las peritonitis, el empleo de dosis muy elevadas, 0.20, 0.30, 0.50 y aun 0.70 centigramos, en veinticuatro horas: es decir, *se busca efecto paralizante hasta su mayor intensidad*. "Se tendría pena, dice DEBRAND, para concebir semejante tolerancia por parte del organismo, si no se conociese esta ley de Terapéutica: un medicamento produce tanto menor efecto, cuanto mayor es la intensidad morbosa." DEBRAND sostiene su dicho presentando una observación clínica y una serie de experiencias hechas en perros, con las que pretende sostener la eficacia de las grandes dosis de opio en el tratamiento de las peritonitis.

La parálisis del peristaltismo intestinal tiene dos efectos inmediatos: primero, *la suspensión del curso de las materias que existen en su cavidad*; y segundo, *la disminución de la circulación intestinal, por parálisis de los vaso-motores y suspensión de los efectos dinámicos de la contractilidad muscular de las tunicas intestinales*.

Al mismo tiempo que el opio obra paralizando la fibra muscular del intestino y la función constrictora de los vaso-motores parietales del tubo digestivo, extiende su acción á las radículas nerviosas de los plexus peritoneales, abatiendo la receptibilidad de la red nerviosa peritoneo-intestinal para las excitaciones directas que puedan sufrir. Es, pues, un anestésico local del peritoneo y del intestino.

La parálisis del curso de las materias intestinales, con estancación de éstas, trae como consecuencia inevitable el aumento de las fermentaciones y la elevación de la virulencia de la flora microbiana intestinal: este aumento en las fermentaciones se acompaña de una gran producción de gases y del depósito considerable de productos orgánicos de la descomposición; es decir, de *toxinas*. El tubo intestinal, transformado en un canal fúcido é inerte, co-

loca en admirables condiciones de temperatura, inmovilidad y humedad, á los productos que encierra; y los microbios de todo género pululan vigorosamente y adquieren condiciones admirables de virulencia, para llevar por donde quiera que logren emigrar, las aptitudes eminentemente sépticas que han adquirido en la *estufa intestinal* donde nacieron.

La producción rápida de gases en el interior del intestino, obrando sobre las paredes paralizadas de éste como obraría sobre las de una vejiga inerte, causa la plenitud del intestino, primero, y va distendiéndolo lentamente hasta llevarlo á su máximo de distensión, es decir, hasta producir un meteorismo casi mortal.

No me ocuparé de los efectos desastrosos que el meteorismo tiene sobre las lesiones operatorias ó morbosas del intestino, ni de la influencia que pudiese tener sobre las ligaduras vasculares y pedículos abdominales, ó sobre las funciones de ciertos órganos importantes, tales como el corazón y los pulmones, no: me bastará revisar sus efectos sobre el intestino mismo para dar á comprender qué acción tan funesta tiene la dilatación intestinal sobre la vitalidad del peritoneo.

Desde luego la dilatación parálitica del intestino, tiene como efecto primordial, la dilatación capilar de su red circulatoria parietal. Bien sea la influencia directa del opio sobre las fibras lisas de los capilares, ó bien la parálisis de los vaso-constrictores comprimidos, entre los tejidos propios de la pared intestinal que se estira y dilata, ó bien sean estas dos causas reunidas, el hecho es que la dilatación parálitica del intestino trae, como consecuencia forzosa, la dilatación parálitica de su circulación parietal: es decir, la estasis circulatoria en la estructura orgánica.

La congestión de las tónicas intestinales se hace más y más intensa, á medida que el intestino se dilata más: la influencia poderosa de la *vis á tergo*, obrando sobre capilares paralizados; la ausencia de la contracción intestinal, que facilita la vuelta de la sangre venosa por una especie de auto-expresión íntima de los tejidos, y más aún, la compresión que el paquete intestinal dilatado y tenso, hace sobre las venas débiles del mesenterio, respetando la resistencia de las arterias gruesas y duras, hacen que esta congestión llegue rápidamente á su máximo, y aun que se produzcan rupturas capilares y pequeñas hemorragias puntiformes. El estado del intestino no puede ser más deplorable: dilatadas é inertes sus tónicas musculares; detenida su circulación sanguínea, y por consecuencia, mal nutrido, abatida la poten-

cia de sus cambios íntimos y el vigor de su vitalidad; lleno en su espesor de trayectos de hemacias comprimidas, y de glóbulos blancos emigrantes, de donde parten por diapedesis millares de elementos nuevos que asfixian sus elementos propios; y, por último, encerrando en su cavidad grandes volúmenes de gases, colonias infinitas de gérmenes de todas clases y de todas energías, y depósitos ricos de productos de descomposición orgánica, eminentemente tóxicos, está enteramente desprovisto de resistencia orgánica, de actividad vital: es una inmensa bolsa, en cuya cavidad se depositan formidables elementos de destrucción y cuyas paredes no tardarán en destilar millares de agentes que conducen la intoxicación y la muerte.

Es, en este momento, cuando se inicia y desarrolla el fenómeno de la *diapedesis séptica intestinal*, que conocemos ya, y que como se recordará, es un factor excelente en la patogenia de las peritonitis infecciosas.

La emigración de las bacterias intestinales al través de las paredes del intestino, tensas, adelgazadas y transformadas, no es una hipótesis ni una teoría más ó menos aceptable; es un hecho perfectamente comprobado por multitud de observadores y demostrado por un gran número de experimentadores: NEPVEU, GANÉ, CLADO, BONNECKEN, KLECKI, SONCET, CORNIL, HADRA, LOCKWOOD, SHAW, etc., etc.

En estas circunstancias, es cuando el proceso infeccioso peritoneal puede llegar á su máximo: en efecto, la serosa abdominal ha perdido la energía de su circulación, y como consecuencia de la estasis sanguínea, las facultades de absorción del peritoneo desaparecen; los líquidos exudados se acumulan en las partes declives de la cavidad, los gérmenes introducidos directamente por el acto operatorio, se cultivan y desarrollan con exuberancia en el líquido intra-peritoneal, á la vez que del intestino brotan en inmensa filtración nuevos agentes de fermentaciones y de septicemias.

Hemos visto que las consecuencias de la parálisis intestinal, producida por la medicación opiada, no pueden ser más desastrosas para el organismo, ni más favorables para la precipitación de la serie de fenómenos que terminan en la infección generalizada del peritoneo y en la intoxicación aguda de la economía.

No faltan escritores que pretendan encontrar ciertas ventajas en la paralización del intestino, por el opio: se dice que bajo la influencia del opio, la congestión abdominal es menor—lamenta-

ble creencia;—que bajo el influjo del sopor general que el narcótico produce, la inflamación es menos intensa—es decir, sus manifestaciones exteriores son menos violentas; pero la inflamación queda la misma;—y que por último, la inmovilidad de las asas intestinales favorece la producción de neo-membranas que aíslan el foco inflamado y circunscriben la zona de infección.

Hay que distinguir: la inmovilidad del intestino procura la formación de pseudo-membranas fibrino-purulentas. Las *neo-membranas* son un fenómeno eminentemente vital, que los intestinos paralizados, congestionados y distendidos, son incapaces de realizar ahora: las *pseudo-membranas* son el resultado de la aglutinación de los elementos orgánicos que produce la inflamación y que se producen durante el proceso. En cuanto al poder de las pseudo-membranas, para limitar y encerrar un proceso séptico purulento, es punto muy discutible y resuelto ya por mí en el sentido más desfavorable.

Ciertamente que bajo la influencia de la medicación opiada, se calma el dolor, y el enfermo parece aliviarse de su tortura: esta sí es una ventaja efectiva.

La infinita riqueza de los plexus nerviosos abdominales, de la vida vegetativa, los más, explica la intensidad del dolor en todos los padecimientos peritoneales.

Este dolor es de tal naturaleza, que constituye por sí mismo un peligro para la vida de los enfermos de peritonitis.

Pero no es el dolor la única manifestación del participio de la red nerviosa peritoneal en el proceso inflamatorio del abdomen. Todo un conjunto de fenómenos, de excitaciones y de sacudidas centrífugas y centrípetas, constituyen una verdadera tempestad de influjo nervioso, que partiendo del vientre se disemina por toda la economía bajo la forma de múltiples reflejos.

Estos reflejos, junto con el dolor, pueden constituir una causa rápida de muerte. La demostración de esto se hace todos los días en los cursos de Fisiología experimental. El corazón se paraliza y cesa de latir: si se le estudia en ese momento, se le encuentra inmovilizado en diástole.

La supresión de estos reflejos peritoneales constituye, pues, un beneficio real para los enfermos de peritonitis.

Para terminar esta pequeña revista crítica, de los inconvenientes y ventajas de la administración del opio á los enfermos de peritonitis, haré notar que estoy casi convencido de que la mayor parte de las observaciones de peritonitis curadas por el opio

en alta dosis, no son sino casos de salpingitis ó de pelvi-peritonitis. En cuanto á las peritonitis producidas experimentalmente en animales, que han sido curados después por el opio en alta dosis, desde luego objetaremos, que estas llamadas peritonitis han sido producidas por inyecciones cáusticas en el interior de la serosa: serían verdaderas *inflamaciones químicas ó pseudo-inflamaciones*. Los accidentes que se han observado son fenómenos de reacción peritoneal, accidentes nerviosos y circulatorios, producidos por un agente cáustico, que destruye químicamente los tejidos, pero que no los infecta en el sentido real de la idea. Se comprende que la intensidad de la reacción del peritoneo ante un agente destructor, físico ó químico, pueda disminuirse, aun aniquilarse, bajo el efecto de un paralizante del sistema nervioso encargado de ejecutar la reacción. El papel del opio aquí, es el de un verdadero anestésico. Paralizado el sistema nervioso durante todo el período de la excitación química del peritoneo, esta excitación evoluciona con muy pocos signos de reacción general ó sin reacción: cuando el efecto cáustico ha cesado, las propiedades vitales del peritoneo reintegran rápidamente las lesiones producidas; y al cesar la acción del narcótico neuro-vascular, y volver los sistemas nervioso y circulatorio á su estado normal de excitabilidad, se encuentran con una lesión combatida ya y próxima á quedar totalmente reparada. El foco de los fenómenos generales—fenómenos por sí mismos susceptibles de causar la muerte—está bien definido y localizado en estos casos de pseudo-peritonitis químicas.

Pero cuando la lesión peritoneal reconoce un origen microbiano, la secuela del proceso es bien distinta: en este caso hay lesiones locales y fenómenos generales. El opio podrá ocultar bajo la máscara de la tranquilidad ficticia, que la narcosis provoca, la reacción neuro-vascular que los agentes infecciosos provocan desde el peritoneo; el opio podrá disminuir la gravedad de ciertos reflejos abdominales; pero nunca podrá impedir la evolución desorganizadora de los gérmenes infectantes, siempre creciente, ni la producción de sustancias enérgicamente tóxicas, en la cavidad peritoneal, ni mucho menos la difusión de estas sustancias en el organismo entero.

Si los reflejos peritoneales son un agente de muerte, no son los únicos que constituyen el desenlace de las peritonitis infecciosas, de las que es principal terminación la septicemia general aguda. Por el contrario, hemos visto ya que los efectos del opio predisponen singularmente á la contaminación del peritoneo y á la

exacerbación de todos los fenómenos que constituyen el tremendo proceso de la septicemia peritoneal.

En conclusión: á mi juicio, la medicación por el opio carece de fundamento en el tratamiento de las infecciones peritoneales. Si alguna vez ha producido resultados buenos, se ha tratado de casos distintos de la infección que nos ocupa, es decir, de la septicemia peritoneal verdadera. Estos errores son perjudiciales á los enfermos; pero su frecuencia parece justificar la confianza que ciertos médicos dispensan á la medicación que ha sido objeto de este estudio.

El opio en la peritonitis verdadera está contraindicado.

Sus ventajas como sedante del sistema nervioso, pueden encontrarse en las inyecciones hipodérmicas de morfina juiciosamente administradas; pero el empleo del opio por la vía estomacal á dosis elevadas, es decir, LA PROVOCACIÓN DE LA PARÁLISIS INTESTINAL, EN EL TRATAMIENTO DE LAS SEPTICEMIAS PERITONEALES, POR MEDIO DE ALTAS DOSIS DE OPIO, ES UN RECURSO NOCIVO, ENTERAMENTE IRRACIONAL Y QUE DEBE PARA SIEMPRE DESECHARSE DE LA TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA ABDOMINAL.

Pretender ser completo en Cirugía, como en Medicina, es una vanidad nociva ó una ilusión cándida. No creo haber estudiado todos los medios susceptibles de encontrar indicaciones en el tratamiento de las septicemias peritoneales post-operatorias: en este caso, me habría visto obligado á desarrollar casi un curso completo de Terapéutica general. He preferido ocuparme solamente del tratamiento más racional, y de aquellos que, aunque inusitados hoy, fueron en otros tiempos de primera categoría, á fin de poder apreciar la omnipotencia del primero, y el poco valor de los últimos.

Terminaré mi estudio con una rápida revista á la higiene de los enfermos de septicemia peritoneal.

HIGIENE DE LAS PERITONITIS.

En el tratamiento de todas las enfermedades, la higiene tiene un puesto de primer orden. La peritonitis no hace excepción á esta regla general, y el médico debe velar con la más minuciosa atención por que esta parte del tratamiento no se descuide. Desde

luego prescindiremos de ocuparnos de aquellos preceptos latos, que en materia de higiene corresponden á todas las circunstancias de la vida del hombre, y con más importancia durante los episodios de sus enfermedades: no insistiremos sino sobre ciertos puntos que á mi juicio tienen un interés capital en el caso presente.

El *reposo* es en la peritonitis, más que en todas las otras enfermedades que constituyen la Nosología actual, la base constante de las recomendaciones facultativas. Es de tal importancia, que llama verdaderamente la atención el poco interés que los autores clásicos parecen concederle. Y, sin embargo, el primer precepto de la terapéutica de la peritonitis, es el reposo físico é intelectual más absoluto.

Durante el período agudo de la enfermedad, el Cirujano no tiene necesidad de prescribirlo: se impone por sí mismo. El dolor vivísimo que experimenta la enferma con el menor movimiento, la obliga á permanecer en la inmovilidad más absoluta.

Pero no es lo mismo durante el período de convalecencia ó en las formas lentas y suaves de la enfermedad. Los enfermos, sin tener conciencia del peligro á que se exponen, imprimen toda clase de movimientos á su peritoneo, cuyas consecuencias, muy á menudo, son el dolor, la congestión de la serosa y la recrudescencia de la inflamación que comenzaba á apaciguarse.

En todos los autores podemos encontrar observaciones que vienen á comprobar la desastrosa influencia que los movimientos inoportunos tienen sobre la serosa abdominal inflamada. Considero inútil mencionarlas, y me limitaré á llamar vivamente la atención sobre la importancia tan formal que en todo enfermo de peritonitis tiene el más completo y prolongado reposo.

¿Cuál debe ser la alimentación de un enfermo de peritonitis?
— Hemos visto ya que la necesidad de alimentar á estos enfermos se impone: pocas enfermedades hay de un carácter tan hipostenizante como la septicemia peritoneal, y pocas, también, requieren con más urgencia el sostenimiento de las fuerzas del enfermo.

Con la vía estomacal no hay que contar en estos casos: la intensidad y la frecuencia de los vómitos es tal, que sería muy difícil que el estómago soportara algún alimento en su interior. Pero aun suponiendo que el estómago pudiese tolerar el alimento, la parálisis y la turgescencia de sus paredes, el eretismo y las modificaciones funcionales de su mucosa, se opondrían al más pequeño trabajo de digestión. Hay que excluir la vía gástrica.

Pero queda la vía rectal: los enfermos de peritonitis toleran

bien las lavativas nutritivas, aun de cierto volumen. La leche hervida y caliente se presta bien á llenar las necesidades del enfermo, á la vez que satisface otras indicaciones en el sostenimiento del buen funcionamiento del recto.

En cuanto á la ingestión de bebidas, hay que ser muy parco en los consejos. La sed es uno de los principales martirios que estos enfermos sufren; pero hay que meditar que mientras más líquidos ingieran, más intensos son los vómitos y las regurgitaciones. Los esfuerzos de vómito son no sólo horriblemente dolorosos, sino que por las contracciones de los músculos abdominales, imprimen movimientos fuertes y prolongados á toda la masa intestinal, exacerbando la inflamación de la serosa.

Es preciso limitarse á la ingestión de bebidas heladas: vinos de Burdeos, de Borgoña ó de Champagne *frappés*; leche, té ó caldo helados, etc., etc. En la elección de los líquidos es conveniente consultar el gusto de los enfermos: lo que unos no toleran sin repugnancia, son del agrado de otros, y viceversa.

Algunos Cirujanos acostumbran prescribir el hielo al interior. Se dice que tiene la ventaja de combatir los vómitos y de hacer eco favorable sobre la inflamación interior. Yo siempre he prescindido de la administración del hielo al interior, pues nunca le he encontrado reales ventajas: los vómitos no se modifican; por el contrario, parecen exacerbarse con el agua que la fusión del hielo deposita en el estómago y, además, en ciertas personas predispuestas, puede causar accidentes inflamatorios *a frigore* en el aparato respiratorio.

No insisto sobre las precauciones que se deben tomar, relativamente á la aereación de la pieza, á la limpieza de la ropa de los enfermos, al cuidado y aseo de la persona de ellos, etc., etc., por ser estas cosas muy bien conocidas de toda persona instruída.

CONCLUSIÓN

Es difícil no ser exclusivista, cuando se pretende concentrar en algunas líneas un trabajo de la extensión y de la índole del que hoy termino; en consecuencia, prescindo de semejante intención.

Pero no abandonaré mi mesa de trabajo sin reasumir abiertamente mi opinión propia, sobre el espíritu de mis escritos, aprovechando el estado eminentemente favorable de la mente del lector, que ha recorrido mis capítulos y que ha meditado y profundizado mis ideas.

Es un deber que me impongo, con tanta mayor necesidad, cuanto que la cuestión es difícil y espinosa.

Hemos visto cómo la histerectomía, que era antes una operación considerada como de consecuencias siempre deplorables y de la que se huía con horror, dejando perecer un número considerable de enfermas, se transforma, después de un transcurso de quince ó veinte años, en una operación sencilla, de pronóstico casi benigno, y arrastra á los Cirujanos hasta los excesos actuales de los Ginecólogos modernos.

LAVISTA fué el primero que, operando en la cavidad abdominal, arrastró tras sí, durante algunos años, á los Cirujanos que se atrevían á penetrar al vientre. Pero la cantidad de sus resultados negativos ó funestos, comparados con el pequeño número de sus buenos éxitos, hicieron bien pronto renunciar al ejercicio de tales operaciones.

Oportunamente los trabajos de SAN JUAN, de FUERTES y de CHACÓN aparecieron, y con ellos se reanimó el espíritu de los operadores mexicanos.

Ciertamente que hay que reconocer en estos maestros el mérito de haber ilustrado, perfeccionado, cimentado, por decirlo así, el capítulo de las indicaciones y del manual operatorio de la histerectomía; pero también han llamado la atención de los operadores modernos sobre la inocuidad de la operación, y aunque indirectamente, podemos imputarles que han contribuido al abuso que parece iniciarse entre nosotros respecto á esta operación.

Y más aún que en México, el abuso de la histerectomía ha logrado alcanzar en Europa un grado tal, que aterra.

Increíble es el número de infelices mujeres que en Norte-América y en el Viejo Mundo, arrastran una vida miserable, sufriente, inútil, como testimonios vivos de los progresos de la Cirugía Abdominal y como estigmas de la Ginecología operatoria moderna.

¡Y casi todas estas pobres desesperadas, casi todo el grupo de estas infelices enloquecidas por su aflicción, está constituido por mujeres que no cumplen aún 30 años. . . !

Yo sé bien que multitud de ginecólogos mexicanos sonreirán con piedad al leer estas líneas, y que no pocos se asombrarán de ver mi pluma trazándolas, después de poseer, como poseo yo, una estadística operatoria abdominal tan rica y feliz, testimonio brillante del crecido número de mis operaciones abdominales.

Pero más rica que mi estadística operatoria es mi estadística conservadora. . . . ¡Que se cuenten los úteros y ovarios que he sacado y que se cuenten, también, las enfermas que tienen úteros y ovarios, debido sólo al esfuerzo y constante afán de mi terapéutica!

Es preciso resistir la corriente mutilante que arrastra las tendencias quirúrgicas actuales; hay que ser conservador hasta donde sea lógicamente posible, evitando intervenciones que, cual la Histerectomía, ocasionan pérdidas inmensas é irremediables.

Llamo especialmente la atención de mis lectores, sobre lo que he dicho constantemente en la Academia N. de Medicina, en mis Clínicas privadas, en todos mis escritos, lo que repito aquí y lo que repetiré siempre á los que no sean ó no quieran ser sordos: *es preciso limitar siempre las intervenciones, es preciso ahorrar mucho las maniobras hechas con el bisturí, y ser muy parco en la elección de las zonas operatorias; es preciso estudiar muy profundamente las enfermas, y meditar mucho, mucho, las operaciones; pero una vez convencidos de la imprescindible necesidad de la operación, hay que operar siempre bien, y siempre completa y juiciosamente.*

EVITAR SIEMPRE LAS HISTERECTOMIAS: he aquí la divisa de todo Cirujano sensato. Pero esta divisa tiene un límite: las fronteras de la muerte. Cuando un padecimiento *que resiste á toda medicación constante*, amenaza la vida de la enferma, y una operación puede curarla, á operar; pero á operar bien, y sin vacilaciones ni temores.

Mi lista extensa de las indicaciones de la histerectomía, no significa que yo sea un generalizador de esta operación, ó un histerectomista *a outrance*, sino que hay multitud de padecimientos ginecológicos, que exigen, unos urgentemente, otros tardíamente, la influencia decisiva de las grandes operaciones de la Ginecología. En la elección de la oportunidad de la intervención; en el criterio de la naturaleza, extensión y profundidad de ella, según los distintos casos que se observen, que no se busquen libros ni consejos; esto se encuentra en uno mismo, en lo que se ha visto, en lo que se ha pensado, en lo que existe reunido en ese fondo misterioso de nuestros recuerdos y de nuestras ideas. . . ¡Y esto es susceptible de variación!

Para terminar me atreveré á daros un consejo á vosotros los operadores jóvenes: *tratad siempre á vuestras enfermas como trataríais á vuestras propias esposas, hijas ó madres, si estuviesen en el caso de vuestra paciente.*

Y á vosotros los operadores aguerridos, permitidme que también os diga: **Calculad vuestro mérito por la estadística de los órganos que hayais conservado, nunca por los que hayais mutilado.**