

Comentarios hechos al trabajo del Dr. Campos Kunhardt en la sesión del día 15 de enero de 1930.

Habla el Dr. Castañeda para comentar este trabajo diciendo:—En nuestras reuniones semanales permanecemos sentados mientras hablamos, pero yo hoy lo hago de pié en honor de nuestros ilustres huéspedes.—El problema que sienta el trabajo del Sr. Campos Kunhardt, se refiere al síndrome abdominal agudo. Este punto de alta terapéutica ya ha sido estudiado en la Academia principalmente por Ulises Valdés y por Gabriel Malda y hay una tesis hermosa de un joven Dr. Robles, que hizo un experimento notable sobre ésto y yo mismo he escrito algo sobre este punto; para estimarse mejor este trabajo creo que debe verse primero en qué consiste el problema y luego cómo se resuelve o cual es el pensamiento terapéutico que envuelve y después cómo se resuelve; frente a un síndrome abdominal agudo de los más complejos como este, lo que más facilita el diagnóstico es el síndrome, pero otras veces quedan puntos muy difíciles como es la *etiología*; el enemigo tiene cuatro frentes; el frente foco, el frente peritoneal, el frente intestinal y el frente toxemia; hay que atacar en todos sin duda, pues dirigiéndose al foco de donde surge la invasión microbiana, resulta que a veces ese foco es desconocido, no se atina a saber si parte de un lugar o de otro, y entonces al abrir el vientre se ve que los focos son extraños al mal y en esos casos hay que conformarse con otros recursos; pero si el diagnóstico está hecho y se sabe que fué el apéndice, o una úlcera gástrica, etc., entonces los mismos ataques de defensa resuelven el punto; después se dirigen los ataques al peritoneo; pero el peritoneo no existe, hay la cavidad peritoneal, hay una cavidad *extra vital* en las visceras y no se puede canalizar el vientre; el vientre desde el punto de vista quirúrgico, tiene muchos compartimientos: desde luego el mesenterio lo divide en dos grandes compartimientos, el mesocolon lo divide en otros dos y todavía hay el epiplón gastro hepático que divide el flanco derecho y aún

hay más, y así sucesivamente muchas cavidades, unas anatómicas, y otras patológicas; el pus del flanco allí se queda, cuando hay defensa la naturaleza tiende a enfocarlo y a subdividirlo; pues bien, en estas circunstancias se resuelve la cosa analizando cada porción, un tubo de cada lado, una verdadera red de tubos y así se resuelve el problema; el frente intestinal es el más grande, el intestino está cerrado y se ha paralizado y asaltado por la invasión microbiana, presenta la cuestión tóxica, el organismo se defiende de las tóxicas por una línea de defensa que es el *epitelio*, pasa el mal y se encuentra con la segunda línea de defensa, el hígado y una vez derrotado pasa al riñón y después al torrente sanguíneo que empapa a todas las vísceras y las aniquila. El otro frente es el de la *septicemia*, que cuando quedan derrotados el intestino y el hígado va a las otras defensas: se dirige al riñón que ha funcionado hasta su máximun, etc. Ahora bien estos son los enemigos, se comprende que esta es la parte científica en que se funda la terapéutica, pero nuestra ciencia médica que cada día se hace más científica, se refuerza con la cirugía experimental no en el hombre sino en los animales para transportar de ellos las conclusiones al hombre. ¿Hasta qué grado digo yo, tiene valor las conclusiones del perro transportadas al hombre? Nosotros somos animales vertebrados, animales superiores, es posible que se pueda transportar pero no literalmente. Aquí hay una persona que es el Prof. de la Facultad en Cirugía de perros y ha hecho algunos centenares de *laparotomías* y a mí, que he presenciado como cincuenta me ha dicho de un modo sintético, que tiene la impresión de que el peritoneo del perro resulta más resistente que el peritoneo del hombre. En cuanto a las defensas intestinales debo decir que en los animales, por ejemplo las aves de rapiña que se alimentan de cadáveres, tienen una resistencia enorme; los perros mismos no sufren nada con esto porque sus defensas son más poderosas y en consecuencia desde el punto de vista de la cavidad, la cosa no es transportable, pero de todas maneras esta cirugía experimental viene a reforzar las ideas que ya hay en la clínica o la terapéutica y en ese sentido el trabajo del Dr. Campos Kunhardt es meritorio y creo que el cuerpo médico de Guadalajara debe sentirse orgulloso de que uno de sus próceres haya venido a hacerse escuchar a la Academia y a hacerse aplaudir. El enviado de la antigua Vizcaya española ha representado con verdadera gloria a su provincia.

Se concede la palabra al Dr. Castro Villagrana quien felicita al Dr. Campos Kunhardt por su hermoso trabajo y dice:—La primera parte es un síntesis de todo lo que se ha venido haciendo a propósito de peritonitis y de lo que en la actualidad se está haciendo; la segunda parte es la labor meritoria que menciona el Dr. Castañeda y por lo que debemos aplaudirlo. Cuando trata la primera parte nos demuestra que los extranjeros están

manifestándose menos partidarios y algunos de ellos enteramente contrarios a la canalización; este punto es muy importante porque la mayor parte de los cirujanos que tenemos estas operaciones, seguimos considerándonos partidarios de la canalización del peritoneo y ésto es indudable que, teniendo en consideración reservas de orden anatómico, es útil y todos vemos que el *apósito* de nuestros operados al día siguiente de la *intervención* está perfectamente mojado y siendo un líquido *séptico* es una vía útil para desalojar los gérmenes de que otro modo no podemos desecar. A propósito de la canalización y mostrándonos partidarios de élla es útil que pensemos en la canalización mínima y en retirarla lo más pronto posible, pero al menos por ahora no debemos proclamarnos en contra siempre de la canalización peritoneal. El problema es muy complejo por todas las circunstancias que entrañan, amén de las circunstancias de foco, los fenómenos de intoxicación y todos los fenómenos que se pueden constituir; la peritonitis tiene muchos aspectos que complican el problema, es indudable que dentro del intestino hay líquidos *sépticos* y sustancias que no solo están manteniendo la apariencia, sino que pueden provocar los dolores y reflejamente los vómitos y es otro de los factores que contribuyen para aumentar las manifestaciones, es pues lógico que llegando al lugar se puede conseguir que sustancias que pueden ayudar a la digestión de los tejidos sean llevadas al exterior, así que es pues indudable que las conclusiones del trabajo que se discute, por lo menos en teoría son enteramente lógicas; nosotros no debemos considerar que la *yeyunostomía* debemos oponerla en todos los casos a la canalización. La experimentación en animales va también de acuerdo con lo que se nos ha dicho. Resolver cuándo se puede hacer una cosa y cuándo la otra es difícil; yo recuerdo dos casos en que he hecho la canalización como recurso desesperado, fué en dos casos de apendicitis en que persistían los fenómenos de peritonitis y hecha la canalización, pensamos, después de recurrir a todos los medios comunes, en hacer la yeyunostomía para dar salida a gases y también para hacer la hidratación nuevamente del enfermo, pero no obtuvimos desgraciadamente resultado; pero a propósito de ello nos viene la reflexión de que en cuales casos debemos hacerla y en cuales no; es un problema que entraña muchas dificultades para resolverse, de manera que reasumiendo el hecho debemos considerarla como un recurso más que puede añadirse a todos los anteriores que no se oponen a la canalización y con mayor motivo ya que no aumenta los perjuicios que pueda traer la enfermedad al paciente.

Hace uso de la palabra el Dr. Ramírez diciendo:—En realidad después de lo que han dicho las personas que han comentado este trabajo sobraría que yo tomará la palabra, pero sin embargo hay algunos puntos en que es conveniente insistir. No hace muchas sesiones que el Dr. Dario Fernán-

dez presentó un trabajo en donde se señala este asunto mostrándose el autor completamente opuesto a la canalización: el argumento de que salen muchos líquidos y que si no se hiciera esos líquidos se conservarían, puede tener algun fundamento, pero en cualquiera forma lo cierto es que se ha tratado de ir disminuyendo la superficie de la canalización y se ha visto que la cantidad de líquidos no es proporcional al estado del peritoneo sino a las dimensiones de la canalización. En las laparatomías que hacíamos antes había una gran cantidad de líquido y al disminuirse la superficie de la canalización se ha disminuído la suma de líquido y no por eso el estado de los enfermos es de más gravedad; yo recuerdo que una histerectomía se acompañaba antes de Mickuliz, actualmente solo por excepción se ve un caso en esas condiciones. Algunas personas ponen un tubo con gasa, el Dr. Fernández señalaba que aun en los casos en que cierra el vientre normalmente, no hay trastorno por él; es pues difícil decidirse por un asunto o por el otro, pero si desde luego hay motivo de estudio. Es cierto que el peritoneo de los perros resiste mucho, pero el Dr. Campos Kunhardt ha presentado perros que han tenido herida del intestino, que se les ha desarrollado la peritonitis, que se les ha hecho la yeyunostomía y que han curado sin canalización, es decir que una peritonitis puede curar aunque no se canalice el peritoneo, pero es más grande el número de curaciones cuando se hace la canalización; el Dr. Campos Kunhardt señala que se obtiene más éxito cuando se hacen las dos cosas. Es posible que sea mejor colocar alguna cosa que no tenga tanta superficie como el Mickuliz, un médico del Hospital General, presentará en el Congreso un trabajo en donde propone un medio de canalización más discreto, más moderado y en verdad si es cierto que se ha abierto una campaña contra las canalizaciones amplias; desde hace 6 o 7 años no he usado yo un Mickuliz y los resultados no son por esto peores. Un hecho muy interesante que nos señala el trabajo y que yo confieso que no he visto en la práctica, aunque naturalmente he tenido noticias de algunos casos aislados, es la cuestión de la yeyunostomía pero no está esto en nuestro medio, las razones teóricas son de extraordinario peso y hay otras circunstancias que ameritan que se estudie; valía pues la pena el hacer la experimentación en el hombre desde luego que la intervención no puede complicar el estado del paciente y no entrañando peligro debe llevarse el hecho a la experimentación humana con lo que se podría obtener un buen resultado.—Debe pues insistirse contra la brecha amplia del peritonéo y después en que no siendo mala la canalización del intestino debe intentarse en el hombre.

Habla el Dr. González Guzmán diciendo:—Yo quisiera decir algunas palabras acerca de este trabajo que juzgo extraordinariamente interesante y de un aspecto enteramente moderno y también algo acerca de los co-

mentarios que de él se han hecho; naturalmente que lo que yo diga no tendrá como base la experiencia porque desgraciadamente tengo pocos años, ni estará basado en la sabiduría porque tengo también muy poco tiempo de estudiar, pero recordando algunas páginas que he leído, quisiera hacer a mi vez algunos comentarios: mis comentarios no van a tener ese aspecto que caracterizó los del Maestro Castañeda, quien según creo yo se sintió demasiado poseído por la estrategia médica y veía por todos lados frentes, enemigos y trincheras... yo creo que en realidad no hay más que un solo frente y ese consiste en los *endotelios* capilares. Siento diferir también en lo que hace a todos esos frentes que el organismo va presentando a los microbios y encerrándose en algunas fortalezas que él considera de menos importancia, hasta llegar al último reducto donde se quema el último cartucho: la sangre; en realidad los cartuchos últimos son quemados mucho antes, aunque ésto parezca una paradoja, porque la septicemia viene desde el principio y el medio está en hacer las pruebas adecuadas para que el estado septicémico se manifieste, naturalmente la gente que entra a invadir el torrente circulatorio no tiene importancia, es gente menuda, pero se encuentra con algunos enemigos, que sí son muy serios, como son las plaquitas sanguíneas, se producen aglutinaciones de gérmenes que son conducidos a los capilares de las vísceras y allí son *englobados* por los leucocitos, sólo que esos ataques pasan completamente en silencio, cuando los gérmenes logran adquirir una virulencia determinada o por el contrario son más patógenos, entonces sucede que a la septicemia inicial que desaparece, sucede otra fase septicémica y los gérmenes invaden nuevamente el organismo y entonces ya son altamente patógenos y establecen la verdadera septicemia y son los verdaderos últimos cartuchos. El hígado no tiene grandes barreras de defensa, el hígado no tiene que ver nada con los microbios, lo que tiene que ver algo con ellos son las células de los capilares que pertenecen al sistema retículo endotelial, por eso creo que no debe considerarse al hígado como un fuerte de defensa. Dichos frentes no son pues de ataque sino de defensa y lo que se produce allí, repito que no tiene más eco porque la cuestión no tiene a mi modo de ver más que un solo frente y la intoxicación tiene como punto de foco los endotelios capilares más que el *epitelio* de la masa intestinal; es bien sabido que en estos estados cuando hay también parálises es muy común encontrar los vasos de las vísceras extraordinariamente dilatados. La septicemia es inicial y en estas condiciones se encuentran en el vientre vasos capilares extraordinariamente dilatados con endotelios extraordinariamente permeables de manera que las toxinas que no se han vomitado debido a la acumulación de líquidos, facilitan la penetración al organismo de grandes cantidades; por otra parte la acumulación, no de alimentos sino

de los productos de descamación, forman materias de cultivo favorables a los gérmenes y significan fabricación de toxinas en enorme cantidad y esas toxinas son las que están conduciendo a la intoxicación, por eso parece lo más razonable la intervención que propone el Dr. Campos Kunhardt: lo que él propone es suprimir la acumulación de gérmenes en el intestino, facilitar la salida de esos gérmenes y *vaciar* las materias de intoxicación.

El Presidente ruega al Dr. Valdés se sirva hacer brevemente sus comentarios y este facultativo empieza diciendo: Los comentarios a que puede prestarse este interesante trabajo solo pueden ser laudatorios y corroboradores; es altamente interesante lo que nos ha dicho y lo que afirma tiene su corroboración en la experimentación que ha hecho sobre los animales y también en lo que hemos observado en los enfermos; yo tengo para mí, que así como lo ha asentado el Dr. González Guzmán lo que mata a los enfermos de peritonitis no es la supuración peritoneal sino la intoxicación intestinal. El Dr. Campos Kunhardt da en su trabajo con mucha razón la idea de que 3 son las indicaciones fundamentales de la técnica quirúrgica (dá lectura al párrafo relativo).—Las dos primeras —sigue diciendo el Dr. Valdés— son supresión de la gasa y drenaje peritoneal; las pasaré muy por encima por no ser el tema principal del trabajo. Para curar una cosa naturalmente es lo primero suprimir la causa que está produciéndola y así hay que suprimir lo que produce la peritonitis. El drenaje peritoneal es más difícil de resolver, tiene mucha razón Ramírez cuando nos dice que hay que ir disminuyendo la capacidad de los drenajes peritoneales, no es posible drenar el peritoneo, ya el Dr. Castañeda nos dice como está dividido y todavía a las divisiones que él señala hay que añadir el sinnúmero de repliegues y lugares planos, asas intestinales juntas una a otra pero separadas por el líquido que llena la cavidad, por lo cual resulta imposible drenar propiamente esta cavidad; pero no debemos considerar el drenaje desde este punto de vista: al hacer la supresión de la lesión causal encontramos el foco principal de infección y si drenamos en ese lugar encontramos la parte donde se está produciendo la infección es decir drenamos esta parte, pero la infección podría seguirse produciendo a pesar de la intervención. Si en una peritonitis encontramos gran cantidad de pus, naturalmente hay que drenar la *pelvis* si de allí viene este líquido y ya no es en este caso el peritoneo, esa cavidad virtual, sino una cavidad llena de un líquido *séptico*, al que hay que darle salida como se le da salida a cualquier líquido. Personalmente yo acepto el drenaje peritoneal en estos casos con elementos pequeños, tubos envueltos en gasa de diferentes maneras; acepto también el Mickuliz pero en ocasiones más restringidas. El punto capital del trabajo, el de la canalización intestinal, lo considero uno de los elementos de mayor valor con que el cirujano cuenta para combatir la into-

xicación; la experimentación en los perros ha venido a comprobar lo que ya se ha comprobado clínicamente. El Dr. Ramírez nos dice que podíamos extender esta experimentación al hombre y debo decirle que ya se ha hecho, no solo como experimentación sino como curación. El Dr. Balfour de Rochester ha sido de los iniciadores y ha previsto hacer la canalización con un tubo en Y griega del cual una rama vaya hacia arriba, hacia el duodeno y el estómago y otra hacia abajo hacia el *ilium* para administrar líquidos al paciente; este drenaje más útil mientras más alto no es sino la ayuda que el cirujano viene a prestarle a la naturaleza en sus esfuerzos por deshacerse de una cantidad de líquido tóxico que lo está envenenando. El enfermo de peritonitis vomita primero los alimentos, después los líquidos gástricos acompañados de alimentos y después, cuando ya los esfuerzos del estómago y de los músculos han perdido gran parte de potencia, el enfermo echa alguna bocanada de líquido rojo extraordinariamente fétido. Nada más erróneo que juzgar que el estómago se ha vaciado, porque contiene gran cantidad y si se pasa una sonda gástrica se queda uno admirado de que pueden retirarse del estómago hasta cuatro litros de ese líquido. El eminente Cirujano Dr. Oshner, muerto hace poco, tenía una frase pintoresca, viendo el peligro de este líquido en el estómago él dice «supongamos a un individuo sano que ingiere y tiene dentro del estómago una gran cantidad de ese líquido todo lo que le pasaría y lo que sufriría y cómo podría matarle, júzguese después lo que hara en un organismo debilitado». De allí que los lavados sean una de las armas principales con que el cirujano cuenta para combatir esta indisposición; el drenaje favorece la salida de estos líquidos que se van a reunir al estómago buscando la única salida que tiene el organismo. Las observaciones sobre la toxicidad de los líquidos del intestino según sus diferentes *porciones*, son otro motivo de afirmación para el trabajo: retirando al cabo de algunas horas los líquidos que en una parte ligada se van reuniendo, se ha probado que el líquido es tanto más tóxico cuanto más alta es la porción de donde se toma, de allí pues que la canalización mientras más alta sea mejor. Yo he podido hacer la canalización intestinal y tengo entendido que unas seis veces, de las cuales he perdido 2 o 3 enfermos, pero en dos casos tengo la convicción de que la canalización ha salvado a los enfermos; esta práctica no es mía, el método lo tomé de estudios practicados en Rochester y de las exploraciones de Balfour. Indudablemente que este no es el único medio que tenemos, hay que añadirle la canalización como aquí se hace y también la *hidratación* y cloruración del enfermo: un hombre atacado de peritonitis está deshidratado y desclorurado, las pruebas realizadas sobre ésto han demostrado que *bajan* hasta la 5a. parte los cloruros de la sangre produciéndose ésto principalmente por los vómitos y por la falta de ali-

mentos y si se les administran cantidades de líquido salino o cloruro de sodio, se les presta una ayuda muy grande juntamente con la canalización intestinal. El momento oportuno a que se refiere el Dr. Villagrana, es muy difícil de señalar, se dice generalmente que después de 72 horas es poco eficaz el líquido, que debe de hacerse la yeyunostomía por lo menos dentro de las 72 horas, pero es difícil resolverse a volver abrir el vientre aún cuando no añada nada de gravedad al enfermo, pues la operación es muy sencilla: basta dar la anestesia, una incisión para abrir el peritoneo, sacar por allí la primera asa que se presenta, extrayendo de ella 8 o 10 centímetros hacer la fijación y luego una satura en jareta para pasar la sonda y dejar terminada la operación, tan extraordinariamente sencilla que puede practicarse en la cama misma del enfermo para no remover la peritonitis con el traslado a la sala de operaciones. Yo felicito al Dr. Campos Kunhardt y recomiendo la práctica de la yeyunostomía añadida a los demás métodos.

El Presidente da las gracias a los Dres. que han hecho uso de la palabra por sus comentarios.

Se concede la palabra al Dr. López para la lectura de un trabajo relacionado con los estudios que el Dr. Torroella está llevando a cabo sobre tetania.

Habla el Presidente diciendo:—Yo sugiero la idea de que el caso interesante que nos ha presentado el Dr. López se junte al que presenta el Dr. Torroella para que sean englobados en la misma discusión.—El asunto se acepta.