

### Comentarios hechos al Trabajo del Dr. Bandera, en la sesión del día 16 de octubre de 1929.

**P**UESTO a discusión este trabajo toma la palabra en primer término para comentarlo el Dr. Escontría diciendo: en la interesante nota que nos acaba de leer, habla el Dr. Bandera de la **cloropenia** en las obstrucciones intestinales y en los casos de vómitos pertinaces; yo me voy a ocupar solamente de estos últimos para hacer referencia a algo que el doctor Bandera ya citó: el hecho de que existe **cloropenia** antes de los vómitos; ésto ha sido comprobado últimamente en muchos estudios en los casos de vómitos **cíclicos con acetonemia**. En los niños mucho antes de que se presenten los vómitos se ha encontrado una cifra de cloruros sanguíneos muy baja; actualmente tengo muchos casos de niños con este padecimiento a quienes pienso referirme en mi trabajo reglamentario; tengo cuatro en quienes se ha roto el ciclo de los vómitos haciéndoles ingerir una dosis extra de cloruro en su alimentación normal, en los intermedios de la crisis. Estoy conforme con lo que decía el Dr. Bandera en lo tocante a los vómitos en las embarazadas. El número de niños que tengo actualmente hecho ya completo su estudio en este día es reducido y no sé si valga la pena de presentarlo como trabajo de turno, pero al menos como comentario al trabajo del doctor Bandera puedo decir que en cuatro niños se ha logrado romper el ciclo de los vómitos en la forma que dejo expresada.

Se concede la palabra al doctor Villarreal, quien dice: La disminución de los cloruros en la sangre trae perturbaciones muy serias en los enfermos ya sea por obstrucción intestinal provocada por la peritonitis o bien por la obstrucción intestinal de otra causa, hacen que constantemente estén vomitando las personas afectadas; mi experiencia no es muy grande en este asunto, uno se ve cohibido para inyectar dosis muy

fuertes de cloruro de sodio en inyecciones intravenosas; al doctor Valdés lo vemos que hace una inyección al 1%, indudablemente que él titubeó, empezó por hacer sus primeros ensayos con soluciones menos grandes de lo que aconsejan las personas que han estudiado la materia y que proponen soluciones al 5% o 10%; un autor aconseja que los casos en que se vea uno precisado a usar esta inyección, se limite a usar el agua común y poner la cantidad de **glucosa** y de cloruro, necesarios para que las inyecciones intravenosas sean hipertónicas. Yo ví el caso de un individuo operado por el doctor Aguilar Alvarez, que había sido herido por arma de fuego, se hizo la intervención sin que hubiera gran eventración, hizo el cirujano las suturas correspondientes, pero el estado del individuo era muy grave, aunque después de la operación se recuperó algo y pasadas las 24 horas pareció que seguiría mejor; pero empezó la basca con elevación ligera de temperatura; a las 48 horas vomitaba hasta la menor cantidad de líquido que tomara y aún lo hacía sin que nada se le diera; los vómitos eran sanguinolentos, bruscos; empezó a abatirse la tensión del pulso y acordamos ponerle una solución **hipertónica**, y en efecto se le puso una cantidad de 200 cms. cúbicos; la noche y el día siguiente pareció haberse recobrado algo, volvió a repetirse la inyección, pero ya no se observó ningún alivio en la tensión del pulso ni tampoco en la disminución de los vómitos, el individuo sucumbió a los progresos de la peritonitis al quinto día de la intervención. Posteriormente se han hecho inyecciones bajo la **piel** a individuos de estos padecimientos, pero sin ningún resultado. He querido hacer esta exposición porque las personas que se ocupan de este asunto deben saber que en la mayor parte de los individuos, sobre todo los que se encuentran en este caso, es muy difícil detener la marcha fatal de la infección.

Habla a continuación el doctor Arroyo, comentando el mismo asunto en los términos siguientes: Viene a mi mente en estos momentos un hecho de observación que se repite a cada paso en los hospitales: la existencia de cuadros de reacción peritoneal más o menos claros después de intervenciones quirúrgicas en el abdomen por heridas de vientre o bien por otros fines; es decía, frecuente, ver a cada paso cuadros peritoneales en algunos enfermos que indican una infección moderada o cuando menos alguna reacción al choque quirúrgico, y he sabido que se han empleado los lavados gota a gota que han recibido el nombre de enterocclisis con una solución de cloruro de sodio; estos lavados por el recto, han operado verdaderas resurrecciones, y yo pregunto si no cree el doctor Bandera que estas observaciones pudieran caber dentro del cuadro que nos

presenta y si no le parece que se hicieran cuanteos del cloruro sanguíneo en estos pacientes.

Se concede la palabra nuevamente al doctor Bandera para contestar a las observaciones que se le han dirigido y comienza por dar las gracias a las personas que se han ocupado de comentar su comunicación, continuando después: Por lo que dice el Dr. Arroyo se señala que en estos casos en los que la infección peritoneal o de otro género se viene a sumar a la acción de los cloruros resulta confuso el cuadro y como decía el doctor Villareal, en estos casos la disminución de los cloruros resulta ya casi secundaria, porque hay otras lesiones más graves que acaban con la vida del individuo. Yo creo que sería muy útil que se administrara el cloruro de sodio en la forma de **enterocclisis**, teniendo cuidado de ver en todas las ministraciones la cifra, a efecto de que si hay una gran baja de cloruro pudiero juzgarse si la **enterocclisis** sería suficiente. Las soluciones que se emplean en la enterocclisis son las soluciones **isotónicas** de manera que es corta la cantidad de cloruro de sodio. La prueba más segura es la dosificación de los cloruros sanguíneos antes y después de la aplicación; creo que sería muy útil ensayar esta prueba.

El doctor Castañeda dice: Ciertamente el punto culminante del estudio es importante, sé de algunos casos del Hospital General tratados por el doctor Darío Fernández pero no los tomo como de gran alcance porque creo que todavía no puede medirse su importancia ni saberse cómo se ha de traducir a la clínica terapéutica. Yo si creo que se diagnostique el síndrome obstrucción intestinal que como diagnóstico es fácil algunas veces, pero muy difícil y en algunas ocasiones casi imposible saber si es una obstrucción parálitica o mecánica o es mixta y si es debida a una obstrucción fecal, cicatricial, etc.; ésto es difícil repito y si a veces cuando se trata de diagnosticar el síndrome de la obstrucción intestinal es relativamente fácil hacerlo al principio, durante el primer día, pero ya cuando han pasado 2 o 3 días, cuando el vientre es gigantesco, duro, ya es muy difícil; entonces se hacen operaciones aventuradas que más bien que el diagnóstico, guía el pronóstico, pues la terapéutica por inyecciones altas de cloruro de sodio a las dosis que se aconsejan no siempre basta. Yo quisiera saber si el doctor Bandera ha oído lo siguiente: que en terapéutica clínica abdominal se sienta como un principio que mientras más pronto se intervenga el alivio es más probable; actualmente no solo el peritoneo sino el intestino se canalizan y a pesar de eso cuando se llega tarde los enfermos mueren. Si el tratamiento que nos presenta se dirige a los casos no quirúrgicos o solamente como un recurso, está bien, por-

que yo creo que antes de tratar con el suero **hipertónico** debía darse preferencia a la cirugía; pues si es por obstrucción el cloruro de sodio puede hasta entretener o impedir al cirujano que entre con oportunidad.

Contesta el doctor Bandera esta observación diciendo: Tiene razón el doctor Castañeda, es difícil saber la causa **etiológica** y estas consideraciones se refieren a obstrucciones altas. Esto en la práctica es muy difícil de dilucidar para saber cuando hay una obstrucción o cuando aparecen fenómenos circulatorios que complican el caso, a pesar de eso en las estadísticas que cité insisten los autores en que bien vale la pena de perder dos o tres horas para ensayar el suero hipertónico y afirman que los enfermos a quienes se hace esperar, lejos de haber perdido han ganado y dicen que este tiempo en que se espera no es desperdiciado; sin embargo yo admito que deben referirse a casos en que los enfermos no se encuentran en condiciones del todo desesperadas, sino a aquellos más favorables en que dos o tres horas no son factor decisivo para la suerte del individuo.

Vuelve a hablar el doctor Villarreal, diciendo: He leído que en los individuos que presentan una obstrucción intestinal, como ya se sabe que han disminuido los cloruros y no llegan a 200 miligramos, no se preocupan los médicos por conocer los elementos de la sangre sino que hacen de antemano la inyección **hipertónica** y dicen que así se puede soportar la operación con mayor facilidad. Quiero hacer una observación con respecto a las enteroclisias de que habló el doctor Arroyo, me parece más fácil un procedimiento que no es mío y que consiste en poner un irrigador con un tubo grueso y una sonda rectal gruesa; se pone al nivel de la cama y no tiene más presión que la altura y el peso de la columna de agua, de 16 a 20 centímetros de capacidad; la solución de cloruro de sodio penetra en el intestino, los gases y las materias fecales pasan del intestino al exterior y dejan pasar una cantidad de líquido suficiente en el intestino en una forma más rápida. Por lo demás que esta práctica que nos señalan es ya muy conocida, pero lo que es nuevo es introducir intravenosamente fuertes cantidades de solución de sal marina pero las personas que han tratado este asunto aprueban este medio y ya veremos más tarde lo que dice la experiencia.