

Dr. J. J. J. J. J.

81-2 of w. S.

1490

Ca 2419

Efectos terapéuticos  
de la  
Laparotomía simple.



Madrid. 1900.



Exsis de Doctorado



José Palanca



Respetable tribunal:

Obligado por el académico deber, que exige de todo aspirante al grado de Doctor la presentación de una reqlamentaria Memoria, que verse sobre una cuestión por aquél elegida, de entre las muchas comprendidas en el terreno de cualquiera de las diversas disciplinas de la cátedra, debo aquí lealmente confesar que desde que comencé a preocuparme de la elección del punto que por mí había de ser tratado en cumplimiento de la obligación anteriormente mencionada, me vi más de una vez perplejo y dudoso, cuando se trataba de resolverme en definitiva por algunos de los asuntos que á cual más poderosamente soliciaban mi atención y de los que, unos por un



motivo y otros por otro, parecíanme por igual dignos de especial preferencia.

Pero en medio de mis enumeradas perplexidades, llamábame siempre la atención un asunto, que ya comenzó á hacerme pensar desde mis primeros pasos en la Clínica y este no era otro que el que constituye el tema de la actual Memoria.

Desde que oí hablar de curaciones y alivios sorprendentes obtenidos por la sola acción de la simple abertura del abdomen, parecíame todo ello tan extraño y tan lejano de racional explicación que, fuerza es confesarlo, no podía menos de recoger con incredulidad y de resistirme á creer en cuanto oía ó leía acerca de estos hechos, que parecían á mi inocente presunción, poco menos que misteriosos, cuando no producto de la credulidad nacida al calor del entusiasmo científico de los observadores.

La Clínica se encargó de castigar mi-



escepticismo, y uno tras otro varios fueron los casos en que, á despecho de mi infundada prevención para dejarme convencer, la curación unas veces y el alivio otras se produjeron sin que fuera permitida la duda, desvaneciéndose así mis injustificados prejuicios y dejándome convencido de que en las ciencias naturales, de las que la Medicina es la más rica y bella eflorescencia, los hechos se burlan á cada paso de las explicaciones que *á priori* tratamos de explicarlos, y de que en Medicina especialmente la duda ó la negación sobre los hechos, solo fundadase en la directa observación de los hechos mismos, puede ser lícita y razonable.

Y he aquí como me decidí á elegir este asunto para esta tesis, asunto que por su especialísima índole no permite esperar del que lo escribe otra cosa, sino poco más que una exposición de hechos, la mayoría de observación ajena, los menos, contadísimos, en



4.

raxon de su aün corta experiencia clínica, de la del que los reúne.

A. más de que no pueda esperarse otra cosa de sus menguadas fuerzas, por muy bien secundadas que se hallen por el buen deseo.

Y hecho constar esto, no me queda más que encomendarme á la benevolencia del Tribunal, sin contar con la cual nunca me atrevería yo á entrar en materia.

---

Cuando el cirujano incinde el peritoneo de un enfermo, lo hace por uno de los siguientes motivos: ó trata de inquirir la naturaleza ó el sitio de una afección intraabdominal, si es que no intenta esclarecer ambos extremos; ó se propone con la incisión de la serosa, dejar abierto camino para la inmediata intervención sobre tal ó cual órgano de entre los contenidos en la cavidad, y que está afecto de un mal que exige una operación quirúrgica; ó bien y este es el tercer y último de los motivos, se propone con solo la abertura del vientre, modificar el curso de una afección intraabdominal en sentido favorable para el enfermo. Claro es que en esta exposición de motivos, prescindimos de los casos en que al peritoneo se le incinde, no debiendo incindirlo y á pesar de cuantos cuidados se tengan para evitarlo, como pasa, á veces en algunas tallas hipogástricas, pues estos casos representan sim-



plemente accidentes, ajenos a la voluntad del que opera y en las que tal incisión no entra en sus intenciones.

En consonancia con estos fines que el cirujano persigue al hacer laparatomías, surge una división de estas, cuando son completas, formuladas por Chalmers y aceptadas con ligeras variantes por los autores que le han seguido, en: exploradora, preliminar y final, según que pretenda hacer solo el diagnóstico de una afección sospechada y no bien conocida, ser el tiempo primero de una operación que puede luego resultar posible o no, conveniente o desventajosa, o bien obtener un fin terapéutico con solo laparatomizar.

Basta enunciar esta división para comprender que es la más fundamental de las que se han hecho de la operación cuyo acto característico es la incisión del peritoneo, y lo es porque atiende exclusivamente al fin práctico que el cirujano persigue, a la intención que le guía; y es que, una de dos, o el cirujano sabe



7.

con lo que vá encontrarse dentro al abrir el vientre, es decir ha diagnosticado de antemano ó no lo sabe. Si lo primero, con la laparotomía pretende curar, ya siendo tal operación todo el acto operatorio, ya siendo solo precedente necesario para más amplia intervención. Si lo segundo, el cirujano no pretende curar, lo que necesita ante todo, es saber lo que exige sus cuidados, pues prescindiendo de que una vez enterado de lo que le interesaba, porque hace el diagnóstico de visu, se decide porque lo juzga conveniente, á intervenir in actu; siempre resultará el fin y á la postre que en toda circunstancia, el carácter de la operación ha sido el de explorar.

De entre las laparotomías hechas con un fin terapéutico, hemos indicado que hay unas en que la laparotomía no es más que un hecho preliminar, un precedente indispensable para una sucesiva intervención que se llamará esplenectomía, enterocanostomosis, etc, según el órga-



8.

gano sobre que recaigan y las maniobras que exija y otras en que con la laparotomía sólo, se espera conseguir la curación, el alivio o la paliación de los sufrimientos del paciente. Este grupo de laparotomías, llamadas finales por Chabot, son sólo los que han de ocupar nuestra atención, y como quiera que curar, aliviar o paliar es, y valga el galicismo, hacer terapéutica, de ahí, el titular al presente modesto trabajo  
"Efectos terapéuticos de la laparotomía simple."

Dicho se está que al hablar sólo de efectos no tratamos de explicar la acción y sólo como corolario obligado, a que por necesidad lógica se ve conducido quien de hechos trata, se dirá algo de lo que se ha expuesto para ver de dar cuenta del porqué de esos sorprendentes efectos, tan difíciles de explicar y que por lo mismo han suscitado tantas y tan diversas explicaciones.

Que la laparotomía por si sola es útil para el tratamiento podría concluirse



mediante una sutilerac logica, del hecho del que  
prestando importantes datos para el diagnos-  
tico, nos pone en camino de formular y preci-  
sar indicaciones.

En este sentido puede hablarse de laparotomias  
simplemente exploradoras, útiles para la Ter-  
apeutica de las afecciones intraabdominales;  
pero esto seria forzar demasiado el argumento  
sin necesidad que lo reclame, porque prescin-  
diendo de estos servicios mediatos que a la  
Terapeutica puede prestar, la laparotomia  
los da valiosísimos por modo directo, en  
tanto que constituyendo ella el unico medio  
terapeutico empleado, ejerce benéfica influen-  
cia sobre el curso del procesos patológicos que  
resisten a otra clase de medios.

De su eficacia como medio curativo  
en muchos casos de tuberculosis abdominal  
no es posible ya dudar y de sus buenos servi-  
cios en el tratamiento de otras afecciones de  
la misma cavidad, si bien no hay más que



casos sueltos que los demuestran, estos son ya tan numerosos, que permiten por lo menos discutir la conveniencia de practicarla con fines terapéuticos, aún hecho el diagnóstico preciso de una enfermedad irreductible por otro procedimiento, aun los quirúrgicos más crecidos y radicales, con la mira de prolongar la vida del paciente ó mejorar algo su situación al menos. Proposición es esta que no puede por menos de parecer atrevidísima; pero son tantos y tan convincentes los hechos expuestos en este sentido, que sin forzar la imaginación y de la manera más natural del mundo, surge la pregunta concreta de si convendría la abertura del abdomen para aliviar enfermos de hecho intatables por los actuales medios de curación. Verdad es que desgraciadamente se está muy lejos de poder dar cumplida y satisfactoria contestación á esta pregunta; pero lo cierto es que los casos abundan y más cada día, hasta permitir momen-



mente aceptar en este punto el aforismo de que "melius est anceps quam nullum remedium". Por que si bien á esta la prudencia opone el que recomienda el "sistere gradum melius quam per tenebras progredi", van las cosas por un camino que por lo menos harian vacilar en la no de terminación de intervenir en ciertos casos, dejando al enfermo desahuciado, abandonado á su triste suerte. Es decir, que si formular indicaciones de intervencion en estos casos resulta atrevidísimo, hay que reconocer que en muchos de ellos se impone por lo menos una prudente duda; porque los hay en que la laparatomia ha sido beneficiosa sin que sus beneficios puedan explicarse, lo cual sino puede ser mas cierto, su falta de explicación no arguye en todo caso sino imperfección ó limitación de nuestros conocimientos.

Muchas son las reflexiones que esta cuestión sugiere, más la falta de espacio, que reclama para si cosas de más sustancia, nos obliga



a hacer aquí punto y a comenzar la exposición  
 de los hechos que constituyen más que nada el  
 fondo de este trabajo y de los que por su especial  
 naturaleza no es posible, o al menos de violentarlos,  
 sacar muchas conclusiones firmes. Constituyen  
 más que nada eslabones sueltos de una cadena  
 que otros con más dotes se encargarán de en-  
 laxando; pero los cuales están conviene al me-  
 nos pretender estudiar en conjunto, en razón de  
 su importancia; puesto que si bien, fueran de al-  
 gunas y contadas afecciones intraabdominales  
 en que la acción benéfica de la laparotomía  
 es evidente, en las demás acerca de dicha acción  
 no existen mas que atisbos y vislumbres de lo que  
 aquella puede dar de sí como medio terapéutico;  
 estos son de tal entidad y tal la calidad de  
 los observadores, que queda perfectamente jus-  
 tificado el que ocupen seriamente la atención  
 de todo clínico por desapasionado que sea.

Hay que reconocer que la laparotomía simple

practicada con un fin terapéutico no apareció como una operación hecha con arreglo a un juicio previo, que partiendo de ciertos datos bien establecidos permitiere abrigar esperanzas sobre sus resultados, sino que como las laparatomías exploradoras fué engendrada por errores de diagnóstico.

Al nadie podía ocurrirle la idea de que practicándola, se fueran a obtener sin más ni menos, resultados beneficiosos; únicamente después de una serie de afortunadas intervenciones practicadas sobre la base de un juicio diagnóstico falso, es como ha llegado a constituirse en un medio terapéutico que tiene en ciertos casos indicaciones precisas, que permite abrigar alhajienas esperanzas en otros en que la indicación no puede aún actualmente ser formulada, siquiera con relativa precisión. Al fin y al cabo no es otra la historia del empleo de muchos valiosos remedios, que empleados al principio empíricamente han



ido después y á medida que sus efectos se han visto contrastados por la experiencia clínica, ensanchando el campo de sus indicaciones, al propio tiempo que han ido precisándose más y más estas.

La acción terapéutica de la laparatomía observóse por vez primera en 1862 por Spencer Wells, quien al practicarla para extirpar un quiste ovárico, se halló con una peritonitis tuberculosa. La enferma curó y curada seguía según Kimmell á los veintisiete años de haber sido operada.

Las observaciones siguientes á la de Spencer Wells nacieron también de errores diagnósticos. En 1878, Dohrn laparatomizó por supuesto un quiste ovárico y curó una peritonitis tuberculosa. Análoga en todas sus partes es la observación de Lindfors (1883); diagnosticado un quiste ovárico resultó una tuberculosis peritonea, y parecidas equivocaciones motivaron los casos publicados por Baerner,

Prommel, Esmarchs, Battlenher, etc. Después de estos casos tan favorables y misteriosos debidos a bienhechores errores de diagnóstico, ya que ellos llamaron la atención sobre la posibilidad de curar la tuberculosis del peritoneo por una intervención operatoria, König (1) fue el primero que propuso en 1884 la laparatomía en los casos precisamente diagnosticados, como el más eficaz remedio que se podría oponer a la enfermedad.

A partir de esta fecha, las observaciones se multiplican rápidamente e interminable y brillante a no poder más, por los nombres que en ella figuran, es la lista de los cirujanos de todas las naciones que contribuyen con sus casos a dar la razón a las aseveraciones de König. Y mediante este, a grandes rasgos resumiendo, procesó, la laparatomía se convierte en medio de tratamiento de la mencionada afcción, sin que su eficacia apenas sea en

(1) Centralblatt. f. Chir., 1884, n.º 6.



la actualidad discutida, fuera de la oposición que aun le hacen algunos espíritus tenaces, más por exigencias de sistema que por otras cosas.

Para adquirir tal categoría ha pasado por una laboriosa fase de discusión, que aunque muy mitigada, aun dura; pero tal van las cosas que ni se puede y se debe discutir cuando conviene practicarla, no se puede en cambio ya dudar de que cure, aunque no sepamos bien porqué, la tuberculosis de la gran serosa abdominal.

Mas la acción terapéutica de la laparatomía no se limita á esta afección. Hay publicados una porción de casos de curación ó de notables mejoras en afecciones en las que, practicada la laparatomía, el cirujano ó no ha encontrado sino lesiones tan ligeras que era imposible referir á ella los síntomas en el enfermo observado, ó bien se han visto en presencia de lesiones tan graves que ha tenido que renunciar á atacarlas, limitándose,



á una simple inspección ó cuando más de algunas exploraciones manuales.

Se ha podido sospechar al principio que no se trataba en tales casos sino de simples coincidencias; es decir, de curaciones espontáneas sobrevenidas casualmente á continuación de la intervención operatoria. Sin embargo, los hechos de tal naturaleza se han hecho tan frecuentes y se han presentado en condiciones tan diversas, que ha sido preciso admitir una relación real entre estas curaciones completas ó parciales y el mismo acto operatorio y se han hecho laudables esfuerzos para determinar cual podría ser la naturaleza del proceso curativo.

Lawson-Tait (1) fué acaso el primero que llamó la atención sobre la posible desaparición de tumores abdominales y pelvianos después de una simple laparatomía. Mosetig publicó poco después casos parecidos y William White (de Filadelfia) publica en los Anales de Cirujía

(1) Edinburgh Med. Journal. Nov. 1889.



de Agosto y Septiembre de 1892 unos artículos en que condensaba el resultado de unae requisitoriae muy extensa hecha á sus colegas sobre el asunto en cuestión, merced á la cual recibí una serie considerable de cartas autorizadas por las firmas de los cirujanos más eminentes de Norte - América y en que se contenían numerosos hechos de evocaciones de tumores del abdomen y de la pelvis, por la simple laparotomiae exploradora.

Después puede decirse, que no hay cirujano de alguna práctica en intervenciones abdominales, que no registre en sus recuerdos algún hecho de esta clase y la lista de las observaciones publicadas es larguísima. Podemos repetir aquí lo dicho acerca de la tuberculosis peritoneal, sería necesario citar casi todos los nombres de valía del arte quirúrgico para que la relación resultase completa. Sin embargo, ya no es dado aquí lo mismo que en aquella afeción, precisar en la forma que allí se hace, lo uidi-



cación de las laparatomías como medio de trata-  
 miento. En las tuberculosis peritoneales, los hechos  
 que prueban la eficacia de la operación son tan  
 numerosos y tan grande es la uniformidad  
 que entre ellos existe, que la intervención opera-  
 toria en muchos casos ha llegado al estado de  
 indicación formal, precisa hasta el punto  
 que los hechos clínicos consienten la precisión,  
 que siempre, es clara, dista de ser matemática.  
 En otros otros hechos, el número es también  
 considerable; pero la uniformidad de casos,  
 necesaria para formular conclusiones de  
 una mediana precisión, no existe por la  
 especial índole de los hechos mismos; puede  
 decirse que la indicación está todavía en su  
 fase constitutiva, y cuando más, permite  
 únicamente abrigar esperanzas de que recorrien-  
 do un camino más ó menos largo, pueda  
 ser establecida en algún particular y especia-  
 lísimo caso. En una palabra, los hechos prue-  
 ban que la abertura del vientre puede ser y



lo es de hechos beneficiosos en el tratamiento de ciertas lesiones abdominales; pero no nos consenten predecir ni el cuándo ni el cómo podremos utilizarlos como recurso terapéutico. Algo y más que algo es saber lo primero; sería injusto a todas luces negarlo importancia o no concederle la merecida atención, así como también sería poco prudente el exagerar su trascendencia y el aventurarse a sacar consecuencias prematuras.

Y una vez hechas estas consideraciones generales, se puede desde luego entrar a exponer los efectos observados cuando se hace la laparatomía simple, comenzando por los que se han podido apreciar en el tratamiento de las lesiones tuberculosas abdominales, por ser los mejor sistematizados y haciendo luego una apreciación de conjunto de los vistos en otras afecciones que por su propia diversidad mutua, no se prestan a subdivisiones rigurosas.

Durante largo tiempo ha sido la peritonitis tuberculosa desde el punto de vista terapéutico, del dominio exclusivo de la Medicina, pues a pesar de las sorpresas del caso felizmente operado por Spencer Wells, <sup>en</sup> casi todos los enfermos en que se intervino quirúrgicamente, esto se hizo por equivocación diagnóstica hasta fines de 1884; fecha en que König publicó por vez primera tres casos de peritonitis tuberculosa diagnosticada de autemano y operados por él con éxito. Desde entonces, los casos se han aumentado considerablemente, y tantos son que casi nos relevan de citarlos como pruebas de que la laparatomía sirve terapéuticamente en la tuberculosis del peritoneo.

Basta mencionar las más conocidas estadísticas que prueban este aserto así como lo hemos establecido, quedando después por averiguar hasta que punto tales servicios deben estimarse y en que particulares casos lo son más o menos y en cuales pue-



don llegar a estar formalmente contraindicados.

Eruc en 1886 reunió 11 casos con 9 curaciones y 2 muertos.

Kummel en el 16º Congreso de cirujanos alemanes presenta una estadística de 30 casos con 28 curaciones.

Maunauge en su tesis (1889) saca conclusiones favorables para el tratamiento quirúrgico de las peritonitis tuberculosas, fundándose en el estudio de 71 operaciones de las que 58 enfermos curados.

Andray (de Lyon) llega a presentar una serie de 63 laparotomías con 55 curaciones.

Lindfors (1888), 109 casos con 84 curaciones.

König hace en 1890 una interesante comunicación al Congreso internacional de Berlín, sobre 131 casos con una mortalidad del 18 p/100. Casi al mismo tiempo

Pic. reúne en su tesis 138 observaciones y Lindner (1) 208 y entre ellas muy demostrativos.

Aldibert (1892) reúne 322 laparotomías por tuberculosis peritoneal y Boersch añade dos años más tarde otras 50 a la anterior estadística.

Margarucci (1899) examina 233 casos laparatomizados por diversos miembros de la Sociedad italiana de Cirujía, con un total de 216 curaciones.

Roux presentó a la Société Vandoise de Médecine en 1879, una serie de 56 laparotomías, algunas de ellas repetidas en un mismo enfermo y por tanto muy interesantes.

Ericomi menciona también en su obra (2) actualmente en publicación, 53 casos operados por él, que dan un 95,3 p% de cu-

(1) Deutsche zeitschr. f. chir. XXXIV, 448.

(2) Trattato italiano de Chirurgia. Vol. IV. p. 11.



raciones estadística acaso la mas brillante de entre las hasta la fecha publicadas.

Galvani, estudia en el número correspondiente a Diciembre de 1899 de la "Revue de Gynecologie" de Pozzi, el resultado de 51 laparatomías hechas por peritonitis tuberculosas, que amosan un total de 7 muertos y 44 curaciones.

Estas estadísticas y especialmente las que figuran a la cabeza de las anteriores listas, no tienen evidentemente más que un valor muy relativo, ya que se establecen sobre observaciones referentes a un número grande de operadores y se refieren a casos muy separados entre si por sus condiciones para que puedan de ellos sacarse deducciones decisivas ni para considerar como exactas las cifras que dan; pero sin embargo, esclarecen algunos asuntos de interés para el práctico y además ostentan en general, un mérito que no tienen todas

Las estadísticas quirúrgicas y que consiste en que la mayoría de los cirujanos que se han ocupado en esta cuestión, han aportado todos sus casos, sean buenos ó malos, siendo así que lo común es la tendencia de dejar en la oscuridad los casos desgraciados y de no publicar más que los que han dado resultados satisfactorios; mientras que aquí hay que reconocer y así lo confiesan padidamente aun los no muy devotos de la intervención quirúrgica, las estadísticas de pecar de algo, pecan de sinceras.

De todas ellas se desprende una afirmación, que es la que importa hacer resaltar y es que <sup>en</sup> una proporción centesimal de casos mayor ó menor, pero siempre bastante considerable, la operación ha producido curaciones ó notables mejorías. Podría discutirse después si otros medios más inocentes ó que al menos así lo parecerán, produjeran idénticos ó acaso mejores resultados;



pero lo que no puede dudarse es, que la operación ha producido curaciones. La laparotomía pues produce efectos terapéuticos en la tuberculosis del peritoneo. Esta es la primera afirmación, la que como resultado bruto arrojan de sí los hechos y la primera que importa reconocer, porque no hay otro remedio.

Ahora bien, el clínico ni puede ni debe conformarse con esto, no basta saber que es un hecho probado que la laparotomía cura o alivia la peritonitis tuberculosa, sino que le es preciso saber hasta donde llega la eficacia de tal modo de tratamiento, comprobar si tales efectos no son susceptibles de obtenerse por otros procedimientos, saber en que determinados casos se obtienen aquellos resultados con mayores garantías de seguridad; en una palabra, debe en cuanto le sea posible analizar determinadamente los casos, desmenuzar el resultado que dan las

estadísticas, examinar minuciosamente las circunstancias que concurren en cada hecho particular, teniendo en cuenta que ni todos son parecidos, ni por consiguiente las estadísticas que comprenden casos muy desemejantes pueden dar de sí más que un tanto por ciento; que si tiene valor para dar fe de la comprobación de una serie de hechos, no lo tiene en rigor para consentir generalizaciones, únicamente lícitas cuando recayeran en una serie homogénea de casos muy análogos entre sí.

Que los hechos prueban que la laparotomía cura la peritonitis tuberculosa en muchas circunstancias, es innegable; pero como el fin de la terapéutica es establecer la indicación, para sentir bien este, es preciso puntualizar más. De ahí la necesidad de examinar con mediana detención siquiera, las circunstancias en que tales beneficios se realicen.



Y antes de hacer este exámen, creo de necesidad exponer aqui, en la forma más comprensible posible, las observaciones que por mi han podido recogerse.

Todas se refieren de enfermos operados por mi sabio maestro el Dr. Ribero, á quien desde aqui me complazco en tributar un recuerdo de profunda gratitud, y de entre ellas las mejores corresponden á observaciones hechas en el Hospital de niños, con lo cual resultará una serie de casos, sino muy numerosas, en cambio de lo más uniforme posible, pues á la circunstancia de tratarse de casos de un mismo operador reúne la de referirse á sujetos bastante análogos por sus condiciones de edad. Las estadísticas corrientes pecan en general de uno de estos dos defectos, cuando no de los dos, así las de Mauraunge, Aldibert, Margarucci, etc, se refieren á operadores de muy distintas condiciones y las uniper-

sonales como las de Poux, Galvani, etc, á sujetos de muy diversas edades. Por ejemplo la edad de los operados de Ericomi varía entre los 15 y los 57 años; los cincuenta casos de Pöessche refieren á individuos de una edad comprendida entre los 8 meses (la del más joven) y 65 años (observación de Fraipont) (1).

En todas las que vamos sumariamente á exponer, además de lo que he seguido con ligeras variantes, el mismo proceder operatorio y por tanto, realicé dentro de lo posible, condiciones de positiva uniformidad que hace más apreciable su conjunto.

Observación I. — Señor de 32 años, casado, examinado á principios de Noviembre por el Dr. Ribera, afecto de un padecimiento abdominal, cuyo diagnóstico oscilaba entre una lesión hepática ó quiste del ovario.

La enfermedad se desarrolló gradualmente sin grandes molestias ni trastornos di-

(1) Revue de Chirurgie. 13<sup>e</sup> année. no. 7.



gestivos, dominando desde los primeros momentos la existencia de una colección líquida. Estado general mediano, disnea por hechos mecánicos de cantidad de líquido abdominal.

Laparotomise el 17 de Noviembre. Incisión infraumbilical, salida de una enorme cantidad de líquido. Explorado el vientre se vio se trataba de una tuberculosis peritoneal difusa, extendida por todas partes habiendo grandes masas de tubérculos a nivel del ligamento ancho derecho. Lavado del peritoneo y suturas. A los diez días estaba cicatrizada la herida operatoria.

A últimos de Diciembre, ligera recidiva de la ascitis, limitada a una pequeña zona del lado izquierdo. Inyección de glicérol con iodoformo y rápida desaparición de la pequeña colección formada. Estado satisfactorio que permitió abrigar algunas esperanzas.



Por desgracia empezó á manifestarse los seos asperera en los vertices pulmonares y á pesar de los recursos empleados para atajar la tuberculosis pulmonar, este avanzó rápidamente y la enferma murió tísica el 10 de Marzo, sin que los fenómenos del vientre se hubiesen reproducido.

Observación II. - Ingresó en la sala de cirugía de niñas del Hospital del niño Jesús, el día 12 de Agosto de 1891, C. A. de 13 años de edad, con una afección doble.

De una parte tenía una osteoartritis tuberculosa de la rodilla derecha y por otra - que era lo que con más urgencia requería tratamiento - una afección localizada en el vientre; que estaba considerablemente voluminoso, tenso, y doloroso; opresión respiratoria, anorexia, digestión lenta y temperatura febril no muy alta e irregular. Diagnosticada una tuberculosis peritoneal, se creyó preferible empezar por ella el tratamiento



porque de resecaar antes las rodillas, se pue-  
 diria provocar una explosión intensa de  
 la peritonitis tuberculosa. El 3 de Octubre in-  
 cision desde debajo del ombligo hasta tres cen-  
 timetros del pubis. Pudo reconocerse la exis-  
 tencia de una serie de granulaciones en  
 las hojas del peritoneo, que se tocó ligera-  
 mente con una esponja un poco impregnada  
 de disolucion caliente de sublimado al 1 por  
 2000, dejando luego caer en la cavidad pe-  
 ritoneal próximamente medio gramo de  
 yodoformo disuelto en unos dos gramos de  
 vaselina líquida. Suturae perdidas a  
 punto por encima del peritoneo y suturae  
 profundas y superficiales de paredes.

Al octavo día se quitaron los puntos pro-  
 fundos y a los quince los superficiales y antes  
 del mes se pudo prescindir de todo apósito.

La niña salió curada del Hospital el  
 20 de Abril de 1892.

Obs. III. - Entró el 3 de Enero de 1893 en la



22

clínica quirúrgica, segundo curso, P. G. de  
33 años, y buena constitución, al parecer. Desde  
un año antes empezó á tener epistaxis y me-  
lensa, con grandes dolores en el hipocondrio  
y fosa iliaca derecha, que se irradiaban á  
todo el vientre, No ha tenido ascitis ni icte-  
rícia. Al ingresar en la Sala lo que más  
le molesta es un dolor de todo el lado derecho  
del vientre, con irradiaciones á todo el resto del  
abdomen, dolor que aumenta durante las  
defecación, saliendo los excrementos muy  
duros.

Al hundir los dedos en la región umbi-  
lical, se nota la presencia de un cuerpo duro,  
como si existiera un tumor que no sigue  
los movimientos respiratorios y delante del  
cual se encuentran las asas intestinales,  
como puede sospecharse por percusión.  
Diagnóstico dudoso, inclinándose á pensar  
en un tumor del mesenterio. El 16 de Enero  
laparotomía media supraumbilical.



Al introducir las manos, pudo tocarse y verse luego que el peritoneo estaba sembrado de nodulos del tamaño de un guisante y mayores; no habia verdadero tumor mesentérico y el asiento predilecto de los tuberculos era en las fosas iliaca derecha, constituyendo una gran masa alrededor del ciego. Lavado y suturado.

No hubo la menor elevación de temperatura.

A los diez dias se levanto el apósito, las heridas del todo cerradas. Mejoría rápida y progresiva del estado general, saliendo de la Clínica el operado, el dia 13 de febrero. Noticias posteriores permiten creer en la curación, porque el sujeto se entregaba, sin experimentar molestias, al rudo trabajo del campo.

Obs. IV. — Mujer de 25 años, ingresada en la Clínica el 23 de Agosto del 92. Su padre murió de tuberculosis pulmonar. Elle ha sido siempre enferma. Estado general

deplorable, vomitae quanto ingiere; dolor intenso y espontaneo en el epigastrio, exacerbándose mucho por la presión, vientre tenso, estreñimiento.

Quedándose del diagnóstico se hace unase laparotomía exploradora. Incision supraumbilical. Estómago exteriormente normal, en cambio los repliegues peritoneales llenos de tubérculos. Suturae. Marcha aséptica de las heridas. Desaparición de dolores y vómitos, si bien estos reaparecieron después de las comidas, refiriendo la enferma que siempre los vómitos se han verificados de esta manera, para desaparecer con o sin tratamiento, hechos que no se compaginan bien con la idea de una lesión permanente de estómago y sobre los cuales juzga el Dr. Riberae, no debe insistir por tratarse de un asunto ajeno á las consideraciones que nacen naturalmente del caso. (1)

(1) Esta observación, así como las tres que la preceden están



Obs. V. - Joven de 22 años. Diagnosticado previamente de tuberculosis peritoneal, laparatomizado por el Dr. Ribera el 28 de Marzo de 1893.

Presentaba una extensa infiltración tuberculosa del peritoneo, del intestino y de los ganglios mesentéricos. Cura de la operación pero las lesiones no se modifican y el enfermo muere de tuberculosis generalizada.

Obs. VI. - Joven de 15 años. Diagnóstico - Tuberculosis ganglionar y peritoneal. Laparatomía el 1º de Mayo del 94. Alta el 12 de Mayo con curación operatoria, desaparición de todos los síntomas. En fecha posterior fue observado con una úlcera tuberculosa en la parte alta de la cicatriz y síntomas pulmonares.

Obs. VII. - Ingresó en la Sala de Santa Isabel, cama, 21, los niños F. M. S. de 12 años de edad, natural de Magueda (Toledo), el

aquí resumidas del Discurso de recepción del Dr. Ribera en la Real Academia de Medicina.



día 2 de Mayo de 1899. Operada en 1º Julio,  
 confirmose el diagnóstico hecho de tuberculosis  
 peritoneo-intestinal muy difusa. Curación  
 operatoria el 18 de Julio. Mejoriza notable  
 post-operatoria, sin embargo de lo cual fa-  
 lleció por tuberculosis generalizada el 26 de  
 Noviembre del mismo año.

Obs. VIII. — J. P. de 9 años nacida en Ma-  
 drid, Ingresó en el Hospital de Niños el 30  
 de Septiembre de 1895. Se diagnostica una  
 tuberculosis peritoneal con caracteres de agu-  
 dera y se hace laparotomía el 7 de Octubre.  
 Incisión infraumbilical, que permite com-  
 probar la existencia de extensas lesiones tu-  
 berculosas del peritoneo visceral y del intes-  
 tino. Desagüe en la Michulicz. La niña  
 está por la tarde agitada y el Profesor de  
 guardia le prescribe una poción de hidra-  
 to de cloral. Se cura la herida el día 8, su-  
 primiendo por innecesario el desagüe. Alta  
 por curación el 26 de Octubre.



Obs. IX. - Ingresó el día 3 de Febrero del 95, en la sala de Santa Isabel de Hungría del Hospital de niños, la niña P. G., de 10 años y natural de Sobillo (Ávila) se diagnosticó tuberculosis peritoneal y se interviene haciendo laparotomía media infraumbilical. Incandidadas las paredes se encuentran adheridas entre sí las dos hojas, parietal y visceral, del peritoneo, así como las asas intestinales, que como aquellas están sembradas de numerosos nódulos de aspecto claramente tuberculoso. Lavado y desagüe a lo Mickulicz.

El 7 se sustituye el Mickulicz por gaso iodoformico y se aprietan los puntos que se habían dejado sueltos para dar paso al desagüe. El 15 de Marzo la herida operativa estaba perfectamente. Alta por curación el 11 de Julio.

Obs. X. - Viene a ocupar la cama 14 de la sala de Santa Isabel, la niña H. C. C.,



de 9 años de edad, el día 10 de Abril de 1897.  
 Se piensa en una tuberculosis peritoneal por  
 los síntomas que ofrece. Laparotomía mediante  
 infraumbilical y se hallan el peritoneo e in-  
 testinos cuajados de granulaciones tuberculo-  
 sas de distintos tamaños. Hay evacuación  
 de una gran cantidad de líquido. Desage-  
 gue a lo Mickulicz. El 17 se suprime el de-  
 sague, poco después las heridas queda to-  
 talmente cicatrizadas. Alta por curación  
 el 6 de Mayo. Fue operada el 13 de Abril.

Obs. XI. - La niña E. A. E. de 3 años de  
 edad y nacida en Madrid ingresa el  
 23 de Junio del 98. Hecho el diagnóstico de  
 peritonitis tuberculosa, es operada el 1º de  
 Julio. Marcha post-operatoria normal.  
 El 10 está curada la herida. Alta por cu-  
 ración a fines del mismo mes.

Obs. XII. - M. J. L., niña de 6 años y  
 natural de Villavieja. Ingresa el 16 de Mar-  
 zo de 1899 y es operada el 21 del mismo mes



Se encuentran una vez abierto el vientre, extensas adherencias entre el peritoneo y los intestinos, así como muchos tubérculos. La primera cura se hace el 31 Marzo. La cura operatoria se hizo esperar poco y en el estado más satisfactorio fui dado de alta el 15 de Mayo.

Obs XIII. - N. M. R., de 13 años, natural de Villarobledo (Albacete). Ingresó en la sala de San José, el 27 de Octubre del 96 y es operado el 7 de Noviembre. Se hizo de antemano el diagnóstico de tuberculosis del peritoneo y del intestino grueso; haciéndose por este motivo una laparotomía lateral derecha, que consistió en comprobar el diagnóstico. Lavado bórico y suturas profundas y superficiales. Se le levanta el apósito el 16 del mismo mes y se encuentran ulceradas todas las suturas, se quitan tres puntos y se pone una compresa de gasa iodoformada. El mismo día tuvo fiebre, administrándosele el sulfato de

quinina y quedando otro vez apiretico el 21. El día 1º de Diciembre ha cesado la supuración. En curas sucesivas la herida va lentamente cicatrizando y el 11º y el 2º de Enero se eliminan dos ligaduras. Alto curado el 12 de Marzo de 1899.

Obs. XIV. — A. P. P. de 3 años y de Madrid viene a la sala de cirugía del Hospital de Niños, trasladado desde la de Medicina, en donde se había diagnosticado de ascitis y se le había hecho la paracentesis sin resultados, porque fue seguida de rapidísima reproducción del derrame. Se hace la laparotomía el 3 de Agosto, viéndose se trata de una peritonitis tuberculosa, promoviéndose desagüe que se suprime al día siguiente. Quinto tuvo retención de orina por padecer un fimosis, que se dilató para sondarle. El 10 se quitaron los puntos de las dos suturas practicadas y el 14 está la herida cicatrizada por primera intervención. Alto curado el 23 de Agosto.



Obs. XV. - M. A. C., de Madrid y de 15 años de edad, ingresó en la sala de San José el 7 Agosto de 1894, procediendo de la sala de Medicina, en un estado general lamentable. Operado el mismo día, se encontró una tuberculosis difusa peritoneo-intestinal, forma seca, con adherencias múltiples visero-parietales e interviscerales. Curación operatoria el 22 del mismo mes. Pero el estado general fue de día en día empeorando, muriendo el enfermo el 9 septiembre.

Obs. XVI. - H. M. O., 3 años, natural de Miraflores de la Sierra, ingreso el 16 de Mayo de 1895. Se diagnosticó una tuberculosis peritoneo-intestinal y juzgándose necesaria la intervención quirúrgica, lleva este día efecto el 17 del mismo mes. Abierto el abdomen, pudo verse que el peritoneo y los intestinos estaban llenos de abundantes nodulos tuberculosos en distintas fases de evolucion.

lución, encontrándose al propio tiempo extensas adherencias entre ambas hojas peritoneales y entre las asas del intestino delgado. No había la menor cantidad de líquido. Se cerró el vientre y al levantar por vez primera el apósito, el 26 del mismo mes, se encontró la herida cicatrizada por primera intención. Completamente curado, fue dado de alta el enfermito en 21 de Junio.

Obs. XVII. — C. M. J., de 8 años de edad y nacido en Sigüenza (Guadalajara). Ingresó en el Hospital de Niños el 28 de Febrero de 1899. Sospechándose una peritonitis tuberculosa, se hace la laparotomía por el procedimiento generalmente empleado en estos casos por el Dr. Gibera y se encuentra una verdadera infiltración de tubérculos miliares de pequeños tamaños y abundantísimos en número, repartidos por toda la extensión del peritoneo y de las paredes del intestino delgado. Lavado



con disolución bórica y suturas. El 20 de Marzo, de los diez días de la operación, se vio cicatrizada toda la incisión operatoria, excepto un punto que supuró algunos días.

Alta curado el 30 de Abril.

Obs. XVIII. - S. M., mujer de 29 años, natural de Comas de Almoguel (Toledo) entra en la sala de Cirujía del Colegio de S. Carlos el 14 de Abril del 98. presentando todos los síntomas de una peritonitis tuberculosa; es la parotomizada el 18 de Abril. Curso normal y alta por curación el 7 de Mayo.

Obs. XIX. - S. M. de 15 años y nacida en Madrid. Ingresa en la clínica el 2 de febrero del 99. Sospechándose una tuberculosis del peritoneo, se interviene encontrando notables lesiones tuberculosas del peritoneo, ganglios e intestinos. Marcha post-operatoria sine accidente alguno digno de mención. Alta por curación el 11 de Marzo.

Obs. XX. - La niña J. S. H. de 7 años y na-

tural de Madrid. Ingresó en el Hospital clínico el 22 de Marzo de 1898. Estado general mediano, á la auscultación fenómenos pulmonares y disnea, pulso frequentísimo y depresible. A pesar de ello, y dada la enorme distensión del vientre, se hace laparotomía el 23 Marzo. La enfermita cayó en un estado notable de decaimiento, el pulso se hizo aun más frecuente e irregular, sobrevino insensibilidad, y enfriamiento de las extremidades, cianosis y con todas las apariencias de un colapso cardíaco, sucumbió el 25. La herida estaba en vías de cicatrización.

De esta serie de casos viene á deducirse una consecuencia primera que aboga en favor de la operación y es que únicamente en uno de ellos (Obs. XX) la muerte puede ser atribuible al acto operativo y aun esto podría discutirse dadas las condiciones en que se intervino, apremiados por la urgencia del caso



que imponga una intervención rápida y en condiciones tales que la elección no era permitida. En todo caso la mortalidad operatoria puede centesimalmente evaluarse en un 5 por 100 y con menos se dan por satisfechos y estiman ventajosa la intervención muchos cirujanos. Ericomi considere como una pequeña mortalidad el 8,6% que resulte en la estadística de Aldibert-Poer; y la suya propia, que es la más favorable de todas las publicadas, da el 3,7% de fallecidos a consecuencia de la operación y al citar estos observadores prescindimos de las de otros autores más antiguos que dan peores resultados. Elam es que apreciadas en la cifra total de fallecidos, la mortalidad es de un 2,5%; pero esto no constituye en modo alguno una objeción a las ventajas de la operación. Y no lo constituye, porque bien analizados los casos, se ve que los enfermos que han sucumbido lo han sido



por circunstancias que de ninguna manera están relacionadas de un modo directo con el acto operatorio. La enfermedad de la observación I, el de la V. y la de la VII mueren: la primera por accidentes pulmonares, por generalización de la enfermedad los dos últimos, y los tres en unas fechas separadas por bastante espacio de tiempo, de las operaciones y los tres con curación operatoria completa. Estos tres casos, lo más que pueden probar, es que en ellos la operación fue insuficiente para atajar los progresos de la enfermedad y nada más. Por otra parte la historia de las enfermas n<sup>os</sup> I y VII comprueban una mejoría notable en las segundas, del estado general y de la afección abdominal principalmente. El enfermo de la observación XV consigue también curarse de la intervención, y si bien en él no se obtiene con la operación ni siquiera mejoría; preciso es tener en cuenta sus particulares condi-



ciones, yae que se trataba de un muchacho en pésimo estado general y en condiciones desventajosas para obtener un resultado feliz.

En suma, estos casos desgraciados no prueban sino que la operación tiene sus contradicciones, que no se le debe nuncae pedir más de lo que ella puede dar de si, que hay casos en que las condiciones del individuo son tales que es intento vano el pretender modificar el estado de un enfermo, en que las resistencias orgánicas están todas viciadas y los medios de defensa comprometidos. Lejos de constituir un argumento contra la laparotomía, lo son más bien para las intervenciones hechas tardivamente y fuerzase es confesar que en las estadísticas españolas, casos semejantes tienen que ser por desgracia frecuentes, porque las palabras laparotomía aún nos asustan, y los casos que se entregan en general al cirujano, son aquellos en que todo medio ha fracasado.



y en que se ha dejado agotar al paciente, durante un largo tiempo, perdidos en la aplicación de remedios de acción más que dudosa.

Però de todos modos, y aun ateniéndonos solo á las cifras finales, resultan de la serie 15 enfermos curados; es decir el 75 p/o y si se tiene en cuenta además de las consideraciones que acabo de exponer, el que en el Hospital de niños al menos, en ningun caso se ha operado á niños en que se habia hecho el diagnóstico de tuberculosis peritoneal, sino cuando todas las circunstancias inducían á pensar que la expectación ó un tratamiento médico no darían resultado alguno, la cifra de curaciones es satisfactoria. Este mismo año, dos niños, uno de ellos yo en la mesa de operaciones, dejaron de ser operados con solo una modesta indicación del que suscribe esta tesis, acogida con su peculiar benevolencia por el Dr. Ribera.



todo porque podíanse aun tenerse esperanzas en  
 otro tratamiento que no fuese el quirúrgico. En los  
 libros de Historias del mismo hospital, pueden  
 verse varios casos de anteriores tustos, de niños in-  
 gresados en las salas de Cirujía con el diag-  
 nostico de tuberculosis del peritoneo y que sin  
 embargo no fueron operados, ya porque en  
 ellos no se apreciaba avance de las lesiones, ya  
 porque se comprobaba en ellos alguna mejo-  
 ría con los cuidados del régimen. Es ne-  
 cesario hacer constar esto, para que resulte  
 claro que los casos operados no han sido  
 en ninguno de ellos, casos elegidos, sino todo  
 lo contrario en general, casos con lesiones  
 avanzadísimas, con estado general por lo  
 menos mediano, sospechosos á veces de otras  
 localizaciones tuberculosas, francamente os-  
 tensibles en algunos como el de la observación  
 II y en que se había hecho la punción con  
 rápida reproducción del derrame (en 48 ho-  
 ras), como el de la observación XIV.



Ya pesar de todo la estadística no desmerece al lado de las que más se traen y se llevan como mejores del extranjero, en que los recelos de la operación no son ni con mucho tan grandes y en que indudablemente por estas circunstancias la selección de casos ha sido posible. Lindfors (1882) da un 22% de mortalidad total. Koenig (1890) un 18%, Roersch-Alibert (1893) un 23,5% y solo las de los autores italianos recogidas por Margarucci y la de Ericomi resultan con cifras totales menores de fallecidos. Prescindere aquí naturalmente de las primeras estadísticas de todas luces más desfavorables. Y por encima de todo, porque no hay que olvidar la circunstancia mencionada, después de la operación solo ha fallecido un enfermo de los veinte laparotomizados y parece eso en condiciones tales que puede muy bien discutirse si la operación fue la causa del fatal desenlace. La herida abierta



torias estaba en vias de cicatrizacione (Obs. XX).  
 y con anterioridad de la operacione existian  
 notables y marcadissimos trastornos  
 torácicos, circulatorios y respiratorios, que  
 el que suscribe tuvo ocasion de observar,  
 por ser el alumno encargado de hacer la his-  
 toria de la enfermedad, y si la operacion  
 se realizo de pesar de todo fue entre otras  
 cosas por el estado alarmante de gravedad  
 del caso, que imponia con urgencia hacer  
 algo para intentar siquiera aliviar  
 la angustiada situacion de la enfermita.

Este resultado viene a probar que  
 la operacion, sino del todo inocente, por-  
 que no hay operacion que lo sea en absolu-  
 to, es lo suficientemente poco peligrosa para  
 que sin ningun escrúpulo se realice cuando  
 haga falta.

La accion curativa de la laparotomia  
 sobre los procesos tuberculosos de la serosa abdo-  
 minal ————— es juiciosa y los hechos



clínicos lo prueban, suficientemente claras. Los efectos observados son inmediatamente: desaparición del derrame intraabdominal cuando existe, desaparición de los dolores y de la fiebre, mejoramiento del estado general y normalización de la digestión, cuando en esta función existen trastornos aparentes. En una época mas posterior se veían los enfermos mejorar por algunos meses ó años y curar á otros definitivamente. König de 84 operados ha podido seguir el resultado en 16 al cabo de dos años y en otros 14 mas de tres.

Y no cabe decir que no se trate en muchos casos curados, de lesiones peritoneales distintas de la tuberculosis, porque esto sería posible, ya que los tubérculos pueden siempre comprobarse con la vista y el tacto al abrir el abdomen, y sobre todo porque una larga serie de observadores han demostrado la naturaleza tuberculosa de los productos hallados



en sus operados, practicando inoculaciones en serie y haciendo preparaciones microscópicas que no dejan lugar a duda. M. Christomanos, jefe del laboratorio bacteriológico de Atenas ha inoculado animales con sensibilidad peritoneal de seis operados de Galvani y en los seis casos, la muerte ha sobrevenido entre el segundo y el tercer mes de la inoculación, habiendo demostrado la autopsia, la tuberculosis en sus diferentes formas.

Nannotti y Bacciacchi, Kichensky, Stchigoleff, han hecho inoculaciones con analogos resultados y Lamber y Torfida, han provocado, con productos recogidos por Fracomi en el Instituto quirúrgico que este profesor dirige peritonitis tuberculosas atenuadas en los conejos y en las cavias.

Por lo interesante, merece especial mención las observaciones hechas por el Dr. G. d'Urto (1)

---

(1) Comunicazione fatta al X Congresso della Società italiana di Chirurgia - Ottobre. 1899.

Sus investigaciones se fundan en la inoculación del líquido peritoneal, hechas en los conejos y conejillos de Indias, valiéndose de la vía hipodérmica ó de la vena; y ya fueren uno u otra la empleada, los animales murieron de tuberculosis generalizada en los órganos internos. En cambio inoculó sin resultado en el peritoneo á los pollos; si bien, continuando las inoculaciones en serie, trozas de líquido y ración de pollo inyectados á una cavia, produjeron tuberculosis general. Según este autor, las inoculaciones del líquido peritoneal en conejos y conejillos de Indias, cuando se practican una sola vez, ó matan precocemente por envenenamiento agudo ó lo hacen lentamente, sin que el animal presente durante cierto tiempo lesiones tuberculosas, si bien sufre una constante disminución de peso.

Ha podido además notar que la virulencia del exudado peritoneal no se extingue por la simple esterilización ó lo fundall y solo ha conseguido hacerlo del todo esteril valiéndose de la esterilización discontinua durante



ocho días, en días alternos de dos horas diarias.

- Esta extraordinaria resistencia no quita, sin embargo, que se necesiten varias inyecciones para conseguir resultado, hecho que no depende de la vía de introducción, pues las tres vías empleadas en los conejos dan resultados negativos si la inyección se hace una sola vez, lo cual hace creer que el virus está en el líquido peritoneal en estado de máxima disolución. Bien mirado, como hace notar el mismo D'Urso, este hecho no es exclusivo del líquido peritoneal, porque lo presenta también el líquido de la pleuritis serosa, pues Sischhorst solo ha obtenido un 9.09% de resultados positivos con una sola inyección de 1 c. c.; mientras que ha logrado un 6% inyectando 11 c. c. En definitiva, la técnica de Sischhorst no se diferencia de la del doctor italiano, sino en que el uno inyecta de una vez y D'Urso en inyecciones repetidas, la misma cantidad, para evitar



de envenenamiento agudo que provocan las dosis masivas à lo Sackhorst.

D'Urso además ha comprobado en sus seis observaciones la presencia de bacilos de Koch en las secciones microscópicas y análoga comprobación han hecho otros investigadores.

Es decir, que no cabe duda de que los casos de peritonitis curados por la laparotomía, son de naturaleza claramente tuberculosa.

Però aún hay más; porque se ha podido comprobar en muchos casos la desaparición absoluta de las lesiones comprobadas en el momento de la operación, como ha sucedido en las autopsias publicadas por Kirschberg, Ahlfeld, y Hofmühl. Otros han tenido ocasión de hacer una segunda laparotomía, por una eventración ó por curar alguna otra afección y han hallado el peritoneo liso y unido, sin ninguna lesión; comprobaciones de este género han hecho Kettley, Schmitz, Knaggs, Boersch, Cecherelli, Clarke



y Bruce han presentado casos semejantes á la Sociedad Clínica de Londres y muy bella es la observación de Richelot, que está en todos los tratados. Además de la comprobación macroscópica, el microscopio ha podido demostrar las fases de esa desaparición de las lesiones de la serosa, así Osler (1) en una autopsia hecha cuatro meses después de la operación ha encontrado granulaciones pequeñas, duras, rodeadas de tejidos cicatriciales; el microscopio demostró que se trataba de nódulos fibrosos en que persistían algunos bacilos y algunas células gigantes. Löhlein en otro caso no encontró más que tubérculos inertes, sin bacilos. Roux (1897) ha visto lo mismo, casos curados, por una segunda laparotomía, necesitada por otra causa que la peritonitis tuberculosa.

En la observación 3<sup>a</sup> de las que sirven de base al notable trabajo de d'Uzso (loc. cit.); se trata de un caso capar de convencer al más receloso. Enfermo que sufre cuatro laparotomías

(1) Johns Hopkins hosp. Reports., 1890.



una tras otra, en el espacio de cuatro meses próximamente y que finalmente queda del todo curado. En todas ellas se recogen fragmentos de peritoneos y se hacen inoculaciones y preparaciones histológicas con ellas; viéndose paralelamente con la mejoría del enfermo tras cada operación, una progresiva mejoría de las lesiones, que contienen cada vez menor cantidad de bacilos. Cito esta observación como verdaderamente extraordinaria, por lo demás las otras cinco del mismo autor, que se refieren á casos en que la laparotomía fué repetida, por continuar á despecho de la primera intervención, el proceso peritoneal; prueban así mismo por las observaciones histológicas hechas, una progresiva mejoría de las lesiones.

Y se ha hecho, en fin, más; se ha provocado experimentalmente en animales de laboratorio la peritonitis tuberculosa y se ha conseguido curarles, im-



judiando que succumbieran, mediante una sencilla laparotomía. Esta prueba experimental ha sido conseguida por Mannotti y Bachischi, por Gatti (1) y por Stchégoleff (2)

Es decir, que por la ligera reseña de observaciones expuestas, puede fácilmente verse que hay una verdadera exhuberancia de pruebas de todas suertes, tanto clínicas como experimentales, en pro de la abertura del vientre como medio seguro de tratamiento de la tuberculosis peritoneal y que se necesita ser ó muy torpe ó harto descontentadizo para no quedar plenamente convencido.

Ocioso sería insistir más en este asunto, demasiadas son las observaciones que prueban que la laparotomía cura y cura seguramente en la peritonitis tuberculosa.

Sin embargo, y á pesar de tantas y tan incostestables pruebas de todos géneros, hay

(1) Riforma med. 1894 y 1896.

(2) Archives de Méd. experim. Sept. 1894. pg. 649.

quien ataca, no ya la eficacia de la laparotomía, sino la conveniencia de practicarla, porque juzga que la peritonitis tuberculosa puede curarse en muchos casos sin necesidad de intervención del cirujano o bien funda quien así razona, sus argumentos, en los hechos también numerosos de curación de la afección supradicha por medios relativamente suaves y que se estiman poco peligrosos; categoría a que pertenecen las inyecciones líquidas y gaseosas en la cavidad peritoneal, los diferentes métodos de lavado de la serosa, el desagüe permanente, etc.

En muchos Congresos se ha discutido especialmente estas maneras de considerar la cuestión, y por no citar, porque sería ocioso, mas que lo referente a estos últimos tiempos, bueno es recordar lo que impugnando a la laparotomía se ha dicho.

El Dr. Jargas en la Comunicación hecha al Congreso recientemente celebrado



en Moscov, llega entre otras conclusiones á sostener: que la peritonitis tuberculosa tiene una tendencia natural á la curación en un 50 p/o de casos al menos, y que la gravedad de la peritonitis tuberculosa depende sobre todo de las infecciones secundarias, sobreañadidas á la infección bacilar; y á partir de estas afirmaciones cree que el tratamiento debe ser siempre expectante, que en algunos casos hay indicación de expulsar el líquido por paracentesis ó laparotomía, á la que no concede ningún efecto especial, no constituyendo en su sentir, más que un medio de evacuación del líquido.

En el XIV Congreso de la Sociedad italiana de Cirujía (Octubre - 1899, Sergi - Trompetta opone también algunos reparos á la laparotomía, fundándose en casos que tratados por él, mediante la abertura del abdomen, recidivaron; de lo cual deduce que es lícito dudar de que la laparoto-



mia cure de un modo definitivo y real la tuberculosis del peritoneo. sostiene Sergi que lo que se nota después del acto operatório es una mejoría, con detención momentánea del proceso, más que una curación definitiva. Estas dudas fueron, sin embargo, cumplidamente contestadas por Cecherelli, que ~~contra~~ los casos de Sergi opuso los suyos propios y entre ellos el de la *primera* operada suya (1884) que lo fue por peritonitis tuberculosa comprobada por toda clase de medios y que seguía viva y curada desde hacía más de dos años, llegando á su vez á la conclusión final de que si hoy puede discutirse sobre el mecanismo de curación de la peritonitis tuberculosa, no se puede en cambio sobre su curación por la laparotomía, ni sobre la verdad del diagnóstico, lo cual fue apoyado en la misma sesión por Pugliese qui afirmó que si en muchos casos de laparotomía por peritonitis no ha sido posible acertar la naturaleza con el examen microscópico y los



cultivos, siempre se ha podido reproducir en los animales; no quedando, hoy, ninguna duda sobre la curación estable de la peritonitis tuberculosa por la laparotomía.

Merece también consignarse a este respecto la reunión discutida habida en la Sociedad de Medicina interna de Berlín muy recientemente (1). En ella Baginsky sostuvo que la peritonitis tuberculosa puede curar bajo la influencia de un régimen dietético e higiénico conveniente; lo cual dio motivo a von Leyden que reivindicó para sí el honor de la primacía en sentar la curabilidad espontánea de la peritonitis tuberculosa semejante en esto a la pleuresía de igual origen, negando la acción curativa de la laparotomía, y sosteniendo que los enfermos curados lo han sido por simple coincidencia. A impugnar tales proposiciones se levantaron Litten y Bendix, que comenza-

(1) Sesiones del 11 y 18 Junio de 1900.

son por discutir la naturaleza tuberculosa de muchas de las pretendidas peritonitis de esta naturaleza curadas espontáneamente, fundándose el primero en que en los riñones existe una peritonitis no tuberculosa que por la aglutinación de las asas intestinales puede determinar la formación de verdaderos tumores, así como también en ellos puede observarse una ascitis sin peritonitis y cuya causa queda desconocida, que cura con solo la punción y que acaso sea de origen reumático, como las ascitis de los reumáticos que curan por la acción del ácido salicílico.

Por otra parte, Fränkel siguió la semejanza absoluta, que Leyden, trata de establecer entre la peritonitis y la pleuritis tuberculosa; pues mientras que los derrames pleuríticos desaparecen frecuentemente, aun sin punciones, la curación de la peritonitis espontáneamente



es muy rara. Herzberg presenta en contra de las aseveraciones de Leyden, su estadística del Hospital de Urban, donde un gran número de niños con peritonitis tuberculosa fueron laparotomizados, habiendo curado el 60%. Heubner sostuvo también la influencia benéfica de la laparotomía, declarándose como Fränkel, contrario a la opinión de Leyden que establece un paralelo entre la peritonitis y la pleuresía tuberculosa en cuanto a su curabilidad. Gluck, en fin dió cuenta de sus observaciones en que había tenido varias veces que dejar abierto el vientre después de la laparotomía y había podido comprobar la reabsorción de los exudados tuberculosos y su remplazo por tejido sano. Análogas manifestaciones hizo también Kareschky.

Como puede, pues, verse, los principales argumentos de los adversarios de la laparotomía se fundan en los existos dudosos

de las intervenciones tardías, de una parte, y de otra en la vacilación con que se toma la decisión operatoria al principio de una afección que cuidada convenientemente, puede indudablemente curar sin intervención quirúrgica en ciertos casos. Todo ello en resumen se reduce à una razón única, la de que la tuberculosis peritoneal puede curar espontáneamente.

Efectivamente, no se puede negar que esto ocurre y que hay casos en que la expectación y la buena higiene curan casos de la citada afección; pero no es menos cierto que tal curabilidad espontánea es bastante discutible y que si en algunos casos se consigue, estos no autorizan à desechar la intervención quirúrgica. Forzando algo el argumento, tanto valdria à reducir al médico à mero espectador de casi todas las humanas dolencias, todo porque en ellas, por graves que sean, hay casos y casos numerosos en que



la Naturalerae, por mecanismos más ó menos variados, basta para conducir á la curación. Es cierto, si, que existen casos de tuberculosis del peritoneo que curan sin operación; pero para generalizar esta tendencia, sería necesario, por lo menos, poder contar con la posibilidad de la aplicación de los medios higiénicos convenientes para sostener el organismo en la tenaz lucha que hay que oponer para conseguir el triunfo sobre la enfermedad. Pero, por desgracia nos encontramos aquí con un primer y serio inconveniente y es que aquellos medios no pueden ser aplicables más que á un número muy restringido de individuos, á los favorecidos por la fortuna y son casi inaccesibles al mayor número de los desdichados afectados de esta forma de tuberculosis y que necesitan de su trabajo para vivir.

A este propósito dice Galvani: "Cuanto más observamos á este género de enfermos

mas se afirma nuestra conviccion de que les prestamos un señalado servicio, abviéndoles el vientre à tiempo; en la mayoria de los casos, en aquellos sobre todo, en que el organismo no ha sido agotado por la prolongacion ó por la gravedad de la enfermedad, pues hay evidentemente casos primitivamente graves contra los cuales nada sirve, en los que la operacion (refiere de los primeros casos), provoca en el organismo una reaccion favorable. Al momento este cambio se muestra rápidamente; algunas veces 24 ó 48 horas despues de la operacion, la fiebre y la diarrea si antes de la intervencion existian, desaparecen, asi como los dolores, el apetito renace, la cara hasta entonces contristada, comienza à calmarse, las fuerzas vuelven; los enfermos hasta entonces abatidos y descorazonados, se sienten revivir y sonrion al aproximarseles el médico, signo infalible de mejoria."



Nada tenemos que añadir a la descripción hecha por el profesor de Atenas, con tan vivos colores, por lo cual hemos preferido transcribirlo al pie de la letra. Esto es lo que realmente se observa en la clinica y los hechos son de tal evidencia que no queda otro recurso que rendirle ante ellos.

Pero supongamos, y es ya suponer, que los medios higiénicos pudiesen ser aplicables en todos los casos; siempre subsistiría la duda que es capitalísima, de si los casos curados espontáneamente, han sido casos de verdadera tuberculosis de la serosa. Porque no hay que olvidar que entre las objeciones que se hacen a la expectación existe la de que hay casos de peritonitis que semejan la tuberculosa, especialmente en los niños y que se curan espontáneamente; pero estos casos, claro es, no prueban nada ni en favor ni en contra. Litten ha indicado casos de peritonitis pseudo-tuberculosa que puede determinar

verdaderas tumoraciones y en los riñones hay otra peritonitis probablemente reumática, que cura por la punción.

Para resolver estas dudas, los partidarios de la abstención han apelado a cuantos recursos ha proporcionado el laboratorio para el diagnóstico de la tuberculosis, en cuanto han sido aplicables y Leyden ha utilizado con este fin las inyecciones de tuberculina y la diazoreacción de Ehrlich. No hay que olvidar, sin embargo, como lo ha hecho notar Bendix, que muchas veces el diagnóstico de la peritonitis tuberculosa es difícilísimo, aun recurriendo a la seroreacción de Vidal y por otra parte semejante proceder de von Heyden ha suscitado con razón las protestas de A. Frankel que teme, con razón, que una inyección de tuberculina, hecha para el diagnóstico, puede provocar una tuberculosis generalizada. ¡Dolorosa manera tienen los abstencionistas



tas de precaver á sus enfermos de los peligros de una temida laparotomía! ¿Que á tanto lleve el espíritu de sistemae!

En este punto no hay que darle vueltas, de una parte los partidarios de la intervencione presentan una multitud de casos en que por el hecho de abrirse el vientre, se ha podido comprobar bien la existencia y la difusión de las lesiones y por otra parte, la observación microscópica de estas, recogidas en la operación, las inoculaciones y los cultivos han probado de consuno la naturaleza á todas luces, francamente tuberculosa, de los casos que nada y como en los casos de laparotomias repetidas (Roux, Galvani, Ceclerelli, D'Antona, etc) ha podido seguirse paso á paso la regresión de los productos tuberculosos.

En cambio ¿ que casos presentan los partidarios de la abstención? En su inmensa mayoría casos en que no se ha hecho mas que el diagnóstico clínico, insuficiente

para aclarar la naturaleza del proceso que sus enfermos padecían. Y menos mal, pues todo es preferible a que con la mira de precisar aquel diagnóstico no se haya recurrido a inyectar tuberculina a los pobres enfermos. En una palabra, sin negar que hay casos, muchos si se quiere, de peritonitis tuberculosas que se curan sin operar, lo cierto es, que los casos que se citan no pueden muchas veces, convencer al ánimo.

Pero aun hay más; la proporción de casos curados espontáneamente la hacen subir cuando más a un 50% del total y basta comparar este resultado con el de las estadísticas quirúrgicas para ver que ese tanto por ciento no es para reducir a nadie. Las estadísticas quirúrgicas modernas dan como resultado, desde el 60% de la del hospital Urban de Berlín hasta el 90% de curaciones que arrojó la de Fricomici y en general y como término medio un 75 a 80% al menos de



casos curados.

Y cuenta que en estas estadísticas hay que considerar dos cosas. Una es que en la de curados por la expectación habrá por las razones expuestas de inseguridad del diagnóstico, buen número de casos que no fueran de peritonitis tuberculosa, ni acato de peritonitis siquiera, y la otra es que los casos sobre que recaen las estadísticas quirúrgicas son muchas veces, y yo al menos en los pocos que he visto así ha sucedido, casos en que se opera tardíamente o en que coexisten otras localizaciones tuberculosas.

Acato y sin acato, la brillante estadística de Ericomi depende más que de nada de que se trata de casos muy cuidadosamente seleccionados, de casos, por lo menos, en que el criterio quirúrgico se impuso a su debido tiempo.

Y hay otra razón que abona la bondad de la laparotomía y son los hechos de



laparotomías repetidas en un mismo enfermo, hasta que lo han curado totalmente casos que son ya bastantes numerosos. El primero fue casual: es el caso de Jordan. A los dieciocho meses después de dos años y medio de una primera intervención para operar radicalmente sobre los anejos del útero que eran la localización primaria de la tuberculosis.

El segundo, debido a Keetley y Scheede prueba más que el primero en favor de nuestra tesis, ya que en aquél se hizo algo más que una laparotomía simple. La intervención se requirió por una eventración sobrevinida a través de la cicatriz; curación definitiva del enfermo.

Para evitar la recidiva de una peritonitis ya recidivada tras de una primera operación Wheeler y Cocherelli intervinieron por segunda vez un mes después de la primera laparotomía, cada uno en un caso. Kelly hace dos laparotomías seguidas; lo cura



ción persistió cinco años después. Labbé,  
 Richelot, Alexandroff, Edelbohl, Bummé,  
 Löhlein, han intervenido dos veces con va-  
 rio intervalo. Kelly interviene tres veces en  
 un mismo caso y consigue su curación. Gal-  
 vani en diez casos interviene dos veces y  
 en un caso en cuatro. Este último merece ci-  
 tarse en detalle por lo demostrativo en fa-  
 vor de nuestra tesis. Se trata de una enfer-  
 ma de 41 años, en la que en el espacio de  
 ocho meses, practicaronse tres laparoto-  
 mias, presentando un gran interés por-  
 que permitió seguir la regresión gradual  
 aunque lenta en este particular caso,  
 de las alteraciones tuberculosas abdomina-  
 les, después de cada operación; pero mos-  
 trando, sin embargo, una gran tenacidad  
 y no desapareciendo completamente, pues  
 en la cuarta laparotomía practicada  
 por una eventración, se encontraron todavía  
 numerosas señales de su antigua afección.



lo cual acaso dependiera, en sentir de Galvani, de la edad relativamente avanzada de la enferma, y de la gravedad que su afección mostró desde el principio, pues en la primera abertura de su vientre se quitaron o puñados las producciones escuosas de la cavidad. La enferma abandonó el Hospital después de su cuarta operación, en excelente estado de salud y pesando 66 kilogramos. El verano siguiente siguió muy bien y se la aconsejó el uso de los baños de mar.

En la mayor parte de sus operados, Galvani ha notado en la segunda operación aun siendo el intervalo que ha separado las dos, de corta duración, un cambio notable de las alteraciones tuberculosas y una disminución más ó menos marcada de los productos exudativos. En otros casos, en un intervalo de tiempo menor de veinte días, la desaparición de los al-



teraciones más aparentes se verificó de una  
 manera tan rápida, que como dice el obser-  
 vador citado, costaba trabajo creer que se tra-  
 taba del mismo vientre que se habia halla-  
 do días antes tan lleno de producciones morbí-  
 das. La desaparición total de todo pro-  
 ducto patológico pudo observarse una vez  
 en una enferma, á quien se leparatomizó  
 hacia tres años y que después de este tiem-  
 po, fué de nuevo operada para poner reme-  
 dio á su cicatriz abdominal, muy ensan-  
 chada y debilitada. En esta segunda vez, se  
 examinó el vientre en detalle y no pudo  
 descubrirse ni la mas leve señal de altera-  
 ción.

D'Urso ha intervenido cuatro veces y  
~~de~~ <sup>su</sup> último caso merece ser brevemente re-  
 cordado. Se hace la laparotomía en un  
 enfermo de peritonitis tuberculosa ascítica.  
 A los cincuenta y un días se rehace el  
 líquido en la cavidad peritoneal y se



hace la segunda operación. Se restablece el derrame a los 94 días, 3<sup>a</sup> laparotomía. Apenas comprobada la nueva formación de líquido, 4<sup>a</sup> laparotomía a los 74 días de la 3<sup>a</sup>. Después curación comprobada durante cuatro meses y medio. Hasta la curación final, pudo notarse una creciente mejoramiento del estado general de nutrición y la disminución de las lesiones de la serosa, así como de la cantidad de bacilos, escasísima las preparaciones hechas en los trozos de producciones morbosas, recogidas en la última operación.

Roux ha visto también casos completamente curados en una segunda laparotomía y Tricomi que ha tenido ocasión de intervenir dos veces en cuatro casos, en tres de ellos ha visto una notable disminución de los tubérculos, fuertes adherencias entre los intestinos entre sí y con el peritoneo parietal.



En estos casos de laparotomías repetidas son, en conjunto, un argumento más en favor de la operación, ya que en todos ellos se ha podido ver, de un modo indudable, la curación de las lesiones, como hecho anatómico, corroborando así los resultados que suministraba la observación clínica. No es necesario insistir sobre su importancia, que fácilmente se aprecia con una mediana reflexión sobre ellos.

Pero surge todavía otra cuestión, aprovechada por los adversarios de la intervención quirúrgica, con <sup>notoria</sup> ~~notoria~~ mala fe; pues la misma objeción vuelta por parva se puede aplicar á los casos en que no se ha intervenido. Las curaciones conseguidas por la práctica de la laparotomía, ¿son curaciones reales y efectivas ó se trata en ellas únicamente de mejorías, de detenciones momentáneas del proceso? Afortunadamente esta objeción tiene fácil



respuestas; no hay más que ver que en muchos individuos, la curación ha podido seguirse durante largo tiempo, prescindiendo por otra parte, que tal objeción queda fácilmente deshecha con solo recordar los casos en que habiendo muerto el individuo curado de su afección por la laparotomía, ha podido verse en la autopsia la completa desaparición de las lesiones de la serosa; así como las comprobaciones análogas hechas en ocasión de intervenciones repetidas. Pero aun, olvidando esto, muchos operados han sido convenientemente observados durante largo tiempo, en un estado de salud floreciente y entregados a todo clase de faenas, aun de las más rudas. Tal comprobación ha sido posible en algún caso de los operados por el Dr. Ribera y hasta donde ha sido posible, porque claro es que hay enfermos, los más, en que es difícil seguir



recibiendo de ellos noticias, en que semejante investigación se ha perseguido. La operación en 1862 por Spencer Wells gozaba de excelente salud; veintinueve años después; en la estadística de Margarucci hoy 67 curaciones que persistían desde hacía más de un año, y otras muchas que databan de 3, 4, 5 y 6 años. König que ha podido seguir la pista de 16 operados durante dos años y de 14 durante tres años, ha podido ver la persistencia de la curación, y se entiende por común asentimiento, fundado en la observación de los hechos, que puede estimarse como caso definitivamente curado, aquel en que trascurran dos años sin presentarse ningún síntoma. Merkel en dos casos (1) operados en 1895 y 1896, notable por la gran abundancia y extensión de las lesiones, comprobó la persistencia de los efectos de la operación en 1898. En la observación

(1) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäk. 1898.



de Kelly, la curación duraba al cabo de cinco años y la primera operada por Cecherelli en 1888, representaba en 1899, es decir doce años después, un aspecto fresco y vigoroso. En este orden de hechos, no se conluciera de citar, con los mencionados hay bastante para formar juicio y no dudar acerca de la eficacia real como curativa de la laparotomía en muchos casos. Por otra parte y lo hacemos así constar, porque tratamos aquí de efectos terapéuticos y estos no solo consisten en curar, el aliviar la suerte del enfermo, el sedar sus dolores, el consentirle llevar su vida ordinaria, son cosas que desde luego se ven a cada momento conseguidas por la intervención y ellas sola, por lo notables que son, harían a aquellas merecedoras de aprecio.

De todo lo cual resulta que no se pueden negar las ventajas de la operación, cuando esta se hace en condiciones convenientes y que las objeciones que se la hacen no son



suficientemente fundadas. No quiere esto decir que la expectación no sea conveniente, en modo alguno se puede negar las evidentes curaciones conseguidas por el empleo de tratamiento puramente higiénico o medios; pero de esto á negar los buenos efectos de la operación hay mucha distancia. En nuestros sentir, hay casos en que no conviene precipitarse en operar, en que es de la más alta conveniencia, saber esperar y en que de una prudente expectación, se lograrán reales y positivas ventajas para el enfermo; pero que en todo caso se debe estar dispuesto á intervenir cuando del empleo de los medios no quirúrgicos no resulten los resultados apetecidos.

Ello es cuestión de la tan difícil oportunidad terapéutica, no apresurarse á operar; pero tampoco perder un tiempo precioso y dejar que el enfermo se coloque en condiciones desventajosas, que hagan fatal todo remedio, porque precisamente las



intervenciones tardías son las que dan peor resultado y si grande es la responsabilidad del clínico, si opera a casos susceptibles de curar por sí solos es aún disculpable si lo compara con lo enormemente agravada que para ese mismo práctico resultaría, dejando por inexcusable timidez o censurables escrúpulos, llegar al enfermo a un extremo, en que la operación resultase ineficaz. En esto como en todo « nec temerè, nec timide ».

Subsiste, sin embargo, todavía una cuestión y es la de si la laparotomía puede ser ventajosamente substituida por otros modos de intervención, especialmente en las formas ascíticas. Un estudio detallado y una crítica detenida de todos estos medios substitutivos nos conducirían demasiado lejos y en rigor se saldría del objeto de nuestro trabajo. Por eso no es, pues, limitarnos a una rápida ojeada sobre ellos y a una crítica hecha en general, cosa bastante para el fin que debemos proponerlos,



ya que no entra en nuestro ánimo hacer un estudio comparativo entre estos procedimientos y la incisión abdominal.

En primer lugar (y va ello en forma de lista) se ha propuesto la punción simple ó repetida una ó varias veces. Ha sido seguida á veces de marcada mejoría y se citan casos de curación después de una simple punción (Brühl entre otros relata una observación). Fruc ha propuesto hacer seguir la punción de una inyección modificatriz de éter iodoformico.

Maurange aconseja la inyección de vaselina líquida iodoformada, después de un lavado con ácido bórico. Tanto este método como el de Fruc, no han sido ensayados en toda su pureza en el vivo; por tanto no merece la pena de discutirlo.

Devobe ha erigido en medio general de tratamiento, la punción y el lavado con ácido bórico. (recomendado ya por Ceche-relli en el Congreso de Polonia en 1889 y



después abandonado por él). Este medio ha sido de los más defendidos y cuenta entre sus sostenedores á Brihl, á Mathis y á Monnier (1); pero sus resultados no han sido tan convincentes, como parecía anunciarse.

El lavado apneumático de la serosa, después de la evacuación del líquido por punción, valiéndose del agua destilada y hervida ha dado felices resultados al autor, que es el profesor italiano Rivaq, en 13 casos y D'alle Ore y Conbert entre otros han comprobado parecidos éxitos. La técnica de este procedimiento es sencillísima, se encuentra detallada en el tratado de Friconi y no es del caso citarla aquí. Basta consignar el método que de él se anuncia.

Kirmisson y Pinard han presentado al Congreso acerca de la tuberculosis, de 1891, un caso curado por las inyecciones de suero de perro.

---

(1) Revue de clinique et de thérap. 11 Nov. 1891.



Whittier, después de haber puncionado tres veces sin éxito una ascitis tuberculosa, pasó a través de una pequeña incisión del abdomen un tubo de drenaje, al cual adaptó un tubo de caucho que sumergió en un recipiente con ácido fénico y consiguió al cabo de un mes la curación del enfermo.

Carvi hace el desagüe permanente, haciendo atravesar un grueso tubo perforado en diversos puntos, por dos aberturas hechas en la pared abdominal por un grueso trocar curvo. El líquido es evacuado primero diariamente y luego a intervalos cada vez mayores y la curación se obtuvo a los diez meses.

Mosetig - Morhof ha propuesto como método de curación, la paracentesis, seguida de insuflación de aire hasta que la tensión intraabdominal sea aproximadamente la misma que exista antes de la evacuación del líquido. Este método ha sido empleado con buenos resultados por Folet, Nolen y Lenoir.

Potainé ha curado dos enfermos inyectando de 1000 à 1500 c. c. de oxígeno, después del vaciamiento hecho por un trocar.

En resumen, como puede verse en esta rápida enumeración, los medios propuestos para sustituir à la laparotomía en el tratamiento de la tuberculosis peritoneal, se reducen à cuatro clases:

- 1<sup>a</sup> punción simple ó repetida
- 2<sup>a</sup> Inyecciones de líquidos en la cavidad de la serosa.
- 3<sup>a</sup> Deragie permanente
- 4<sup>a</sup> Inyecciones gaseosas en la cavidad peritoneal.

Todas ellas son susceptibles en conjunto de una objeción que à todos abarca. En primer lugar los casos à que se refieren son escasísimos en número y en modo alguno comparables con la laparotomía, cuyos felices resultados se han comprobado innumerables veces.

Algunos se fundan en la observación de un



solo caso, y con esto está dicho bastante acerca de la confianza que pueden merecernos.

Además todos ellos se refieren a formas ascíticas de la afección abdominal, precisamente aquella que más veces cura espontáneamente y por esto solo exclusivismo, en modo alguno puede ninguno sustituir a la laparotomía como medio general de tratamiento.

En tercer lugar, falta en casi todos los casos, una comprobación rigurosa de la naturaleza tuberculosa de la afección por el examen bacteriológico y las inoculaciones, lo cual hace discutible, por lo menos su eficacia.

En cuarto término los resultados clínicos que se hacen constar se refieren, casi en general, a investigar la desaparición del derrame, los casos no han sido suficientemente observados para afirmar su curación definitiva y falta, en fin, en todos, la comprobación de visu de la desaparición de las lesiones, cosa



que no ocurre respecto á la laparotomía.

Además de estas objeciones que fundadamente se pueden hacer en general á todos estos métodos de tratamiento, que con varia fortuna han tratado de sustituir á la amplia abertura del vientre para curar la tuberculosis peritoneal, pueden razonablemente hacerse otras si se ve por separado cada uno de los, á la ligera, resutados procedimientos.

El más antiguo en fecha y el más sencillo en su proceder es la punción simple simple ó repetida según conviene. No se puede negar que haya curado algunos casos, que probablemente sin ella también lo hubieran sido; pero hay que reconocer que, en general, este tratamiento es del todo insuficiente y va seguido de una reaccumulación rápida del líquido. En el trabajo de Poersch se encuentran pruebas evidentes de este hecho y á cada paso se encuentran enfermos en que después de practicadas una ó varias pun-



ciones ha habido que recurrir á la laparotomía. En una de las observaciones que sirven de base á este trabajo se encuentra un caso que viene á probar esta proposición y en que la reproducción del líquido después de la punción, fué rapidísima. Además la punción no puede tener aplicación más que á las formas ascíticas, en las demás si nada se le ocurriera aplicarla. Lo más que puede admitirse es que la punción se practique en aquellos casos en que el derrame cavitario es el fenómeno dominante, con el fin de evacuar el líquido y como medida de prudencia antes de proceder á la laparotomía, si bien sin confiar demasiado en sus resultados y estando dispuestos á abrir el vientre si la recidiva reaparece después de una ó dos punciones.

Por otra parte la punción, y esta objeción es aplicable á los métodos en que estari seguida de inyecciones modificadoras, es un me-



dis ciego e insuficiente y no carece de peligros, pues  
 los hay, al practicarla, de herir un vaso impor-  
 tante, el epiliploon o el intestino que están en  
 esta afección, tan á menudo adheridos á la  
 pared, accidentes que no son remediables si lle-  
 gan á ocurrir, por lo mismo que no son raras  
 durante la pequeña punción. Existe,  
 además el peligro de que se puede provocar  
 la infección general del peritoneo, cuando  
 esta punción está solamente localizada ó pue-  
 de determinarse la supuración de un exudado  
 primitivamente seroso, después de punciones  
 repetidas. Además la insuficiencia de la pun-  
 ción aparece patente con solo considerar  
 que ninguna acción puede ejercer sobre las fal-  
 sas membranas, los depósitos de fibrina,  
 las adherencias, los exudados enquistados, etc;  
 es decir, sobre todas las lesiones que integran  
 anatómicamente el proceso patológico peri-  
 tonal. Por otra parte Fränkel dice que las  
 punciones agravan casi siempre el estado



de los enfermos de peritonitis tuberculosa (1).

Respecto á las inyecciones de diversas sustancias en la cavidad de la serosa, bastaría citar una sola cosa para dudar de sus ventajas. Nos referimos al testimonio de un autor que en este punto no puede jurar de sospechoso, al de Dienbafog, que háis de mencionar los resultados de la práctica de Devobe, Caubet, y Potain, no puede por menos de confesar, *qu'il faut se méfier* de las inyecciones medicamentosas en la cavidad del peritoneo. No está, hace muchos, publicado el caso de un niño muerto á consecuencia de una inyección intraperitoneal de naftol alcanforado, hecha por un cirujano francés, cuyo nombre uadi cita, con el fin de curarle una peritonitis tuberculosa. Esto prueba que tales medios no son tan inocentes como quieren parecer y que su práctica, no carece de peligros.

---

(1) Sesión del 18 Junio 1900 de la Sociedad de Medicina interna de Berlín.



El método de Piva y el de Devobe y lo mismo aquellos en que se emplean disoluciones antisépticas no tienen, en fin, aquella acción que á primera vista parece deberan tener, porque son muy numerosos los casos en que la sola incisión explorativa ha curado á los enfermos, lo cual prueba que la acción curativa corresponde solo á la laparotomía; independientemente de que el líquido no alcanza todos los repliegues ni penetra en todas las anfractuosidades de la serosa y que aunque así lo hiciera el poder antiséptico de las sustancias empleadas es poco ó nulo, pues de concebir más las disoluciones nos expondríamos á envenenar á los enfermos.

Y qué decir del desague permanente ideado por Whittier y empleado también por Carvi, sino que es un medio que no puede convencer á nadie. Medio



enojoso si los hay, pues no hay más que tener  
 en cuenta que la duración del tratamien-  
 to fué de un mes en el enfermo de Whittier  
 y de diez meses en el de Curvi, presenta como  
 puede fácilmente verse y por eso no hay ne-  
 cesidad de insistir en ello, los peligros todos  
 de la punción, corregidos y documentados,  
 entre otras razones, por la duración larga  
 del tratamiento. Además el desagrío es or-  
 dinariamente unido á causa de las ad-  
 herencias que no tardan en establecerse en  
 torno del tubo que hacen nula su acción ó  
 muy limitada, tanto que conviene separar-  
 le todo lo posible porque retarda la curación  
 y predispone á fistulas que deben ser  
 evitadas á todo trance. Por otra parte las ob-  
 servaciones de Alexandroff, de Demosthènes,  
 de Wheeler han probado que en el punto  
 donde pasa el drenaje queda á veces un  
 coque tuberculosa muy rebelde.

Otra crítica que se puede dirigir á todos los



supradichos métodos es que no son aplicables en rigor mas que á los casos en que se está seguro del diagnóstico y aún en estos no es posible obrar con ellos, sobre el foco primitivo.

En cambio la laparotomía es aplicable en todos los casos, haya ó no error de diagnóstico; el cirujano después de explorar la cavidad puede saber que debe hacerse. Y que estos errores de diagnóstico son muy fáciles, lo prueban muchas observaciones. Como ejemplo bastan citar las dos de Galvani publicadas en un artículo con el título de "Surprises du ventre" en la Revue de Gynécologie. En una de ellas se laparotomizó creyendo en una peritonitis tuberculosa y se encontró con que se trataba de un caso de helmintiasis. En él fué posible poner remedio y remover la causa; lo cual no hubiera sido posible si se hubiera hecho punción simple ó complicada. En otro se sospechó una peritonitis tuberculosa, se abrió el vientre y se halla con



una obstrucción intestinal, la remoción de la causa fue también posible. Si se hubieran recurrido a otros métodos, dado el error de diagnóstico, se hubieran en ambos casos perdido lastimosamente el tiempo. Esta ventaja de la laparotomía, que permite hacer el diagnóstico, cuando de él se duda, no es de las menores que hay que reconocerla.

Que en definitiva, se ha tratado en vano de simplificar los métodos, porque la única intervención radical, la única que ha dado buenos resultados, les es inmensamente superior y ofrece muy pocos peligros, claro es que cuando se realiza al amparo de una antisepsia y una asepsia perfectas.

Hasta ahora hemos estudiado en general los efectos de la laparotomía sobre el proceso tuberculoso peritoneal; pero una vez afirmadas las ventajas de este medio de tratamiento

conviene detallar algo más y estudiar por separado y en detalle los hechos observados en el tratamiento de las diferentes formas que aquel proceso puede revestir, como fuere indispensable para conocer las indicaciones y las contraindicaciones de tal operación. Y al llegar á este punto se encuentran uno en la necesidad de precisar algo acerca de las formas que el mencionado proceso puede revestir, considerado anatómicamente.

Estamos muy lejos de pretender ni siquiera intentar hacer un estudio aquí, que nos desviaría del objetivo propuesto y que representaría una intrusión en el terreno de la Anatomía patológica, siendo así que nuestro objeto son solo hechos clínicos; pero conviene precisar siquiera las formas que en ese proceso pueden observarse; puesto que en este punto no hay la suficiente conformidad de criterio entre los doctores que del asunto



tratan, pues mientras en Alemania la mayoría de los cirujanos no admiten generalmente más <sup>que</sup> varicela tuberculosa generalizada o enquistada, y peritonitis fibrino-plásticas, las únicas admitidas también por Münstermann y Schalmack, que han estudiado la cuestión desde el punto de vista anatómico-patológico y para los cuales la ulceración con todas sus consecuencias no es más que una complicación que puede desfigurarse la una o la otra forma, otros autores en cambio multiplican las formas demasiado admitiendo muchas subdivisiones como hace Alibert.

Sin llegar a este extremo, preciso es sin embargo, reconocer que si en terreno anatómico-patológico pudieran tener razón los autores alemanes, en el campo de la clínica la complicación ulcerosa altera tanto los resultados obtenidos y modifica tan hondamente la naturaleza que es preciso hacer

con ella una forma aparte. En este punto puede muy bien admitirse ó bien la división mas corriente entre los autores franceses en formas ascíticas, generalizadas ó enquistadas, formas secas y fibrinos-elásticas adhesivas y formas ulcerosas, las cuales luego pueden combinarse entre si ó bien la que admite Fracassi que distingue:

- 1º Una peritonitis miliar aguda.
- 2º Una peritonitis crónica ascítica.
- 3º Una peritonitis crónica ulcerosa.
- 4º Una peritonitis crónica fibrosa.

En nuestro humilde sentir, esta división se amolda bastante bien á las exigencias de la Clínica, sin que deje de diferenciarse de las exclusivamente anatómicas, mas que en la admisión, que aquellas justifican, de una forma ulcerosa.

Y hecho esta necesaria y ligerísima aclaración, hecho solo con el fin de precisar términos, y prescindiendo, porque no es de



este lugar, de lo que á las citadas formas caracterizadas, veamos lo que nos interesa; esto es los resultados obtenidos con laparotomías en esas diferentes formas.

He aquí, en resumen, los resultados obtenidos según Aldibert y Poersch.

De dos casos de tuberculosis miliar aguda localizada en el peritoneo, los dos han sido seguidos de muerte, el uno á los cinco días y el otro de tuberculosis generalizada después de una mejoría que duró quince días.

En las formas ascíticas (crónica ó subaguda) en el niño hanse observado 3 curaciones en 40 casos; de ellas 1 comprobada al cabo de un año, 1 después de dos y 1 al cabo de catorce años.

Uno de los operados, de dos años de edad, murió de colapso cinco horas después de la operación. Otros dos murieron, uno á los catorce y otro á los cinco meses de intervenir, sin que la ascitis se reanudara. Los dos restantes



murieron de meningitis tuberculosa generalizada.

En el adulto, la estadística abarca 131 casos con 99 curaciones, de las que 52 persistían al año y 25 a los dos años.

De entre las causas de fracaso, solo 1 podían referirse a la operación.

En la forma fibrosa, las 26 operaciones en el adulto han dado 17 curaciones y de las 6 hechas en niños, ninguna ha sido seguida de muerte. En una enferma de Süsser donde se encontraron adherencias múltiples formando varios pseudo-tumores, se vio desarrollarse una tisis generalizada después de la curación y la desaparición de los pseudo-tumores, consiguiéndose por fin la curación definitiva.

Para afirmar la curación se basan estos autores en estos diferentes casos, no solamente en la supresión de los síntomas subjetivos locales y generales y en la mejoría del estado



general, sino también en la desaparición, á veces sorprendente por lo completa y rápida, de las masas tuberculosas, de las falsas membranas, de las adherencias y de los exudados, que hacían pensar en tumores intraabdominales, sin que para llegar á estos resultados se necesitasen maniobras complicadas ni hubiera necesidad de destruir todas las adherencias; en buen número de casos todo se redujo á la simple incisión, seguida ó no de lavado de la cavidad. Ferrillon, Jacobs, etc, han obtenido la curación de peritonitis fibro-adhesivas generalizadas por el desprendimiento de algunas adherencias y un lavado necesariamente muy incompleto.

En las formas ulcerosas, los resultados son evidentemente mucho menos satisfactorios.

En parte esto se debe á que la mayor parte de estas operaciones han sido hechas en sujetos muy agotados ya, por su afcción peritoneal ó por lesiones pulmonares concomitantes.

A pesar de estas condiciones, los resulta-

dos han sido mejores de lo que podía esperarse, especialmente aquellas en que las lesiones mostraban cierta localización.

De 21 laparotomías hechas por peritonitis tuberculosa ulcerosa, 9 fueron seguidas de muerte (4 post-operatorias, 5 por tuberculosis pulmonar o generalizada) y 12 han sido curadas; 2 persistían al año y 1 a los dos años. En varias operaciones, la curación no ha sido conseguida desde el primer momento, sino que ha sobrevenido al cabo de un periodo más o menos largo de fistula estercorácea creada por la operación o sobrevinida espontáneamente cierto tiempo después.

En definitiva la estadística mencionada da: en la forma acética un 71,5 por % de curaciones en adultos y un 84,1 por % en el niño, en la forma ulcerosa un 60 por % y en la forma fibrosa un 61,5 por % en el adulto y un 100% en el niño.

De los 358 casos a que se refiere, solo hoy 20



muertes algunas horas ó algunos días después de la operación. De ahí concluye Roersch que la operación no es peligrosa en si misma, por que unas defunciones de esas 20, la minoría, son debidas á faltas operatorias, á infecciones septicæ del peritoneo, que hubieran podido ser evitadas en parte y que los perfeccionamientos en el método van haciendo desaparecer y las restantes se refieren á enfermos muy debilitados, presentando formas graves, complicadas á veces de fístula enterocólicas, y que hubieran sido mortales en breve plazo. El examen de los casos que se han terminado fatalmente, demuestra además que si en ellos la laparotomía no ha modificado en nada la marcha de la peritonitis, en la mayor parte, sin embargo, ha sido seguida de una mejoría marcada y que en ciertos casos las lesiones de la serosa abdominal estaban de hecho curadas, á pesar de la presencia de una tuberculosis pulmonar ó intestinal que ha concluido por anebatar al enfermo.

En los resultados obtenidos por Ericomi, no se mencionan más que los inmediatos á la operación y el estudio no es tan concienzudo como el de Roersch: en la forma ascítica de 28 operaciones ha habido 28 curas; en 20 de forma fibrosa, 19 curaciones operatorias y un muerto á las 48 horas y de 4 de forma ulcerosa, un muerto y 3 resultados felices.

En las observaciones por nosotros recogidas, puede verse también que los mejores resultados corresponden á las formas ascíticas y secas, correspondiendo los desfavorables á aquellas formas ulcerosas ó en que había una difusión extensísima de las lesiones y el estado general era muy precario. De todas muertes de las 20 observaciones, solo en una y aún con reservas, la muerte puede relacionarse con el acto operatorio.

---

De todo lo anteriormente expuesto, viene á deducirse una primera conclusión práctica;



que la laparotomía está indicada en todas las formas de peritonitis tuberculosa, cuando el estado general permita soportar, sin consecuencias desagradables, la operación. Sin embargo, al llegar á este punto surgen dos cuestiones de notable trascendencia. La primera de ellas se refiere á saber si la operación puede ó no hacerse en caso de una tuberculosis pulmonar coexistente.

En este punto los hechos prueban que en muchos casos estas afecciones no se modificaban la una á la otra, cuando coexistían en un mismo sujeto; por tanto la tuberculosis pulmonar no constituye una contradicción, todo depende de su extensión y de su curso. En este punto el cirujano debe atenerse al mismo criterio que le guía cuando trata una tuberculosis de la cadera ó de cualquier articulación.

Cuando se trata de formas ulcerosas, coincidentes con manifestaciones pulmonares de marcha rápida, se ha notado una agravación





menos cierto que en algunos otros se ha podido observar una verdadera explosión de síntomas pulmonares, aún cuando la curación de las lesiones peritoneales se consiguen, de una tuberculosis de los órganos respiratorios hasta entonces latente.

No hay que sacar las cosas de quicio, como quieren algunos ardorosos defensores de la laparotomía, buen testimonio de ello, es la observación I á que se refiere este trabajo, en que sin querer cuenta uno en la posible influencia de la operación en el curso rápido de la tuberculosis pulmonar que hizo sucumbir á la enferma, á pesar de que todo hacía creer en la desaparición de los fenómenos de la serosa abdominal y á pesar también de la sangüosa mejoría que subsiguio á la operación. Es decir, que en este punto toda precaución es en nuestro humilde sentir, poca y que el cirujano debe ante todo subordinar la conveniencia de la operación á

un balance razonado entre las posibles ventajas que ha de acarrear la operación y las posibles contingencias que pueden sobrevenir, decidiéndose en definitiva por aquello que resulte un mayor bien para el enfermo. En este punto no se pueden dar reglas, es función la decisión de las circunstancias de cada caso particular y claro es que nos referimos en esto a los casos poco avanzados, que en cuanto a aquellos en que las lesiones son avanzadísimas, creemos que la contraindicación es potente y clara, debiéndose a lo más contentar al clínico con ir procurando aliviar los sufrimientos del paciente.

En aquellos casos en que la localización tuberculosa coincidente venga a recaer sobre huesos, articulaciones, etc., etc., los hechos prueban también que debe darse la preferencia en la prioridad del tratamiento a la tuberculosis del peritoneo, porque por un mecanismo no bien conocido y





casos inexplicable, de no admitir las anti-  
 guas ideas sobre repercusión, metástasis,  
 etc, etc, lo cierto es que si se sigue el orden in-  
 verso y se opera antes la peritonitis, la osteitis,  
 etc, paralela, ha podido notarse una pro-  
 funda agravación de las lesiones del perito-  
 neo. Esto, debe ser, pues, la primera que  
 debe tratarse y este criterio fue el felizmente  
 seguido en la enfermedad á que se refiere nues-  
 tra observación II, afectada al mismo tiempo  
 que de peritonitis, de una osteo-artritis tu-  
 berculosa.

Refiere la segunda cuestión de las enun-  
 ciadas á si debe ó no intervenir en la for-  
 ma aguda, miliar, de la tuberculosis del  
 peritoneo.

En dos casos de la estadística de Aldibert,  
 en los dos sobreviene la muerte, á pesar de la  
 operación. En dos que cita Breconi, un ni-  
 ño murió al 7º día de la intervención y  
 una señora de 36 años muere un mes des-

pues de tuberculosis general. Como puede verse, los resultados no pueden ser más sombríos, sin embargo de los cuales tanto König como Salagnier piensan que la intervención puede ser eficaz y que debe intentarse. Son tan pocos los casos publicados que en este punto no se pueden aventurar conclusiones, unívocamente si se considera que la mencionada forma de peritonitis mata fatalmente, es como puede justificarse una intervención de la cual, sin embargo, se debe, á juzgar por los hechos publicados, esperar muy poco cuando más en algún caso una prolongación de la existencia del enfermo, durante un corto espacio de tiempo.

En las demás formas subagudas y crónicas ¿cuando se debe intervenir? Algunos cirujanos recomiendan que se espere al momento en el cual el estado general se agrava; pero esta conducta no es la que los hechos aconsejan que se siga, porque importa, si se quiere que la operación de re-



sultados que de ella se deben esperar, operarse antes que el enfermo pierda fuerzas, y antes que aparezcan la fiebre, los sudores y las manifestaciones de focos secundarios en otros órganos. No quiere esto decir que se intervenga demasiado pronto, por más que las intervenciones precoces hayan sido las que mejores resultados proporcionen, sino que todo es preferible a dejar que confiados en la posible curación de ciertas formas de la enfermedad, dejemos trascurrir inutilmente el tiempo.

Nos referimos en esta cuestión en un todo a lo dicho cuando hablabamos de la expectación como método terapéutico en la afección que tratamos. Solo cuando el examen del enfermo y examen detenidísimo nos haya convencido de que el tratamiento médico puede ser suficiente ó al menos, nos infunda fundadas esperanzas, es cuando se debe diferir la intervención; en todo otro caso, confiados en la superior-

ridad de la laparotomía y convencidos de su positiva eficacia, debemos recurrir a ella, si no precipitadamente, por lo menos en cuanto aquellas esperanzas se desvanescan y en cuanto apreciemos la no modificación del estado patológico por la aplicación de los medios higiénicos y farmacológicos, en la seguridad de que así obremos en bien del enfermo y en satisfacción de nuestra conciencia de clínicos.

Por lo demás, las indicaciones de la operación hanse formulado por los diversos autores, fundándose sobre todo en las estadísticas. Así A. Pic (1) entiende que hay contraindicación en la forma granulosa o indicación en las formas absépticas, o menos de haber un estado febril grave, síntomas pulmonares bastante avanzados o signos de ulceraciones intestinales; en la forma fibrosa seca, la laparotomía parece indicada; la abstención es la regla en la forma ulcerosa, así

(1) Thèse de Lyon. 1890.



menos de indicación de urgencia como supu-  
racione, perforacione intestinal con peritonitis,  
oclusiono intestinal.

En cambio Aldibert juzga que la opera-  
cion, indicada en las formas asciticas gene-  
ralizadas o enquistadas y en la forma seca  
sin adherencias, seria en general inutil en  
la forma fibro-adhesiva, forma de cura-  
cione <sup>estanca</sup>, a menos que fenomenos par-  
ticulares como dolores o signos de oclusiono  
cronica no autoricen la operacion, que es-  
taria contraindicada en las formas cel-  
erosas secas, que no estan en el periodo de  
iniciacione, asi como en las formas supura-  
das multiloculares. Despues expone como  
contraindicaciones comunes a las diferentes  
formas, las localizaciones tuberculosas extra-  
peritoneales (pulmonares, intestinales, oseeas,  
ganglionares, nefritis), siempre que sean ex-  
tensas, evoluciones rapidamente y amenaza-  
cen con una generalizacione.

En estos últimos tiempos y a partir de la fecha en que Aldibert publicó su tesis (1) las ideas se han ido modificando en sentido cada vez más favorable a la operación y las indicaciones se formularon de otra manera. Las primeras críticas que suscitaron las deducciones de Aldibert se encuentran formuladas por Roersch, que encuentra un defecto capital en las afirmaciones del anterior autor y que atribuye en la dificultad práctica de establecer distinciones tan absolutas, pues como dice muy juiciosamente, no hay que olvidar que muchas peritonitis no son más que formas de transición, ya que se transforman fácil y aun inevitablemente en otras formas y que si el diagnóstico de la peritonitis tuberculosa es ya cosa difícil, el de las diferentes formas lo es más todavía y a menudo imposible. En efecto, los síntomas generales son modificados por afecciones que evolucionan paralelamente y los síntomas locales no siem-

(1) Thèse de Paris. mars. 1892.



que están en relación con la gravedad de las  
 lesiones. Además, como el mismo Poersch  
 hace notar, no deja de ser muy confuso el que  
 Alibert estimó que la laparotomía está "contra-  
 indicada en toda forma ulcerosa que no se  
 halle en sus comienzos y no lo esté en cam-  
 bio, cuando aquella ha superado, para vol-  
 ver a estar de nuevo contraindicada en  
 la forma superada multilocular. Indu-  
 dablemente la causa de estas confusiones  
 está en el corto número de casos en que Al-  
 bert se fundaba pues solo apoyándose en  
 tres casos de peritonitis superada multi-  
 locular, de los cuales solo uno está detallado,  
 excluye esta forma de toda intervención ac-  
 tiva. Como era de esperar, las observa-  
 ciones posteriores han ido modificando  
 este cuadro de indicaciones y en la actuali-  
 dad se admite (Fricomi, Roux, Galva-  
 ni, etc):

Fuera de las contraindicaciones genera-

les, nacidas del mal estado de las formas, de la coexistencia de otras lesiones en estado avanzado, etc, que la operación está indicada, más de las formas kiscíticas, donde apenas ha sido nunca discutida, también en las formas fibro-adherivas y ulcerosas.

En las fibrosas la intervención quirúrgica da resultados favorables, como ha podido demostrarse por una larga serie de observaciones, de las cuales las primeras fueron en su mayor parte operadas por error diagnóstico porque se creía existiera un neoplasma intraabdominal unas veces y otras veces se ha intervenido por la existencia de dolores intensos, por el empeoramiento del estado general y del local y por oclusión intestinal como en algunos de los casos comunicados por Leclercq a la Sociedad de Cirujía de París, uno de ellos muy notable, porque se creía en la existencia de una enfermedad de Addison, curando por la



intervención (1).

En las formas ulcerosas, que son las más graves y contra las cuales los recursos médicos resultan completamente impotentes, el tratamiento quirúrgico, a pesar de sus pocos brillantes resultados, es en la actualidad el único medio capaz de ofrecer alguna esperanza de curación. La operación tiene en estos casos por principal objeto el vaciar el pus y evitar las consecuencias que de su presencia se derivan.

De todo lo cual resulta que la operación se admite hoy, que está indicada en todas las formas de la peritonitis tuberculosa.

Sin embargo, Karewsky la cree todavía contraindicada cuando existen adherencias entre las asas intestinales.

Dos hechos justifican las indicaciones y dan la razón de las contraindicaciones expuestas.

Que raras veces la operación daña por

(1) Com. à la Société de Chirurgie. 23 Nov. 1898

si, cuando está realizado en condiciones apu-  
teables y

Que la curación puede ser obtenida en todas  
las variedades de peritonitis tuberculosa; pues  
si bien es cierto que las que mejor se prestan  
à la intervención son aquellas en que las le-  
siones son menos profundas y en que el es-  
tado general es favorable, no hay que olvidar  
que se consiguen brillantes éxitos aun en  
los casos en que concurren las condiciones  
opuestas. Además casi siempre y aun en los  
casos en que todo hace temer un funesto de-  
sentace y este es un hecho en que insiste mu-  
cho König, la operación va seguida de una  
notable mejoría que debe aprovecharse para  
instituir un tratamiento médico que per-  
mitirá acaso al enfermo vencer à su afe-  
ción. Se ha visto enfermos condenados, me-  
jorarse hasta tal punto que se han encon-  
trado relativamente bien algunos años y  
en los que las lesiones pulmonares, se han



mejorado. Estos casos, cierto es que no son escasos; pero los resultados no dejan de ser satisfactorios si se los compara con los que da en esas condiciones un tratamiento puramente médico.

En fuerza de apelar a toda clase de recursos, los detractores de la laparotomía apelaban no hace mucho tiempo al de poner en duda la naturaleza tuberculosa de los casos en que la operación producía buenos efectos. Así hicieron Löhlein y Spaeth, que no podían negar la evidencia de los hechos de curación y Prochownik emite las mismas reservas, fundándose en que muchas peritonitis consideradas como tuberculosas no son más que peritonitis crónicas simples que tienen su punto de partida en las partes genitales; pero como en estas formas recomienda cuidadosamente la laparotomía, sus reservas no tienen ningún valor práctico.

Henoch (1) ha estudiado esta forma cró-

(1) Berlin. Klin. Woch., 1891-28

nica simple en el niño, basándose en una observación de una niña de cinco años en que se imponía el diagnóstico de peritonitis tuberculosa y que había fuese operada por Pardeleben. El peritoneo estaba espesado, cubierto de granulaciones grises semejantes a las granulaciones tuberculosas y que el microscopio reveló que no eran más que productos inflamatorios simples. Por esta observación lo que viene a probar es que la laparotomía es sobre todo un buen medio de tratamiento.

Al hablar de las ventajas de la laparotomía sobre los demás medios propuestos para tratar la peritonitis tuberculosa, hablamos de las formas de peritonitis infantil capaces de confundirse con la tuberculosa y que podrían ser también invocados para pregatear a la laparotomía sus innegables méritos. Afortunadamente y como en otro lugar dejamos expuesto, razón por la



cual aquí no insistimos por miedo á enojosas repeticiones, en estos últimos años abundan las observaciones en que toda suerte de comprobaciones, histológicas y bacteriológicas, no dejan lugar á ningún género de duda sobre la naturaleza realmente tuberculosa de las lesiones tratadas operativamente. La escuela italiana, especialmente es la que se ha distinguido en esta clase de trabajos.

Desvanecidas todas las objeciones que á la laparotomía se han hecho, resulta justificada una vez más la indicación general formulada anteriormente de laparotomizar con preferencia á todos los demás medios, en todas las formas de peritonitis tuberculosa, contunda, clava, con las contraindicaciones expuestas (1).

En estos últimos tiempos se ha ido conso-

---

(1) De propósito hemos hecho caso omiso en todo lo enunciado, de aquellas formas de peritonitis tuberculosa (anexitis, epiploitis, etc.) en que la intervención ha consistido generalmente en más que una

lidando también la idea, nacida por los hechos, notabilísimos algunos, de curación definitiva lograda tras de dos ó más intervenciones seguidas, de crear una nueva indicación para operar y que es la de volver á intervenir en aquellos casos en que la curación no se ha conseguido en el primer intento, siempre que se haya observado indudable mejoría local y general. Los hechos publicados y mencionados en otro lugar de este trabajo, autorizan á esperar bastante de estas intervenciones repetidas, sin embargo la indicación de repetir la operación no debe existir, sino cuando las lesiones comprobadas en el primer exámen permitan obtener de la segunda ó sucesivas laparotomías efectos cada vez más acentuados en sentido favorable para el paciente, porque, aun cuando la primera operación haya mejorado las condiciones del paciente, hecho sin el cual no se debe, como es natural, pensar en repetirla, es necesaria laparotomía sencilla ó á lo sumo combinada con ligeras maniobras, ya que nuestro objeto es estudiar solo los efectos de laparotomía simple.



188.

rio repetimos, a pesar de esa mejoría que pueden haberse apreciado, que en los órganos del vientre no existan tales modificaciones que escapen a la acción del cirujano (total infiltración tuberculosa del epiploón, p. ej.) como en un caso de D'Antonna en que el gran epiploón estaba convertido en una placa de una pulgada de grueso, adherente al bazo y a las asas intestinales y en que se sacó el exudado y a pesar de la mejoría del paciente, no se juzgó prudente intervenir segunda vez. Cuestión es esta de las laparotomías repetidas capas de futuros esclarecimientos, aunque yo llevo de ahagüeñas promesas; pero que por ahora no ha recibido la suficiente sanción práctica para sentarla como formal indicación y por eso no insistimos más en ella.

---

La forma general de intervención en todas las nombradas formas de peritonitis ha sido la laparotomía simple; sin embargo, y sin salirnos

del objeto exclusivo de nuestro trabajo, es conveniente indicar las modificaciones y las variantes que en el modo de intervención se han seguido para ver hasta que punto son capaces de influir en los resultados obtenidos y hasta que punto es preciso contar con ellos para la obtención de estos.

En general lo que se recomienda hacer es la incisión mediana infraumbilical, por ser la única que permite la exacta exploración y acceso a todos los puntos de la cavidad abdominal y de la pelvis. En algunos casos, por sospecharse mayor profusión de lesiones en determinados sitios, el de la incisión se modifica, como en el caso de la Observación XIII, en que por juzgarse se trataba de una tuberculosis del peritoneo y del intestino grueso en su primera porción, se hizo una larga laparotomía lateral derecha. En todo caso la incisión de las partes blandas debe hacerse con precaución a causa de las posibles adheren-



cías del gran epiploon del intestino y de la vegi-  
 ga al peritoneo parietal á nivel de la línea  
 de incisión, puesto que á algunos operadores  
 les ha sucedido el herir el intestino incindiendo  
 la pared abdominal y al Dr. Marzoni  
 le ocurrió una vez que incindió la vegiga, y  
 ha encontrado en 3<sup>os</sup> operados muertos, tan esti-  
 rada hacia arriba la vegiga que tocaba casi  
 en las vecindades del ombligo. Conviene tam-  
 bién tener en cuenta, al hacer la incisión, que el  
 peritoneo parietal se encuentra á veces tan  
 engrosado que llega á medir cuatro ó cinco  
milímetros de espesor, circunstancia á la  
 que si no se atiende, puede poner en gra-  
 ve confusión al cirujano.

Una vez hecha la incisión la con-  
 ducta variará algun tanto según de la for-  
 ma que se trate.

En la forma ascítica conviene eva-  
 cuar el líquido ayudando la salida de él  
 con la compresión sobre los costados del cu-

fermo y la depresión de los bordes de la incisión, enjugando la cavidad por medio de compresas de gasa introducidas hasta la pequeña pelvis. Caso de existir adherencias entre las asas del intestino, importará respetarlas. Si el epiploon está lleno de tubérculos puede reseccarse un trozo, previa ligadura, trozo que puede aprovecharse para el examen microscópico y los experimentos de laboratorio. La operación termina con la sutura hecha como en la laparotomía ordinaria. En las formas ascíticas enquistadas, se incluirá de preferencia sobre la cavidad quística, para evitar la infección del resto de la serosa y una vez vacía la bolsa se la cerrará completamente, á menos que la rigidez de sus paredes y su contenido pareciera no indicar que sus bordes se suturen á la herida exterior. En todo caso, se respetarán las adherencias, á no ser que entre ellas se encuentre un exudado que converja en



cuar ó que el enfermo no esté atormentado por dolores que se le puedan imputar ó que sean causa de obstrucción abdominal crónica.

En la forma ulcerosa las precauciones en la incisión de la pared abdominal deberán ser aún más rigurosas. Una vez incindida la pared, no siempre se abre la cavidad, sino que en ocasiones es necesario despegar suavemente las adherencias entre las asas y de estas con la pared para abrir una colección purulenta. Se evacuarán las diversas bolsas que contengan pus, comprimiendo las compresas contra la pared, de manera que se abra camino al exudado fibrino-purulento. Se pueden tocar las paredes, como recomienda Fricomi con una disolución de sublimado ó de cloruro de zinc y si la cavidad purulenta es inmensa se puede dejar unos pocos días un desagüe tubular de caucho ó capilar de gasa, que se hace pasar por un ángulo de la sutura, que

se hace en la forma acostumbrada.

En las formas fibrosas los operados que intervienen no hacen de ordinario más que la laparotomía simple, cuando más deshacen aquellas adherencias fáciles de desprender, como hace entre otros Fracomi, operando en este caso con la mayor delicadeza en razón de la friabilidad del intestino, cuyas heridas deben evitarse con especial cuidado, pues el reblandecimiento es á veces tan grande que no es posible practicar la sutura y se exponen al enfermo á todas las vicisitudes y á todos los peligros de demutrición que trae consigo una fístula estercorácea.

Este es el grandísimo trazo descrito, el camino seguido en la actualidad en la práctica de la operación; pero se le han propuesto numerosas adiciones, que si algunas veces pueden ser necesarias, en general son superfluas cuando no perjudiciales.



Weinsteine (de Viena), por ejemplo, hace seguir la laparotomía, de masaje abdominal y de fricciones con unguento mercurial; pero semejante práctica es de hecho innecesario y no es preciso pensar mucho para ver que esta puede tener sus peligros.

Helmrich en un caso de la Clínica de Basilea y referente a una peritonitis tuberculosa con ascitis considerable, sometió la enferma después de una laparotomía, que le permitió dedicarse a su trabajo ordinario, a las inyecciones de tuberculina de Koch. Purgadas como están las mencionadas inyecciones, basta citar el hecho para que no haya necesidad de detenerse en él.

Algunos autores (O'Callaghan, Poncet, Clarke, etc) después de abierta la cavidad hacen un lavado antiséptico prolongado, habiéndose empleado numerosas sustancias con este fin: ácido bórico (2%), ácido salicílico (1%), ácido fénico (1%), sublimado (0,5%)

ácido fosfórico (1%), tintura de iodo (1%), cloruro de zinc (1%), etc. Ninguna de estas sustancias ha dado resultados preferibles a los conseguidos por cualquiera de las demás y en todas la concentración a que es preciso usarlas no puede infundir confianza sobre su acción, aparte de que el líquido no penetra en todas las repliegues de la serosa y del peligro grave de producir una intoxicación general, cuando estos lavados se hacen con alguna profusión. König y Aldebert han demostrado con pruebas de hecho que las curaciones no son por eso más numerosas; de ahí que por todas estas razones su uso haya ido abandonándose y solo se utilicen en la actualidad líquidos esterilizados que no puedan traer inconvenientes y que tienen la ventaja de favorecer la salida del exudado. Ericomius no concede al lavado la menor importancia y solo en ciertos casos ha empleado el lavado con una disolución



esterilizadores de cloruro de sodio al uno por ciento. Para Delbet el líquido preferible es el ácido bórico. Sin embargo, Ericomi ha abandonado últimamente la práctica del lavado a consecuencia de las experiencias realizadas por el doctor Lambler y publicadas en la "Revista Veneta delle Scienze Mediche" de 1891 y que vienen a probar que el líquido no llega a todos los pasajes de la serosa y que tiene un efecto muy relativo cuando se quiere llevar sobre toda la extensión del peritoneo una irritación bastante para favorecer un proceso fibro-plástico.

Lo mismo hace Postempshi que se limita a abrir el vientre y evacuar el derrame, si existe. Merzoni limita el acto operatorio a lo más estrictamente necesario, pues piensa que todo lo demás, lavado inclusive, lejos de preparar a la serosa para la curación de la tuberculosis, lo que hace es favorecer la formación de adherencias, en

tantas circunstancias dañosas.

En nuestros días puede decirse que la mayoría de los cirujanos, haciéndose cargo de la inutilidad del lavado y de la escasa ó nula influencia que en la curación de las lesiones puede tener, prescinden de él por lo general y únicamente en los casos de existir líquido purulento en la cavidad, emplean las disoluciones antisépticas débiles y aun mejor las disoluciones fisiológicas de cloruro de sodio y aun la sola agua esterilizada, con la intención de favorecer la evacuación del exudado y sin esperar de tal lavado mayores beneficios. Con lo cual viene á quedar probado una vez más que los efectos terapéuticos vistos en los casos operados, se deben única y exclusivamente á la acción de la abertura del abdomen, de la hepatomía simple, en una palabra.

=====

Hasta aquí, no hemos hablado más que



los efectos que la laparotomía produce sobre la tuberculosis del peritoneo y nos hemos consagrado exclusivamente, al par que hacer *constar* y poner de relieve sus señalados servicios, à probar, aprovechando al efecto, cuantos datos nos ha sido posible reunir, que tales efectos à la laparotomía solo se deben, sin que sean parte para mejorarlos las demás modificaciones y variantes que à la técnica de tan sencilla intervención se han añadido.

Aquí parece que debíamos hacer alto; pero una necesidad naturalísima del entendimiento obliga imperiosamente à procurar al menos, darse cuenta del porqué de esos hechos, à explicárselos siquiera de una manera que satisfaga medianamente, dentro de los actuales conocimientos de la ciencia, la razón ó el mecanismo en virtud del cual tales efectos se producen. Quedaría truncado este modesto trabajo si no se dedicase alguna

atención a tan natural aspiración, que surge como consecuencia obligada, forrosa, impuesta por la misma manera de ser del humano entender; que no puede ver hechos sin que de ellos intente conocer su explicación, penetrar en su intimidad y averiguar, si le es posible, las razones que dan cuenta de su realización.

Y buena prueba de ello es que desde que los hechos que hemos estudiado empezaron a ser conocidos, innumerables explicaciones han surgido de todas partes y se han expuesto por innumerables autores, explicaciones que si bien puede decirse no han salido todavía del terreno de la hipótesis, representan laudables esfuerzos y constituyen nuevos pasos, que sucesivamente enmendados, nos permitan algún día y a medida que las observaciones científicas vayan aportando nuevos datos, conocer a ciencia cierta la acción de la laparotomía en la curación de los procesos tuberculosos del peritoneo.



En rigor, todas las explicaciones dadas vienen à coincidir en un punto, que la laparotomía no tiene ninguna acción específica sobre la tuberculosis del peritoneo, y no la debe tener puesto que es capaz de modificar otro género de lesiones, y que no hace más que ayudar à la curación espontánea. En lo único en que difieren unas de otras es en la influencia respectiva que conceden tales hipótesis à uno de los dos factores; influencia de la operación, tendencia à curar de la enfermedad.

Y es que, en efecto, la curación de la peritonitis tuberculosa es siempre en el fondo espontánea, aún después de la intervención quirúrgica. No se puede comparar la intervención que se practica en una tuberculosis articular en que se extirpan todas las partes enfermas y se las destruye sus con cauterizaciones, con la que se emplea en las diferentes formas de la peritonitis tuberculosa, en donde la mayoría de las lesiones no se pue-



den alcanzar directamente y en que por tanto el mecanismo de la curación es lógico pensar que consista en una ayuda que la operación presta al organismo para defenderse de la marcha invasora de las lesiones y determinar la desaparición de las ya existentes. Es fácil comprender que es de la mayor importancia que la afección tienda a curar espontáneamente, y así Köniq que hace jugar un papel muy importante a la tuberculosis intestinal en la etiología de la peritonitis tuberculosa, pues según la estadística de su discípulo Philipps que en 107 casos de tuberculosis peritoneal, hallados en el protocolo de 2230 secciones practicadas en el Instituto anatómico-patológico de Göttinga, ha visto que en 80, la afección tenía por punto de partida ulceraciones tuberculosas del intestino; se felicita de ello, porque estima que la tuberculosis intestinal es una de las tuberculosis locales más fáciles de curar.

Desde luego hay un hecho, que ya chocó



à Louis y es que la tuberculosis de las serosas ofrece una real tendencia à la curación y de esa tendencia sólo se exceptúan las meninges, acaso como piensa Plicque (1) porque en rigor no tienen de serosas más que la apariencia y en parte las funciones, mientras que etiológicamente son de origen ectodérmico, lo cual querrá explicar tal diferencia. Las serosas son hoy miradas como vastas lagunas linfáticas y como los órganos linfoides constituyen para el organismo uno de los principales centros de resistencia à la infección, que vence à veces, esterilizando por si solas el foco bacilar, hecho ya notado por la profunda penetración del inmortal Richat que observa que las serosas y sinoviales son los sistemas en que con más frecuencia se ven inflamaciones tuberculosas de marcha crónica y lenta; comprendiendo además por una de sus geniales adivinaciones

(1) La tub. des seroses. N° del 9 Jun. 1900 de la "Gazette des Hôpitaux"

que en semejante protección de las serosas interviene algo más que simples condiciones mecánicas, cuando dice (1) "en su atmósfera húmeda, van por decirlo así, á perderse todas las emanaciones mortificas del organismo, sin que esas emanaciones alcancen los demás órganos," palabras que hacen pensar en que el peritoneo es papel de defensa que las serosas, como órganos linfoides, desempeñan en la economía.

Esta resistencia de las serosas explica el porqué se dejan difícilmente infectar por inoculación tuberculosa directa, y en general no lo sean sino por vía sanguínea ó linfática ó por propagación de etapas de un foco tuberculoso; á no ser que en la mujer, más indefensa en este punto, por ser su aislamiento menos perfecto, pues el peritoneo comunica con la cavidad uterina por el intermedio de las trompas, lo cual explica muchas pelvi-peritonitis, que pueden ser el punto de partida de tuberculosis

(1) Anath. gén. 1821. t. IV. pag. 116 y 102.



peritoneales y pleurales, más frecuentes en la mujer indudablemente por estas razones.

Por otra parte el tubérculo de las serosas y por consiguiente de la abdominal es para Virchow un tubérculo joven y vivaz y que tiende por tanto a formar un tejido de cicatriz (1). Esta circunstancia unida a las condiciones que las serosas presentan para luchar contra la infección, nos bastan para daros cuenta de la natural tendencia que tiene la peritonitis tuberculosa para curación, tendencia que si no es tan marcada como en la pleuresía del mismo origen, a pesar de lo que en contra pretenden sostener Leyden y algun otro autor, que admiten completa semejanza en esta condición entre la pleuritis y la peritonitis tuberculosas, explica de una parte las curaciones espontáneas de la peritonitis de que tratamos y sirve de un cesario apoyo para daros cuenta del como

(1) Virchow. Patolog. de los tumores.

la curación ó el alivio pueden conseguirse por la sencilla acción de una laparotomía.

En esa natural tendencia se fundan por consiguiente todas las hipótesis formuladas. Ahora bien; ¿cómo ayuda la laparotomía á curar al peritoneo de sus lesiones? Aquí aparece ya la divergencia y de ello conviene la rápida exposición de las opiniones emitidas.

Sindner atribuye la mayor importancia al poder de reabsorción de la serosa, perdido en gran parte por la existencia de las lesiones y que la laparotomía puede restablecer. Singer se explica el éxito de la intervención porque cree que esta estimula lo que él llama poder digestivo del peritoneo, y Veinstein y Cecherelli, piensan que evacuado el líquido ascítico se hace cesar la compresión sobre los vasos sanguíneos y linfáticos, favoreciéndose así la reabsorción de los productos morbosos.

Cabot parte de su opinión de que siendo la



ascitis favorable para la extensión de la enfermedad, de una parte por la imitación que produce la presencia del líquido, así como de las substancias imitantes que contiene y de otra porque constituye un excelente medio de cultivo para el microbio, nada de extraño tiene que extra-  
yendo el líquido se favorezca la curación. Idéntica en el fondo viene à ser la opinión de Van de Waker.

Para Cameron de Huddersfield la acción curativa es debida à la sustracción de las toxinas producidas por el bacilo y que acumulándose en el líquido ascítico, favorecerían ~~la~~ por su absorción, la propagación de la enfermedad. Poco más ó menos esta viene à ser la opinión de Vierordt, que cree que la evacuación del líquido trae como consecuencias la desaparición de los trastornos circulatorios y respiratorios y los efectos de la autointoxicación, atribuyéndolos pues, como Cameron los beneficios resultados de la ope-

ración, mas á una influencia sobre el estado general que á una acción local ejercida sobre la serosa enferma.

Las anteriores hipótesis tienen un defecto común y es que no son aplicables más que á las formas ascíticas; pues concediendo como conceden capital papel en la producción de los efectos de la operación á la extracción del líquido abdominal dejan sin posible explicación los efectos que se obtienen en aquellos casos en que no hay sustracción de líquido, sencillamente porque este no existe en la serosa. Resultan demasados sencillas al querer explicar por hechos puramente mecánicos la curación y no explican tampoco el porqué de la superioridad de la laparotomía sobre los demás medios de intervenir. Si la curación se debe única y exclusivamente á la cesación de trastornos mecánicos producidos por la acumulación del líquido en la cavidad del vien-



tre o a la eliminacion con ese liquido de  
 las toxicas en el contenidas? por que la  
 innegable superioridad de la laparotomia  
 sobre la puncion, con la cual conviene ~~mas~~ <sup>mas</sup> en  
 conseguir tambien en evacuacion del li-  
 quido? Comprendiendolos con diversos auto-  
 res han ideado teorías distintas, en que se tra-  
 ta de explicar los hechos por aquellas cir-  
 cunstancias que concurren en la abertura del  
 abdomen. Una de las explicaciones, que pue-  
 sos a discurrir por este camino, ocurren más  
 pronto a nuestro entendimiento, es la de su-  
 poner si influiría en la consecucion de los  
 resultados que la operacion suministra, la  
 accion del aire y de la luz, agentes a los que  
 la incision proporcional fúcil acceso en  
 el interior de una cavidad sin comunica-  
 cion con el exterior, fuera de lo bien  
 defendida que en el sexo femenino exis-  
 te. Ya con esta idea, parece natural atribuir  
 la accion preponderante de esos

agentes, bien à la influencia nociva que puedan tener sobre el microorganismo causante de la enfermedad ó bien à la acción estimulante que sobre las propiedades defensivas del peritoneo puedan ejercer. Expresione del primer modo de pensar de estos dos es la teoría de Lauenstein que cree que la sequedad que la evacuación del líquido determina y la exposición del peritoneo à la luz, son circunstancias dañosas para el bacilo, cuyo resistencia debilitan y cuyo desarrollo ulterior dificultan.

Manifestaciones de la segunda variante son una porción de teorías, más en acuerdo con los hechos, que han aparecido sucesivamente estos últimos años.

La más antigua de ellas es la de Moztig Moorhof (1) el cual sostiene que la eficacia de la laparotomía reside en la irritación provocada en la serosa por la introducción del aire en la cavidad abdo-

(1) Wiener med. Presse. 1<sup>o</sup> Enero, 1891



minal. Partiendo de estos prejuicios teóricos propuso su tratamiento de la peritonitis tuberculosa, consistente en la inyección de aire en la cavidad del abdomen; pero los resultados de este método de tratamiento han venido á demostrar lo poco fundada de su opinión, que es por lo menos, demasiado exclusiva. Sin embargo, esta us ha decaído de tener defensores y Capenshon cree que el aire favorece mas que ningun otro agente la curación, refiriendo algunos casos curados por la aspiración del líquido y la inyección de aire esterilizado, que se hace antes pasar por un frasco de Woolf cargado de agua fenicada. A pesar de ellos, pocos por lo demás, semejante opinión ha sido desechada.

Mannotti y Bracchi creen que el efecto que la laparotomía produce consiste en una reacción inflamatoria de la serosa, que aumenta también notablemente su poder absorbente y Burci partici-

do del concepto de Masfuci, de que el tubérculo no es más que la expresión de la defensa del organismo contra el bacilo tuberculoso y juzgando en relación con esto las observaciones microscópicas, juzga que en el peritoneo existe ya un proceso curativo espontáneo que la laparotomía no hace más que estimular.

Stchegoleff cree probable que el resultado curativo de la laparotomía debe ser atribuido á una serie de factores como son la penetración del aire y de la luz y la influencia térmica; lo cual debemos nosotros juzgar que debe influir bien poco, dadas las condiciones de temperatura en que de ordinario se coloca el ambiente de las salas de operaciones cuando se la parotomiza.

Estas teorías por demasiado exclusivas no pueden daros cuenta del mecanismo de la curación y de ahí que resulten incompletas, insuficientes para explicar



todos los hechos posibles y para llevar la con-  
 vinción al ánimo. En un bonito trabajo  
 de Westphal, publicado hace muy poco  
 tiempo (1) aparece una crítica breve pero  
 sustanciosa, de estas teorías, fundándose pa-  
 ra ello el autor en tres casos de peritonitis tu-  
 berculosa, confirmada por examen bacterio-  
 lógico y de caracteres anatómicos diferentes  
 y los tres tratados por laparotomía. En los  
 tres casos la operación fue seguida de éxito:  
 seis meses después de haber abandonado el  
 hospital ninguno de los operados presen-  
 taba recidiva, habían aumentado de peso  
 y gozaban de vigor. Estos casos son precisa-  
 mente interesantes porque entiende su  
 expositor que para explicar su curación,  
 es imposible hacer valer para ningún  
 uno de ellos y a pesar de su variedad ana-  
 tómica y clínica un factor exclusiva-  
 mente de los admitidos en la curación.

(1) Zur Heilung. der Peritonealtuberkulose vermittelst. Lei-  
 bschnitt.

No es posible admitir p. ej. dice Westphal, que se hable, de la influencia de la evacuación del líquido ascítico, en un vientre que en el momento de su abertura no tenía señal de él (tercera de sus observaciones). . . ; ¿Cómo creer, sigue diciendo en la acción bienhechora de una hiperkemia producida en la cavidad abdominal por la supresión de la ascitis, hiperkemia pasajera, instantánea, sobre lesiones que han tardado meses y años para desarrollarse? (Observación número 2). De otra parte, concluye, no se ve bien cual es el agente mecánico o químico capaz de imitar un vientre que apenas abierto, ha sido cerrado y en el que el cirujano se había contentado, por toda manipulación, comprobar con sólo la vista que no había nada que hacer (observación 2<sup>a</sup>).

Este reparo, expuesto con toda la gracia posible como lo hace Westphal, se deduce también del exámen de la mayor parte



de las observaciones citadas en esta tesis y en que la intervencion por parte del Dr. Ribera no pudo ser más sobria en manipulaciones, ya que comprobada la extensione del proceso, se procedio en general á cerrar con parestese el vientre, apenas abierto. Este reparo es de capital interes porque invalida algunas opiniones de las modernamente sustentadas, como es por ejemplo la de Frisconi que se explica los buenos efectos de la laparotomia por la irritacion mecanica de la serosa visceral y parietal, que suscita en ella una reaccion inflamatoria, razon por la cual procura exagerar esa irritacion con presiones practicadas de un modo rudo (asi se expresa) hechas con trozos de gasa montados sobre largas pueras, sobre toda la extensione accesible de la serosa y para completar esa irritacion no vacila en verter en la cavidad de 10 á 20 gramos de una disolucion al 10% de tintura

de iodo en glicerina y que por los mismos tapones de gasa procura extender sobre la mayor extensione posible del peritoneo, procedimiento que en muchos casos hace aun preceder de inyecciones de tintura de iodo, siguiendo el consejo de Durante. ¿Es necesaria esta imitacione mecanica? En nuestro sentir no lo es y para hablar ahi nos fundamos en que en ninguno de los casos que se citan al comenzar esta Memoria, se emplearon ni con mucho las manipulaciones de Tricomi, lo cual no quitó para que los enfermos que debian curarse, se curarane. Solo en un caso (observacion segunda) se vertió en la cavidad una pequeña cantidad de vaselina iodoformica y este caso no por eso se curó ni mejor ni peor que los demás curados, lo cual prueba que la introduccion de esos agentes imitantes no es necesario y sabido es que por un descuido y aun sin descuido puede convertirse en peligrosa. Si



es supérflua y puede ser nociva i á qué' la utilidad de semejantes irritaciones? i por qué las ruedas maniobras sobre la serosa, si estas por más que se diga, no pueden llegar á todos los puntos de su superficie? Y preguntamos de qué' que no sabemos hasta qué' punto no pueden esas manipulaciones hacer á veces más daño que provecho. No hay sino considerar la frialdad extraordinaria de las paredes del intestino en las formas ulcerosas de peritonitis, para comprender la suma delicadeza con que es preciso obrar y para proscribir tan temerarias manoseos.

D'Urso cree también en la positiva influencia de la irritación por los agentes mecánicos que se hacen jugar en la operación y explica así la acción de los antisépticos usados en lavados. Cree que su papel es solo ahuyar del peritoneo los últimos residuos del exudado y obligar al cirujano á maniobrar más tiempo en el peritoneo para enjuagar

el líquido. «Acaso estas maniobras, dice, tengan la mayor importancia en el proceso de curación. Pero es improbable que el exponente de esta reacción inflamatoria sea la elevación térmica de un grado y décimas notada en las 48 horas después. Hay que notar que las laparotomías por ovariectomía e histerectomía son frecuentemente afebriles, mientras que la tal elevación ha podido predecirse muchas veces en las exigidas por peritonitis tuberculosa».

En el fondo de estas explicaciones se puede percibir un hecho general, la de una reacción por parte de la serosa despertada por la laparotomía; esta reacción supuesta de carácter inflamatorio, tiene en efecto hechos que la abonan. Lo que en nuestro sentir hace inadmisibles estas teorías es la de suponerla debida a agentes mecánicos ó químicos (maniobras, antisépticas); de los que como hemos visto se puede en absoluto



prescindir, sin que los resultados de la operación se modifiquen por ello notablemente.

Que esta reacción sea del orden que sea, contentémonos con llamarla defensiva existe, lo prueban varios hechos de observación.

1.<sup>o</sup> Durante la operación se ven, por parte de la serosa, modificaciones groseras, va poniéndose progresivamente hiperémica de modo que al final tiene un color rosa vivo, se hace más jugosa y sangra con más facilidad.

2.<sup>o</sup> Después de la operación, no es raro ver una elevación de temperatura que puede llegar a cerca de  $2^{\circ}$  y que falta muchas veces en laparotomías exigidas por otros padecimientos.

3.<sup>o</sup> Ingianni (d. Genova) (1) ha hecho experiencias que prueban que los estados imitativos de la serosa abdominal dificultan la receptividad para la tuberculosis. Pa-

(1) Commun. al XIV Congreso de la Sociedad italiana de Cirujía. 1899.

Siendose de inyecciones de alcohol rectificado en la serosa ha provocado una irritación aseptica, a consecuencia de la cual se desarrolla un activo proceso de fagocitosis que incorpora al bacilo y lo destruye.

11º En otras peritonitis no tuberculosas en casos de pelvi-peritonitis crónica simple, no es raro ver que la simple laparotomía seguida de un lavado, conduce rápidamente a la reabsorción del exudado, con desaparición de todos los síntomas. El Doctor Trajmont (1) ha referido, y luego lo han hecho otros, varios casos de estas observaciones y piensa en la aparición de un exudado líquido, cuya reabsorción trae consigo la de los productos inflamatorios crónicos.

¿Cuál es el agente que provoca esta reacción defensiva por parte de la serosa?

Esto es lo que no sabemos, acaso no lo sea exclusivamente ninguno de los anun-

(1) Annales de la Soc. méd.-chir de Liège, 1893.



ciados y sean causa de ella todos o varios mancomunadamente; pero desde luego vemos que las maniobras mecánicas no lo son por sí solas. Acaso la tendencia a conceder a <sup>los</sup> hechos mecánicos tan capital importancia dependa de la confusión de ideas que aun reina sobre el concepto de imitación, que lleva a confundirle con el de reacción y admitir agentes imitantes para suscitarla. Los hechos hacen creer que el peritoneo se defiende, que reacciona; pero no autorizame más que hablar de reacción defensiva, sin preguntar si es inflamatoria o de que orden.

En este punto hay que convenir que la vaguedad de los términos capaces de expresar la cuestión es muy grande. Y en efecto, lo que también parece más conforme con las ideas actuales sobre la curación del proceso, es suponer que la reacción defensiva existe en la serosa desde el mo-

mento en que en ella se instala el bacilo productor de la perturbación morbosa, al cual a veces <sup>agujas</sup> desnaturaliza y mata por sí (casos de curaciones espontáneas) y otros es suficiente para ello. En estos casos la laparotomía indudablemente ayuda, estimula, y en reacción defensiva, ya existente aunque atenuada. ~~Está es el inconveniente de hablar de irritación, que supone algo del exterior que incita a defenderse al peritoneo y que inicia el proceso curativo y fuera a hablar de agentes capaces de iniciar ese estado de defensa. Lo más lógico a nuestro entender, es suponer que el proceso reactivo está ya iniciado cuando la laparotomía se hace y que esta estimula y activa notablemente el poder de ese proceso.~~

En la tuberculosis de las serosas existe positivamente una reacción anti-bacilar, que reviste diferentes aspectos; pero en ~~ya~~ fin, como ha demostrado Perón en dos



notabilísimas Memorias publicadas hace dos años (1898) del mismo: aniquilar los parásitos bacilares.

Esta reacción consiste unas veces en la producción de un exudado sero-fibrinoso y otras veces cuando este no basta para destruir los microorganismos, por las sustancias bactericidas, existentes al máximo en los derrames francamente agudos; en la intervención de la diapedesis y de los leucocitos; es decir, de la supuración, que representa según las experiencias de dicho autor, un nuevo esfuerzo, una segunda línea de resistencia que si bien tiene la ventaja de ayudar á la esterilización, tiene un inconveniente sobre el primer modo defensivo y que estriba en que los fagocitos no ayudan igualmente á la reparación, pues su principal papel es la destrucción de los microorganismos.

En una de esas memorias de Perin (1) se

(1) La seroterapia tuberculosa natural. Société de Biologie.  
19. Oct. 1898.

Demuestra que algunos derrames serosos tienen propiedades bactericidas, tanto mayores cuanto más aguda ha sido su producción y así inyectando 500 c. c. en el peritoneo de un perro de 10 kilogramos de peso, este queda refractario á las inoculaciones tuberculosas directas. Por otra parte, en el proceso curativo natural, además de las sustancias bactericidas de los exudados, hay una substancia que no es otra que la fibrina, la cual parece ejercer una gran influencia sobre la marcha de las lesiones, puesto que desempeña sobre los bacilos la tarea de aislarlos mecánicamente, lo cual hacen los depósitos fibrinosos que se forman, encerrándolos y englobándolos. Así ocurre que en los exámenes bacteriológicos es precisamente en los pequeños coágulos fibrinosos donde se puede acertar á descubrir algún bacilo.

Netter ha notado que si después de haber inyectado el líquido, se inyecta igualmente



el delgado depósito fibrinoso formado á me-  
nudo en la cavidad, la proporción de resul-  
tados positivos aumentaba considerablemen-  
te. Todos estos hechos están en relación con  
uno clínico observado en los derrames pleu-  
ríticos y aquí aplicable y es la benignidad  
relativa de los derrames pleurales franca-  
mente inflamatorios, que dan después de  
la punción un coágulo fibrinoso abun-  
dante. Acaso á estos se refiera Galliard  
al decir que hay pleuresias providenciales.

Por otra parte Berdez (1) en sus expe-  
riencias hechas sobre animales en el labo-  
ratorio del químico Seiler ha comprobado  
la ausencia de reacción inflamatoria lo-  
cal, fundándose en lo cual, así como en  
varias observaciones referentes á la uti-  
lidad de la laparotomía contra tubercu-  
-losis <sup>de los órganos Cefálicos</sup> ~~de los órganos~~ del abdomen, admite que la  
causa eficaz debe ser buscada en las modifi-

(1) Commun. faite. à la Société Nandoise de Médecine  
9. Junio. 1898.

aciones de orden general, como son las de la sangre. Examinando esta en cierto número de enfermos de la clínica del Doctor Roux, ha podido ver que las operaciones consistentes en la abertura del peritoneo, van seguidas inmediatamente de una leucocitosis polinuclear considerable, más importante que la producida por otras operaciones, en tanto estas no hayan ido acompañadas de una fuerte hemorragia. Comparo gráficamente Berdix el efecto de la laparotomía, al de un bastonazo en un hormiguero, pues con ella los leucocitos se precipitan en masa fuera de los órganos hematopoiéticos. Curvas trazadas por Berdix ilustran elocuentemente esta acción quimio-táctica.

En resumen, todo hace creer que la laparotomía no cura la peritonitis tuberculosa por ~~la irritación que en ella pro-~~



~~Este, conducente~~ a una reacción infla-  
matoria no observada ni observable. De  
ahí que se curen los casos sin necesidad  
de agentes ~~institutos~~ <sup>flogísticos</sup> de ningún orden y  
con solo abrir la cavidad abdominal. ¿Pue  
es lo mas natural pensar en vista de todo  
lo expuesto?

En nuestra humilde opinión, lo que  
ocurre es lo siguiente. En presencia de la in-  
vasión parasitaria, la serosa peritoneal  
tiende a defenderse y reacciona a fin de  
aniquilar los agentes nocivos, a ella lle-  
gados por diferentes caminos, según la  
vía de introducción.

Esta reacción de orden puramente  
local se manifiesta por diferentes aspectos,  
conducentes al mismo fin, como son los  
exudados secos, los derrames serosos, sero-  
fibrinosos, purulentos, la producción de  
adherencias, etc, eficaces en diverso grado  
y más o menos beneficiosos, según que

permitan o no la restitutio ad integrum en la serosa atacada por el bacilo.

En determinadas circunstancias estos medios de resistencia bastan por si solos para lograr la esterilización y hasta para reparar los daños producidos, son los casos que abandonados a si mismos, curan espontaneamente. En otras, sin embargo, estos procedimientos de defensa resultan insuficientes para su fin y lo unico que consiguen es impedir la difusion de la infeccion, manteniéndola dentro de los limites de la serosa o bien dentro de esta en el sitio de las primeras colonizaciones microbianas (derames enquistados, peritonitis parciales). En otras finalmente, la reaccion es practicamente ineficaz no solo para curar, sino para impedir las emigraciones bacilares, que trayendo todas las barreras creadas por aquellos mecanismos de defensa, ganan



- otros órganos, ya de la misma cavidad, ya de otras próximas (tuberculosis pleuro-peritoneal (p. ej.) si es que un punto su fuerza expansiva muy considerable no provoquen una tuberculosis generalizada.

En todos los casos, sin embargo, la lucha, conduzca o no a la destrucción del parásito, se entabla desde el primer momento; la reacción defensiva está iniciada hace ya tiempo, cuando los fenómenos clínicos conducen al enfermo ante la presencia del médico. Si en estas circunstancias se hace la laparotomía, no es pues lógico hablar de <sup>que</sup> con ella se crea una reacción que ya existe. He aquí porque entendemos que a la palabra reacción inflamatoria, que parece prejuzgar lo que ocurre, debe sustituirse en esta cuestión, el más modesto de reacción defensiva, que la laparotomía no crea, porque está ya iniciada con anterioridad. La laparoto-

mia, por tanto, no hace mas que estimular esa reaccion, fustigar poderosamente los mecanismos defensores locales, que medio agotados por una larga lucha ineficaz, recobran nuevo vigor y consiguen vencer en muchos casos. Asi la laparotomia no traeria tras si nuevos procedimientos defensivos por parte de la serosa, aumentaria la intensidad y la eficacia de los que en ella constituyen su natural defensa, y su acción bienhechora se explicaria, pensando asi, por la mayor cantidad de serosidad segregada en contacto del aire y de los demás agentes que en la operacion intervienen como nuevos. Las sustancias bactericidas contenidas en esa serosidad ejercen su papel, y de otra parte la fibrina contenida en esos exudados puede al cambiar sus condiciones de existencia, expuesta por la operacion a un brusco cambio de condiciones, pasar del estado de



disuelta, de fibrinógeno, de lo que se quiere llamar a ese su estado anterior a la coagulación, al estado de fibrina concreta, que se precipita aprehensionando los bacilos, impidiendo su difusión y permitiendo después su esterilización per place. De otra parte la reacción fagocitaria puede ser también estimulada y la defensa más asegurada por consiguiente.

Pero aparte de este estímulo sobre la reacción defensiva local, las experiencias de Berdax hacen pensar en que la laparotomía introduce un factor nuevo, que depende de la viva impulsión dada a la leucocitosis, importantísimo medio de defensa del organismo. En efecto, precisamente ocurre que mientras que este factor entra espontáneamente en acción en la mayor parte de las enfermedades infecciosas con tendencia natural a la curación, falta en la tuberculosis peritoneal

abandonada á sí misma.

La laparotomía hace entrar en juego este factor hasta aquel momento inactivo y si la afección está limitada á la serosa y el estado general se ha conservado en condiciones para subvenir á los gastos de la reparación, la curación se logra.

Es decir, que debemos juzgar que el mecanismo de curación de la peritonitis tuberculosa por la laparotomía es doble: de una parte por la estimulación de los actos locales de defensa, en lo que la operación no hace nada de nuevo y de otro lado por la adición de un poderoso recurso, que entra en lucha por efecto de aquella, la leucocitosis.

Esta opinión podrán ó no confirmarla las observaciones posteriores, pero hay que convenir que hoy por hoy y dado lo que amojá de sí la observación de los hechos, es la que más satisface nuestro entendimiento.



to y la que mas conforme está con los datos que la moderna experimentación ha evidenciado. No pretendemos que sea la verdadera, contentémonos con que explique lo que de estos hechos se conoce, sin perjuicio de que sea modificable y que nos dé cuenta de lo que en la Clínica vemos, que es á lo que debe aspirar y nada más toda hipótesis.

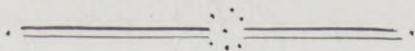
Enlazado naturalmente con esta cuestión, que acabamos de tratar, relativa á la manera de explicarse los efectos de la laparotomía en la peritonitis tuberculosa, se encuentran todo lo que se refiere á su proceso íntimo de curación, de lo cual derivan cuestiones muy interesantes. Desde el punto de vista clínico como es la que trata extensamente, Ericomi de si la curación puede verificarse con ó sin adherencias.

No estaría fuera de su lugar el her-

blar aquí de ellas, puesto que vienen á constituir como el natural complemento de lo anteriormente expuesto; pero dos razones nos obligan á evitar tratar de estas cuestiones. Una es el temor de prolongar demasiado este trabajo y otra, que nos habiendo nos propuesto más que escribir de los efectos terapéuticos de la laparotomía, al tratar esas cuestiones, si bien sería una transgresión justificadísima, constituiría una transgresión al fin, del objeto de nuestro trabajo; y así como no lo constituye después de examinados los efectos de la laparotomía, ver como podemos daros de esos efectos cuenta, que es lo que hemos hecho; el pasar de allí á fenómenos que si bien nos explican el mecanismo de esos efectos terapéuticos, son hechos de índole anatómica, tendría acaso una justificación discutible. Por eso, preferimos aun á trueque de que alguien crea por ello incompleto



nuestro examen, prescindir por las apuntadas razones, de su exposicion y juicio, sin perjuicio de si nuestros medios en lo porvenir nos lo consienten, volver de nuevo sobre este asunto, asi como de posibles derivaciones que se nos ocurran, pero para las que us tenemos espacio un legitimo puesto en este trabajo.



Hasta aqui nos hemos ocupado de efectos de la laparotomia simple, observada en una serie enorme de casos, todos ellos referentes à una sola afeccion.

Como consecuencia de ellos, estos hechos han sido perfectamente sistematizables y han permitido llegar à lo que se propone la Terapeutica, es decir, à establecer indicaciones formales à formular reglas prácticas de conducta. Pero al continuar estudiando los efectos terapeuticos de

tal operación, lo que encontramos es si mu-  
 chos hechos que demuestran hasta que pun-  
 to es beneficiosa; pero la sistematización  
 desaparece, esos hechos por la falta de unifor-  
 midad son algo fragmentarios, que en la  
 actualidad es imposible poder encaadenar  
 lo suficientemente entre sí para sacar de  
 ellos algo más que conclusiones muy genera-  
 les. Pero de esos hechos se desprende una  
 positiva afirmación: que la laparotomía  
 es muchas veces un agente terapéutico de  
 importancia en el tratamiento de muchas  
 afecciones intraabdominales y aunque no  
 sepamos el como y el porque de su acción  
 es preciso tener esos efectos en cuenta. Así  
 podría justificarse hasta cierto punto la  
 expresión de Lawson-Tait: «Aun en  
 los casos en que hay grandes razones para  
 creer que se trata de un tumor maligno,  
 hago una incisión exploradora para con-  
 vencerme de ello. Una abertura exploradora



- ra del abdomen ~~una~~ <sup>nunca</sup> causa trastornos,  
 y con frecuencia es muy útil, aun cuando  
 no se pueda extirpar el tumor, pues varias  
 veces he visto, que despues de la operacione no  
 se reproduce el liquido ascitico que antes era  
 muy abundante; por ultimo, algunas veces  
 la incisione detiene mucho tiempo la mar-  
 cha del tumor que no se puede extirpar.

Estos hechos se refieren a las mas di-  
 versas afecciones y apenas es posible estable-  
 cer en ellos orden. Por eso deciamos al co-  
 mienzo de este trabajo, que en este punto ape-  
 nas se puede pasar más que de una ex-  
 posicion de hechos. Entonce tambien haci-  
 amos una resumida historia de como esos  
 hechos comenzaron a preocupar a los ciru-  
 janos y por eso aqui no volvemos sobre ello  
 y procedemos desde luego a ver en que condi-  
 ciones esos hechos se han observado.

Hay sin embargo una serie de ellos, en  
 que aparece que la Laparotomia ha lle-

gado á ser indicada en muchos casos. Nos referimos á la peritonitis por pneumococos.

Esta afección abandonada así misma es frecuentemente mortal, y el sujeto sucumbe con una infección más ó menos generalizada con localizaciones secundarias (hígado, pulmón, corazón, etc.) Hay una larga serie de observaciones que prueban que la amplia incisión del abdomen, seguida de lavados ha conducido á la curación, siempre que la operación se verifique á tiempo, pues si el enfermo tiene ya infecciones secundarias sucumbe, aunque la operación se practique. Es verdad que en estos casos la laparotomía no es simple, que va seguida de un lavado abundante de la cavidad; pero si tenemos en cuenta la escasa acción antiséptica que á esos lavados hay que conceder, si usos se les quiere convertir en peligrosos hay que admitir que por lo menos en parte hay que atribuir á la laparotomía cierto papel en la ob-



tención de la curación. Verdad es que se discute si es preciso abstenerse de la laparotomía, cuando el pus se fragua una salida al exterior; pero aparte de que esa evacuación espontánea no debe ofrecer una completa seguridad al clínico, hay que temer, como dice Dieulafoy, dos complicaciones: una, la penetración en el foco de un nuevo y terrible microbio, el estreptococo ó el estafilócoco, como en un caso de Moizard, y otra es la reaparición de la infección en los focos peritoneales incompletamente vacíos y el retorno de la fiebre y demás accidentes. Todo lo cual hace considerar, aun estos casos á la intervención como el medio más seguro.

Hay otros casos en que la curación se ha obtenido por la simple laparotomía referente á hechos de tuberculosis intraabdominal de los cuales tratamos antes, porque en los que después van á seguir, la cura-

ción definitiva es bastante discutible y lo que puede en los más de ellos únicamente afirmarse es que los efectos terapéuticos observados son únicamente notables mejorías.

A la primera categoría, corresponden las observaciones publicadas de curación de la tuberculosis apendículo-cecal tratadas por la laparotomía simple, publicadas por Billon (1) que en sus tesis lo defiende como modo de intervención preferible a la extirpación completa y radical de todas las partes enfermas por resección del intestino tuberculoso, ya que este proceder expone al enfermo al shock operatorio y a los accidentes de las suturas intestinales, así como la juzga también superior a las operaciones paliativas, como las resecciones limitadas a las paredes del ciego (Pean, Richelot), a las enteroanastomosis (Hochenegg, Pier, Sabonlay), pues todas ellas ex-

(1) La tuberculose appendiculo-cecale traitée par la laparotomie iliaque. Thèse de Lyon. 1898.



ponen al operado á las fistulas pioestercalares. Se funda para sostener su proposición en seis casos de laparotomía simple, operados por Poncet, Delorme, y Nové-Possierand por causa de una tifo-apendicitis tuberculosa y en que la curación siguió á la operación. El profesor A. Poncet juzga que laparotomía simple iliaca constituye, pues, la operación de elección, pensando que hasta mas amplia información es á las lesiones bacilares del intestino grueso y del apéndice, lo que la laparotomía infraumbilical es á la peritonitis tuberculosa. Cree además que la laparotomía se impone también porque es peligrosa y esclarece el diagnóstico. Estimo, en fin, Pellon que su acción es ante todo, bactericida.

Asimilable á este género de observaciones es la que citamos con el numero XIII en que se trata de un caso de peritonitis tuberculosa con lesiones de la propia índole del intestino.

grueso en su primera porción y en que la curación se consiguió por una laparotomía lateral derecha. Referente también a un caso de tuberculosis abdominal en que la simple abertura del abdomen condujo al enfermo a la curación es la siguiente:

Observación XXI - A. D. D., de 12 años natural de Madrid. Ingresó en el Hospital de niños el 7 de Julio de 1897. Operado de laparotomía media supraumbilical por el Dr. Ribera, el 14 del mismo mes. Pudo verse entonces se trataba de una tuberculosis hepática, localizada en el lóbulo de Spiegelii. Sutura al epiclison, y profunda y superficial de paredes. El 31 estaba cicatrizada la herida operatoria. Alta por curación el 3 de Septiembre.

¿Como explicar en estos casos de tuberculosis abdominal la curación? Probablemente el mecanismo debe ser análogo al que la determina en la peritonitis tuberculosa, por con-



siguiente no nos hallamos en presencia de hechos de diversa índole que aquellos, de los que únicamente difieren en trascendencia por ser mucho más escasos en número.

No ocupari en los casos referentes á otros géneros de padecimientos intraabdominales, distintos de la tuberculosis y en los que los efectos de la operación son más sorprendentes porque son más difícilmente explicables.

Nos referimos á los casos de neoplasias difusas e inoperables e adherencias vivencias, en que el curjano tiene que limitarse á la simple exploración, cuando más á la rotura de las bridas menos resistentes ó algunas maniobras de la masa y en que, contra lo que podía esperarse se observa después la curación, ó más á menudo una mejoría.

Estos casos no es fácil, como hacen con-

signar Forgue y Peclus en su tratado de Terapeutica quirurgica, clasificarlos sobre bases anatomico-patologicas: muchas veces se ha descuidado este punto y esta laguna quita á estas observaciones el caracter decisivo que les atribuyen sus autores. Sin embargo, son tan buenos y tan respetables sus observadores que es forzoso concederlos la merecida atencion.

Estos hechos demuestran una cosa y es que la accion terapeutica de la laparotomia no se limita sólo á la tuberculosis abdominal.

A quien primero llamaron estos curiosos hechos la atencion fui á Mickulicz, en 1858. Ya hemos indicado como se comenzo á pensar sobre ellos por los trabajos de Lawson-Cait, Richelot, y W. White y por el artículo de Dupuy, inspirado en el trabajo de este último. Despues han apostado muchos su contingente de hechos demostrativos y



entre ellos Ferrer, Monod, Porri, Pontier, Marchand, Faboulay, Demons y Montar entre los franceses. En 1894, en la Sociedad Médico-Quirúrgica de Londres, se sostuvo un debate importante sobre estos asuntos y en el cual Greigh Smith, Doran y Bland Sutton, relataron hechos fehacientes de neuralgia pelviana o de tumores del vientre curados por la abertura del abdomen hecha con fines puramente exploradores. En la actualidad, puede decirse que no hay cirujanos que se dediquen algo a operaciones del vientre que no cuenten algunos casos análogos.

Estos hechos se refieren a dos órdenes: unas veces se trata de peritonitis o de pelviperitonitis adhesivas, y otras a verdaderos tumores con o sin ascitis.

Los primeros son fácilmente explicables, generalmente se trata de procesos fibrosos difusos, de lesiones parenquimatosas im-

posibles de descorterar sin peligro para los vasos y el intestino y en los que toda la intervención posible se reduce á romper las adherencias en que esto es posible; las mejoras subsiguientes se explican porque las manipulaciones manuales hechas sobre las vísceras, corrige su estática y sus relaciones, estira los nervios comprendidos entre las adherencias, suprime los estiramientos debidos á la unión anormal de los órganos. Hasta aquí se trata de una explicación puramente mecánica, que copiamos casi literalmente de <sup>Dr.</sup> Jorgue Peclus; pero como estos mismos autores reconocen esto, si « explica perfectamente la mejoría terapéutica observada en los casos de adherencias circunscritas, no lo hace en absoluto la que se observa en los casos más frecuentes de procesos fibrosos difusos, que confunden en una masa esclerótica el útero y sus anejas. » lo cual viene á significar que la curación no se debe



à las maniobras puramente mecánicas, y que en los procesos extensos estas son relativamente muy limitadas y que la laparotomía es eficaz en ellos por otros motivos, que ejercen su acción aun cuando aquellas maniobras no se realizasen y así los mismos autores suponen que la mayoría de las neuralgias pelviánicas por factores de otro orden, como son los resultados sedantes del reposo forzado que sigue à la intervención, la impresión psíquica del acto operatorio, tan eficaz en las mujeres, muchas veces neurópatas, la acción refleja debido al tratamiento, el efecto trófico que puede resultar, influencias todas que intervienen distintamente segun los casos; pero en absoluto independientes de las manipulaciones para desgarrar adherencias, etc. i influencias todas que por la simple abertura del vientre se consiguen, sin necesidad de más.

Respecto à las observaciones de la otra clase

se muestran estos autores muy reservados. Creen que en muchos casos se trata no de verdaderos tumores sino de neoplasias simplemente inflamatorias que por la supresión de la ascitis, cuando existe, la falta de compresión abdominal consecutiva, la congestión visceral que resulta y la excitación trófica producida por la operación, evolucionan hacia la esclerosis curativa ó hacia la absorción. Efectivamente esto es cierto y las observaciones de estos autores, así como las que citan de Doran hacia en creer lo mismo. Veamos lo que hay sobre la cuestión.

Hay en efecto, que convenir que los casos de desaparición de tumores realmente malignos, carecen de comprobación anatómo-patológica. En cambio lo que no es posible dudar es de las mejorías estables que por la desaparición se consiguen en estos casos, mejo-



diminución del tumor desde el sexto día, la cual fué acentuándose tanto que 1891, hacia un año que el enfermo había sido operado y no señales de tumor, siendo la salud perfecta.

Galvani cuenta un caso (1) de un enfermo todavía joven, en quien la laparotomía descubrió un neoplasma del epiléjalon, desapareciendo como por encanto los dolores atroz que le atormentaban antes de la operación.

Testimonio de estos asertos son también las siguientes observaciones correspondientes a enfermos operados por el Dr. Ribera, de laparotomía simple.

Obs. XXII. A. H. de 44 años, ingresa en el Hospital de niños el 12 Septiembre de 1890. La exploración permite apreciar un tumor en la fosa iliaca izquierda, al parecer sin consecuencias con órganos supra-umbilicales, pensando en un quiste dermoideo del ovario. La parotomía infraumbilical el 6 de Octubre. Al reconocer el tumor pudo verse que no era

(1) aquí hay una alteración del orden de las páginas, fácilmente subtrahable y debida a equivocación en el ángulo pinal.

otra cosa que el lóbulo izquierdo del hígado, de tal modo atrofiado, que llenaba el hipocóndrio, el vacío y la fosa iliaca del mismo lado. Sutura. Curación operatoria. A los quince días pudo verse que el vientre iba disminuyendo de volumen, debido a la disminución lenta y progresiva del hígado, comprobada por percusión y palpación. De suerte que al salir del Hospital en 9 de febrero, el tamaño del hígado había quedado reducido a lo normal, estado que subsistía dos meses después de haber abandonado el establecimiento. (1)

Obs. XXIII. E. V. de 49 años, vizcaína en las clínicas de San Carlos el 13 de Abril del 91. Sospechándose por los síntomas un epiteliorragia de estómago y juzgándose que estuviera limitado y pudiese hacerse una gastrectomía parcial, fui laparotomizado el 2º del mismo

(1) Esta observación, así como las cuatro siguientes están publicadas in extenso en el discurso de recepción de Dr.



rias á veces realmente sorprendentes, observadas en individuos en los que luego al morir se ha comprobado la malignidad positiva de los neoplasmas. Como ejemplo de ello vemos que Duplay cita un caso de cancer del peritoneo con ascitis, de tal suerte mejorado por la incision exploradora, que se pudo creer durante dos años en la curacion completa. Y de todos modos, lo que no es posible dudar es que individuos afectados de padecimientos rebeldes á toda clase de tratamientos y sumidos en la mas aflictiva situacion han podido merced á la operacion, ver desaparecer sus sufrimientos y entregarse á sus habituales ocupaciones. Y aunque no sea más que esto, esto es ya bastante para mirar con cariño la operacion que tan buenos efectos produce. Y como nuestro citaremos algunos casos.

Pontier cuenta un caso de curacion de una ictericia rebelde acompañada de

crisis violenta de cólicos, vómitos, y escalofríos cada dos días y cuyo paciente presentaba escaras en el sacro. Se hace laparotomía media supraumbilical. No hay obstrucción biliar por ningún motivo. Los vómitos cesaron el mismo día de la intervención.

Richelot cita otro caso notable.

Se refiere a un hombre de cincuenta y nueve años con síntomas de estrechez pilórica, vómitos incoercibles, hemianestesia y trastornos visuales; laparotomía exploradora. El píloro estaba sano. Curación de los vómitos, la hemianestesia y los trastornos de la visión.

Otro de Bazy es también muy interesante.

Hombre en que existían síntomas de tumor del abdomen. Por laparotomía se puede ver un tumor duro, inmóvil, adherente a las columnas vertebrales. Creyendo se trataba de ganglios cancerosos secundarios de una afección intestinal, cerró el vientre, haciendo un pronóstico gravísimo. Se observa sin embargo, una



mes. Puesto al descubierto el tumor, para lo cual fué necesario cortar transversalmente los epiploones, formando para ellos varios pedículos, pudo verse que en rigor se trataba de una infiltracione carcinomatosa de las paredes del estomago, que comprendia casi toda la gran curvadura, las caras anterior y posterior, extendiendose principalmente por esta última y prolongandose por el piloro y duodeno en gran extensione. Por esta razon, la operacion se limitó á hacer la sutura exacta de la incision hecha en los epiploones, ligar y suturar la pared. A los veinte dias de la dia de alta bajo el punto de vista de la intervencion quirurgica, permaneciendo la enferma, por su falta de recursos, en la sala hasta el 27 de Junio, en que salió, es verdad, en el mismo estado que á su ingreso, pero sin que los vómitos hubieran buuelto á presentarse aliviado de sus dolencias.

Obs. XXIV. L. P. de 13 años en quien se sospecha

Píloro en la Real Academia de Medicina.



un quiste hidatídico del bazo. Laparotomía el 18 de Octubre de 1891, hallándose un bazo enorme, de superficie cubierta de abolladuras, sumamente vasculares, como si se tratara de quistes hemáticos. Sutura sin llevar más adelante la intervención, de las paredes abdominales. A los doce días la tumefacción había disminuido notablemente.

El día 9 de Noviembre á la inspección había desaparecido el relieve que formaba el bazo, antes de ser el niño operado y á la palpación se comprobaba la disminución notable del tumor, regularizándose las digestiones y adquiriendo el niño un buen aspecto. En fecha posterior, los datos que de él se tenían, permitían aseverar la curación de la hipertrofia esplénica.

Obs XXV A. J. S de 12 años, que ingresara en el Hospital del Niño Jesús, sección de Medicina, de donde juzgándose se trataba de una afección intrabdominal susceptible de ser operada fue trasladado á la sección de cirugía.



202.

Niño enflaquecido con anorexia, pericloro digestiva y laxitud general. Vientre enorme sobre todo en la región supraumbilical. A la percusión zona maciza que ocupa ambos hipocondrios y el epigástrico, llegando por arriba hasta el quinto espacio intercostal y por abajo a nivel del ombligo. La parotomía el 11 de Noviembre de 1892, viéndose entonces que el tumor no era otra cosa que el hígado enormemente hipertrofiado, especialmente en su lóbulo izquierdo. Los efectos de la operación fueron los de una notable mejoría local y general, el hígado disminuyó de volumen.

Obs. XXVI. D. D. de 13 años de edad, ingresando en la sala a cargo del Dr. Sanchez Ferrer, en la facultad de Medicina, el 26 de Noviembre de 1892. Dudándose del diagnóstico, fui enviado a Cirujía por si podía intervenir. El niño presentaba ictericia intensísima y total, gran enfla-

quecimiento, polidipsia, algo de diarrea y aumento de volumen del vientre, sobre todo en el hipocóndrio izquierdo, estando además borrado el hueco epigástrico y en su lugar una preeminencia bien circunscrita, lisa, algo depresible y dolorosa a la presión. Ascitis no muy abundante. Pensándose en si podría tratarse de un quiste hidatídico porque si bien la ictericia no suele presentarse en ellos, puede suceder que la hiza, ya por la extensión del quiste ya por ser de la forma multilocular incluyendo a pensar así lo muy circunscrita que aparecía al explorar la tumefacción epigástrica; se intervino haciendo una laparotomía supra umbilical que hizo ver que la tumefacción estaba formada por el lóbulo de Spiegel y encontrándose en la cara inferior del ligado un tumor duro abollado del tamaño de una navaja, que por un lado comunicó al aparato biliar y por otro levantaba



el lóbulo que formaba relieve al exterior. No pudiéndose pensar en esterpearlo y hacer la ventura perdida del peritoneo y la profunda y superficial de las paredes del abdomen. Marcha normal. Desde la operación disminuyó el color icterico, la ascitis no se reprodujo, desaparecieron por completo los dolores, volvieron el apetito y las buenas digestiones, siendo el sueño tranquilo; comprobándose por noticias posteriores esta mejoría.

Obs. XXVII. Mujer de 50 años, en que se diagnosticó un riñón flotante con grandes alteraciones nerviosas. Laparotomía el 10 de Junio del 93. Se encuentra un cancer del colon tan extenso que no juzgó prudente llevar a mas la intervención. Desaparición completa de los dolores y de los accidentes nerviosos permaneciendo mejorada hasta el mes de Noviembre, presentandose entonces sintomas de eorquexia.

En las anteriores observaciones que ex -

pongo muy resumidas por no alargar demasiado este trabajo y por estar publicadas en detalle en otros sitios puede verse que la operación no solo no fué nociva sino que trajo en pos de sí una mejoría real que en algunos casos llegó casi á hacer pensar en la curación. Por lo demás á la anterior relación podíamos añadir otras observaciones observadas en la clínica, en que la operación produjo un notable alivio y alguno de las cuales está publicada en las Historias de los curtos correspondientes. Citadas en forma de lista son: Una mujer de 44 años laparotomizada el 20 de Enero de 1899. Se halla un epiteloma del intestino con nodulos mesentéricos. Altra el 10 de Febrero comprobáronse un notable alivio.

Otra mujer de 40 años de edad en que se hace la laparotomía exploradora el 27 de Octubre de 1897 y en que mejoró grandemente el estado general después de la operación.

Otra 3<sup>a</sup> mujer en la que la laparotomía



explorador descubrió un cáncer coloidal peritoneal con nódulos mesentéricos según confirmó el análisis micrográfico y que experimentó alivio de sus sufrimientos después de operado.

Hay que reconocer, sin embargo, en que son muy raros los casos de tumores verdaderos curados por la laparotomía simple.

Chorutone, Leopold, Colin, Lomer, y Porri, han publicado curaciones definitivas de papilomas pulmonares después de operaciones incompletas. Smith refiere tres éxitos notables; ha visto desaparecer tumores de aspecto maligno rodeados de adherencias inestirpables y que le obligaron por síntomas de oclusión a formar un cisto contranatural comprobando la desaparición del tumor en operaciones secundarias hechas para cerrar el cisto. Pero como hice notar con razón Forgue y Peclus, de cuya obra tomamos estos datos estos hechos carecen de

comprobación anatómica y creen muy probable se trate de formas especiales de tuberculosis intestino-peritoneos cuya historia en cuanto a los tipos de ella está muy incompleta aun asimilando también a estos casos la observación de Israel que en un joven de antecedentes tuberculosos pudo comprobar en una segunda laparotomía practicada un año después de la primera la disminución considerable de un tumor del colon.

De todo lo cual resulta que curaciones definitivas no se logran más que en las peritonitis fibrosas periviscerales p. ej. en las peri-hepatitis y en los restos y productos de inflamaciones antiguas del peritoneo pelvisiano principalmente. Puede también creerse en éxitos completos en casos de hipertrofias viscerales, de patogenia muchas veces desconocida, testigo de ello son las dos observaciones de hipertrofia hepática anteriormente expuestas y en la presencia de la



Observación XXIV. Marchand y Lawson-Fait han visto también después de una laparotomía reducirse bases hipertrofiadas.

Juena de estos casos hay que reconocer que en casos de tumores malignos la operación no produce sino mejoras sintomáticas desaparición de síntomas á veces explicables por roturas de adherencias que dejan libres las vísceras como un enfermo de Richelot que sufrió de un cáncer difuso de la pared anterior del estómago que pudo volver á comer y cuyos dolores desaparecieron á un operado de Jaboulay que durante seis meses pudo dedicarse á su oficio y hacer vida ordinaria.

¿El que se deben estos efectos terapéuticos?

En el trabajo de Duplay se analiza minuciosamente la influencia que en ellos puede haber á la acción de los anestésicos á la disminución de la tensión, á la influencia perigrina y á la acción refleja que todo traumatismo provoca. Pudiósera á poca

sar si la disminución de la presión puede tener influencia en algunos casos en que hay ascitis no es aplicable á la generalidad en que solo cabe vivocar para explicarlos las dos últimas influencias.

El influjo de la acción refleja ha sido objeto de atención de muchos autores y la tesis de Pen-tejac, dedicada á este asunto, contiene gran número de observaciones conducentes á demostrar que después de las operaciones que interesan el peritoneo y órganos contiguos, pueden observarse fenómenos reflejos variados (vómitos, meteorismo, trastornos cardíacos - vasculares, delirio, elevación térmica) hasta la llamada peritonitis refleja, conjunto de hechos nerviosos, sin lesión comprobable en la autopsia. Esta acción refleja de la laparotomía, produciendo cambios profundos en la circulación, determinará una mayor intensidad de los actos de cambio material intraorgánicos y favorecerá la absorción de los tumores.



Pozzi, para explicar los efectos observados en algunas adherencias pleurales, creia probable que la laparotomia obró, ejerciendo una revulsión sobre las lesiones antiguas, esclerosas, u. enucleables o semejando de como una incisión antiséptica produce mejoría en los focos inflamatorios crónicos.

Otros explican algunas mejorías de síntomas como lo es la desaparición de febriles dolores por destrucción de las adherencias epiploicas, causa de aquellos dolores (Bazy, Monod).

Aparte de estas influencias, se tiende a reconocer la existencia de una excitación trófica, debida al contacto del aire. Este idea, parece encontrar algun apoyo en las observaciones de exopleuritis publicadas en estos últimos años y de la cual habia un caso muy curioso, operado por el Dr. Ribem en el presente año, en el Hospital del Niño Jesus. Este caso nos llamó la atención y nos hizo pensar en si podrian haber alguna relación entre estos

hechos de disminución de volumen del bazo fijado al exterior y la disminución comprobada en los casos de hipertrofias viscerales por la acción de la laparotomía. Algunas reflexiones se nos han ocurrido sobre esto; pero el temor de alejar nos del fondo de la cuestión que tratamos y de hacer interminable este trabajo, así como el de no poderlas aún fundamentar lo bastante, nos obligan, sin perjuicio de que con el tiempo hagamos algo sobre el asunto, á prescindir de exponerlas.

En nuestro sentir, los casos publicados son muy desemejantes para que se puedan someter á explicaciones de índole general. En unos se trata de inflamaciones crónicas y de sus productos, de hipertrofias viscerales, etc; en los que no cabe dudar que la laparotomía cura muchas veces y en otros de tumores malignos, en que los casos bien comprobados, es forzoso reconocer que la operación solo ha producido alivios más ó menos duraderos. Fuerto



unos como otros casos no pueden ser más diferentes ni en cuanto á su naturaleza ni en cuanto á los efectos, que sobre su marcha, la operación produce. Podemos cuando más sospechar los mecanismos que explican en parte estos efectos; pero estos tienen que obrar diversamente en cada caso individual y mientras que en unos p. ej. la acción trófica refleja ó debida al contacto del aire sea lo más interesante, en otros influirán las modificaciones sanguíneas subyacentes á la operación, en otros se explicarán los resultados terapéuticos sencillamente por hechos mecánicos (rotura de adherencias, reposición en su sitio de órganos dislocados, disminución de tensión intraabdominal etc).

Sin embargo, á pesar de como vemos, la explicación de tales hechos es aun deficiente, resulta de ellos <sup>que</sup> la laparotomía simple es un medio de tratamiento

en muchas afecciones abdominales, cuyos resultados, si bien son aleatorios y no es dable predecirlos, no por eso deben desdenarse y que es conveniente contar en algunos casos con ellos.

No tienen la precisión que han conseguido en algunas afecciones, como la peritonitis tuberculosa *sp. y.*; pero deben servir entre otras cosas, para mirar con menos recelo las operaciones exploradoras del abdomen, ya que la operación practicada como se debe practicar es relativamente benigna y hasta puede convertirse en positivamente útil. Que otra cosa no es en aquellos casos en que mejora la situación desesperada de algunos pacientes, aliviándolos de sus dolores y permitiéndolos entregarse a sus tareas. Todo ello es *Terapeútica* y esos alivios son a veces altamente estimables. No por eso debemos entender que puede hacerse su indicación *a priori*; pero no debemos olvidar los beneficios que a veces producen, *dejar de dar*



les por lo menos, su merecida importan-  
cia. Mejor que desdenar los hechos, es proce-  
rar estudiarlos, que siempre de ellos se sacan  
positivas ventajas, como de todo lo que repre-  
sente trabajo, que es siempre fecundo, aun-  
cuando por el momento no lo parezca.

---

---

## Conclusiones.

- 1<sup>a</sup>— La laparotomía es positivamente útil en el tratamiento de todas las formas de la peritonitis tuberculosa.
- 2<sup>a</sup>— La laparotomía está, sin embargo, contraindicada en la tuberculosis del peritoneo, cuando el estado general del enfermo sea grave o salvo excepcionales casos, cuando exista una localización pulmonar algo extensa.
- 3<sup>a</sup>— Que en la tuberculosis del peritoneo, es lícito confiar lo bastante en la abertura del abdomen para repetir la si hubiere recidiva, siempre que se haya comprobado una notable mejoría local y general después de la primera intervención.
- 4<sup>a</sup>— Que <sup>no</sup>son contraindicaciones suficientes, las localizaciones tuberculosas extra-



peritoneales, recayentes en los huesos y articulaciones, siempre que ofrezcan bien marcados, ese carácter de localizadas.

5<sup>a</sup> Que la laparotomía es muy superior en eficacia, y bien practicada, hasta menos peligrosa, que las demás medios quirúrgicos, propuestos para sustituirla.

6<sup>a</sup> Que la indicación de laparotomizar no debe, sin embargo, formularse formalmente, sino cuando se esté convencido de la ineficacia ó imposibilidad de aplicación de los remedios higiénicos principalmente y farmacológicos.

7<sup>a</sup> Que la acción de la laparotomía en la peritonitis tuberculosa, es probablemente doble: de una parte estimula el ya iniciado proceso defensivo local y de otro lado hace entrar en acción un

nuevo y poderoso recurso de defensa: la leucocitosis.

8.<sup>o</sup> - Que son innegables los efectos curativos que se consiguen por la laparotomía simple en ciertas formas de peritonitis distintas de la tuberculosa, en procesos inflamatorios crónicos de la cavidad abdominal, en ciertos tipos de tuberculosis intestinal y en algunas hipertrofias viscerales.

9.<sup>o</sup> - Que aunque menos evidentes y menos explicables todavía, se aprecian notables mejorías en algunos casos de tumores verdaderos de la cavidad.

10.<sup>o</sup> - Que estos hechos, si no pueden servir para precisar una indicación, son motivo bastante para, en determinados casos en que se quiere en hacer una laparotomía exploradora, contar con la posibilidad de su presentación.



He dicho

José Palanca y Peidro

Madrid a 30 Septiembre 1900.



## Addenda.

A. — En una comunicacion presentada en el congreso internacional de Medicina de Paris, del presente año, M. M. Martin y Albert Yandremer, han dado cuenta de sus investigaciones, que vienen en apoyo de la importancia de la leuconcitosis como recurso poderoso de lucha contra la infeccion peritonitica bacilar. Han observado que si en el peritoneo de los conejillos de Indias se inyectan bacilos tuberculosos o pequenas cantidades de un cultivo joven, se desarrolla una peritonitis con tuberculos bien visibles, mientras que si la inyeccion se hace con antiguos cultivos (de mas de seis meses) los animales mueren por exaquerxia, sin ofrecer a la autopsia ningun tuberculo; de donde juzgan que el microbio obra principalmente

te por sus toxinas; idea tanto más lógica cuanto que el bacilo que les ha dado resultados más constantes ha sido el que, según anteriores experiencias sobre la meningitis tuberculosa, era el que les había dado mayor cantidad de venenos (el que mataba al conejillo en menos de 24 horas a la dosis de  $\frac{1}{10}$  de c.c. de cultivo de tres meses filtrado por lejía de Chamberland).

Para comprobar esto, han buscado el medio de destruir el bacilo sin hacer inactivos los venenos, lo cual han conseguido por el tratamiento largo por el éter. Estos microbios muertos y desengrasados contienen venenos y aumentando la resistencia de los conejillos, provocando una hiperleucocitosis peritoneal, inyectando primero cinco centímetros de una mezcla de  $\frac{2}{3}$  de caldo y  $\frac{1}{3}$  de suero de cobaya y 24 horas después los cuerpos de los microbios tratados por el éter, los anima-



les resisten dosis mortales de veneno. Experiencias que en sentir de los autores prueban:

1<sup>o</sup> La existencia e importancia de los venenos tuberculosos y 2<sup>o</sup> que las células de los cobayas, tan sensibles a los microbios tuberculosos ordinariamente, pueden en ciertas circunstancias, degenerar estos bacilos tratados por el éter, sin formar tuberculos.

Concluyen finalmente pensando que el mejor tratamiento de la peritonitis tuberculosa es el que provoque una hiperleucocitosis y ya hemos visto que Berdez ha demostrado lo que subsigue a la laparotomía. Esta circunstancia nos ha movido a extractar aquí la comunicación de Martin y Gaudremier.

---

B. - Con posterioridad a haber anegado la Memoria, he podido procurar<sup>me</sup> datos de dos casos tan notables y demostrativos en favor de nuestra tesis,

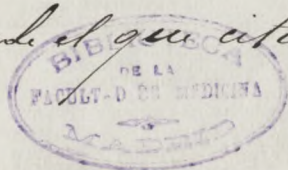
que he creído conveniente incluirlos aquí, aunque sea a título de adición final.

Son los siguientes que numeró también correlativamente:

Obs. XXVIII. L. M. de 7 años, natural de El Pozuelo (Cáceres) de antecedentes alcohólicos marcados y que padecía <sup>síntomas de</sup> obstrucción intestinal crónica; hasta tal punto que decidió operarse; lo cual se verificó en Noviembre de 1899, siendo operado por el Dr. Ribem. Laparotomía media, no pudiendo apreciarse más que una sobrecarga adiposa considerable en toda la extensión del peritoneo, donde la grasa formaba pelotones considerables. Sutura de la pared. Curación operatoria y noticias posteriores, que llegan a este año, confirman el excelente estado del sujeto que ha reanudado su trabajo, siendo en la actualidad alcalde de su villa natal.



Obs. XXX. Se refiere a un joven médico, discípulo del Dr. Ribera, operado por este en la casa de salud de Santa Fe de B. Laparotomía media infraumbilical, hallándose una infiltración grande, que el análisis histológico demostró ser sarcomatosa extendida desde el ombligo hasta la arcada pubiana, llegando por los lados a los ligamentos de Falopio donde se insertaba, pareciendo corresponder por su disposición a la fascia transversalis. Sectum del abdomen y fatal pronóstico. A pesar de este, las noticias que del propio interesado ha ido recibiendo el Dr. Ribera, no pueden ser más satisfactorias. Todos los síntomas molestos que aquejaban al enfermo han ido desapareciendo y al poco tiempo este pudo montar a caballo y reanudar el cuidado de su partido, a pesar de que este consiste de varios pueblos, en país montuoso como es la provincia de Ferrel, donde el que citamos



ejercer la profesión.



Admisible  
Jesús Guerrero

A don  
H. Serrano

Se hizo el ejercicio del  
grado de Doctor y fue  
declarado Sobrelieutenant  
el día 9 de octubre de 1900

El Presidente  
H. Serrano

Mano firmante

Jesús Guerrero

J. Oros

Y his  
José María