

En el miedo al peritoneo, Rull, después de un estudio detenido y profundo sobre las condiciones especiales de la cavidad abdominal para las operaciones, y de demostrar que el peritoneo es susceptible de toda intervención quirúrgica, sin que presente peligros distintos que otras regiones de nuestro cuerpo, sino condiciones más abonadas para que éstos sobrevengan, protesta de la afirmación de Volkmann en nombre de la ciencia y de la lógica y lo hace de un modo irreprochable y convincente: permitidme que transcriba algunas líneas que merecen ser conocidas y meditadas, dicen así (1):

Vése con lo que dejo transcrito, que la misma fuerza de convicción que demuestra para imponer al lector la necesidad de las teorías antisépticas, la emplea para combatir con energía las conclusiones exageradas y prematuras que de aquellos quieren deducirse. Basta la lectura del párrafo antes citado; verdadero inventario de lo mucho que nos falta saber para un conocimiento absoluto de la cosa, para ver al momento que esas conclusiones no pueden admitirse incondicionalmente, sino por aquellos que, ilusionados por las admirables verdades que de la nueva ciencia poseemos, olvidan las muchas que aún ignoramos.

Publicado hoy el escrito aludido, tendría menor importancia; pues, en los dos años y medio trans-

(1) Los párrafos que se trasladaban en este punto de la necrología los hallará con letra cursiva el lector en el siguiente artículo *el miedo al peritoneo*, pág. 56.

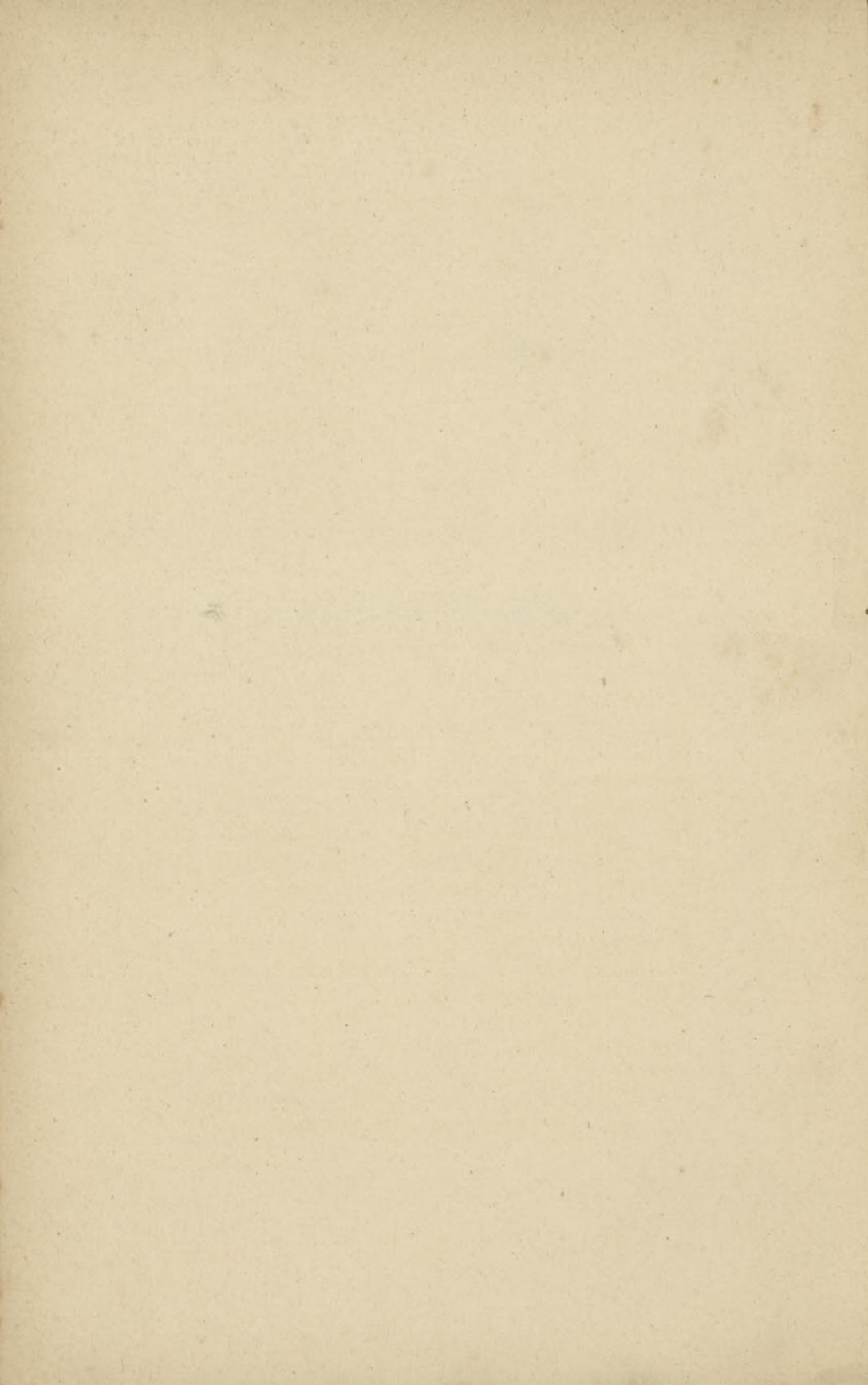
curridos, hase generalizado la idea del microbismo latente gracias al discurso de Alfonso Guérin en la Academia de Medicina de París y á las observaciones de varios experimentadores; hanse vulgarizado también los admirables trabajos de Neuber en su clínica de Kiel, quien á pesar de haber trazado y realizado el modelo perfecto de la Cirugía aséptica, según los conocimientos actuales, persiguiendo su obra con el ahinco y astucia de un monomaniaco, poseído, no de locura denigrante, sino humanamente divina, ve malograrse alguna vez sus apósitos permanentes, lo que sólo acierta á explicar en virtud de la infección espontánea, ó sea la infección debida á noxas conducidas á la herida por los líquidos circulantes. Así es, que, actualmente, los sabios que siguen el curso de la ciencia, piensan como lo hacía Rull hace dos años y medio, é indudablemente aquel escrito adquirirá tanta mayor importancia cuanto más tiempo transcurra de su publicación; no concediendo valor á hechos tan significativos, como el voto de gracias otorgado por aclamación, por la Sociedad Ginecológica británica en Enero del corriente año, al eminente cirujano Granville Bankton, al terminar su incisivo é irónico discurso sobre el pasado, el presente y el porvenir del listerismo; sino cultivando firmemente los sanos principios de la Cirugía antiséptica, á la cual nuestro consocio rendía muy ferviente culto.

He concluído, Señores: dudo haya logrado presentaros á nuestro consocio y amigo tal cual era, pues muchas veces he detenido el correr de mi plu-

ma para modificar frases laudatorias, por miedo de que no fuesen imparciales; pero en donde haya pecado yo de poco hábil, me absolveréis vosotros con bondad, haciendo así justicia al finado, cuya pérdida llora hoy esta Academia.



EL MIEDO AL PERITONEO



EL MIEDO AL PERITONEO

La ovariectomía, aquella intervención operatoria tenida no há mucho como una audacia americana, como un atentado quirúrgico, como una autopsia prematura; considerada por Velpeau como «una temeridad que era preciso rechazar con todas nuestras fuerzas por cuanto el efectuarla era patente de locura,» felicitándose por la dignidad del arte francés y de su patria que semejantes operaciones no se hubieran intentado en su país; que á poco cuesta una causa criminal á Baker-Brown amenazado con un proceso si perdía una nueva operada; anatematizada por la Academia de París, en 1856, por mortífera y bárbara; rechazada por cirujanos de la talla de Dieffembach, Kiwisch, Scanzoni, Simón, West, Lawrence, Lister, que denominaba estripa-vientres á los ovariectomistas de su tiempo: puede hoy día considerarse una operación definitivamente juzgada, gracias á los éxitos obtenidos y á los trabajos de Lane, Bryant, Baker-Brown, Spencer Wells, Keith en Inglaterra; Atlee Peaslee, Kimball, Gaillar Thomas, en los Estados-Unidos; Boinet, Kæberlé, Pean, en Francia; Spiegelberg, Nussbaum, Schroeder, Billroth, en Alemania; desde cuyos países ha ido difun-

diéndose la práctica de la operación, por manera que hoy no queda nación civilizada donde no se haya efectuado.

La mayor seguridad en el diagnóstico de los tumores abdominales, el deslinde de las indicaciones y contraindicaciones de la operación, el conocimiento de las circunstancias que influyen adversa ó favorablemente en sus resultados, y más que todo, las modificaciones que en su técnica se han introducido, por el concurso de los modernos medios de hemostasia preventiva y definitiva y la aplicación de las ideas generales sobre la antisepsia, han contribuído, reduciendo la mortalidad de la operación, á que la ovariectomía alcanzara un período definitivo y á que dejara de ser una operación aceptable para convertirse en aconsejable, como proceder curativo.

No pretendo, con eso, negar ulteriores progresos en la técnica operatoria, ya que comprendo el descubrimiento de antisépticos más inocuos y más potentes que los hoy usados, ó de procederes hemostáticos más inofensivos que los actuales, y no se me resiste el hallazgo de agentes terapéuticos contra algunas complicaciones de la operación; pero si se puede afirmar que en los tiempos de la misma, en lo referente al manual operatorio, persistirán invariables, tales como han sido dictadas por los maestros contemporáneos, las reglas fundamentales que dirigen la práctica de la operación.

Entre ellas, quizá ninguna sea tan trascendental, y á ella me dedicaré preferentemente en este artículo, como la manera de tratar al peritoneo, los cuidados que reclama y el modo de oponerse á la *susceptibilidad* de esta membrana.

No es de admirar que tardara en aceptarse la posibilidad de abrir la cavidad peritoneal con probabilidades de éxito, en las primeras épocas de la ova-

riotomía, y que la conciencia general de la clase médica protestara de semejante práctica y la considerara desatentada y temeraria, porque era unánime la convicción de que las heridas del peritoneo eran mortales, y sólo á título de anomalías encontrábanse citadas en la literatura médica escasas observaciones que contradijeran tal opinión, corroborada, en cambio, por los millares de heridas penetrantes de abdomen terminadas funestamente y los casos de muerte debidos á sencillísimas paracentesis ó á insignificantes punturas; y más afirmada todavía al recordar el terrible cuadro de la peritonitis, así la desarrollada por el derrame en el peritoneo del contenido de alguna víscera, como la que se ofrecía con toda su letal influencia, en las epidemias de las Maternidades, complicando el más sencillo de los partos. Y si á esto se añade que la terapéutica contra tal enfermedad había sido impotente bajo los sistemas médicos más diversos y atrevidos, se comprenderá el porqué había llegado á constituir un dogma científico el miedo al peritoneo; dogma aceptado sin reservas por multitud de generaciones que lo han legado á la actual, sobrado aferrada todavía al convencimiento de que esta serosa es algo como un órgano inviolable, «como una cavidad sagrada,» inaccesible al cuchillo del cirujano; y el porqué fueron reputados como una especie de sacrilegios los primeros ensayos de la operación, quizá como expiación los resultados funestos, y como una maravilla los repetidos éxitos obtenidos ulteriormente. Aun hoy por hoy són los menos, entre los prácticos de nuestro país, los que miren las favorables estadísticas modernas como la consecuencia lógica y natural de los principios fundamentales de la Cirugía contemporánea.

Muy reciente es, para olvidada, la lucha que en

mi inteligencia hube de experimentar entre las creencias antiguas respecto al peritoneo, bebidas en la escuela, y las doctrinas modernas, adquiridas en un viaje, mediante la lectura de obras y más que todo en virtud de lo que he podido observar posteriormente, siguiendo de cerca el curso de varias operadas. Todavía recuerdo, y conmigo recordarán cuantos en la primera operación tomamos parte, gracias á la amistad y benevolencia del Dr. Fargas, la inquietud en que estuvimos los primeros días después de la operación, por temor á la peritonitis; el recelo con que vimos los vómitos debidos al cloróformo (que por cierto menudearon mucho); la alarma que nos produjeron los dolores abdominales que sufrió la operada; el aumento de unas cuantas pulsaciones; la aceleración de los movimientos respiratorios, propia del estado nauseoso; la subida de pocas décimas de grado, en el calor; la distensión abdominal, efecto de la medicación narcótica, etc., hasta el punto que, transcurrido el período de peligro, apenas podíamos darnos cuenta de que la peritonitis traumática, más ó menos limitada, no siguiera forzosamente á la ejecución de la ovariotomía. Y eso que en aquel entonces, por lo que á mí se refiere, aparte de lo preparado que pudiera estar por lo anteriormente indicado, lo estaba además por haber visto llevar á cabo la operación con éxito á los doctores Farreras y Cardenal. Poco inclinado á hablar de mi persona, hágolo, en esta circunstancia, para manifestar que no me sorprende la indiferencia, sino la prevención, con que se miran esta clase de operaciones, y para que aquellos de mis colegas que este artículo lean, y á quienes pudiera parecer un si es no es apasionado, entiendan que no sin fundados motivos han cambiado mis convicciones respecto al particular.

También fué lenta la evolución en los comienzos de la práctica de la ovariotomía. Con efecto: no pudieron los primeros operadores desprenderse por completo de las enseñanzas que recibieran, y transcurrieron largos años antes de que se abandonaran los temores fundados en la susceptibilidad peritoneal y de que se fijaran los agentes que en realidad irritan el peritoneo.

Durante la época de ensayo de la operación, la incisión peritoneal, cuya longitud se escatimaba con grave peligro de la vida de la mujer, en muchos casos; la entrada del aire en la cavidad; la evaporación de la serosidad peritoneal; el contacto de los instrumentos; el derrame de sangre ó del contenido de los quistes; la salida de los intestinos; el roce de las manos, etc.; todo ello se consideraba capaz de inflamar al peritoneo; y fué necesario un gran caudal de experiencia y las imperiosas exigencias de la práctica para que se desvanecieran tales temores. Ovariotomías, que debían quedar incompletas y que fueron terminadas felizmente en virtud del alargamiento de la abertura, demostraron que la amplitud de la herida no influía desventajosamente en los resultados; el éxito con que fueron coronadas operaciones complicadísimas durante las cuales los intestinos se escapaban del abdomen, haciéndose forzoso reducirlos y contenerlos con distintos medios, ó en las que las adherencias obligaron á la entretenida presencia de las manos del operador en la cavidad abdominal, enseñaron á los prácticos la inocuidad de tales manipulaciones. La imprevista rotura del quiste y el escape del líquido cístico en el peritoneo, impulsó en otros casos la práctica de desalojar el líquido derramado, tanto más cuanto se había visto la coincidencia del desarrollo de la peritonitis con la presencia de coágulos sanguíneos ó de humores cís-



ticos en el peritoneo, y entonces se echó de ver que, ni las esponjas ni las toallas ni ninguno de los objetos á que tuvo que recurrirse, provocaban la inflamación de la serosa abdominal. La imposibilidad de mantener en el exterior el pedículo, por su natural cortedad, obligó á soltarlo en la cavidad abdominal, sugiriendo distintos procederes para asegurar la hemostasia definitiva: como el cauterio, las ligaduras de hierro, cobre, *catgut*, plata, seda, etc., y se pudo notar lo bien que soportaba el peritoneo todos estos cuerpos extraños. Y así sucesivamente, ya á favor de la observación clínica, ya valiéndose de experimentos dedicados á cotejar el valor de diversos materiales de sutura y ligadura ó para investigar la suerte ulterior de porciones de tejido isquemiadas, coarrugadas por la aplicación del calor ó curtidas por la acción de preparados químicos, desinfectantes y astringentes, ya finalmente con el examen de los cadáveres de las operadas: fueron sentándose nuevos hechos que vinieron á deslindar el verdadero papel del peritoneo, en las operaciones abdominales, y se acentuó cada vez más la importancia que en el éxito de la operación tiene la limpieza de la cavidad abdominal.

Transcribiremos un párrafo de la obra de Spencer Wells sobre los tumores ováricos, para que se juzgue de cuán lentamente se modificaron las ideas acerca del peritoneo y de cuán tenazmente arraigadas estaban, en la mente de los prácticos, las ideas antiguas. Habla del método extraperitoneal, y dice, que su adopción respondía, más que á otra cosa, al deseo de aislar completamente el peritoneo de toda sustancia extraña; pues en aquel tiempo, añade, «todos nosotros mirábamos al peritoneo con una especie de supersticioso miedo... Nadie tenía clara noción de su tolerancia para todo aquello que no es esencialmen-

te perjudicial. Los mismos que le habían cortado y abierto, que habían desgarrado las adherencias de su superficie, que le habían expuesto media hora, mientras estaban extrayendo el tumor, tanta prisa se daban en cerrarlo herméticamente, así que la extracción se hallaba terminada, que no parece sino que le consideraban *hidrófobo* ó *aerófobo* (1).»

Sin el concurso, empero, de las teorías modernas, acerca de la infección de las heridas y la Cirugía antiséptica, era imposible hallar la explicación de las reglas derivadas de la experiencia, tocante al modo de tratar al peritoneo. Cuando se reflexiona que si en realidad ni las manos, ni el aire, ni las esponjas, ni la sangre, ni los instrumentos en sí, son nocivos, pero que pueden serlo, y mucho, en cuanto son vehículos de sustancias sépticas, nos sorprende que semejante conclusión se anticipara, en parte, á título de corolario empírico, á los actuales conocimientos y de que fuera posible deducirla de entre el inmenso cúmulo de hechos contradictorios que debían ineludiblemente observarse.

Hoy se puede afirmar que el peritoneo no es un tejido esencialmente distinto, en sus reacciones, de los demás tejidos. Igual grado de traumatismo (y en esta palabra comprendo todos aquellos agentes tan temidos antes y que sólo obran mecánicamente) que sufre sin inflamarse la superficie cruenta de un miembro amputado, por su comunicación con la atmósfera, el roce de las esponjas, la presencia de las ligaduras perdidas ó de los tubos de desagüe, la presión de las pinzas hemostáticas, el contacto de líquidos detergentes, antisépticos ó estimulantes, puede también soportarlo el peritoneo.

La característica de las heridas peritoneales y los

(1) Spencer Wells, *Ovarian and uterine tumours*. London, 1882; página 205.

peligros de las laparotomías dependen de las circunstancias siguientes: 1.º la gran superficie que cabe considerar en condiciones de herida en las operaciones abdominales; 2.º la facilidad y abundancia de exudación de la membrana peritoneal; y en 3.º lugar el poder absorbente del peritoneo.

La escasa superficie de sección de la hojilla peritoneal de las paredes del abdomen y los tejidos cortados, que forman los bordes de la herida, por extensa y dilatada que se suponga la incisión, tienen escasa importancia en las consiguientes complicaciones de la operación, como no sea por lo que se refiere á sus funciones contentivas, dejando herniar alguna víscera, si la sutura se ha quitado prematuramente ó si no se efectuó con las precauciones debidas. Mediante la aplicación de suficientes puntos de sutura profunda, en la que vaya incluida la serosa, y con el auxilio de los necesarios de la superficial, al objeto de que se coapten bien los labios, la adherencia es tan rápida, especialmente la del peritoneo, que pronto cabe descartar, de entre las causas capaces de malograr la intervención quirúrgica, aquellos tejidos propiamente heridos en la mayoría de laparotomías.

Abonan estas afirmaciones los casos en que se produce un absceso en las paredes del abdomen, ya en el trayecto de la herida, ya en sus inmediaciones; no obstante, respecto á los fenómenos generales, de que por lo común van acompañados, la experiencia enseña que, desde el punto de vista de su localización y por lo que atañe á sus resultados, no suelen tener mayor importancia que la merecida por la formación de un absceso debido á una torpe ó desaseada inyección hipodérmica, en el pecho, brazos, muslo ó en cualquiera otra región del cuerpo.

Sí los tejidos interesados por el filo del bisturí no

suelen dar lugar á otras complicaciones que las antes mencionadas, puramente mecánicas, hay que reconocer, en cambio, que toda la serosa, así la porción parietal como la visceral, debe ser considerada como superficie cruenta, para los fines operatorios, y puede por ende originar los accidentes consecutivos á las heridas quirúrgicas, no solamente cuando por efecto de adherencias ha debido desgarrarse en mayor ó menor extensión la superficie del peritoneo, sino en aquellas circunstancias en las cuales la facilidad de la operación ha permitido tratar con grande *cautela y parsimonia* la serosa abdominal.

La razón de lo indicado la hallamos al aplicar las teorías panspermistas al caso particular de la laparotomía.

Tres condiciones han de concurrir para que una herida se complique: es una, la presencia de determinados gérmenes ú organismos microscópicos en la herida; otra, su fácil evolución ó reproducción en medios apropiados, y finalmente, su directa introducción en el organismo y sus emigraciones consiguientes, ó la absorción de productos por ellos elaborados y de efectos tóxicos á la economía humana.

Por lo que al primer punto dice relación, basta recordar el sinnúmero de seres microscópicos que se hallan contenidos en la atmósfera, la persistente vitalidad que ofrecen algunos de los gérmenes, motivo por el cual pueden permanecer durante mucho tiempo sin menoscabo de sus cualidades perniciosas en las ropas, manos, instrumental, habitación, etc., y además de lo indicado, la naturaleza de las operaciones abdominales, entretenidas, largas y complicadas en algunas ocasiones; de traumatismo nada insignificante; de instrumental abundante aún en aquellos casos en que menores dificultades ofrecen: para reconocer que no ha de ser imposible el acce-

so de los gérmenes morbosos en lo que cabe considerar como superficie cruenta; con mayor motivo si se atiende á que descontando los elementos de infección verdaderamente *exteriores*, quedan todavía los que pueden contenerse en el líquido, en el pus de un limitado foco de supuración quístico ó peritonítico, que al hallarse en el nuevo medio pueden ser tan perjudiciales, si no son más, y así lo evidencia la experiencia, como los procedentes del exterior.

Supuesta la introducción de los organismos ó gérmenes en la cavidad peritoneal, no han de tardar en desarrollarse por encontrar para ello ventajosísimas condiciones: temperatura favorable por una parte; privación del oxígeno, y ya se sabe que son anerobios dichos organismos; apropiada alimentación; diseminación fácil y traslación rápida á favor de los movimientos de las vísceras abdominales y del consiguiente roce de porción de serosa intacta con la contaminada, de donde inoculaciones repetidas: tal es el medio de cultivo, para hablar el lenguaje experimental, con que brinda el peritoneo á los agentes patogenéticos microscópicos.

Comparando lo que se sabe de cultivos artificiales de virus con lo que debe ocurrir á los agentes sépticos en la cavidad del abdomen, puede formarse perfecto cargo de lo adecuada que ha de ser á su medro y acrecentamiento la trasudación del peritoneo, tan abundantemente provisto de vasos, conforme lo acreditan ciertos síncope causados por el acúmulo de sangre en las entrañas del vientre al cesar rápidamente un obstáculo compresor (paracentesis), lo difícil que es secar por completo en determinadas laparotomías el líquido que continuamente va exudándose y la momentánea formación de copiosas ascitis; con mayor motivo, cuanto á la inagotabilidad del suministro nutritivo, hay que agregar la exi-

mia cualidad del mismo, por ser rico en materias orgánicas, como suero sanguíneo que es, y nadie desconoce que es en este medio en donde mejores resultados se obtienen en los cultivos de laboratorio.

A pesar de tan desventajosas condiciones para la economía, pudiera todavía considerarse localizado ó aislado el daño de la cavidad abdominal del resto del cuerpo, á manera de colección purulenta ó de herida granulada que supura, si no fuera por la facultad absorbente del peritoneo. Las investigaciones de Wegner y de Ponfik, las inyecciones peritoneales de agua, líquidos medicamentosos, leche, sangre, etc. por una parte; la celeridad con que mengua el volumen del abdomen después de la ruptura espontánea de quistes ováricos ó para-ováricos, por otra; han evidenciado el gran poder de absorción de la serosa. Lo que equivale á decir que los productos elaborados por los agentes nocivos ó esos mismos seres, inficionarán al organismo entero, dando lugar á la septicemia.

Si pues lo que caracteriza á una herida, dentro de los principios antisépticos, es la posibilidad de albergar en condiciones de vida á los organismos sépticos, con más la facultad absorbente, y entrambas circunstancias las posee en alto grado la serosa abdominal, de aquí, como antes he indicado, la necesidad de considerar en condiciones de herida la superficie entera de la serosa, en toda la vastísima extensión, cualquiera que sea la parquedad con que se haya usado de los procederes traumáticos y por mucho que la facilidad de la operación haya permitido respetar á la serosa.

Así se explica la mortalidad de algunas ovariotomías en apariencia benignas y de pronóstico lisonjero: por la facilidad de su técnica, por el estado de resistencia de la operada, la naturaleza inofensiva

del líquido y tumor extraídos, la poca duración del acto operatorio, ausencia de adherencias, escasez de la hemorragia y por reunir todas las condiciones reputadas como garantías de éxito. En tales casos, como dice Martín, la muerte tiene lugar «no á pesar de la facilidad de la operación, sino precisamente á causa de la misma;» porque el operador satisfecho de haber evitado la caída de líquidos y de sangre en la cavidad peritoneal, de no haber tenido que introducir en ella sus manos ni los instrumentos, se cree dispensado de los meticolosos cuidados de limpieza peritoneal que en menos ventajosas condiciones se hubiera impuesto; y de ahí que si la materia séptica ha logrado depositarse en la serosa, se encuentre con un peritoneo en la plenitud de su facultad exudativa-absorbente y en aptitud, por lo tanto, para provocar funestísimas complicaciones.

Porque es indudable que las probabilidades de complicaciones inflamatorio-sépticas, está íntimamente relacionada con el modo de ser del peritoneo y guarda proporción directa con su grado de normalidad; por tal manera que un peritoneo completamente sano ó un peritoneo que haya resistido la presencia del tumor ó quiste sin notable modificación en su estructura y sin grande merma de sus facultades absorbentes, son mucho más peligrosos que un peritoneo irritado por la neoplasia, íntimamente adherido al tumor, alterado profundamente en su estructura, engrosado por el depósito de tejido conjuntivo de nueva formación, que ha de limitar y cohibir su vascularidad y entorpecer su función absorbente.

De lo expuesto se deduce la importancia que tiene el peritoneo en la Cirugía abdominal. En nuestros días, como en los primeros en que se ensayó la ovariectomía, puede afirmarse: que el gran peligro de la operación, y de sus análogas, depende del peritoneo;

con la diferencia esencial, empero, de haber distinguido lo que debe atribuirse al traumatismo de lo que es producto de la septicemia, como causa de inflamación. Digo como causa de inflamación, porque siéndonos desconocidas todavía las circunstancias que motivan el desfallecimiento traumático, la conmoción ó el colapso y otras complicaciones mortíferas, no quisiera se diese á estas palabras una latitud errónea que podría dar lugar á engañosas confianzas, respecto al pronóstico de tales operaciones; porque si desde el punto de vista de la peritonitis, puede negarse la traumática, no es posible prescindir del traumatismo y de las sinergias que provocan los agentes mecánicos, en el conjunto de la economía, como causa de accidentes gravísimos.

Y tan importante es la manera diversa de considerar hoy las inflamaciones peritoneales como que de ella derivan conclusiones prácticas de capital trascendencia, acerca de nuestro modo de obrar, que dan cuenta de la disminución que se observa en la mortalidad de las operaciones efectuadas recientemente. Cuando al traumatismo se le imputaban las complicaciones inflamatorias, no le cabía al práctico otra cosa que disminuirlo exponiéndose á dejar incompleta la operación, comprometiendo quizá el éxito curativo de la intervención quirúrgica é imponiéndose siempre convencionales dificultades; y en caso de ser tal restricción imposible, entregarse pasivamente al azar y ser mero espectador de los acontecimientos, sufriendo todas las vacilaciones, desmayos y desesperanza inherentes á la impotencia. Pero rechazada la influencia mecánica y partiendo de la idea de la septicidad, disipanse las anteriores incertidumbres y sustituye á la fatalidad antigua, la moderna profilaxis; lo que antes se reputaba hijo del acaso, entiéndese hoy como el resultado de causas

determinadas; lo que se estimaba como consecuencia de malélicas y desconocidas circunstancias, concíbese como secuela de omisiones y descuidos en el proceder; la irresponsabilidad de otros tiempos se trueca en la estricta responsabilidad de los nuestros: porque al fin y al cabo prevenir la explosión de la peritonitis no es, en el estado actual de la ciencia y á tenor de las corrientes que hoy privan, no sin fundamento, más que un caso particular de la aplicación de las reglas de la Cirugía aséptica.

Mejor que particular pudiera llamarse especial; porque con lo anteriormente indicado se comprenderá, sin gran esfuerzo, que existen entre las heridas penetrantes del abdomen y otra suerte de traumatismos, diferencias nada despreciables; toda vez que no es posible aplicar con la propia liberalidad, que en tejidos menos absorbentes, sobre la superficie de la serosa abdominal, los venenos antisépticos que usan preferentemente la generalidad de los prácticos.

Sin perjuicio de que en otro artículo, al reseñar los diversos medios á que se ha apelado para el logro de una exquisita limpieza y asepsia, en el sentido más general de la palabra, me ocupe en las numerosas indicaciones que se han de cumplir para estar á cubierto de la septicidad y en la manera de obtenerlo, adelantaré, en este momento, la proposición siguiente: *que para el logro de los fines de la Cirugía aséptica, hay que luchar en las laparatomías, con mayores dificultades que en cualquiera otra de las operaciones; y que quizá no siempre el atenerse á los más esmerados cuidados antisépticos pueda librarnos de la infección.*

Ni la falta de convicción en las teorías panspermistas, ni el natural deseo de hallar disculpa en casos desgraciados, ni la casi irresistible tendencia de amonorar la responsabilidad inmensa del cirujano ante la

categórica relación que entre los fenómenos inflamatorio-sépticos y las imperfecciones técnicas, establecen las notabilidades contemporáneas, con iguales ó parecidos términos á los empleados por Volkman, en el Congreso internacional de Londres de 1881, cuando decía «que podemos afirmar con el más profundo convencimiento que es el cirujano responsable de toda alteración que se produzca en una herida, que él es quien tiene la culpa de que se desarrolle en la misma aun cuando no sea más que una ligera rubefacción reactiva... que tiene que hacerse á sí mismo un grave cargo cuando se produce en un operado una colección de pus y extraordinariamente grave cuando pierde un enfermo por piemia,» ninguna de estas consideraciones, repito, han influido en lo más mínimo como factores de la proposición anterior. Por el contrario, la han motivado la misma creencia en la acción patógena de los micro-organismos; el descubrimiento de nuevas enfermedades infecciosas; la lectura de observaciones irreprochables como antisépticas, por las que se concibe la entrada de los micro-organismos por puertas no sospechadas antes y que tienden á establecer analogías entre procesos hasta la fecha perfectamente aislados; y más que todo, la poca certeza y exactitud de nuestros conocimientos respecto al modo de obrar de los seres microscópicos.

El desarrollo de las reflexiones precitadas, siquiera deseara despojarlas del carácter ambiguo que tienen, me desviaría por demás de mi propósito y prefiero dejarlas tales como están. Conste, de todos modos, para los que sostienen que el cirujano puede evitar en todas ocasiones las complicaciones inflamatorio-sépticas y es, por lo tanto, responsable siempre de su aparición: que tal sentencia se halla basada únicamente en ideas generales y que no tiene más apoyo en su favor, que el empírico que le presentan las estadís-

ticas quirúrgicas. Otra cosa sería dado que supiéramos, en vez de ignorar como ignoramos, si los gérmenes son los que dan lugar á los trastornos ó si son los organismos en la última evolución de su ciclo los que los producen; si un determinado organismo basta para provocar las varias formas clínicas con que pueden mostrarse complicadas las heridas ó si la fenomenología diversa responde á fases distintas de un mismo sér ó á seres completamente diferentes; si los medios de cultivo, no siempre iguales en todas las regiones del cuerpo y según el estado del proceso de la herida, influyen en la variabilidad sindrómica; ó se hubiera precisado la cantidad de antiséptico necesaria para cohibir las funestas manifestaciones vitales de dichos seres en sus varios estados y metamorfosis, caso de que los presenten; ó la eficacia respectiva que tengan los antisépticos en uso para cada particular microbio, teniendo en cuenta el medio en que debe reproducirse, su grado de desarrollo, las influencias modificadoras sufridas por sus progenitores, etc., etc.; ó estuviera determinado cuál sea la puerta de entrada de esos agentes morbosos: si el traumatismo local directamente ó si penetran á través de distantes epitelios para ser luego conducidos, ya por la sangre, ya por los linfáticos, quizá por los espacios serosos, en virtud de mecanismos que más tarde se descubran, á la herida; y no fuera un misterio la recíproca acción de unas enfermedades para con otras, ni la modificación que cabe experimenten en su vitalidad esos seres por la nueva y anormal modalidad del organismo enfermo. Todo ese conjunto de problemas, y otros que no podemos vislumbrar aún, importa resolver para discernir el grado de certeza que tenga la proposición arriba sentada; pues cada vez se complica más el estudio de la fisiología de los micro-organismos por el gran poder de adaptación de que gozan, como si la caracte-

rística de la vida en sus primeros esbozos fuera la tenacidad de la existencia, en detrimento individual, y cual si obedecieran los infinitamente pequeños á la consigna de medrar á todo trance amoldándose y doblegándose á la versatilidad de los medios que les rodean.

No quiere, lo anteriormente escrito, patrocinar la abolición del método antiséptico, ni cercenar su legítima importancia, sino restringir el valor demasiado absoluto de las conclusiones á que se ha llegado, mejor á impulso del entusiasmo desvirtuado por lo beneficiosa que ha sido la aplicación de las prácticas antisépticas, que con sujeción á lo preceptuado por la Lógica; dirígese, por el contrario, á considerar como necesaria é indispensable en todas ocasiones la escrupulosa observancia de las reglas antisépticas y á expresar el temor de que no siempre han de ser suficientes; por manera, que lejos de relajar la severa disciplina de la Cirugía moderna, encarecen la necesidad de ulteriores investigaciones á fin de adquirir nuevos medios de defensa contra las causas de infección.

Cualquiera que sea la interpretación que los hechos merezcan, es positivo que en las operaciones peritoneales recientes, los casos de muerte debidos á la septicemia ó á la peritonitis séptica son superiores en número á los producidos por otras complicaciones funestas, tales como el colapso ó desfallecimiento traumático, el agotamiento, la hemorragia, el tétanos, la estrangulación intestinal, etc., más comunes en esta clase de operaciones que en ninguna de las restantes intervenciones quirúrgicas.

Aunque en el curso de este escrito me he referido indiferentemente á la ovariectomía en particular ó á las laparotomías en general, ya que en realidad de verdad el papel del peritoneo en esta clase de intervenciones quirúrgicas es el mismo, prefiero apoyar las consideraciones anteriores en estadísticas de

ovariotomía, porque por ser tal operación más conocida quedan excluidas muchas influencias desfavorables no bien conocidas en otras laparotomías, como: la ooforectomía, operación de Battey ó de Hegar ó castración; la operación de Tait; la histerotomía abdominal, etc., resaltando así más los accidentes debidos al peritoneo, toda vez que sobre la técnica y resultado de las citadas operaciones no existe entre los prácticos el acuerdo que con respecto á la ovariotomía.

Entresacando de varias publicaciones series de ovariotomías antisépticas en los cuales consta la causa de muerte, series mucho más escasas de lo que pudiera á primera vista imaginarse, he formado la siguiente tabla, cuyo número basta para alcanzar el convencimiento de lo crecida que es aún la mortalidad por complicaciones inflamatorio-sépticas.

	N.º de operaciones antisépticas	Salvadas	Muertas	Por accidentes sépticos	Por otras causas
Spencer Wells (1)	113	101	12	5	7
Olshausen (2)	141	121	20	8	12
Carl Schröder (3)	50	40	10	6	4
Leopold (4)	15	11	4	2	2
Mann (5)	12	9	3	2	1
Terrillón (6)	33	29	4	3	1
5.º centenar de ova- riotomías verificado en Italia (7)	100	77	23	15	8 (8)
	464	383	76	41	35

(1) *Ovarian and uterine tumours*.—Spencer Wells. London, 1882, pág. 388 y siguientes.

(2) Loc. cit., pág. 232.

(3) *Annales de Gynécologie et d'obstétrique*.—Paris.—Abril, 1878.

(4) *American Journal of Obstetrics*.—New-York.—Junio, 1883.

(5) *Id. id.*—Noviembre, 1883.

(6) *Revue Médico-chirurgicale des maladies des femmes*.—Paris.—Octubre, 1884.

(7) *Archivos de Ginecología*—Madrid—Diciembre, 1884.

(8) Incluyo en esta columna cuatro casos desgraciados cuyos detalles ignoro.

Como se vé, las defunciones por accidentes sépticos alcanzan más elevada cifra que los dependientes de otras complicaciones; y eso que he clasificado los casos seguidos de muerte del mismo modo que lo han hecho los autores respectivos, sin violentar en manera alguna las estadísticas y sin interpretar de una manera favorable á las ideas expuestas aquellas observaciones que á ello se prestarían. Así por ejemplo, entre los casos desgraciados que no constan dentro de los accidentes sépticos, se encuentran 4 debidos á la embolia, 2 de Spencer Wells y 2 de Olshausen, y sin negar que tal modo de morir pueda ofrecerse desligado de toda influencia séptica, no es posible desconocer tampoco que mejor clasificados estarían en categoría de dudosos, cuando menos, ya que los fenómenos embólicos tienen cumplida explicación dentro de los accidentes sépticos. Tampoco es muy satisfactorio el diagnóstico de bronquitis para explicar el desenlace fatal de dos casos de Spencer Wells, en los que la muerte ocurrió el 4.º y 5.º día respectivamente, si se atiende á lo poco mortífera que es, por lo común, dicha enfermedad, y á que no son raras y suelen ser extraordinariamente malignas ciertas formas de septicemia asfixiante, apenas febriles y poco aparatosas, que no se prolongan más allá del tiempo en que fallecieron las operadas de Spencer Wells. De igual manera he procedido al aceptar como resultado del agotamiento uno de los casos desgraciados de Terrillón, no obstante hacer notar, el autor, que presentaba trazas dudosas de peritonitis: y al no discutir la denominación de reumática con que se clasifica una pelvi-peritonitis mortal que figura en las cien últimas ovariectomías verificadas en Italia.

A pesar de no ser satisfactoria la anterior estadística por la circunstancia de sobrepajar los acciden-

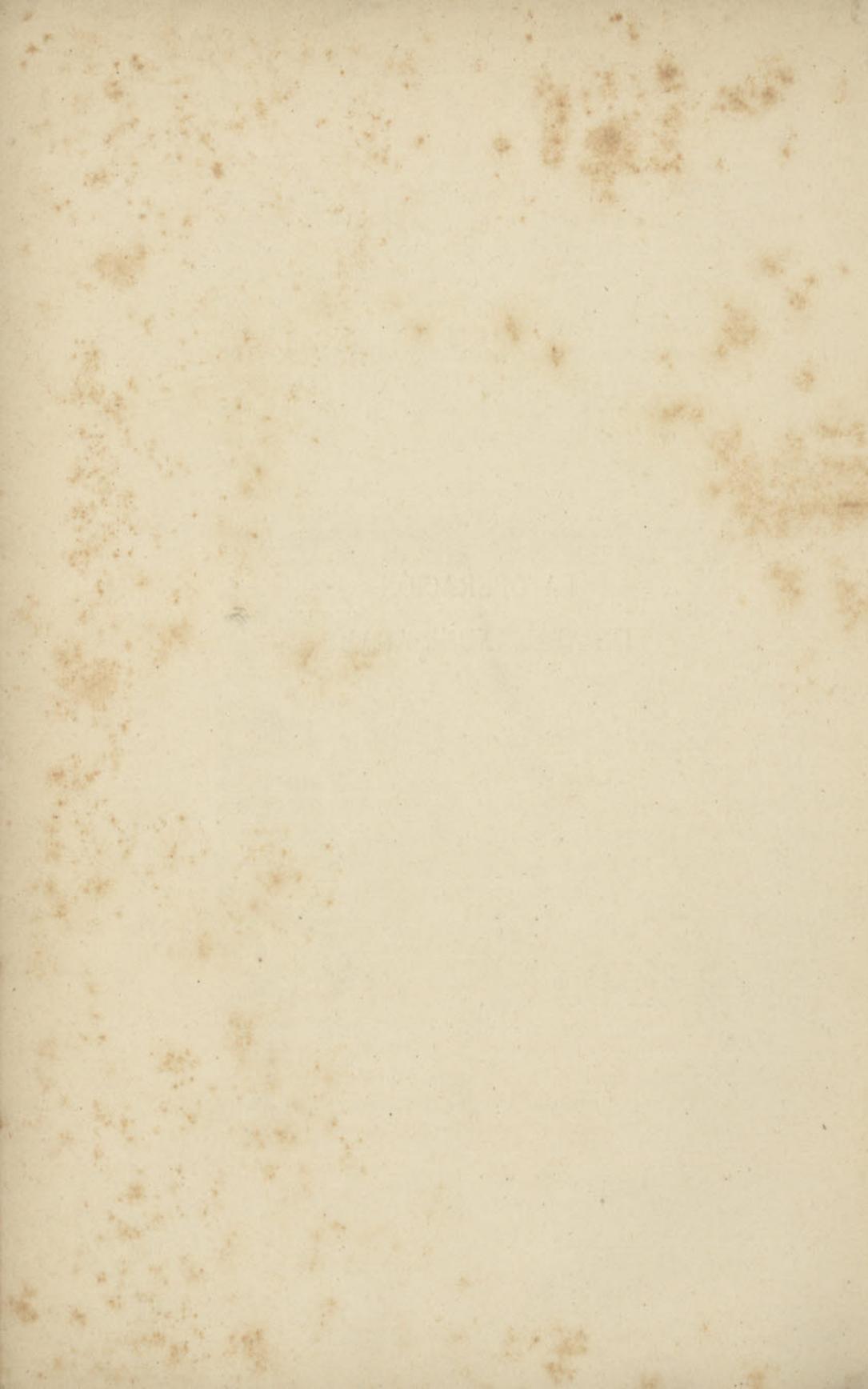
tes sépticos á todos los restantes, no podrá decirse que sea desfavorable, toda vez que la mortalidad es de 16'3 por 100; y aun cuando hayan algunos operadores alcanzado mayor reducción en la mortalidad, no cabe, sin embargo, aceptar la cifra de 16'3 por 100 ni siquiera como representando la mortalidad media de las ovariectomías que se practican actualmente, sino cual la expresión de una suma de series escogidas y dignas de ser consideradas como una prueba de cuán ventajosos resultados son de esperar con el concurso de la destreza y habilidad operatorias por una parte, y de la aplicación del método antiséptico por otra.

Ahora bien: ¿es posible afirmar, hoy, que los 41 casos desgraciados de la anterior estadística hubieran podido evitarse y considerarlos como demostrativos de imperfecciones y omisiones en el proceder técnico? ¿Cabe en el estado actual de nuestros conocimientos culpar á los respectivos operadores por las 41 muertes producidas por accidentes sépticos? ¿Es fundado el sostener que mediante la esmerada aplicación de las reglas antisépticas que hoy rigen la mortalidad de la anterior estadística debía reducirse á 35 casos?

Si en rigor científico no podemos extremar hasta tal punto las deducciones sacadas de la práctica de la Cirugía antiséptica, algunas estadísticas sumamente favorables nos permiten confiar, que en no lejana fecha, será un hecho la reducción de la mortalidad, en las ovariectomías, á un tanto por ciento inferior aun al de 7 y 1/2 que arrojaría la estadística anterior si se descontaran los 41 accidentes sépticos.

LA OPERACIÓN
DE ALEXANDER-ADAMS





LA OPERACIÓN DE ALEXANDER-ADAMS

Entre las modernas intervenciones quirúrgicas de la Ginecopatía, se encuentra la operación cuyo título precede, denominada también el acortamiento ó la resección de los ligamentos redondos. No es mi objeto hacer un extenso artículo de carácter monográfico acerca de la misma, sino ofrecer sencillamente á los lectores, en forma compendiada, lo que sobre el particular he podido leer en las publicaciones recibidas: considerando que aun siendo incompleto el estudio ha de ser útil, ya á modo de noticia científica para los que no pueden ocupar el tiempo en investigaciones, ya como fundamento de ulteriores pesquisas para los que á ello se encuentren inclinados.

Historia.—El Dr. Willian Alexander, cirujano del hospital *Workhouse* de Liverpool, practicó, el 14 de Diciembre de 1881, en una mujer que sufría retroflexión y prolapso uterino con cistocele, la operación que después ha llevado su nombre, logrando, con ella, corregir la dislocación uterina, pero no el cistocele. Continuó aplicando la intervención á varios casos, hasta reunir, en 1884, veintidós observaciones propias y algunas ajenas, con resultados satis-

factorios, en cuya fecha publicó su obra titulada: *El tratamiento de las dislocaciones posteriores y del prolapso del útero por el nuevo método de acortamiento de los ligamentos redondos.*

Apenas fué conocido en el mundo científico el método patrocinado por Alexander, empezaron á surgir cuestiones de prioridad, pues Reid, de Glasgow, pretendió reivindicar para su colega y compañero Adams, de la misma ciudad, la gloria de haberlo aplicado por vez primera, mientras Ravington, cirujano del hospital de Londres, se atribuía el mérito de la concepción de dicho proceder quirúrgico.

Según recientes investigaciones, la primera operación de Adams en el vivo se efectuó en Febrero de 1882; pero como quiera que fracasara, á causa de antiguas adherencias pelvianas, no se publicó el caso hasta 1.º de Junio del mismo año, con fecha posterior, por lo tanto, á la del 1.º de Abril en que Alexander dió á conocer sus cuatro primeras observaciones (1), por cual motivo así la prioridad de ejecución como la de publicación pertenece á este autor, siquiera Adams ignorara, al tiempo de emprender su operación, los trabajos de su compatriota.

Los autores franceses reclaman para Alquié y Aran el mérito de haber indicado y comprendido los buenos efectos de la operación. Consta, efectivamente, que en 1840 (2) presentó el primero de los citados profesores una memoria sobre el particular; y en la obra de Aran se lee, al hablar de los cambios de sitio del útero y en lo relativo al tratamiento, lo siguiente: «¿Qué hacer pues? A ser el hecho posible, sin duda alguna que lo mejor sería obrar sobre

(1) Juan E. Manrique, *Étude sur l'opération d'Alexander*. Paris 1886.

(2) *Bull. de l'Acad. de méd.*, núm. 1844.

los ligamentos, y pudiéramos preguntarnos con Alquié si quizás no fuera lo más adecuado, en los casos de descenso y de retroversión, proceder al acortamiento artificial de los ligamentos supra-púbicos. Son éstas, sin embargo, operaciones si no impracticables, por lo menos de ejecución tan difícil y tan peligrosa, que no es posible recomendarlas de una manera expresa (1).»

Al objeto de allegar nuevos datos á la historia de la operación, incluyo un párrafo de la obra de Vidal de Casis por poco conocido y no haber llamado, que yo sepa, la atención de ninguno de los que se han ocupado en este punto; tanto más cuanto que el sentido en que se halla redactado permite abrigar la duda de si realmente la idea de la operación le pertenecía, siquiera la reputara desatentada, ó si por el contrario, como pudiera hacerlo sospechar los tres signos de admiración con que termina, debiera considerarse cual irónica alusión á la Memoria que Alquié, al tiempo en que pudo redactarse tal párrafo (dado que el último tomo del libro de Aran lleva la fecha del año 1841) presentó á la Academia de Medicina de París. Mi falta de conocimientos bibliográficos y biográficos respecto al particular, por una parte, y de otra la poca resonancia que en aquel entonces tuvieron las opiniones de Alquié, puesto que ni en los Boletines ni en las Memorias de la referida Academia se encuentra nota alguna por la cual pueda conocerse perfectamente el proceder quirúrgico de dicho autor, de manera que hasta el año de 1850 en que publicó en Montpellier su libro *Chirurgie conservatrice* no fué posible tener cabal idea de la operación; ambas circunstancias, repito, me imposibilitan de apreciar el valor del escrito de Vidal

(1) *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, por Aran. París 1858-60, pág. 1039.

de Casis, por cuya razón me limitaré á traducirlo para que otros con mayores medios puedan estimar en lo que valgan sus palabras. Dice así: «Hay una práctica que no dejará de proponerse cuando se tenga, como tengo yo, el convencimiento de la influencia que sobre el prolapso ejercen los ligamentos del útero; día ha de llegar en que se intente hacer una especie de tenotomía de estas ataduras. Se procurará el paso por el hipogastrio, por la ingle, por la vagina, el sitio importa poco, y se tratará de seccionar, de escindir quizás estos ligamentos para que al acortarse hagan ascender la matriz!!! (1)»

El Dr. Deneffe, en la *Presse médicale belge*, 5 de Julio de 1885, dice: «Al leer las investigaciones hechas por los cirujanos ingleses acerca el valor del acortamiento de los ligamentos redondos, en los casos de posiciones viciosas del útero, no puedo menos de recordar que hace 25 años propuse esta operación y que la intenté, en 1864, junto con los profesores Burggraeve y Soupart.

»Cuando era todavía alumno había demostrado varias veces en el cadáver, ante mis condiscípulos y mis maestros, el efecto producido por el acortamiento de los ligamentos redondos en las anomalías de situación del útero, estudiando especialmente la cuestión como tratamiento del descenso.

»En 1864 entre las veinte tesis que adjunté á la disertación inaugural presentada ante la Facultad de Medicina de la Universidad de Gante, para obtener el grado de doctor especial en ciencias quirúrgicas, la última tiene el siguiente título: Disminuir la longitud de los ligamentos redondos es curar radicalmente el descenso del útero.

»Convencidos, en 1864, los catedráticos de Clíni-

(1) *Traité de Pathologie externe*, por Vidal de Casis, T. V. Paris 1841

ca quirúrgica Burggraeve y Soupart por mis experimentos en el cadáver, de lo fácil que era encontrar los ligamentos redondos y tirar de ellos, modificando de esta manera las posiciones anómalas del útero, me permitieron intentar la operación en un caso de antigua procidencia uterina.

»En Junio de 1864, en la clínica quirúrgica de la Universidad de Gante, en presencia de muchos escolares y médicos y con el benévolo concurso de mis maestros Burggraeve y Soupart, intenté la operación.

»Rasado el monte de Venus incindi la piel en ambos lados, partiendo de la espina del pubis hacia arriba hasta descubrir el anillo inguinal externo, pero á pesar de la destreza que había adquirido en aislar los ligamentos, no pude encontrarlos. Ateniéndome á los consejos de Burggraeve y Soupart, abrí el canal inguinal hasta el orificio interno, sin ningún resultado. Los ligamentos redondos estaban atrofiados por la continuada distensión que experimentarían á causa de la larga fecha de la procidencia uterina, y á pesar de todo el esmero y paciencia empleados en descubrirlos, nuestra tentativa resultó completamente infructuosa.»

Hé aquí el estado de la cuestión en lo pertinente á su historia. Dedúcese de ello, que no es quizá el título de la operación el más adecuado á su abolego; y sólo siguiendo la común tendencia la he denominado con los apellidos de Alexander y Adams por ser de este modo como se la conoce generalmente. Aprovecho, sin embargo, esta ocasión para protestar contra el prurito, que actualmente priva, de bautizar las operaciones con el nombre de un cirujano; de ello resultan dos inconvenientes, uno, de poca monta, que el nombre de la operación, en sí, no sugiere ninguna idea de la operación misma y hace

que sea más difícil adquirir noticias de su objeto, manual é indicaciones; y otro, que procediendo de esta suerte cabe perpetuar una injusticia, atribuyendo á determinado profesor, por grandes que sean sus conocimientos, su iniciativa y su talento, laureos y méritos que á otro ó á varios corresponden.

Después de las publicaciones de Alexander tardó poco en extenderse la operación preferentemente en Inglaterra y en los Estados-Unidos; y hoy podemos suponer que ha sido practicada en la mayoría de las naciones adelantadas. Entre los cirujanos que la han emprendido, además de los citados, cuéntanse á Reeves, Keith, Croom, Sainclair, Burton, Duncan, Lawson Tait, Mc. Clintock, Cleason, Reid, Lediard, Imlach, Mundé, Emmet, Polk, Parish, Duplay y Gardner.

Una extensión relativamente tan rápida, pues es muy corto período el de cuatro ó cinco años para que una intervención quirúrgica se generalice; pudiera dar lugar á deducir que reina perfecto acuerdo entre los operadores sobre cada uno de los puntos que á la operación se refieren.

Y sin embargo, nada más lejos de la verdad. Ni por lo que toca á su técnica, ni en lo pertinente á sus indicaciones, contraindicaciones y resultados reina acuerdo ninguno, antes al contrario, son tan opuestas las opiniones de los autores, que ello constituye un verdadero embarazo para el que pretenda resumir tan diversos juicios en forma de conclusiones, no ya definitivas sino ni siquiera interinas; en cuanto reflejen las tendencias dominantes y más dignas de consideración; por lo cual, lejos de proponerme tal objeto, prefiero ir exponiendo, con todo el orden que el asunto consienta, tan encontrados modos de pensar, en la seguridad de ser esta la mejor manera de que resulte útil el estudio de una

cuestión que se encuentra todavía en su período *constituyente*.

No puede negarse que la causa de tanta diversidad de criterios obedece principalmente á la novedad misma de algunos puntos por modo extremo relacionados con la técnica de la operación y que no se hallan suficientemente ventilados; hasta ahora, con efecto, ni á los anatómicos ni á los ginecólogos les había preocupado gran cosa la disposición íntima de los ligamentos redondos en todo su trayecto, ni las modificaciones que pueden experimentar por efecto de determinadas dislocaciones uterinas, ni la resistencia que ofrecen á las tracciones, ni la facilidad de su deslizamiento por debajo de la cubierta peritoneal que los cubre, ni las enfermedades capaces de crear adherencias insólitas que impidan su parcial eventración: ignorándose los caracteres que presentan en el organismo vivo, las alteraciones que en su longitud y en la cohesión de sus fibras producen algunos fenómenos morbosos, las modificaciones que en su calibre y estructura imprimen la multiparidad ó nuliparidad, etc., etc. Y toda esta anatomía patológica y fisiológica ha debido adquirirse y se va adquiriendo, no en virtud de hechos recogidos con tiempo, mediante entretenida y paciente observación en las salas de autopsia, sino atropelladamente en las clínicas; y como muchos de los descubrimientos han sido el resultado de una dificultad insuperable ó de un fracaso, de aquí que las conclusiones que se deduzcan sean prematuras algunas y apasionadas las más.

Dejando á un lado este orden de reflexiones, no pocas de las cuales se desprenderán de lo restante del artículo, pasaré á ocuparme en la técnica de la operación, bases fisiológicas sobre que se funda, indicaciones y resultados.