

oclusión estallan: el intestino, sujeto por neo-membranas ó estrangulado con una brida cicatricial, revela la existencia de cicatrizaciones peritoneales deformes, cuando el clínico ni aun remotamente se las sospecha.

Otras veces son dolores vagos, sensaciones de estiramiento, cólicos ligeros y otros accidentes pequeños, los que despiertan la alarma de la operada y hacen nacer en la mente del Cirujano la idea de la formación de adherencias peritoneales post-operatorias.

El tratamiento de ellas varía con la naturaleza de los accidentes que provocan. En los casos ligeros pueden bastar el *massage* de la región supuesta adherente y la compresión ligera del vientre por medio de una faja hipogástrica adecuada; cuando los accidentes funcionales amenazan directamente la vida, el Cirujano no vacilará en reabrir el vientre, buscar la zona de adherencias y destruirlas.

XXVIII

SEPTICEMIA PERITONEAL POST-OPERATORIA.

El campo más fértil para la producción y desenvolvimiento de los brillantes problemas del Método antiséptico, el tema más moderno de estudio, entre todo el conjunto de esos fenómenos que constituyen los grandes procesos de la inflamación y de la septicemia, son indudablemente propiedad de la Cirugía moderna.

La septicemia peritoneal post-operatoria, presenta entre todas las infecciones de las grandes serosas, una notable importancia: la riquísima red vascular y nerviosa del peritoneo, sus ilimitadas facultades de absorción y su cercanía á los grandes órganos abdominales, algunos altamente sépticos é infectantes, explican esta preponderancia.

Hasta estos últimos años, la infección peritoneal se consideraba, salvo muy señaladas excepciones, como del dominio exclusivo de la Patología Médica, y en todos los casos, cuando se presentaba esta infección en el transcurso de algun acto quirúrgico, bastaba por sí misma la certidumbre de su existencia, para formalizar una contraindicación operatoria á toda tentativa ulterior.

Hoy la situación ha variado. El peritoneo no es ya el *nolli me*

tangere de antaño; se ha desprovisto de su formidable reputación de mortal intolerancia, y como terreno bien conquistado y sólidamente adquirido por los cirujanos actuales, se presta, cual amplio teatro, á todos los actos de la Terapéutica Antiséptica más exigente. Dúctil á todas las maniobras y obediente á todas las influencias quirúrgicas, es susceptible de modificarse, de transformarse, casi, ante la decisiva acción de nuestros métodos terapéuticos parasiticidas.

En las peritonitis, como en las pleuresías, se han realizado actualmente inmensos progresos con las teorías microbianas que descubren, explicándolos, día á día, los antes impenetrables misterios de estas inflamaciones, consideradas aun no hace muchos años, como constante y fatalmente mortales, y susceptibles hoy de completa y rápida curación.

Sin dejarnos arrastrar de optimismo quirúrgico, podemos prever que no está muy lejano el día en que la moderna Terapéutica de las serosas inflamadas, reuna en un solo capítulo todo el tratamiento de las pleuresías, las peritonitis, las pericarditis y las infecciones de la gran serosa encefálica, que hasta hoy parece alejada de nuestros grandes recursos quirúrgicos, tal vez por lo innumerable de sus pliegues y por la profundidad de sus prolongaciones accesorias.

Solamente analizaremos las lesiones anatómo-patológicas de la serosa peritoneal infectada y los detalles íntimos del proceso séptico flogógeno, en la pequeña extensión indispensable para la fácil interpretación de la patogenesia y para la determinación exacta y cómoda de las bases generales del tratamiento y de las indicaciones particulares de la Terapéutica sintomática.

Sin olvidar que el peritoneo posee facultades extraordinarias que lo hacen eminentemente apto para la absorción de todos los líquidos derramados en su cavidad, y para la cicatrización de todas las lesiones ó traumatismos de su superficie, dejaremos á los fisiologistas el estudio de sus funciones biósicas y funcionales, y á los bacteriologistas la resolución de las diversas cuestiones patogénicas que puedan surgir de la etiología directa de las peritonitis.

Si las peritonitis son sépticas ó asépticas; si hay inflamaciones idiopáticas ó á *frigore*, son discusiones que están ahora fuera de mi competencia.

El gran epiplón, pliegue fácilmente móvil, parece dotado de una especie de instinto particular, que le induce á buscar todos

los puntos débiles ó sufrientes del peritoneo y que le guía siempre que en la cavidad del abdomen hay una abertura que cerrar, una solución de continuidad que cicatrizar ó una superficie destruida que reparar.

Para conducir con mejor provecho mis estudios acerca de la formidable complicación de la Cirugía abdominal, dos vías se me han presentado: fué la primera, la compilación y el análisis de las estadísticas y de los documentos peculiares á la cuestión, que se han publicado y que se publican por los autores de ultramar y de ultra-Bravo; la segunda, estaba basada en el resumen de mi reflexión meditativa personal, y en la investigación de mis observaciones clínicas propias, interpretadas, juzgadas y profundizadas por mi especial y particular criterio.

Lejos de mi ánimo está rechazar las estadísticas extranjeras; pero cuando mis estudios son meramente personales, cuando procuro robustecer mis conocimientos analizando detenidamente el conjunto de las impresiones clínicas que han constituido mis ideas y que me han dotado de pensamientos propios, creo más lógico, más justo con los principios de las ciencias experimentales, recurrir á mis propias producciones, reuniendo todas las potenciales de mis esfuerzos y basando mis conclusiones teórico-prácticas sobre el determinismo experimental de mi trabajo propio; procurando, á la vez, transformar las conjeturas de mis estudios clínicos en hechos irrefutables, por mí, perfecta y minuciosamente conocidos. Las estadísticas, documentos más ó menos alterables, casi nunca comprenden todos los casos; muchos permanecen en la más completa obscuridad: los cirujanos se apresuran á publicar ruidosamente sus éxitos, que adornan con un verdadero lujo de detalles; pero en su gran mayoría se muestran muy reservados en la publicidad de sus reveses quirúrgicos, que siempre cubren con explicaciones más ó menos verídicas, procurando velar la torpeza, la ignorancia, la imprevisión ó la imposibilidad práctica, con razonamientos forzados, susceptibles de adulterar la narración rigurosa de los hechos.

Debo decir, en tal sentido, que ha sido de mi experiencia propia, de mi sola observación, del caudal rico de mis impresiones clínicas y de mi reflexión personal, de donde he tomado los elementos que constituyen la vía por donde se dirigen mis investigaciones y por donde se encaminará y desenvolverá nuestro estudio.

Las teorías modernas de la patogenesia y del tratamiento de las inflamaciones de las serosas, las he confirmado en gran parte

durante mis estudios clínicos, y con el resumen de mi experiencia procuraremos establecer el tratamiento de las peritonitis post-operatorias, sobre bases justas, lógicas y constantes.

Mis esfuerzos no han sido estériles: he logrado reunir un conjunto de datos clínicos en una estadística no pequeña y hasta ahora desconocida en nuestras Clínicas de México, y me atrevo á esperar que mis estudios llamarán aun más la atención sobre un método cuya excelencia estoy en aptitud de demostrar.

No obstante que la antisepsia del peritoneo está algo conocida y su bibliografía empezada á formar, importa dejar bien delineadas multitud de indicaciones terapéuticas que los libros no señalan aún suficientemente.

Fué durante el año de 1876, cuando WEGNER señaló por primera vez la influencia de la septicemia en las muertes ocurridas después de las laparotomías. Para él, la septicemia post-operatoria era una de las causas más frecuentes de muerte, y las lesiones peritoneales, productoras de una intoxicación violenta, no serían visibles sino cuando los accidentes evolucionaran lentamente.

La faz experimental de la cuestión se inició con los trabajos de GRAWITZ y de PAROLOWSKY sobre la acción de los microbios piógenos, y continuó y se completó con los estudios de LARUELLE, de WATERHOUSE, de FRANKEL, de TAVEL, de LANZ y de BUMM.

JAYLE ha publicado recientemente un trabajo completo que detalla la septicemia post-operatoria, y al que acompaña un resumen de sus estudios personales y de sus investigaciones llenas de originalidad.

La *causa* constante de la septicemia peritoneal aguda, es la invasión del peritoneo por los diversos gérmenes flogógenos.

De las experiencias de GRAWITZ, de REICHEL, de ORTH, de WATERHOUSE y de BURGINSKI, parece deducirse que el peritoneo puede tolerar, sin la producción de accidentes inflamatorios, el contacto directo de los microbios. Estos experimentadores introducen en la cavidad peritoneal cultivos puros de microbios no piógenos, sin que se produzcan accidentes ni con dosis enormes de cultivos. Los microbios piógenos mismos no producen accidentes sino cuando hay lesiones concomitantes ó anteriores á ellos que comprometan ó paralicen las funciones del epitelio peritoneal. El peritoneo es mucho más tolerante de lo que es clásico admitir.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

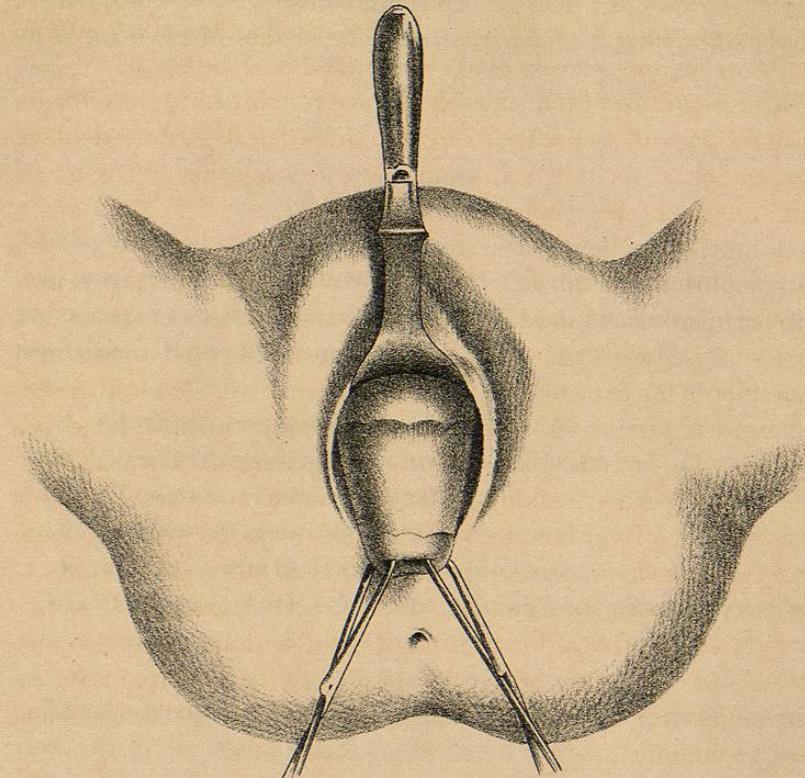


Fig. 82.—Útero libre de sus inserciones vaginales, preparado para la hemisección. (DOYEN).

En la producción de las peritonitis, tres son los factores que concurren:

- I. *El microbio.*
- II. *El peritoneo y*
- III. *La retención de líquidos en la cavidad peritoneal.*

Véamos separadamente cuáles son esos efectos y cómo obran en la producción de la septicemia peritoneal estos diversos agentes.

I.—El microbio.

El agente habitual de la septicemia peritoneal es el streptococcus; pero con cierta frecuencia obsérvanse otros microbios que ya solos ó asociados, contribuyen también al proceso séptico del peritoneo. Estos microbios son:

- I. *El streptococcus de OGSTON.*
- II. *Los estafilococcus de ROSEMBACH, de PASET y de GUTTMANN.*
- III. *El bacterium coli de VIGNAL.*
- IV. *El pneumococcus de FENKEL.*
- V. *El gonococcus de HALLEIR y de NEISSER.*
- VI. *El vibrión séptico de PASTEUR y algunos otros menos frecuentes.*

Estos microbios se encuentran en la serosidad ó en el pus peritoneal: ¿pero cómo han llegado hasta ahí?

Las más de las veces estos agentes de la muerte vienen al peritoneo conducidos por el cirujano mismo ó por sus ayudantes. Las manos del operador, particularmente las uñas; los instrumentos, las compresas, los tapones de algodón—las esponjas, en los cirujanos que las emplean aún,—los hilos de las ligaduras, etc., etc., y todos los agentes exteriores, en una palabra, que vienen á ponerse en contacto, directa ó indirectamente, con la serosa, pueden ser el vehículo inesperado de la infección microbiana.

La abertura, durante la operación, de colecciones purulentas abdominales, ya existentes; las desgarraduras de quistes inflamados; la ruptura de salpingitis purulentas quísticas; las incisiones de ciertos tumores infiltrados ya de gérmenes, tales como ciertos fibro-miomas degenerados; la destrucción de tejidos infiltrados de gérmenes, como se observa en algunos casos de oofor-

ro-metro-salpingitis; ó por último, la abertura de cavidades que como la intestinal, la uterina, la vesical, en ciertos casos, y la salpingea, infectadas ya, son también responsables de la contaminación peritoneal y de la septicemia.

Es muy probable que un gran número de septicemias ocurridas después de las histerectomías supra-vaginales, de pedículo intra-peritoneal, ó después de las histerectomías vaginales, reconozcan como origen la abertura de la cavidad uterina insuficientemente desinfectada. Yo he visto morir un niño de septicemia peritoneal, por la abertura operatoria de su vejiga séptica y el derrame, en el peritoneo, de una pequeña cantidad de esa orina purulenta.¹

Por lo que á los piosalpinx toca, se dice que el pus de la trompa en multitud de los casos es estéril, es decir, está desprovisto de microbios y puede considerarse inofensivo para el peritoneo: esta opinión es de los bacteriologistas. Dejando á ellos encomendada la verificación de ese aserto; legando á micrografos de la talla de MANUEL TOUSSAINT, de ANGEL GAVIÑO, de JOSÉ P. GAYÓN ó de JOSÉ MEZA GUTIÉRREZ, la ratificación de los trabajos de WITTE y de los autores que aceptan la esterilidad del pus salpingeo ó la de los de VEIT y de sus partidarios que la niegan; nosotros colocados desde el punto meramente clínico, debemos asentar que el derrame del pus salpingeo, en la cavidad del abdomen, es culpable de un gran número de septicemias rápidamente mortales. Si fuera á juzgar todos los casos de contaminación peritoneal por pus salpingeo, según las impresiones que mi observación me ha procurado, sería yo un fúnebre fatalista: nunca he visto, ni en mis manos, ni en las de mis maestros ó amigos, un solo caso de derrame purulento salpingeo, en la serosa peritoneal, que no haya sido seguido de una peritonitis más ó menos intensa. Estas peritonitis podrían en ciertas ocasiones pasar desapercibidas ó ser bautizadas con nombres cómodos, tales como peritonismo, schock, meteorismo, ó algún otro; pero si se analizan bien los casos, si se medita bien la evolución de ellos, se tiene que reconocer al fin, la participación sorda, pero no menos grave, de la infección peritoneal.

Acéptese en buena hora la esterilidad ó virulencia del pus salpingeo; admítanse como probantes todas las experiencias que se describan y publiquen; pero *clínicamente, procédase siempre con gran desconfianza y considérese constantemente el pus sal-*

¹ Leobardo N. . . . , operado en el Estado de Michoacán, ante los Drs. ALVAREZ, MADRIGAL, PEÑA, TORRES y algunos otros.

pingeo, cualquiera que sea su aspecto, como el cultivo más virulento de microbios patógenos que pueda verse en el peritoneo. De este modo, aunque la experimentación clínica pierda oportunidades valiosas, la vida de la operada estará constantemente protegida.

Hay otros modos de penetración de los microbios á la cavidad del peritoneo: son estos, uno, por rupturas vasculares ó emigración de los microbios al través de las paredes de los vasos sanguíneos; y otro, por diapedesis séptica intestinal.

Experimentalmente se ha podido producir la peritonitis, después de la inyección de cultivos de microbios patógenos en la sangre, é irritando luego la serosa. La realidad de este modo de infección no se puede negar, y aun cuando en el terreno de la práctica no se observe casi nunca, este mecanismo de la septicemia no es malo tenerlo presente. Esta teoría de la infección por el aparato circulatorio, supone desde luego la existencia de una infección previa de la sangre.

De otro modo importante es la septicemia peritoneal por diapedesis séptica del intestino. Entiendo por *diapedesis séptica intestinal*, el paso de los microbios al través de las paredes, intactas ó poco alteradas, del intestino.

Este fenómeno es enteramente análogo al paso de los glóbulos de la sangre, al través de las paredes intactas de los capilares sanguíneos; á la diapedesis de CONHEIN.

En la hernia estrangulada, la emigración de los microbios al través de las paredes del intestino, hasta llegar al saco de la serosa, ha sido perfectamente demostrada por las investigaciones de NEPVEU, de CLADE, de BONNECKEN y de GARRÉ. BONNECKEN ha llegado á demostrar que no es necesario para que se realice el paso de los micro-organismos al través de las paredes del intestino que este haya sufrido graves modificaciones: basta una ligera estasis venosa.

No menor importancia que estos estudios de BONNECKEN, tienen los trabajos de KLECKI, quien también ha contribuído mucho á dilucidar esta cuestión. Según KLECKI esta emigración bacteriana reconoce dos orígenes: primero, la absorción de las toxinas, y segundo, la emigración de los microbios. En la parálisis intestinal, la estasis de las materias dota á éstas de una extrema virulencia: los gérmenes ahí contenidos pululan con extraordinaria rapidez y adquieren más y más energía y toxicidad; los productos de sus secreciones, es decir, las ptomainas, penetran