

este derrame, cuya abundancia es variable, está constituido por sangre líquida.

THIERCELIN y JAYLE han observado en el hígado un puntillero vascular, manchas equimóticas subcapsulares y manchas pequeñas de color blanco ó ligeramente amarillo, que de preferencia se agrupan en el lóbulo izquierdo y en las cercanías del ligamento suspensor: al microscopio se revelan como pequeñas zonas de degeneración grasosa aguda. Estas lesiones, por lo demás, no son exclusivas á la septicemia peritoneal, sino que también pueden encontrarse en ciertas septicemias médicas, como lo comprueban las investigaciones de HUTINEL y CLAISSE y de ACHALME.

La infección del peritoneo puede limitarse á un solo punto de la serosa ó invadirla en su totalidad: en el primer caso provoca la aparición de una *peritonitis circunscrita*; en el segundo es la *peritonitis difusa ó generalizada*.

Si la infección de la serosa produce accidentes generales en toda la economía, de tal manera graves y violentos que causen la muerte de la operada en algunas horas, se designa este proceso bajo el nombre de *septicemia peritoneal sobreaguda*.

Si la inflamación tiene tiempo de desarrollarse y de evolucionar; si el proceso dura varios días, permitiendo la formación del pus y su depósito en la cavidad del peritoneo, se dice que hay *peritonitis aguda*.

Cuando la duración de los fenómenos peritoneales alcanza un plazo de quince ó más días, la peritonitis se llama *sub-aguda ó crónica*.

Se dice que una peritonitis es *primitiva*, cuando se desarrolla sobre un punto ó zona de la serosa, infectados directamente por los gérmenes sépticos. Cuando la peritonitis reconoce como origen la propagación hasta el peritoneo de flegmasías ó de procesos sépticos de otra naturaleza, nacidos en distintos órganos ó en regiones extra-peritoneales, se la conoce por *peritonitis secundaria*.

Esta clasificación no es absoluta, y existen una gran diversidad de grados intermedios.

La *peritonitis generalizada* es casi siempre el resultado de la evolución de una *peritonitis circunscrita*, como la *peritonitis aguda* está en íntima relación con la *peritonitis crónica*.

Verdaderamente, bajo el punto de vista meramente clínico, no debían existir estas diversas calificaciones de un mismo proceso,

cuyas formas se confunden, se mezclan y se substituyen con notable facilidad; pero las conservaremos como denominaciones de las diversas fases de los distintos episodios que recorre el proceso único de la infección peritoneal.

El aspecto clínico de la septicemia peritoneal post-operatoria, varía presentando modalidades muy diversas.

#### SEPTICEMIA PERITONEAL SOBREAGUDA.

La evolución de la septicemia peritoneal sobreaguda tiene algo de clásico en su formidable aspecto, que impide que un operador un poco experimentado, la confunda con alguna otra complicación post-operatoria. En este caso, los signos locales desaparecen ante la excesiva gravedad de los fenómenos generales: toda la escena está cubierta por los estragos de la intoxicación fulminante.

Por lo común, el primer día no se nota nada de especial, salvo una ligera agitación de la operada que acusa indefinible mal-estar y una exacerbación de los vómitos con penosa sensibilidad del epigastrio, que se imputan con toda comodidad al cloroformo. Si los vómitos post-anestésicos habían cesado, reaparecen: las materias vomitadas están constituidas por saliva, jugo gástrico y pequeñas cantidades de bñlis.

Los vómitos son constantes, violentos, incoercibles; el más ligero movimiento de la operada, el ruido más suave que perciba, el olor de cualquier substancia aromática, los reproducen con extraordinaria facilidad. Estos vómitos irresistibles y casi subintrantes unos á los otros, martirizan á la operada produciéndole vivos dolores al nivel de la herida abdominal y en la profundidad de su vientre; la agotan por el constante esfuerzo para arrojar de su estómago vacío alguna que otra mucosidad, y la llevan á un alto grado de desesperación y de violencia intelectual.

Cada esfuerzo de vómito es seguido de lamentos y de quejidos por parte de la operada, y son y serán hasta el fin, el escollo donde se estrellan todo el afán y toda la terapéutica del Cirujano.

A medida que la enferma se cansa y se agota, los vómitos disminuyen en intensidad, aunque no en frecuencia, y van transformándose hasta hacerse verdaderas regurgitaciones. Algunas veces se ven reemplazados por un pequeño esfuerzo abdominal de la operada, seguido de una especie de grito gutural ahogado, sin producción de materias vomitadas.



Según la evolución de la septicemia, las materias vomitadas van cambiando de carácter, hasta hacerse verdes, fecaloides, porráceas ó hemorrágicas.

Desde las quince ó veinte horas de iniciado el proceso, la enferma comienza á presentar signos característicos de él. La cara es particular; la nariz aflada, los ojos hundidos en círculos amoratados, el tinte subictérico, la boca ligeramente crispada y los músculos faciales cutáneos en contracción ligera, le imprimen á la paciente un aspecto especial que se conoce por *facies peritoneal*. La lengua se seca, se enrojece primero, y luego se blanquea, se ennegrece, se pone como tostada y toma todo el aspecto de una lengua de enfermo grave de fiebre amarilla ó de tifo exantemático.

La vejiga se paraliza completamente y la retención de orina es absoluta: más tarde aparece la anuria por extensión á los riñones del proceso septicémico general.

La parálisis intestinal es completa: la emisión de gases por el ano se suspende y el meteorismo se hace más y más acentuado, aun cuando nunca alcance las proporciones que logra en la peritonitis aguda. Durante los esfuerzos de vómito, algunos gases estomacales se escapan por la boca.

El pulso, al principio, se encuentra amplio, duro y frecuente; luego, á medida que va ganando en frecuencia, va perdiendo en fuerza y se hace blando, depresible, irregular y pequeño, para terminar filiforme y miserable. Su número sube sin cesar alcanzando la cifra de 140, 150 y aun más.

La piel, que era seca y áspera, se cubre de un sudor espeso y frío, acentuado particularmente en la cara.

La respiración se acelera, se hace anhelante, y algunas veces ortopneica.

Un hipo duro, frecuente y tenaz, contribuye á destruir la poca resistencia de la enferma.

La temperatura al principio normal, comienza á descender y llega á 36°5, á 36° y aún á 35°: muy excepcionalmente sube y alcanza cifras como 38°, 39° ó 40°.

El vientre es poco ó nada doloroso en las cercanías de la herida abdominal.

Con una rapidez variable, según la intensidad y la virulencia de la infección, todos los signos se agravan, la inteligencia se pierde, llega el coma y la operada muere tranquilamente.

La muerte es algunas veces consecuencia de un síncope cardíaco; pero siempre llega en medio de cierta calma, y casi sin agonía

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

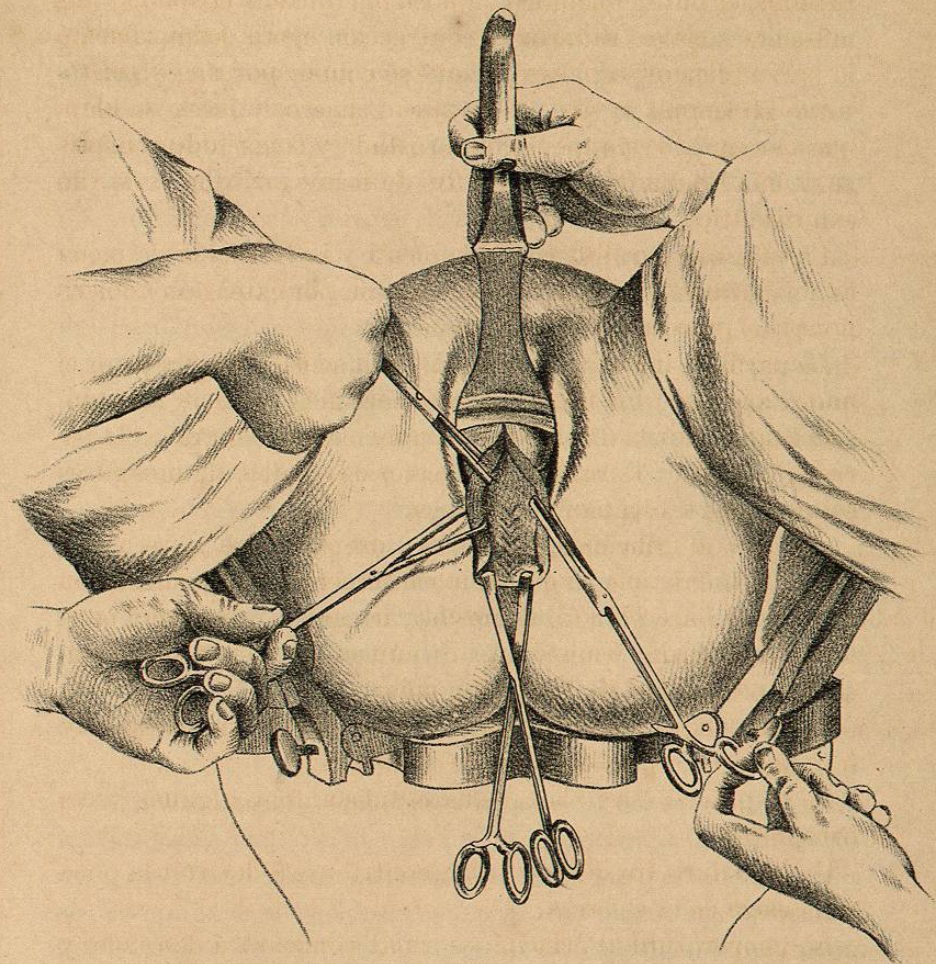


Fig. 85.—Tercera aplicación de las pinzas en la histerectomía de Doyen.



termina la enferma de sufrir las consecuencias de la tremenda lucha de una infección terrible sobre un peritoneo casi indefenso.

En medio de todos estos síntomas hay algunos signos que merecen un estudio más atento, porque tienen desde el punto de vista del diagnóstico y del pronóstico, una gran importancia.

EL PULSO.—La frecuencia en el número de las pulsaciones es un signo patognomónico de la septicemia peritoneal.

Mientras el pulso permanezca á 90 ó 95 por minuto, se puede estar tranquilo; si sube á 100 ó 110, el Cirujano debe preocuparse por un peligro próximo; pero si el pulso llega á 140 ó 150, su operada puede considerarse casi fatalmente perdida. Sólo dos veces he observado enfermas de septicemia peritoneal, que á pesar de tener 150 pulsaciones por minuto, hayan sobrevivido; todas las demás han muerto muy rápidamente.

Esta frecuencia se halla en íntima relación con la depresibilidad y la pequeñez del pulso. No menos frecuente es la arritmia.

Se ve que el pulso es un gran elemento de diagnóstico en la septicemia peritoneal; pero lo es aún mayor, de pronóstico. *Las enfermas de septicemia peritoneal tienen escrito su pronóstico en la región del pulso: nada más fácil que leerlo.*

Se entiende, que las indicaciones del pulso variarán en los enfermos en que lesiones cardíacas, renales ó causas de otro origen, puedan explicar esta locura del corazón; pero no queda menos cierto, que excluidas estas causas, el pulso es la guía fiel y el consultor seguro del clínico operador.

LA TEMPERATURA.—Es el foco de indicaciones más falsas, más infieles y más perjudiciales que pueda encontrar un Cirujano poco experimentado. Es de universal conocimiento que toda infección se acompaña de elevación de temperatura y que no hay operador, por inexperto que sea, que al observar después de una operación un ascenso en el termómetro, no pronuncie esta palabra: infección. Pues, sí, es infección; pero infección curable, relativamente lenta, si hay pulso lento, es decir proporcionado su número al grado de la temperatura. Pero después de una intervención abdominal podremos ver la temperatura normal, el termómetro fijo, y descansaremos en él, olvidando el pulso, hasta que fenómenos mortales nos indiquen que en este caso hubo infección, sin fiebre es cierto, pero mortal en cambio. Las temperaturas bajas con elevación del pulso, no deben tranquilizar á nadie. Las sep-



ticemias apiréticas son incomparablemente más graves que las septicemias febriles.

La temperatura *por sí misma, como único signo*, no tiene gran valor en Cirujía abdominal. Esto es cierto, desgraciadamente; y sin temor de generalizar, se puede aceptar la regla.

Los VÓMITOS.—Por sí mismos no tienen gran significación: únicamente su duración más allá de las primeras 50 horas ó su reproducción hacia el segundo ó tercer día, después de un período largo de calma, harán temer una complicación peritoneal.

La naturaleza de ellos no entraña ninguna indicación, y aun cuando no faltan operadores que propongan el lavado del estómago en los casos de septicemia peritoneal, con vómitos fecaloides, esta indicación no ha hecho fortuna en la terapéutica usual.

EL METEORISMO.—Desde que he proscrito el uso del opio y de sus derivados, en el tratamiento post-operatorio de la histerectomía, el meteorismo ha dejado casi de observarse en mi clínica. La elevación del vientre tiene para mí un pronóstico siempre desagradable. Ciertamente que hasta la más grave de las septicemias peritoneales puede evolucionar sin modificar la tensión de las paredes abdominales; pero no es menos cierto que el uso sistematizado de la estriquina en alta dosis y la abstención de los estupefiantes, impidiendo el meteorismo post-operatorio, antes casi de regla, le dan cuando se presenta, un aspecto de gravedad bastante formal.

Es preciso desconfiar siempre de la elevación timpánica del vientre, sobre todo si se presenta del primero al quinto día después de la operación.

EL FACIES PERITONEAL.—Para un operador ejercitado, la cara de la operada con su tinte amarillento sucio, con su mirada errante y viva, con la nariz afilada, los ojos hundidos y la boca entreabierta y ligeramente contraída; con su respiración acelerada, la voz hueca, profunda, entrecortada y con todo ese conjunto de signos exteriores casi clásicos, el diagnóstico de una complicación peritoneal no ofrece mucha obscuridad. De ninguna manera el *facies* tiene la importancia del pulso, por ejemplo, ni podría por sí sólo servir para el establecimiento de un diagnóstico, pero sí posee una gran importancia, que reunida con los signos ya estudiados antes, es de primer orden.

El *diagnóstico* de la septicemia peritoneal es casi siempre fácil: con lo único que podría confundirse sería con la *oclusión intestinal*. Este diagnóstico es imposible de hacer cuando la septicemia peritoneal se acompaña del estrangulamiento del intestino.

En la septicemia sin estrangulamiento, la ausencia de gases y de materias intestinales es menos absoluta; los vómitos son menos frecuentemente fecaloides; la elevación del vientre se generaliza muy rápidamente; la sensibilidad del abdomen es algo más marcada y las modificaciones del pulso muy precoces.

El *signo* de BRIQUET y de VELPEAU, auscultación del ciego mientras se impulsa una inyección forzada por el ano; el *signo* de WAHL, meteorismo extremo y rápido del asa estrangulada, reconocible por la vista, la palpación y la percusión; y el *signo* de SCHLANGE, dilatación y movimientos peristálticos del intestino arriba del obstáculo, pueden tener alguna importancia cuando existen, para sostener la idea de una oclusión intestinal.

La *marcha* de la septicemia peritoneal sobreaguda está subordinada á la virulencia de la infección y á la resistencia del organismo. Una septicemia generalizada á toda la serosa abdominal mata en unas cuantas horas: tengo una observación en la que desde los primeros signos, hasta la muerte de la operada transcurrieron solamente *cinco horas*. Pero esto no es lo común, y por lo regular la septicemia peritoneal sobreaguda mata en un plazo de 20 á 40 horas.

La curación puede observarse en las formas circunscritas y de mediana intensidad; pero en las formas graves y generalizadas, preciso es no hacerse ilusiones: hágase lo que se haga, la única terminación del proceso es la muerte rápida y fatal de la operada.

#### PERITONITIS AGUDA.

En la *peritonitis aguda* la marcha es menos brutal que en la septicemia sobreaguda, y por consecuencia los síntomas presentan una sucesión menos violenta.

El principio de la peritonitis aguda se señala, por lo común,



con uno ó varios calofríos intensos, y la temperatura sube rápidamente á 39, 40 y aun 41°

Junto con la elevación de temperatura, se presenta el dolor: localizado al principio en un punto determinado del abdomen, no tarda en difundirse, generalizándose á todas las regiones del vientre.

El dolor es extremadamente agudo y el menor movimiento, el toque más ligero al vientre, lo hace insoportable.

Las enfermas permanecen en el decúbitus dorsal, levantados los muslos y dobladas las rodillas: inmóviles, con la respiración anhelante; no toleran ni aun el peso de las sábanas, y sus facciones, ya descompuestas, expresan, á la aproximación del Cirujano, el terror que sufren ante la idea de una exploración en el vientre.

Los vómitos son constantes. Comienzan mucosos ó biliosos; para hacerse después verdosos, porráceos, fecaloides.

Durante los intervalos de los vómitos, un hipo duro y sacudido, martiriza aun más á la paciente.

La parálisis intestinal es absoluta.

El meteorismo es un signo que desde el principio se presenta con caracteres de gravedad, y no pocas veces es el primer detalle que impresiona la atención de las enfermas. La curación del vientre, dicen ellas, la sienten más apretada, y solicitan con insistencia la modificación del vendaje.

El desarrollo del meteorismo es, por lo general, muy rápido. Alcanza pronto grandes proporciones y en unas cuantas horas el vientre se hace tenso, el timpanismo á la percusión invade las zonas de macidez, y solamente alguna que otra asa de intestino se dibuja al través de los tegumentos abdominales, distendidos al máximo.

Desde que la peritonitis se inicia, el pulso se hace frecuente, alcanzando cifras más y más elevadas; de amplio y duro se convierte en blando, pequeño, filiforme y miserable.

La lengua, por su creciente desecamiento, se pone saburral y tifoide. La piel se hace áspera, seca, y solamente se cubre de sudores nocturnos cuando la formación del pus comienza.

La orina se acumula en la vejiga por la parálisis de este órgano, y la secreción renal se hace escasa é incompleta. La retención en la sangre de los productos sépticos aumenta el peligro de la absorción incesante que de ellos se hace, tanto en la superficie peritoneal como en la mucosa del tubo digestivo.

La inteligencia se conserva, durante los primeros días, intacta;

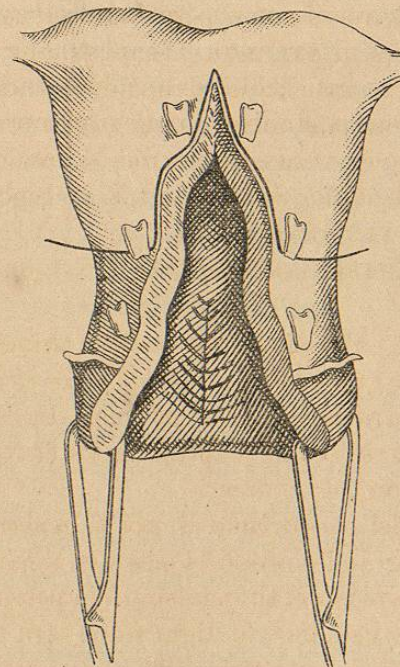


Fig. 86.—Esquema, mostrando los puntos diversos para la aplicación de las pinzas en el método de Doyen.

