

atenta del buen funcionamiento de sus aparatos nervioso y cardio-renal, y el sostenimiento regular y armónico de todas sus funciones, son el eje poderoso y principal sobre el que se desenvuelven y giran todas las indicaciones terapéuticas del tratamiento de la infección peritoneal y de la septicemia consecutiva.

II.—DISMINUIR EN TODO LO POSIBLE EL FOCO SÉPTICO PRODUCTOR DE LOS ELEMENTOS TÓXICOS QUE INVADEN EL ORGANISMO.

Esta indicación es del resorte directo del Cirujano: para llenarla, hay que recurrir en la mayoría de los casos á la reabertura de la cavidad abdominal.

Desde luego, el Cirujano debe comenzar por hacer el diagnóstico preciso del sitio del foco de la infección.

Nada es más peligroso que confiar en los resultados de la laparotomía, para averiguar el sitio real del punto inflamatorio infectante. No solamente se prolonga el traumatismo peritoneal con las maniobras de la exploración del vientre, sino que se expone el Cirujano á desgarrar repentinamente las adherencias que circunscriben los depósitos purulentos y á provocar una repentina inundación de pus, en el resto de la serosa sana.

Si la exploración clínica del abdomen demostrase desde luego la existencia de una zona inflamatoria en alguna región un poco lejana de la línea media, se practicará la incisión de los tegumentos, inmediatamente encima de ella.

Si por el tacto vaginal se hace un descubrimiento análogo, será la vagina la vía de preferencia para evacuar las materias sépticas. La colpotomía posterior se presta admirablemente para permitir al Cirujano obrar sobre todo el peritoneo de la pelvis.

Desgraciadamente estos casos son la excepción, pues en la gran mayoría de los otros, la incertidumbre sobre el sitio del foco purulento no se disipa, y entonces el Cirujano se vé obligado á recurrir á la celiotomía mediana. Si la incisión abdominal de la operación primitiva aun no cicatriza, bastará cortar los hilos de las suturas, para obtener la reabertura del vientre.

Punto de no menor importancia es el diagnóstico de la extensión de la zona peritoneal infectada, es decir, la distinción entre una peritonitis circunscrita y una peritonitis generalizada.

La marcha progresiva del proceso, la intensidad de los signos

y la rapidez de la evolución, podrían formar criterio al clínico; pero todos estos datos son vagos é infeas, y la verdad es, que clínicamente no se puede en muchos casos distinguir una peritonitis circunscrita de una generalizada.

La incisión abdominal para alcanzar los focos purulentos, se ha variado muchísimo. El camino más corto debe buscarse siempre para encontrar la colección del pus; pero cuando la infección es generalizada, cuando no hay propiamente un absceso peritoneal, las incisiones abdominales han sido diferentemente recomendadas.

PEYROT aconseja dos incisiones, practicadas una en cada fosa iliaca, como si se tratase de realizar la ligadura doble de las arterias iliacas primitivas, é introduce por cada una de estas aberturas una gruesa cánula de cristal. Por una de las cánulas inyecta en la cavidad peritoneal grandes cantidades de la solución de cloruro de sodio al 6 ó al 7 por mil; por la otra cánula sale el líquido arrastrando el pus y todas las substancias extrañas depositadas en el interior de la gran cavidad del peritoneo.

Yo he creído más conveniente obrar sobre el peritoneo, por la vía vaginal. Como quiera que casi la totalidad de las peritonitis post-operatorias se inician en el campo operatorio mismo, resulta que el peritoneo pélvico es el teatro de los primeros fenómenos infecciosos, en las operaciones de la Ginecología.

La vagina es el conducto más adecuado para permitir la acción de un Cirujano sobre el peritoneo infectado de la pelvis, pues que reúne á su natural declividad, la garantía de no propagar la septicemia á las regiones superiores del peritoneo. Basta la introducción de dos tubos gruesos en el fondo de Douglas, para poder ejecutar con toda facilidad la evacuación de los líquidos peritoneales, la irrigación abundante y la canalización amplia y constante de la cavidad pélvica, zona declive donde se acumulan los productos sépticos y de excreción, de la serosa abdominal total.

La combinación de la celiotomía con la colpotomía, es una buena práctica, cuando las lesiones del peritoneo son profundas ó revelan una extrema virulencia de la infección.

Suele suceder que desde que se abre el vientre, el pus escorra con facilidad: bastará en estos casos una ligera irrigación caliente del foco purulento, hecha con extrema delicadeza y con una solución salina de las llamadas falsamente fisiológicas, para facilitar la evacuación del pus y el aseo del foco.

Si la supuración está coleccionada en pequeños focos aislados, se harán comunicar todos entre sí, por medio de incisiones bien combinadas. Si el pus forma natas en la superficie de la serosa, se levantará por medio de compresas finas ó de tapones de algodón aséptico.

Si en el foco purulento ó en sus cercanías, se encontrasen pedículos gangrenados ó ligaduras sépticas, ó desgarraduras y fistulas que hagan comunicar la cavidad peritoneal con la cavidad de algún órgano infectante, se procurará cortar y cauterizar con vigor los pedículos, quitar las ligaduras y suturar ó tratar convenientemente las desgarraduras y fistulas orgánicas.

El Cirujano debe ser muy reservado en el empleo de los grandes lavados peritoneales. En los casos comunes basta la *toilette* de la región inflamada, para limitar el proceso séptico; y sólo se recurrirá al verdadero lavado, cuando el foco infectante sea muy extenso ó generalizado á toda la serosa.

Estos últimos casos, los de peritonitis generalizada, se benefician, por desgracia, bien poco con los grandes lavados del vientre. Hay imposibilidad mecánica de desinfectar todos los innumerables pliegues de la serosa abdominal.

El lavado cuando se practica, debe hacerse con solución de cloruro de sodio al $6\frac{0}{100}$, empleada en abundancia.

Ante la idea de inyectar grandes cantidades de líquido en la cavidad peritoneal, ocurre hacerse esta pregunta: ¿Se puede impunemente hacer inyecciones abundantes en la cavidad peritoneal al estado fisiológico?

Desde luego se puede contestar por la afirmativa. Las experiencias de DEBRAND, repetidas por mí, y la práctica diaria de la clínica quirúrgica, nos autorizan para hacer esta afirmación.

No existe el peligro del lavado, pues, en el hecho de la penetración de líquidos pseudo-fisiológicos en el interior de la serosa peritoneal.

Ciertamente que entre el peritoneo flogosado y el peritoneo sano, hay diferencias anatómicas y funcionales bien marcadas; pero de un modo general se puede admitir una reacción poco distinta entre el modo de aceptar el peritoneo enfermo las irrigaciones con líquidos normales, y el modo de tolerarlas del peritoneo fisiológico.

No, el peligro no está ahí. Donde se halla el inconveniente serio del lavado peritoneal, es en su difusión en toda la cavidad

del peritoneo y en la facilidad con que puede arrastrar hasta los más recónditos lugares de la serosa, los gérmenes sépticos que toma del foco de infección. El líquido que penetra al vientre, cae sobre la zona infectada, disocia el pus ó los depósitos sépticos que encuentra, y mientras una parte de él regresa y sale al exterior arrastrando los elementos de la infección, otra parte, siguiendo la dirección primitiva del líquido, invade la cavidad del abdomen llevando y sembrando por todas partes los agentes de la septicemia.

Si la infección fuese general en todo el peritoneo, esta difusión del líquido del lavado no tendría más que ventajas; pero si la infección es local, si hay un foco séptico bien aislado, permaneciendo sana la serosa restante, la difusión que el lavado ocasiona sería de consecuencias desastrosas. Generalizando la infección, se transformaría la peritonitis circunscrita en una peritonitis difusa; es decir, se haría de una infección curable, otra infección rápidamente mortal.

De aquí que se aconseje prescindir en todo lo posible del empleo de los grandes lavados del peritoneo en el tratamiento de las peritonitis circunscritas. Si fueren del todo punto indispensables estos lavados, se harán con mucha suavidad y procurando que el líquido penetre al peritoneo sin presión y encontrando siempre amplia y fácil la salida.

Una vez evacuado el pus, con ó sin lavado peritoneal, y hecha la desinfección ó mejor dicho, el aseo minucioso del foco séptico, hay que preocuparse por asegurar el escurrimiento hacia el exterior, de todos los líquidos que van nuevamente á producirse en la región contaminada.

Esta indicación se llena con la canalización del peritoneo.

En el capítulo Manual Operatorio de este libro, hemos visto algo relativo al drenaje del vientre: poco tenemos que agregar:

Para obtener la canalización del peritoneo, se colocarán en el fondo de Douglas—punto más declive de la cavidad abdominal en la mujer—un grueso tubo de caucho, en forma de T, ó mejor aún como yo acostumbro, dos tubos de gran diámetro, perforados lateralmente y cubiertos con una tira de gasa yodoformada.

Entre las paredes vaginales y los tubos, se colocan tiras de gasa, igualmente yodoformada. Las extremidades interiores ó pélvicas, de los tubos, penetran de dos á cuatro centímetros en la cavidad peritoneal de la pelvis y las extremidades exteriores

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

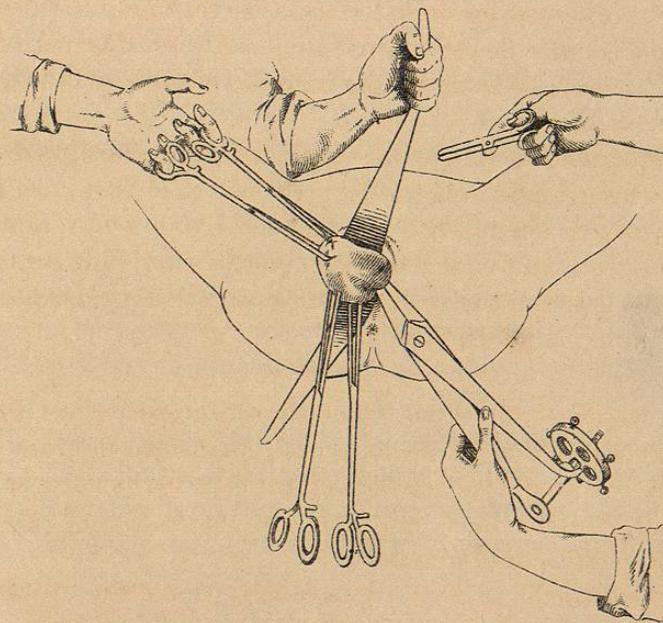


Fig. 92.—Técnica de la histerecctomía, por medio del angiostribo.

de los mismos tubos, se cubren con compresas humedecidas con soluciones fuertemente antisépticas. Por medio de dos ó tres cordones de seda, se sujetan los tubos que hacen la canalización del peritoneo, sobre el vendaje de la curación abdominal.

Estos tubos no solamente hacen el drenaje constante de la cavidad abdominal—profunda satisfacción me causa ver las ropas de la enferma empapadas con los líquidos que salen por los tubos—sino que permiten que por ellos se repita cuantas veces sea menester el lavado del peritoneo pélvico.

Hemos evacuado el pus del peritoneo, hemos modificado los focos infectantes de modo que las absorciones tóxicas se reduzcan al mínimum; pasemos ahora á la tercera indicación del tratamiento de las septicemias peritoneales.

III.—PROCURAR POR TODOS LOS MEDIOS POSIBLES LA RÁPIDA Y CONSTANTE ELIMINACIÓN DE LOS AGENTES TÓXICOS QUE CIRCULANDO POR LA ECONOMÍA LA ENVENENAN Y DESTRUYEN.

Después de haber puesto en práctica las prescripciones anteriores, que tienden á sostener el organismo en su lucha contra la infección y á protegerla contra el desarrollo de los productos sépticos infectantes, tocamos á la tercera indicación.

Esta tercera indicación comprende cuatro tiempos:

- I. Solubilizar los productos tóxicos microbianos.
- II. Facilitarles un disolvente que los arrastre al exterior.
- III. Sostener la presión sanguínea y la energía circulatoria; y
- IV. Vigilar y asegurar la integridad de los emontorios naturales.

Todos estos tiempos, especialmente los tres primeros, sellenan admirablemente con las grandes inyecciones de soluciones salinas.

Hemos hablado de solubilizar los productos microbianos. ¿Es esto posible? ¿Las toxinas son susceptibles de dilución?

Las opiniones de los autores se dividen en este sentido, y así como algunos aseguran la *insolubilidad absoluta* de las toxinas, otros sostienen la *solubilidad constante* de ellas.

Dejando á quienes son más competentes que yo, el estudio de la solubilidad *in vitro*, de las toxinas, y colocándome en el terreno

meramente clínico de la cuestión, no vacilo en declarar que *las toxinas son siempre solubles en la economía cuando se busca con oportunidad su dilución.*

Haciendo aparte las toxinas de *acción electiva constante*, es decir, aquellas que tienden á buscar siempre un género determinado de celdillas sobre cuyos protoplasmas se fijan *como se fijaría una materia colorante*, y las que, una vez fijadas, no hay disolvente químico ni físico, ni hay medio conocido de separarlas de la celdilla elegida—por ejemplo, las toxinas del tétanos—queda siempre en pie la posibilidad clínica de diluir las toxinas en el medio en que se desarrollan.

Conviene hacer notar que la solubilización de las toxinas es un fenómeno complejo, en donde tienen tanta influencia la naturaleza propia del disolvente como la acción oxidante de los elementos anatómicos.

Las inyecciones de soluciones salinas no solamente obran aumentando el total de la masa líquida de la sangre y, por consecuencia, disminuyendo la toxicidad relativa de ella, sino que, levantando la tensión sanguínea, estimulan las funciones reductoras de los elementos constitucionales del organismo.

La introducción en la economía de cantidades más ó menos considerables de soluciones salinas, tan mal designadas con el calificativo de sueros artificiales, y cuya introducción se hace tanto por hipodermoclasia, por hematoterapia, por transfusión directa, por enteroclasia ó por inyección en la cavidad de la serosa abdominal, parece constituir hoy una especie de panacea contra las infecciones, tanto quirúrgicas como médicas.

Bien que esta cuestión de las inyecciones salinas en el organismo esté al debate médico desde hace varios años, dando origen á multitud de estudios y de experimentaciones; la fisiología no ha dicho aún su última palabra acerca del modo de acción de estas inyecciones, en la intimidad de la economía.

Son en las infecciones y en las toxemias donde más se multiplican las observaciones, en las que el empleo sistematizado de las inyecciones salinas se ha visto coronado de éxito.

Es por lo que en la infección peritoneal, la más rápida quizás de las toxemias, después de una rápida ojeada á la historia de la cuestión, abordamos el estudio de las inyecciones abundantes de soluciones salinas, en el interior de la economía.

Esta cuestión del empleo de las grandes inyecciones de agua salada, tiene en Cirugía abdominal una importancia de primer

orden: es, tal vez, el más poderoso de los recursos con que los cirujanos actuales contamos para combatir y vencer un gran número de accidentes operatorios y de complicaciones consecutivas.

HISTORIA.—La capital importancia que tienen las inyecciones de los diversos sueros en el tratamiento de la peritonitis, de esa terrible complicación de las operadas del vientre, nos obliga á detenernos un poco en su estudio y á reseñar ligeramente los detalles más salientes de su historia.

El empleo de las inyecciones abundantes de líquidos es conocido desde la más remota antigüedad; pero los datos claros y verdaderamente históricos sobre su uso, no se remontan más allá del siglo XVII, habiendo sido el profesor ETHMULLER, en 1668, el verdadero iniciador de la Cirugía infusoria.

Cada en el olvido durante un siglo esta primera tentativa de aplicación de las inyecciones intra-venosas, fué recomendada de nuevo por REGNAUDOT, en 1777, sin que su propaganda tuviera éxito.

Con la aparición del cólera en Europa, en 1830, comienza el período de voga de las inyecciones salinas intra-venosas. Preconizadas por HERMANN y practicadas por PERNICHEN, de Moscou, para remediar la algidez y el espesamiento de la sangre, tan notables en esta enfermedad, fueron seguidas de algunos casos de éxito, que alentaron á los médicos á seguir en esta vía. THOMAS LATTA introduce en las venas cantidades considerables de una solución clorurada sódica; MAGENDIE ensaya infructuosamente el mismo tratamiento, que es seguido por gran número de médicos franceses, y DUJARDIN-BEAUMETZ, en 1873, presenta á la "Sociedad Médica de los Hospitales" una Memoria sobre el uso de las inyecciones salinas de una solución, cuyos componentes tienen gran analogía con los del suero sanguíneo.

Como se ve, hasta esta época una sola aplicación habían tenido las inyecciones salinas, el tratamiento del cólera; pero no tardaron en hacerse extensivas á otras enfermedades, y ya en 1878 PAYLET y LAFONT inyectaban con éxito una solución de cloruro de sodio al 5 por 1000, en casos de anemia aguda, y un año más tarde, KRONECKER y SAUDER, en Alemania, preconizaban el mismo tratamiento para las hemorragias mortales, y SCHWARTZ, adoptando la práctica de estos métodos, fija en 500 centímetros cúbicos la cantidad mínima de solución inyectable en el hombre.

No transcurrió mucho tiempo sin que se extendiera aun más el campo de acción del suero, siendo empleado en el tratamiento