

Ocurre alguna vez que se califica de parálisis intestinal ciertas formas de peritonitis más ó menos larvadas cuyo síntoma dominante es la parálisis intestinal. Quizás la parálisis intestinal simple, cuando alcanza cierto grado, si se abandona puede ser origen de complicaciones peritoneales consecutivas que terminen fatalmente; pero de no ser así, por aparatosa que aparezca, su terminación es favorable.

El tratamiento es tan sencillo como eficaz en la mayoría de casos. En cuanto se inicia la parálisis intestinal, hay que propinar un purgante, si ya no se ha hecho antes de sobrevenir la intolerancia gástrica, y recurrir al empleo de enemas. Los mejores son los de cocimiento de manzanilla con 30 gramos de sal común ó 60 de glicerina; si el primero no produce efecto, se repite un segundo á las dos horas, y así sucesivamente hasta obtener la expulsión de gases, con lo que suele bastar para que desaparezca el cuadro, aunque las deposiciones tarden más en tener lugar.

En las parálisis rebeldes no bastan los enemas usuales y hay que recurrir á los enemas altos, introduciendo una sonda rectal de caucho blando y de 50 centímetros de longitud, que alcance la S iliaca y el colon descendente; se introduce un litro de cocimiento de manzanilla con sal ó glicerina, y algunas veces un gramo de quinina, y generalmente á no tardar se despiertan contracciones intestinales que determinan la evacuación del intestino.

En ocasiones deben combinarse los enemas altos cambiando el decúbito de la enferma, ó haciendo un ligero masaje, ó aplicando alguna corriente galvánica; si estos medios no bastan, sospecharemos fundadamente que no se trata de una parálisis intestinal simple, sino sintomática. Siempre que se trata sólo de parálisis intestinal, bastan los medios indicados para combatirla. Alguien aconseja la punción abdominal del intestino: no la he empleado porque creo que, tratándose de simple parálisis, no está indicada, y si la parálisis es sintomática, no basta para buscar una solución al conflicto.

b. La *parálisis vesical* es también frecuentísima después de la laparotomía, aun en aquellas que exigen traumatismos insignificantes, lo que hace creer que es también de origen reflejo. Por lo común, es más acentuada cuantas más maniobras han tenido que hacerse en la pelvis. Se traduce simplemente por la imposibilidad de verificar la micción espontáneamente.

Es fácil de corregir practicando el cateterismo, según he dicho antes, dos ó tres veces al día. En general, al segundo ó tercer día desaparece la parálisis y la micción se verifica espontáneamente.

Raras veces se sostiene seis ó siete días, y cuando esto ocurre, debe siempre sospecharse alguna complicación flogística en la pelvis.

La parálisis vesical nunca es por sí sola complicación de importancia.

c. Después de una laparotomía, particularmente si ha sido laboriosa y de larga duración, se observa con frecuencia una *diminución de la secreción urinaria*, excepto en los casos en que se ha hecho el lavado del peritoneo, en los cuales, por regla general, se encuentra aumentada.

A las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas se restablece la diuresis en proporciones normales, y cuando así no ocurre, suele ser síntoma de que alguna complicación infectiva por parte del peritoneo sombrea el cuadro de la convalecencia.

Casi siempre que persiste la disminución de la secreción urinaria ó llega á presentarse anuria, es de presumir una complicación séptica, ó la ligadura de un uréter ó la preexistencia de una nefritis agudizada por el hecho de la laparotomía. La parálisis renal simple es rarísima, y cuando se presenta, más bien hace suponer el desarrollo de una nefritis agudísima. Spencer-Wells señala su existencia, pero abrigo la convicción de que no debe ser muy frecuente; entre mis operadas, sólo en un caso tengo la creencia de que la muerte pudo ser producida por insuficiencia renal (1). Era una enferma de fibroma, á quien practiqué la histerectomía abdominal con pedículo externo sin grandes dificultades: tras una buena reacción sólo excretó 350 gramos de orina en las primeras veinticuatro horas, 300 el segundo día y 25 el tercero; pulso, 100; temperatura normal, y ningún otro fenómeno de parálisis intestinal ni peritonitis. Después del tercer día se elevó la temperatura, que, sin embargo, no pasó de 39°, y falleció anúrica, siendo de advertir que antes de la operación no era nefrítica ni después de la operación se presentó albúmina en la orina. Como no hice la autopsia, he de concretarme á una simple interpretación, pero si algún caso grave he visto de inhibición renal después de la laparotomía, es éste el único.

Cuando en el curso de un proceso agudo existen síntomas de inhibición renal (orina escasa y albuminosa) es de temer la anuria post-operatoria, por lo que, aunque exista indicación quirúrgica, debe aplazarse, de ser posible, hasta que espontáneamente desaparezca aquélla.

Para la explicación de estas parálisis reflejas habría que invocar los experimentos de Pflüger y Claudio Bernard, produciendo parálisis renales é intestinales por la excitación del plexo celíaco.

El mejor tratamiento de la inhibición renal es la administración de purgantes y diuréticos, y sobre todo las inyecciones subcutáneas de suero artificial; ya he indicado que el lavado peritoneal aumenta la diuresis de un modo notable.

d. Los fenómenos de *agotamiento* ó de *shock* son propios de los grandes traumatismos, y entre todos ninguno tan propenso á tales manifestaciones como los abdominales; en la laparotomía se reúnen á veces una serie de causas que hacen sus manifestaciones más frecuentes que en ningún otro caso.

La anestesia que dura más de dos horas produce por sí sola fenómenos de depresión general, sea cual fuere el agente empleado. Las enfermas que llegan á la laparotomía agotadas por sufrimientos anteriores, por pirexias sostenidas ó por hemorragias profusas, tienen menos condiciones de resistencia y están más que otras expuestas á los fenómenos de colapso ó de *shock*. Las grandes pérdidas sanguíneas durante el acto quirúrgico, predisponen grandemente á las manifestaciones de sideración. La existencia de afecciones anteriores, sobre todo renales, es una de las causas predisponentes más abonadas. Una de las circunstancias que más favorecen el desarrollo del colapso es el tiempo empleado en la intervención: es sabido que toda laparotomía cuya duración traspasa una hora, merece un pronóstico más grave por este solo hecho; el enfriamiento de las vísceras y su mayor traumatismo, obran sobre los plexos abdominales favoreciendo el desarrollo del *shock*.

(1) *Anuario de mi Clínica*, años segundo y tercero, pág. 121; Barcelona, 1895.

Cada una de las causas antedichas es bastante por sí sola para producir el colapso operatorio: compréndese fácilmente que cuando se reúnen varias de ellas, como frecuentemente ocurre en la laparotomía, el *shock* traumático no quede reducido simplemente á los fenómenos de perfrigeración, sino que se sostiene presentando los distintos grados del colapso operatorio hasta causar la muerte.

Los casos más graves de verdadero colapso se inician ya algunas veces durante la laparotomía, de manera que llaman la atención del anestesiador por el pulso débil y frecuente, respiración irregular, cierta palidez de la piel y de las mucosas, alguna dilatación pupilar y mayor perfrigeración cutánea de la usual.

Algunas veces, en vez de despertar la enferma tranquila y sosegadamente del sueño anestésico, lo hace intranquila y agitada, en ocasiones con verdadera incoherencia en sus movimientos y en sus facultades intelectuales. La piel sigue fría de una manera desigual, sin que al transcurrir las horas desaparezca este cuadro, normalizándose la calorificación; además, está cubierta de sudor frío y á veces pegajoso: el termómetro marca 36° y á veces menos. El pulso sigue pequeño y desigual, el rostro desencajado, las pupilas dilatadas, y la enferma se muestra indiferente á cuanto la rodea, ó explana ideas vagas y á veces verdadero delirio. La secreción renal está notablemente disminuída ó suspendida del todo.

Si á las seis ú ocho horas de la operación no desaparece este cuadro, termina pronto por la muerte (antes de las 24 horas), así haya comenzado durante el acto operatorio ó se haya iniciado poco después del mismo.

En ocasiones no es el cuadro tan ejecutivo y los mismos fenómenos van apareciendo lentamente, acentuándose un marcado desequilibrio entre todas las funciones, viniendo á tener un desenlace fatal á las cuarenta y ocho horas. Los casos que se citan de *shock* ó colapso á los cuatro, seis y ocho días después de la intervención, son por lo menos discutibles, y seguramente entra en su patogenia alguna otra complicación operatoria ó alguna tara orgánica preexistente al acto quirúrgico, y no son, por tanto, verdaderos casos de colapsos operatorios.

Más ó menos ejecutivo, pasajero ó grave, el colapso se caracteriza siempre por los mismos síntomas: hipotermia, calor desigualmente repartido, sudor pegajoso, palidez del rostro, dilatación pupilar, escasez de secreción urinaria, pulso pequeño, frecuente y desigual, respiración arrítmica, insomnio, indiferencia ó agitación y falta de dolor; algunas veces al final se presenta una elevación térmica. Como veremos más adelante, este cuadro es el terminal de algunas complicaciones sépticas; de aquí que muchos casos vengan tildados, sin serlo, con el nombre de colapso; cuando estos síntomas se presentan primitivamente, quizás durante la operación, merecen el nombre de colapso; en otro caso es muy discutible, pues si al colapso se une la infección, no presentándose intervalo entre una y otra, no puede presumirse cuál de las dos tiene mayor influencia en el desenlace fatal, aunque siempre son más de temer los procesos infectivos que los fenómenos de colapso.

Realmente es frecuentísimo observar grados distintos de colapso después de la laparotomía, que desaparecen prontamente unas veces y otras tardan más

en desvanecerse, pero al fin ceden; actualmente el colapso típico es muy raro que termine por la muerte, pues las laparotomías no tienen, en general, el carácter de grandes traumatismos; cuando se limitaba á extirpar grandes tumores, eran más frecuentes los colapsos mortales, pero hoy que se ha extendido á multitud de afectos que exigen mucho menos traumatismo, no lo es tanto. Por otra parte, hemos aprendido á obrar de manera que los fenómenos de colapso se previenen ya durante el acto operatorio y aun antes.

Realmente, el tratamiento del *shock* comienza ya en algunos casos antes de la intervención, cuando por las condiciones de la enferma se hace temible su presentación, sometiéndola á un régimen tónico y abreviando los preparativos de la operación para no prolongar la anestesia. Durante el acto quirúrgico, si tememos el colapso ó se inicia durante la operación, colocamos la sala de operaciones á mayor temperatura, protegemos con mayor cuidado los intestinos, adoptamos procedimientos más rápidos y, sobre todo, practicamos el lavado peritoneal, mejor que lavado diría inyección peritoneal, dejando suero en la gran serosa para que vaya absorbiéndose; á veces, para abreviar uno ó dos minutos la operación, practicamos la sutura en masa, pues sabido es que de las causas que más influyen en el desarrollo del colapso post-operatorio, una de las más eficaces es la duración excesiva de la operación; en estos casos, y siempre tratándose de grandes operaciones, pero en éstos más que en ninguno, el tiempo es la vida, y el operador que en circunstancias tales hace gala de su rapidez en operar, aun prescindiendo á veces de ciertos detalles, hace más por la vida de sus enfermas que si se muestra esclavo de las reglas y preceptos clásicos. Podría citar muchos casos en que adopté maniobras y técnicas inaceptables como medios corrientes á trueque de retirar pronto la enferma de la mesa; tengo la convicción de que algunas veces no han sido inútiles mis esfuerzos.

Terminada la operación, uno de los mejores medios para combatir el colapso es la calorificación artificial; á veces comienza ya durante la operación, revisitando las extremidades y el tronco y cabeza de la enferma con franelas muy calientes que se renuevan con frecuencia. La temperatura de la habitación á 20 ó 25°, y caloríferos á los lados del tronco y miembros, teniendo cuidado de no producir quemaduras, es uno de los medios más eficaces. La aplicación de sinapismos es también muy útil. Las inyecciones hipodérmicas de éter, cafeína y estricnina repetidas según necesidad, son realmente muy útiles. La administración al interior, rompiendo en estos casos la consigna dada en páginas anteriores, de bebidas excitantes como el te ó café caliente con coñac, son verdaderamente útiles. Las inyecciones subcutáneas de suero pueden también levantar el tono cardíaco, y aumentando la diuresis y la transpiración, contribuir á regularizar la ataxia existente.

La inyección rectal de suero, lenta y sostenida, de manera que casi gota á gota penetre en el recto y con cánula alta un litro ó más de líquido en una ó dos horas, es un excelente medio en estos casos; parece más tolerado y tan eficaz como las inyecciones subcutáneas de suero, por lo que también tiene su aplicación en el tratamiento de otras complicaciones.

La mayor parte de colapsos operatorios ceden á estos medios, pero tales circunstancias se reúnen en algunos que todo resulta inútil; la resistencia orgánica de cada enferma no podemos medirla previamente, presentándose en este

terreno los más variados matices individuales; sin embargo, no exageremos como algunos (1) la importancia de este factor individual, confundiendo con el colapso fenómenos que no tienen con él otro parentesco que la semejanza de los síntomas finales.

e. La *hemorragia secundaria* es uno de los accidentes más desagradables que pueden ocurrir después de la laparotomía. Acusa casi siempre una falta en la técnica. Los grandes pedículos, particularmente si son edematosos, el cortarlos demasiado cerca de las ligaduras de manera que puedan escurrirse con un esfuerzo de vómito, la precipitación en cerrar el abdomen sin asegurarse de que no hay puntos que sangren, suelen ser los motivos de que se presente una hemorragia secundaria. El empleo del vaso-tribo, la ligadura directa de los vasos y el taponamiento hemostático la previenen con seguridad.

Es de temer la hemorragia secundaria durante las primeras cuarenta y ocho horas que siguen á la operación, y aún más en las primeras veinticuatro. A veces sin motivo aparente, otras después de un vómito ó de un movimiento brusco, se inicia la hemorragia.

Un dolor agudo, localizado en una de las fosas ilíacas, que se irradia pronto á todo el abdomen, es á veces su comienzo, particularmente si se ha desprendido una ligadura de la ovárica ó de la uterina. Este dolor falta muchas veces, y los síntomas que indican la hemorragia interna se caracterizan por pulso pequeño y frecuente (120 á 140), palidez de la piel y de las mucosas, sed, ansiedad, respiración difícil y algo forzada, pupila dilatada y temperatura debajo de la normal. Este cuadro se desarrolla rápidamente si es una ovárica ó uterina la que sangra, ó lentamente si son vasos de menor importancia ó superficies de despegamiento que dan hemorragia difusa; pero cuando sobreviene en una enferma que salió en buen estado de la sala de operaciones, que presentó una reacción regular y cuyo pulso y temperatura eran normales, no hay duda respecto del diagnóstico. Se comprende pueda confundirse con un cuadro de colapso, pero éste viene ya presumido ó iniciado desde el acto quirúrgico, particularmente si durante el mismo han ocurrido hemorragias copiosas. Tampoco se confundirá con el cuadro final de una infección, á pesar de su semejanza, porque éste tiene los precedentes de toda infección antes de alcanzar un cuadro tan acentuado.

Establecido el diagnóstico, debe procederse inmediatamente á la reapertura del vientre con la mayor rapidez posible, sea cual sea el estado de la enferma, aunque sea en su misma cama, si tan apurado es, y prescindiendo de anestésicos. Se separan los coágulos y se va en busca de los vasos ováricos y uterinos para cohibir inmediatamente la hemorragia, en la seguridad de que si el caso es rápido, en estas regiones se encontrará la causa. Tratándose de una hemorragia secundaria, no hay que desconfiar nunca de salvar á la enferma procediendo con rapidez: se citan algunas cuyo pulso era incontable, otras á 160 pulsaciones y alguna sin pulso que ha podido terminar felizmente.

No basta con agotar la hemorragia fijando el vaso ó haciendo un taponamiento hemostático: es preciso combatir la anemia aguda, inyectando suero en el peritoneo, y, además, haciendo inmediatamente una inyección intra-venosa

(1) Página 244.

ó arterial, ó bien con una cánula debajo de cada mama, inyectar suero hasta mil gramos, lo que requiere aproximadamente unos veinte minutos; en tanto se practica la respiración artificial, si es preciso se suministran inyecciones hipodérmicas de cafeína y se aplican caloríferos. Algunos prefieren la inyección submamaria, que parece ser tan rápida y eficaz como la venosa ó arterial, y no tiene los inconvenientes que éstas presentan (1).

f. Aparte de las heridas viscerales que pueden ocurrir durante la operación, y que deben ser debidamente reparadas, puede, en la convalecencia de la laparotomía, presentarse una *fistula urinaria ó intestinal*.

La *fistula urinaria* es rara, porque si se corta un uréter ó la vejiga, se repara inmediatamente; algunas veces me ha ocurrido este último accidente y nunca ha tenido consecuencias, pues suturando la vejiga debidamente y colocando una sonda permanente ocho días, se cicatriza por completo. Un solo caso he visto de *fistula urinaria secundaria*: se trataba de un mioma enclavado que, pediculizado y tratado externamente con ligadura elástica por los procedimientos antiguos, comprendió ésta la vejiga, y al desprenderse la ligadura, apareció la *fistula vesical* en el fondo de la herida. Con la técnica actual es muy difícil que ocurra semejante accidente: si ocurre es durante el acto quirúrgico y se repara en seguida sin consecuencias. Respecto al uréter, por dos veces (una de un gran mioma subperitoneal, otra de un tumor ovárico supurado enclavado en el ligamento ancho) he visto aparecer una *fistula uretérica*, una á los treinta días y otra á los quince después de la operación: durante la operación había visto al uréter disecado y aislado de los tejidos vecinos; habiendo practicado en ambos casos la *histerectomía total*, dejé drenaje por la vagina: el uréter, falto de conexiones, se esfaceló en alguna porción y al desprenderse la escara apareció la *fistula* por la vagina. Ambas curaron espontáneamente á los dos ó tres meses, sin haber producido otro percance que la molestia de una incontinencia parcial de orina sostenida durante dicho tiempo.

Actualmente el accidente de una *fistula uretérica consecutiva* se observa más frecuentemente en las operaciones de Wertheim por cáncer: he visto algunos casos, pero han terminado espontáneamente como los antes descritos.

Más fáciles y frecuentes son las *fistulas intestinales*: cuando se empleaba el tubo de cristal como drenaje, la presión de su punta producía fácilmente la erosión del intestino y una *fistula consecutiva*. Con los medios de drenaje actuales esto no ocurre, pero cuando han tenido que desprenderse adherencias íntimas con el intestino, interesando para despegarlas no solamente la túnica serosa, sino también la muscular y magullando á veces la mucosa, ó cuando se han suturado desgarros intestinales, cuyos bordes estaban muy alterados por distintos procesos, quedan circunstancias abonadas para que á los diez, veinte y aun á los treinta días se presenten *fistulas intestinales*, que pueden interesar distintas porciones del tramo intestinal.

Siempre que se sospecha puede ocurrir tal accidente, debe emplearse el drenaje, para que al venir la *fistula* tengan fácil salida los productos intestinales. Es muy frecuente que se esfacele una pequeña porción de pared intestinal, y al desprenderse se establece la *fistula*, pero á veces puede ocurrir por des-

(1) KELLY: *L. c.*, tomo II, pág. 70.

garro tardío de las suturas intestinales. Recuerdo un caso (1) en el que tuve que suturar dos desgarros intestinales de cinco y seis centímetros respectivamente: nada pasó al principio, y cuando la enferma estaba, al parecer, curada, á los treinta y cinco días de la operación, en un esfuerzo para defecar, sintió un dolor agudo, tras del cual tuvo un síncope, y en la noche del mismo día apareció una fistula intestinal, la más rebelde que he visto.

Lo común, sin embargo, es que á los ocho ó diez días de la intervención aparezcan por el drenaje los primeros síntomas de la perforación intestinal y luego se establezca definitivamente la fistula. Lawson-Tait decía que no le preocupaba gran cosa este accidente, porque luego se cierran espontáneamente: en realidad, la cosa ocurre así la mayoría de veces; con mantener el trayecto limpio y con un tubo de drenaje, lo común es que acabe por curarse espontáneamente la fistula, pero á veces es muy tardía su curación: he visto casos en que ha tardado cuatro y seis meses; todos han terminado favorablemente, excepto aquel á que antes me he referido, que todavía persiste porque la enferma teme una intervención radical.

Cuando la fistula intestinal no se cura espontáneamente y queda definitiva, ha de ser objeto de un tratamiento quirúrgico especial, consistente casi siempre, si el caso es algo complicado, en resección intestinal y enterorrafia (2).

g. Según sea el rigor con que se practique la antisepsia pre-operatoria y la manera de tratar la incisión, y aun de practicar la sutura, serán más ó menos frecuentes las *infecciones de la herida*. Si se evita todo contagio y se hace buena antisepsis cutánea, la infección es difícil; con todo, cabe tener en cuenta que en la epidermis habita comúnmente el *staphilococcus epidermis albus* y el *aureus*, que, según sea tratada la herida, podrán desarrollar sus aptitudes; si los bordes de la incisión han sido muy traumatizados durante la operación, ó los puntos de sutura excesivamente apretados, se encontrarán condiciones favorables á la supuración; los procedimientos de sutura sub-dérmicos tienen por objeto no abrir camino para que el estafilococo, habitante usual de la epidermis, no pueda emigrar á la superficie cruenta y producir la supuración de la herida.

La verdad es que son rarísimas las supuraciones de la herida procediendo como queda dicho en párrafos anteriores; quizás no llegan á un 6 ú 8 por 100, y aun cuando ocurran, ofrecen siempre un carácter de marcada benignidad.

Suele ocurrir del quinto día para arriba, y se caracteriza por dolor local no muy intenso, que aumenta con los movimientos de la enferma, y fiebre precedida á veces de algún escalofrío y acompañada en ocasiones de inapetencia. Cuando en una laparotomía de curso completamente regular ocurre que al quinto ó sexto día el termómetro sube á 38°,5 ó 39°, puede casi asegurarse que existe infección de la herida.

Si la descubrimos encontraremos cierta rubicundez de la piel ó induración de los lados de la incisión, generalizada ó localizada á uno ó dos puntos de sutura; retiramos la sutura y por sus trayectos sale una pequeña cantidad de pus, y la cosa queda terminada.

(1) *Anuario de mi Clínica*, años IV, V y VI, pág. 87; Barcelona.

(2) DOYEN: «Traitement des fistules gynécologiques spontanees et post-operatoires.» (Congreso de Amsterdam, *Comptes-rendus*, 1900, pág. 38.)

A veces la supuración es más intensa y forma verdaderos abscesos subcutáneos, pues generalmente invade el tejido celular en más ó menos extensión, y entonces precisa hacer algunos lavados por los mismos trayectos de los puntos de sutura hasta que se agota la supuración, que suele ser muy pronto.

Otras la colección purulenta se forma en la vaina del recto, y entonces los fenómenos generales y locales son más pronunciados y la supuración más duradera; alguna vez podrá hacerse preciso dilatar la colección para obtener más pronto su agotamiento.

Generalmente, á pesar de estas supuraciones, la línea de incisión queda cicatrizada, lo que prueba que se fragua á través de los hilos de sutura, y si se tiene la seguridad de que éstos son asépticos, como yo lo he comprobado muchas veces, no hay que culpar al hilo, sino á la piel, que tiene, como antes he dicho, habitantes tan peligrosos y difíciles de exterminar como el estafilococo, por más que Bantock diga que las bacterias no entran para nada como causa de esta clase de supuraciones.

Muchos autores señalan el peligro de que estos abscesos penetren en el peritoneo y produzcan una peritonitis tardía; no negaré la posibilidad, pero el fenómeno debe ser muy raro, pues en más de 1.250 laparotomías no he tenido ocasión de observarlo.

Alguna vez dejan de cicatrizarse los bordes de la incisión, y al quitar los puntos de sutura se separa la herida en un pequeño trayecto; pero esto, que puede ocurrir en lo que toca á la piel, tejido celular y capa músculo-aponeurótica, no alcanza al peritoneo, cuya vitalidad para el tejido cicatricial de neoformación es mucho mayor, y por tanto, su unión más rápida: alguna vez he visto ocurrir este fenómeno en una extensión de dos ó tres centímetros; basta con desinfectar bien la región y tener paciencia para que se cicatrice por segunda intención.

A veces puede abrirse por completo la incisión el mismo día ó al siguiente de retirar la sutura, apareciendo las asas intestinales entre los labios de la herida. El accidente suele acompañarse de dolor agudo y vómitos, y al levantarse el vendaje se ven las asas intestinales formando hernia. Tres veces he visto este accidente y lo que procede es limpiar perfectamente el asa ó asas herniadas, reducirlas y aplicar una sutura secundaria entrecortada: las tres terminaron favorablemente. Desde que empleo el último procedimiento de sutura descrito, no he visto ningún caso, pero comprendo que también puede presentarse, porque el hecho depende de que la herida infectada no verifica normalmente el trabajo de cicatrización.

También he visto un caso de enfisema subcutáneo por supuración de la herida, que se extendió casi á toda la pared abdominal, pero que no tuvo consecuencias; lo atribuí á una infección pútrida de la herida. Se trataba de una histerectomía abdominal por fibroma enorme, con degeneración adenomatosa y en vías de esfacelo: la sanies del tumor no infectó el peritoneo, pero sí la herida, lo cual se observa con cierta frecuencia, y así se ve que supuran fácilmente incisiones á través de las que se extraen tejidos infectados, como salpingitis supuradas, fibromas esfacelados, cáncer del cuerpo ó del cuello del útero: el tejido celular se contagia al contacto de los tejidos infectados y supura con facilidad:

actualmente los pocos casos que observo de supuraciones algo importantes pertenecen casi todos á esta categoría.

h. Dada la sensibilidad de la serosa peritoneal, no es extraño que la inflamación de la misma sea un hecho frecuente. Su sensibilidad á toda clase de infección y la facilidad de absorción en una superficie tan extensa, han dado siempre un sello especial de gravedad á la *infección peritoneal*. Por ello fué tan temible la laparotomía en la época pre-antiséptica, y todavía hoy continúa siendo la intervención más grave de la cirugía, porque es tal su susceptibilidad, que un pequeño error, que en otra región supone tan sólo una imperfección, en el peritoneo lleva frecuentemente consigo la vida de la enferma.

La peritonitis es una de las formas de infección más frecuentes, aunque, en la actualidad, relativamente rara. Pueden distinguirse tres formas de peritonitis en el curso de la laparotomía: peritonitis traumática, peritonitis séptica y peritonitis pútrida.

1.º *Peritonitis traumática*.—Los experimentos de Pawlowsky, Gravitz y muchos otros, y las observaciones clínicas de Doderlein, de Menge, y de cualquiera que se fije un poco en los casos que en la práctica menudean, han demostrado la posibilidad de una peritonitis sin infección: peritonitis puramente irritativa, mecánica unas veces, químico-tóxica otras; un cuerpo extraño esterilizado, introducido en el peritoneo y que no sea reabsorbible, se enquistá gracias á una peritonitis plástica adhesiva, según ha demostrado Welard, y repetimos los operadores el experimento con los tubos de desagüe y las ligaduras perdidas; un quiste del ovario, cuyo pedículo se tuerce, provoca una peritonitis adhesiva, que después favorece la infección secundaria; un quiste del ovario que se rompe, si su contenido es seroso se reabsorbe rápidamente, pero si es viscoso tiene propiedades irritantes y determina una peritonitis violenta, análoga á la que provoca Pawlowsky con sus inyecciones peritoneales de emulsión de tripsina. La existencia de una peritonitis no séptica, puramente mecánica ó tóxica, es absolutamente indiscutible.

No hay duda, por tanto, que la laparotomía ofrece un conjunto de causas abonadas para el desarrollo de la peritonitis mecánica por el contacto, aunque transitorio, de manos, gasas é instrumentos; y, á veces, química ó tóxica cuando el contenido de un quiste se derrama en el peritoneo ó por el contacto de los antisépticos, si se usan durante la operación.

Y que esas peritonitis, más ó menos acentuadas, con tendencia á limitarse casi siempre, sin ninguna propensión á supurar y con tendencia á la curación, existen, no cabé duda: quizás algunas manifestaciones dolorosas intensas no indican otra cosa; ciertas elevaciones térmicas, sin consecuencia, pueden ser debidas á lo mismo, y probablemente algunas parálisis intestinales acentuadas no reconocen otra causa.

Algunas veces es manifiesta la peritonitis, simplemente traumática, en focos limitados, caracterizados por dolor, náuseas, á veces algún vómito, frecuencia de pulso y cierta elevación térmica, pero todo ello con carácter pasajero.

Yo recuerdo algún caso en que tengo la convicción que una de estas peritonitis fué la causa de la muerte. Se trataba de una señora de cuarenta y cinco años, con quiste mucóide de crecimiento rápido; su estado general era bueno, pero la mañana de la operación presentaba el rostro desencajado y 120 pulsa-

ciones. Lo atribuí al miedo, pero al abrir el abdomen encontré el peritoneo rubicundo y lleno de substancia gelatinosa, procedente de una grieta que en el quiste se había fraguado la noche anterior. Aunque practiqué un lavado detenido y apliqué desagüe, la enferma siguió, inmediatamente después de la operación, con el pulso frecuente, pero sin temperatura ni otro síntoma: no tuvo vómito, pero tampoco pudo lograrse una deposición por ningún medio; así permaneció seis días sin elevarse la temperatura, sin dolor, sin fiebre y con un meteorismo cada vez más acentuado. Al sexto día, viendo la imposibilidad de restablecer la circulación intestinal, y que la temperatura subió en pocas horas á 39°, practiqué una laparotomía secundaria y encontré una rubicundez general en el peritoneo, las asas intestinales adheridas, pero no pude descubrir colecciones de pus ó de serosidad en ningún sitio; la intervención resultó inútil y la enferma falleció con parálisis intestinal completa y sin los síntomas comunes de la peritonitis.

Indudablemente que una peritonitis mecánica ó tóxica desarrollada en estas condiciones, aparte de la gravedad que puede revestir de por sí tiene gran importancia, porque puede dar origen á infecciones secundarias, aunque de carácter distinto de la complicación, ya que las asas intestinales *permeables* á los microbios cuando están en este estado, pueden dar paso á micro-organismos (1) que convierten en séptico lo que sólo fué traumático, como lo hacen con los quistes del ovario con torsión del pedículo que vienen á supuración, según cree Olshausen, y parece la cosa muy verosímil.

Los síntomas de esta peritonitis son puramente locales y trascienden poco al estado general, excepto en los casos en que es muy generalizada é intensa: dolor, meteorismo, pulso ligeramente frecuente y ligera elevación térmica: raras veces vómitos ni descomposición del semblante, ni malestar general.

El tratamiento es puramente expectante, pues poco podemos contra ella: evacuar el tubo digestivo y esperar. ¿Será útil cubrir el vientre con vejigas de hielo, como aconsejaba Pean y vuelve á preconizar Doyen? No lo he ensayado, pero creo poco en su utilidad, pues si la peritonitis no es séptica, raras veces terminará fatalmente, y si lo es, poco lograrán las vejigas de hielo.

2.º *Peritonitis séptica*. — Esta es la más temible porque casi siempre es mortal. Para su desarrollo es preciso que algún germen patógeno llegue al peritoneo. Los gérmenes más comunes son: el estreptococo, como el más frecuente, el estafilococo, el *bacterium colli* y el pneumococo.

Estos gérmenes proceden, ó de algún foco supurado de los que frecuentemente hacen necesaria la laparotomía (2), y que durante el acto operatorio pueden contaminar el peritoneo, ó bien del intestino, cuando el traumatismo de

(1) No sería extraño que el *bacterium colli*, atravesando las asas intestinales en los sitios en que desprendí adherencias, favorecido su paso por la parálisis, hija de la peritonitis tóxica, hubiese convertido la peritonitis traumática en séptica de *bacterium colli*. Si es cierto, como pretende Menge, que el cuadro clínico permite diagnosticar la filiación microbiana, esta enferma encaja perfectamente en el síndrome señalado por dicho autor á la peritonitis de *bacterium colli*.

(2) Morax refiere un caso recogido en el Hospital Bichat de una enferma operada de una salpingitis pneumocócica, que falleció de peritonitis en la que sólo se encontró pneumococos, con la particularidad de que los cultivos demostraron que el pneumococo de la trompa carecía en absoluto de virulencia, pues nada ocasionaban á los ratones, y los precedentes del peritoneo los mataban en

dicho órgano ú otras circunstancias lo hacen permeable á los micro-organismos (1), ó también, y esto es lo más frecuente, penetran durante el acto quirúrgico á consecuencia de alguna imperfección en la técnica antiséptica.

Generalmente, la peritonitis séptica, además de la presencia de los gérmenes, necesita condiciones de terreno para desarrollarse, conforme se demuestra también en las peritonitis experimentales: ó algunos coágulos, ó colecciones serosas, ó restos de adherencias, ó superficies traumatizadas; gracias al esmero y perfección de la técnica, así como á la detenida *toilette* del peritoneo, cada día son menos frecuentes las peritonitis. El germen depositado en un peritoneo relativamente sano, ó es anulado ó toma la infección otra forma menos localizada que la peritonitis, pero quizás más grave. Probablemente la *susceptibilidad individual* para la infección que Sanger admite como factor de la peritonitis, además de la *calidad* y *cantidad* del microbio, tiene, en algunos casos, su explicación en las condiciones locales post-operatorias.

La peritonitis séptica puede seguir casi inmediatamente á la operación ó presentarse más tarde, á los dos, tres ó cuatro días; es más frecuente su presentación prematura.

Los síntomas que la caracterizan son: el dolor abdominal intenso, por crisis que tienen á la enferma inmóvil, el meteorismo acentuado, los vómitos incoercibles verdosos ó porráceos, el pulso frecuente (130, 140, 150), pequeño y duro, rostro chupado, contraído y ojeroso, voz atiplada, respiración torácica y superficial, secreción urinaria muy disminuida y temperatura ascendente hasta alcanzar 39 y 40 grados; su curso suele ser muy rápido y su terminación casi siempre fatal. En veinticuatro horas en las formas más agudas, de dos á cuatro días en las menos ejecutivas, recorren todo su ciclo: la enferma muere en una arca-da ó por parálisis cardíaca, y, por lo común, con integridad completa de las facultades intelectuales.

Existe otra forma más grave todavía que la anterior, pero menos frecuente: es la peritonitis hipotérmica, en la que siendo el cuadro sintomático exactamente igual, el termómetro marca 37° ó menos de la normal, con lo que al cuadro gravísimo de la peritonitis séptica se juntan fenómenos de colapso que hacen la complicación más rápida y ejecutiva.

El tratamiento es completamente ineficaz si se circunscribe á la medicación farmacológica: apenas si grandes cantidades de morfina bastan á producir alguna calma; ni el hielo, ni el lavado del estómago, ni los purgantes y enemas, ni las inyecciones hipodérmicas ni la infusión de suero normal ó de suero anti-estreptocócico, producen resultado alguno.

Ni siquiera la laparotomía secundaria, con lavado abundante y drenaje,

veinticuatro y cuarenta y ocho horas. De modo, que el pneumococo adquirió virulencia una vez sembrado en el peritoneo. (*Annales de Gynecologie*, tomo I, pág. 208; 1893.) Frommel, Fränkel, Marrierer, Vaillon y muchos otros citan casos incontrovertibles de peritonitis post-operatorias, producidas por el pneumococo de Fränkel.

(1) Menge refiere dos casos, recogidos en la clínica de Leipzig, muy interesantes. Se trata de dos quistes dermoides supurados, con adherencias intestinales extensas: ambas enfermas murieron de peritonitis treinta y seis horas y ocho días después de la operación; inmediatamente después de la muerte, el pus y serosidad peritoneales dieron cultivos puros de *bacterium coli*. (*Enciclopedia de Ginecología*, tomo IV, pág. 671).

suele producir resultado, cuando se trata realmente de una peritonitis séptica agudísima: yo la he visto fracasar siempre, y cuando leo casos en que la enferma ha curado, fijándome bien, veo que la mayoría pertenecen á la forma pútrida mejor que á la séptica. De todos modos, creo que si se ha de obtener algún resultado ha de ser abriendo otra vez el vientre valientemente, irrigándolo en abundancia (en estos casos hasta las irrigaciones antisépticas encuentro justificadas) y dejando el abdomen abierto ó ampliamente drenado, no sólo por la herida abdominal, sino por medio de aberturas hacia los vacíos.

3.º *Peritonitis pútrida.* — La peritonitis señalada y descrita por Bumm no es producida por microbios patógenos virulentos, más ó menos específicos, sino por un acúmulo de microbios vulgares, anaerobios en su mayoría, sin que domine ninguno: cocus y baccillus de distintas clases, mezclados y confundidos.

La causa de la peritonitis pútrida sería la invasión peritoneal por microbios vulgares del aire ó procedentes de focos existentes, en operaciones de larga duración y en un terreno abonado, como se comprende ha de ocurrir cuando existen: gran número de adherencias, maniobras entretenidas que prolongan la abertura del vientre, exudados y restos de membranas que ofrecen terreno propio á la putrefacción.

En tales casos, los síntomas de peritonitis son más atenuados que en la forma anterior: el dolor más remiso, los vómitos no tan violentos; la temperatura, menos persistente, presenta oscilaciones y obedece á la acción de los antipiréticos (quinina, antipirina), como si, y ello parece exacto, los síntomas generales fuesen más de intoxicación por reabsorción de toxinas, formadas en el foco de peritonitis pútrida, que de verdadera infección. La duración de esta peritonitis pútrida es mucho más larga que la séptica, y en el peritoneo se forman exudados abundantes, generalmente sanguinolentos (por lo que algunos la llaman peritonitis hemorrágica) y fétidos, pero raras veces purulentos, como en la forma anterior.

Su pronóstico, á pesar de ser muy grave, porque termina muchas veces por la muerte, no es tan sombrío como el de la peritonitis séptica, pues sea espontáneamente, ya que algunas veces se limita el daño por adherencias salvadoras, sea por medio de una nueva intervención oportuna, puede obtenerse la curación.

Si la peritonitis pútrida no es muy generalizada, sea por las condiciones del caso, sea porque, cuando es algo tardía su aparición, se han desarrollado defensas naturales, cabe esperar una curación espontánea, eliminándose á los diez ó doce días una cantidad considerable de sanies fétida al través de la herida, como he tenido ocasión de presenciar dos veces dicha eliminación por el mismo trayecto por donde existió el drenaje, que en estos casos queda siempre aplicado si el ginecólogo es algo previsor; yo creo que al empleo del drenaje es debido que no haya observado, con la frecuencia que otros operadores, esas peritonitis pútridas ó hemorrágicas mortales á los seis ú ocho días, porque esta forma de peritonitis es más hija de las condiciones del terreno que de la virtualidad del microbio, y el terreno resulta muy favorablemente modificado por el drenaje, que saca al exterior los productos de rezumamiento que habrían de servir de pasto á las bacterias saprógenas ó de la putrefacción. Los dos casos referidos terminaron favorablemente de una manera rápida.

Cuando la peritonitis pútrida tiene carácter grave no hay que dudar en practicar una nueva laparotomía, cortando los puntos de sutura y practicando un lavado abundante y drenaje consecutivo. El resultado será tanto más fácilmente favorable cuantos más días hayan transcurrido de la primera laparotomía; porque ello ya será indicio de que la peritonitis no ha sido tan ejecutiva y, por tanto, más asequible á la acción terapéutica de la laparotomía. Realmente, la mayor parte de casos que se ven de peritonitis post-operatorias curadas por una segunda laparotomía, pertenecen á formas pútridas ó hemorrágicas. Es, por tanto, un recurso, que así como en los casos de peritonitis séptica lo emplearemos con gran desconfianza, en la peritonitis pútrida podremos esperar resultados positivos.

i. Así como la peritonitis representa la forma de infección peritoneal localizada, la *septicemia* es la infección generalizada, pero cuya puerta de entrada es el peritoneo. Teóricamente se comprende con facilidad cómo la infección peritoneal puede ocasionar la septicemia, y septicemia más grave y rápida que ninguna otra septicemia quirúrgica; si al peritoneo llegan cierto número de streptococcus bastante virulentos ó numerosos para que las poderosas defensas naturales que el peritoneo posee no puedan aniquilarlos rápidamente, los supervivientes encuentran en la serosidad peritoneal un terreno de cultivo excelente y se multiplican maravillosamente; si los desperfectos anatómicos de la serosa, hijos de la intervención, ofrecen á los microbios terreno abonado, se declara la peritonitis ó la infección peritoneal de forma peritonítica (es el experimento de Grawitz, de Pawlowsky y otros): si, por el contrario, el ginecólogo recompuso el traumatismo de manera que apenas quedaron en la serosa lesiones, los microbios absorbidos por las redes linfáticas, y, sobre todo, por los grupos de boquillas que hacia la parte alta y diafragmática ha demostrado Bizozzero, penetran pronto en el terreno circulatorio, invaden la sangre y llenan todos los órganos parenquimatosos, declarándose la septicemia peritoneal ó infección general de forma septicémica, en la que lo que menos monta son las lesiones del peritoneo.

De modo que la septicemia es la invasión del organismo por microbios procedentes del peritoneo: en rigor, toda septicemia va acompañada y ha sido precedida de una peritonitis, sólo que esta peritonitis no se hace tangible clínicamente y muchas veces ni anatómicamente; en cambio el microscopio descubre siempre en su serosidad al microbio virulento.

La peritonitis y la septicemia son, por tanto, dos formas distintas de una misma infección, que puede denominarse infección peritoneal. Ello explica cómo no siempre los cuadros clínicos son bien marcados, sino que á veces se mezclan fenómenos peritoníticos con septicémicos: se comprende que así ha de ser. Ello explica también el por qué, en los casos sencillos con poco traumatismo peritoneal y sin superficies cruentas, domina la forma septicémica con escasos síntomas abdominales, y, por el contrario, domina la peritonitis en los casos laboriosos ó en los que no se sigue una técnica bastante atildada.

Las formas septicémicas, después de la laparotomía, son varias y presentan caracteres distintos: creo pueden englobarse todas en una ú otra de las formas siguientes: septicemia ó fiebre por reabsorción, septicemias verdaderas benignas ó abortadas, septicemias vulgares ó comunes y septicemias hiperpiréticas, ambas mortales.

1.º *Fiebre por reabsorción.* — Es un hecho indiscutible que en los líquidos de tumores ováricos, en el pus estéril de las salpingitis, y particularmente en la vecindad de los focos flogísticos, en los edemas, y también en toda partícula orgánica destinada á la mortificación, existen productos piretógenos que, introducidos en el torrente circulatorio, producen elevación de temperatura: son las verdaderas fiebres asépticas ó por reabsorción de productos piretógenos.

Después de la laparotomía se encuentran frecuentemente las condiciones necesarias para que se produzca una fiebre por reabsorción de productos piretógenos sin ingerencia de microbios patógenos: una pequeña cantidad de líquido quístico derramado en el peritoneo, que al absorberse rápidamente producirá, después de la operación, una pirexia fugaz; ó bien una trompa, que al romperse ensucia el peritoneo, pero no teniendo ya microbios, obra sólo por sus productos piretógenos, como en el caso anterior; pero las condiciones más abonadas se hallan en las operaciones que exigen grandes desprendimientos, en cuya superficie, por mucho que sea el cuidado y la pulcritud, quedan siempre pequeñas cantidades de tejido en malas condiciones de vitalidad y destinadas á ser reabsorbidas, particularmente si esto ocurre en tumores flogísticos que deben enuclearse, y que á su alrededor todo el tejido celular está infiltrado por edema sintomático; por la superficie cruenta se reabsorben todos estos productos, y al penetrar en el torrente circulatorio producen la fiebre por reabsorción.

Generalmente aparece el mismo día de la intervención y se confunde con los fenómenos de reacción natural; la temperatura alcanza fácilmente el primer día 38, 39 y aun 40 grados; el pulso francamente desplegado, se hace frecuente: 110, 120; la respiración concuerda con la temperatura y el pulso; el rostro se presenta animado; la transpiración es abundante y generalizada; la diuresis normal ó aumentada, y la enferma siente bienestar, sin sed, ni vómitos, ni dolor. Pocas horas después empieza á bajar la fiebre, y al día siguiente, pulso, temperatura y respiración son normales (lámina VIII, 1).

A veces se repite el fenómeno, menos intenso el segundo día, si el caso es abonado para ello; pero después del segundo día no hay que esperar ya fiebre por reabsorción, y si se presenta, tendrá cualquier otro carácter.

La fiebre por reabsorción raras veces reviste gravedad, y el tratamiento es sumamente sencillo: favorecer, según ya se ha dicho, la diuresis y la diaforesis, emunctorios normales por donde se eliminan las toxinas piretógenas absorbidas.

2.º *Septicemia frustrada.* — Llamo septicemia frustrada á aquellos casos en que parece indudable una infección peritoneal y, sin embargo, terminan favorablemente.

A veces son formas benignas de septicemia que subsiguen á fiebres de reabsorción; otras se confunden con fenómenos de parálisis intestinal; puede simularla un foco de peritonitis limitada. Pero hay casos en que no puede invocarse ninguna de estas causas y, sin embargo, todo el cuadro de la septicemia aparece; siempre falta algún síntoma que permite abrigar la esperanza de que termine favorablemente, pero, por lo común, hasta que los fenómenos de defervescencia nos indican claramente que se trata de una forma benigna ó frustrada, estamos en duda.

Lo mismo se presenta en casos complicados que en casos sencillos: éstos

precisamente demuestran que se trata de una verdadera infección; antes de las primeras veinticuatro horas, la temperatura se eleva á 38 ó 38°,5 y el pulso se hace frecuente. Se evacúa el intestino y los fenómenos siguen en aumento y llega á 120 ó 130 pulsaciones por minuto; la secreción urinaria escasa; hay insomnio y agitación, pero en las formas frustradas nunca llega á alterarse el semblante. Luego, lentamente ó de una manera rápida, todo entra en orden, y á los tres ó cuatro días la terminación favorable es evidente (lámina VIII, II).

Aunque raras, existen formas hiperpiréticas de septicemia frustrada en las que el termómetro alcanza 40°; se sostiene horas, á veces días, á esta altura, luego baja á la normal, y nada patentiza una verdadera infección. No se ha presentado fenómeno alguno abdominal, ni vómitos ni parálisis intestinal, ni malestar general ni semblante descompuesto. En estas formas de septicemia hiperpirética frustrada, generalmente el pulso no pasa de 100 (lámina VIII, IV). Escojé el caso de la figura IV como ejemplo por pertenecer á una sencillísima histeropexia y, por tanto, sin traumatismo ni larga duración de la intervención. No supuró la herida ni presentó ninguna otra alteración.

Las dos formas que luego describiré de septicemia peritoneal tienen su representante en las formas frustradas, y yo opino que como aquéllas son casi siempre producidas por streptococcus poco virulentos, ó en poca cantidad, ó que son vencidos por organismos que gozan de poca susceptibilidad ó de grandes defensas naturales.

El tratamiento suele ser inútil, aunque no deje de emplearse en tales casos la quinina, la antipirina y los purgantes; deben asimismo sostenerse las fuerzas de la enferma, y estos casos, precisamente, acreditarían el suero normal si en ellos se empleara; creo que los que se muestran entusiastas del suero en la septicemia peritoneal, y atribuyen su fracaso al empleo tardío del mismo, obtendrán gran número de sus triunfos en estas formas de septicemia frustrada que espontáneamente van á la curación. Y ello lo deduzco de los escasos resultados que con el mismo he obtenido en los casos de septicemia grave: claro está que su empleo no ha de contrariar su terminación favorable y espontánea.

Tengo la convicción que algunos casos de septicemia frustrada y que terminan favorablemente, no son debidos á la infección, sino que deben atribuirse á la posición de Trendelenburg; ciertamente que durante la anestesia no tiene esta posición el más pequeño inconveniente para la regularidad de la misma, pero en la convalecencia he observado en tres ó cuatro casos fenómenos que parecen ser debidos á una congestión cerebral originada, á mi entender, por la posición declive, pues todas ellas han sido operadas en la posición de Trendelenburg, y yo no había observado nunca un cuadro semejante antes de emplear esta posición, ni tampoco ahora en los casos en que no se recurre á la misma. El cuadro clínico es enteramente parecido al de una septicemia frustrada ó benigna con lentitud de pulso que no pasa nunca de noventa, pupilas contraídas, somnolencia, paresia general; alguna vez he observado el tipo de respiración cerebral y subdelirio tranquilo: la temperatura que al segundo día alcanza y se mantiene alrededor de los 39°, desciende lentamente para quedar normal al cuarto ó quinto día: no hay dolor, ni sed, ni vómitos, ni agitación; la herida está aséptica y el peritoneo no da la más pequeña señal de infección: en el primer caso que me llamó la atención para creer en un proceso congestivo

cerebral, persistió durante varios días cierta torpeza en el hablar y paresia de la vejiga y de las extremidades inferiores. Todas las he visto terminar favorablemente sin más tratamiento que insistir en los purgantes con alguna más energía de la que se acostumbra en los casos normales.

3.º *Septicemia común*.—En la septicemia peritoneal de forma común los fenómenos son generales, siendo muy escasos los locales, aunque á veces se mezclan con ella fenómenos de peritonitis.

Los agentes causantes de la septicemia peritoneal, así de esta forma como de la hiperpirética, son los mismos que los productores de la peritonitis, pero principalmente el streptococcus.

Su característica es la elevación de la temperatura en ziszás y la existencia de remitencias; raras veces alcanza la temperatura á 40 grados. El pulso es pequeño y frecuente, con desigualdades en su ritmo: un pulso depresible y á 120, con irregularidad de frecuencia, es de los peores síntomas que puedan presentarse. Sin dolor abdominal, á veces faltan los vómitos ó son substituidos por alguna náusea: sed intensa, insomnio pertinaz y secreción de orina escasa (200 gramos y menos en veinticuatro horas).

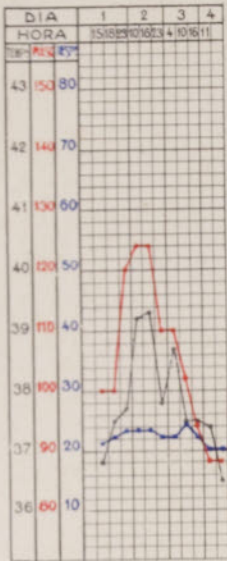
Este cuadro se inicia el primero ó segundo día, y en veinticuatro horas recorre todo el ciclo hasta la muerte de la enferma. Aunque la temperatura no suba más, con alguna oscilación se sostiene alrededor de 39º; el pulso es cada vez más frecuente, y la respiración más superficial; la enferma se pone angustiosa, indócil, presentando movimientos inconscientes y atáxicos de las extremidades inferiores. El calor cutáneo mal repartido y el sudor desigual. A veces, ya al principio, se presenta en el rostro un sello especial, que falta siempre en las formas anteriores, y muy raras veces he visto que desapareciera y tomara la enferma un curso favorable; no es la facies contraída de la peritonitis: por el contrario, el rostro liso, como en la parálisis de sus músculos, los surcos nasolabiales desaparecidos y la cara sin expresión, como si fuese de cera. Esta facies parece indicar la intoxicación de los centros nerviosos por las toxinas formadas por los microbios virulentos, que en tales casos invaden toda la economía.

Veinticuatro ó cuarenta y ocho horas es la duración usual de esta septicemia; algunas veces tarda tres días en producir la muerte, pero es casi siempre mortal (lámina VIII, III). Su terminación es bastante análoga al cuadro del colapso operatorio, y algunas veces se habrá confundido con él, aparte de que se comprende que con facilidad se presentarán cuadros mixtos en la terminación fatal de algunas operadas de laparotomía: colapso operatorio, infección peritoneal, parálisis intestinal, anemia, inhibición renal reunidas, pueden dar al síndrome muchos matices y dejar en duda, á veces, de cuál haya sido la causa de la muerte.

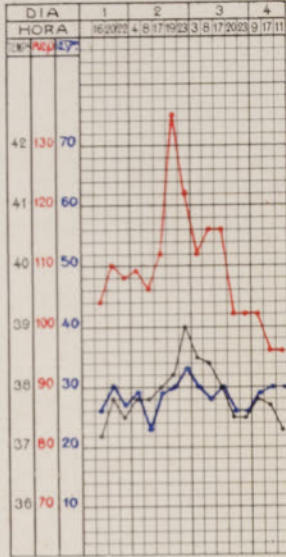
El tratamiento es sintomático, pero completamente ineficaz. Racionalmente procede abrir el vientre, lavarlo y drenarlo para agotar el foco de la infección: con ello, cuando no se precipita el fin de la enferma, se logra á lo más cierta reacción que retarda unas horas el desenlace. Las inyecciones de suero antistreptocócico y de suero normal fracasan igualmente.

4.º *Septicemia hiperpirética*.—En esta forma el síntoma principal es la temperatura: á las pocas horas de operada la enferma, el termómetro sube á 38 grados, y á cada nueva observación se añaden algunas décimas para alcan-

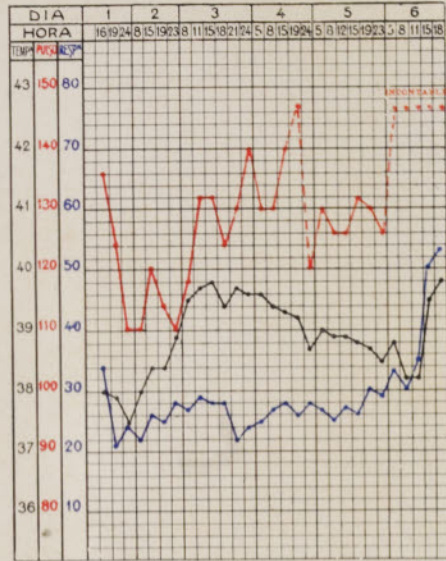
LÁMINA VIII



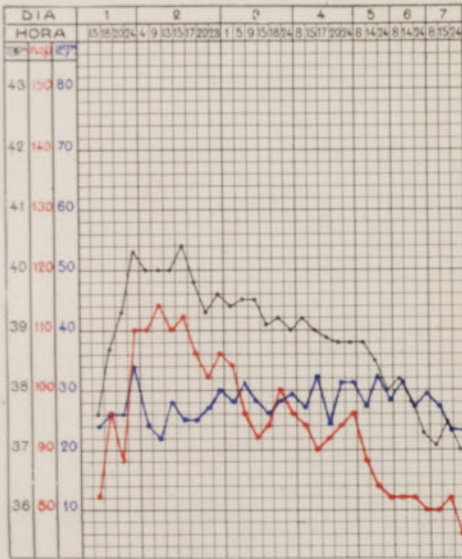
I. FIEBRE DE REABSORCIÓN



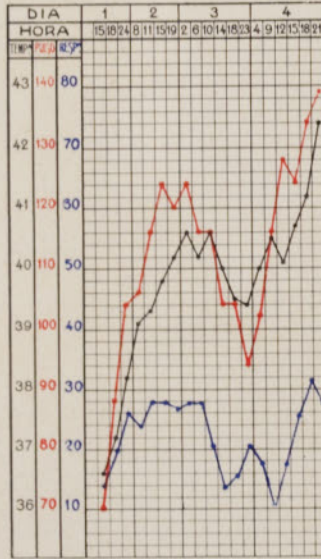
II. SEPTICEMIA COMÚN FRUSTRADA.



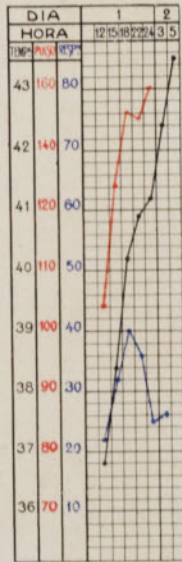
III. SEPTICEMIA COMÚN MORTAL.



IV. SEPTICEMIA HIPERPIRÉTICA FRUSTRADA.



V. SEPTICEMIA HIPERPIRÉTICA MORTAL.



VI. SEPTICEMIA HIPERPIRÉTICA AGUDÍSIMA MORTAL.

Gráficas térmicas, esfígmicas y néumicas de la septicemia peritoneal post-operatoria.

(Observaciones tomadas desde el día primero de la operación.)

zar 39 grados el primer día, 40 y décimas el segundo, 41 y á veces 42 el tercero ó el cuarto, antes de la muerte (lámina VIII, v). La curva es ascendente, con pocas oscilaciones, hasta la terminación. El pulso sigue, aunque á veces tardíamente, el movimiento termométrico y llega á 120 y 140. En esta forma de septicemia no suele haber ningún otro síntoma local ni general: no hay vómitos, dolor abdominal ni meteorismo; el intestino se evacúa fácilmente, pero la temperatura no baja: la enferma tiene buen semblante, duerme á ratos, orina abundantemente y transpira bien; sólo pocas horas antes de morir presenta algún síntoma cerebral que anuncia la terminación.

He visto un caso notable por la rapidez con que se desarrollaron los síntomas (1). A las diez y siete horas falleció la enferma con 43,5 de temperatura (lámina VIII, vi); aunque la operación fué laboriosa, no cabe invocar más que una infección extremadamente virulenta: se trataba de una histerectomía por mioma, de modo que no puede inculparse una infección preexistente: orinó 700 gramos y no presentó un vómito ni un dolor. El rostro y la piel estaban tan inyectados que parecía iba á estallar una escarlatina. Una invasión tan fulminante es rara: yo no he visto otro ejemplo. Kelly cita algún caso parecido, pero de todos modos no es lo común.

Dada la inutilidad de todo tratamiento en estos casos, me he decidido por emplear los baños generales. En Junio y Septiembre de 1903 traté por la balneación dos casos graves que relato á continuación por su importancia.

Se trataba en el primer caso de una joven múltipara portadora de un enorme quiste del ovario, á la par que su séptimo embarazo; tuvo un parto completamente normal, pero á los dos días se iniciaron fenómenos peritoníticos que atribuí á torsión del pedículo: aunque algo intensos, dichos fenómenos permitieron demorar la operación hasta veinticinco días después del parto. La operación fué algo laboriosa, aunque muy rápida: el quiste, muy voluminoso, tenía sínfisis reciente con las paredes abdominales y con un metro de intestino delgado: era multilobular y el contenido de alguna de sus cavidades se derramó en el peritoneo.

Terminada la operación á las once de la mañana, la temperatura y el pulso ascendieron para alcanzar, á las nueve de la noche del primer día: T., 39°,7; P., 114; R., 20.

Durante el segundo día la temperatura más baja es 39°,5, y á las nueve de la noche alcanza: T., 40°,2; P., 120; R., 21. Alguna náusea, opresión precordial, insomnio y alguna excitación. Orina en las veinticuatro horas, 700 gramos; suda, y se obtienen fácilmente dos deposiciones abundantes gracias á la administración de un citrato y de enemas.

Todo el tercer día transcurre sin que el termómetro baje de 40°, alcanzando hacia la noche: T., 40°,5; P., 124; R., 20. Insomnio, agitación, lengua seca y roja, cefalalgia y náuseas. Orina, unos 600 gramos. Inútilmente se propina quinina á la enferma desde el día anterior; la antipirina tampoco produce ningún resultado.

Al comenzar el cuarto día, y persistiendo el mismo cuadro, se da el primer baño á la una de la madrugada. Temperatura del baño, 34°, que se hace des-

(1) *Anuario de mi Clínica*, 1898, pág 106.

cender lentamente á 25°, permaneciendo en él la enferma 17 minutos. Una hora después del primer baño: T., 38°,8; P., 108; R., 22. Durmió algo, pero seis horas después, ó sea á las ocho de mañana: T., 40°,3; P., 118; R., 22. Segundo baño de 11 minutos: temperatura del baño: 33° al comenzar y 19 al concluir; la enferma salió del baño con 37° y 100 pulsaciones: después del baño duerme hora y media. Seis horas después, ó sea á las dos de la tarde: T., 39°,7; P., 110; R., 18; tercer baño, con temperatura inicial de 28° y descenso hasta 18; á los diez minutos sale del baño la enferma marcando el termómetro 36°,5. Duerme después del baño y siente bienestar. Seis horas después del tercer baño, ó sea á las nueve de la noche: T., 39°,1; P., 104; R., 19; se le da el cuarto baño igual á los anteriores y la temperatura axilar desciende en ocho minutos á 36°.

Doce horas después, ó sea á las nueve de la mañana del quinto día, alcanza: T., 39°,2; P., 108; R., 20. Se le da el quinto baño de once minutos, después del cual duerme plácidamente. Doce horas después, ó sea á las diez de la noche, sólo había alcanzado: T., 38°,7; P., 98; R., 18. Se da el sexto baño, de diez minutos. Después de éste la temperatura quedó en la normal y la convalecencia fué rápida y sin contratiempo. La herida no presentó complicación ninguna.

En el segundo caso se trataba de un gran fibroma intersticial y voluminoso de la pared anterior y fondo del útero enormemente hemorrágico, recayendo en una mujer de cuarenta años profundamente anémica. Practiqué la histerectomía abdominal subtotal con la mayor facilidad, pues no había adherencia ninguna ni hubo el más pequeño contratiempo; duración total de la operación, treinta minutos.

El primer día, á las once de la noche, alcanza: T., 39°,3; P., 104; R., 32. Pulso desplegado, sudor abundante y 500 gramos de orina.

El segundo día por la mañana, á las ocho, desciende: T., 38°,6; P., 100; R., 22; va ascendiendo para alcanzar á las cinco de la tarde: T., 40°,3; P., 120; R., 21; sin sudor, secreción urinaria disminuída, temblorosa, arcadas y respiración fatigosa; á las seis, primer baño de diez minutos á 30°; sensación de bienestar, duerme algún rato y presenta, diez minutos después, 38°,5. A las once de la noche alcanza otra vez: T., 40°,2; P., 124; R., 27, con piel ardiente y subsulto de tendones: segundo baño de diez minutos; diez minutos después marca el termómetro 39°.

A las ocho de la mañana del tercer día presenta: T., 39°,6; P., 110; R., 24. Durante la noche alcanzó 40°,3; estuvo agitada, con subdelirio y subsulto de tendones, cuyo estado continúa al tomar el tercer baño, después del cual la enferma se calma y duerme, presentando, quince minutos después del baño: T., 38°,6; P., 94; R., 18. Después de este tercer baño, y vistos sus efectos, se repiten durante el día en la forma siguiente:

Once mañana: T., 39°,5; P., 108; R., 16, cuarto baño; diez minutos después: T., 38°,6; P., 94; R., 18.

Cuatro tarde: T., 39°,5; P., 104; R., 18, quinto baño; diez minutos después: T., 38°; P., 90; R., 15.

Siete y media tarde: T., 39°; P., 104; R., 18, sexto baño; diez minutos después: T., 37°,3; P., 90; R., 16.

Once noche: T., 38°,6; P., 100; R., 20, séptimo baño; diez minutos después: T., 37°,5; P., 90; R., 19.

Durante el cuarto día tomó otros cinco baños, aunque el pulso quedó siempre entre 80 y 90 y la temperatura no pasó de 38°,5. El quinto día todavía se dieron dos baños, que, como los del día anterior, obedecían, más que á otra cosa, al deseo de complacer á la enferma, que los pedía con insistencia por el bienestar que desde el primero encontró. No tomó esta enferma ninguna otra medicación.

Posteriormente he tenido ocasión de emplear los baños en algún otro caso, que en conjunto alcanzan á ocho. En todos ha sido el resultado satisfactorio, menos en uno en que la autopsia demostró la existencia de peritonitis general supurada.

No es tratamiento recomendado por los autores: tan sólo recuerdo que Greig-Smith (1), y con él algunos autores ingleses, hablan de perfrigeración cuando en las operadas de laparotomía hay altas temperaturas, pero no le conceden gran importancia: Ludvig-Craft es el único que recomienda la balneación y los alcohólicos como el mejor tratamiento de la septicemia laparotómica.

Yo he podido adquirir el convencimiento que es el mejor medio que poseemos. Claro está que no es una panacea y que al emplear los baños no hemos de recurrir á ellos en aquellos casos de septicemias frustradas que terminan espontáneamente de un modo favorable, ni aquellas otras de septicemia verdaderamente maligna con temperaturas en zis-zás, más bien moderadas que altas y pulso pequeño y frecuente: éstos, hoy por hoy, escapan á todo tratamiento; afortunadamente son cada día más raros. La verdadera forma tributaria de la balneación es la hiperpirética y en ella los resultados son excelentes; yo recuerdo casos terminados fatalmente, ocurridos en mi práctica antes de 1903, que tengo la convicción que habrían sido fácilmente dominados por los baños.

Demostrada la tolerancia de las laparotomías para la balneación, no existe contraindicación ninguna y puede recurrirse á ellas, aun en casos dudosos respecto al resultado que pueda obtenerse.

j. La *flebitis*, después de la laparotomía, suele ser una complicación tardía y poco frecuente. Kelly le señala una proporción de 1 por 100, y mis observaciones concuerdan con esta cifra.

Por lo general, invaden la vena ilíaca externa y femoral: aparece quince días ó tres semanas después de la operación, y se inicia por un escalofrío no muy intenso, dolor tolerable hacia la fosa ilíaca correspondiente (los casos que he visto, todos han sido unilaterales menos uno), frecuencia de pulso (120) y elevación de temperatura. Ese cuadro general es pasajero y al día siguiente aparece edema en la extremidad inferior correspondiente, generalizado, duro y poco doloroso. El edema va pronunciándose en los días sucesivos hasta que se estaciona, y posteriormente va reabsorbiéndose, aunque con lentitud, y quedando siempre la extremidad más abultada que su congénere.

Aparece, generalmente, en los casos en que ha habido necesidad de maniobras pelvianas por tumores sesiles ó muy adheridos ó incluídos en el ligamento ancho.

(1) GREIG-SMITH: *Abdominal Surgery*, pág. 81.

No reviste gravedad: todas las he visto terminar favorablemente.

El tratamiento es muy sencillo: reposo los primeros días para que no se desprenda el trombus y se convierta en émbolo circulante, cuyos resultados podrían ser fatales. Embrocaciones con una pomada calmante de láudano ó ictiol, y vendaje de franela para mantener el calor y la circulación. Más tarde, ya estacionada la dolencia, es conveniente un vendaje circular compresivo ó una media elástica para favorecer la reabsorción del edema.

h. Relacionados con la flebitis y obedeciendo á la misma causa, se presentan á veces ataques de *embolia pulmonar*. Desde los trabajos y exploraciones de Malher en la clínica de Leopold, y sobre todo de los estudios de Olshausen, se ha podido comprobar que los ataques de embolia no son raros.

Ocurren, por lo común, en enfermas operadas de tumores voluminosos que ejercían compresión sobre los troncos venosos de la pelvis, ó bien en enfermas atacadas de neoplasias malignas. Probablemente son debidas á infecciones poco virulentas de las venas pelvianas, que forman trombus más ó menos grandes. Si estos trombus se desprenden siguiendo la circulación venosa, van á parar á la arteria pulmonar y producen la embolia pulmonar. Esto suele ocurrir ya muy adelantada la convalecencia, á los quince ó veinte días; súbitamente siente la enferma un dolor angustioso pre-esternal: sensación difusa como de cinturón, á veces desvanecimientos, pulso algo frecuente, y en ocasiones ligera elevación térmica. Dos casos he visto de esta complicación y los dos terminaron favorablemente. A veces repite la embolia y se forman en el pulmón focos de hepaticización en distintos sitios.

Se comprende fácilmente que un émbolo puede ser bastante grande para producir la *muerte repentina*, como ha podido observarse en algún caso, aunque el fenómeno es raro y enteramente igual á la muerte repentina que ocurre en el período caquético de las neoplasias malignas pelvianas. En 1.250 laparotomías he tenido un caso de muerte súbita. En Febrero de 1903 practiqué una ovariectomía en una múltipara; el caso fué sencillísimo y la operación no duró más de quince minutos; me llamó la atención el estado varicoso del pedículo y del ligamento ancho correspondiente (lado izquierdo); empleé el angiotribo y la ligadura simple con seda delgada. La convalecencia fué del todo feliz: ni pulso ni temperatura tuvieron alteración; la herida cicatrizó por primera intención. Trece días después de la operación, en que la enferma no se había levantado todavía, tomó á las doce una taza de caldo; estaba completamente bien y se disponía á dormir cuando fué acometida de un ataque de embolia pulmonar; por casualidad pude verla á los pocos minutos completamente cianótica. Todo recurso fué inútil: á las doce y cuarto había fallecido. No tenía antecedentes ni alteración cardíaca ni renal. Creo que se formó un trombus en uno de los senos del ligamento ancho: como no hubo la más ligera infección, se adhirió poco á las paredes venosas y se desprendió fácilmente para producir la embolia; con un poco de infección, la adherencia habría sido más intensa y la embolia menos fácil; esto explica por qué en los casos abonados para ello, pero generalmente laboriosos y difíciles, no son más frecuentes.

El tratamiento es puramente expectante y á veces sintomático. Lo esencial es mantener á la enferma en reposo, para que no se desprendan nuevos émbolos, y cuando ha ocurrido un aviso de esta índole, obligarla durante doce ó quin-

ce días á permanecer quieta en cama, para favorecer la adherencia de los trombus flebíticos que puedan existir. Algunas enfermas operadas de tumores muy vasculares las he retenido ocho días más en cama de lo que parecía exigir su estado general y local, para evitar la posibilidad de este accidente.

Actualmente opinan muchos autores que el permitir á las operadas levantarse precozmente es bueno para prevenir la embolia; ninguna estadística de los autores aludidos resulta á este respecto tan favorable como la mía, por lo que no pienso cambiar de conducta.

Tanto la flebitis que he descrito como la embolia tienen semejanza perfecta con las complicaciones análogas que ocurren á veces en el puerperio con los nombres de *flegmasia alba dolens* y muerte repentina puerperal.

l. Las complicaciones pleuro-pulmonares, después de la laparotomía, no son raras y algunas revisten verdadera importancia.

La *pleuresía* puede manifestarse accidentalmente: por lo común ocupa el lado derecho y la parte baja; es de creer que en tales circunstancias es debida á la propagación de la infección desde el peritoneo á la pleura por vía linfática. Generalmente ocurre en casos sencillos, y aparece al segundo ó tercer día, con dolor pungitivo en la base del tórax y dificultad respiratoria, con ó sin elevación de temperatura: tiene todo el aspecto de esas pleuresías *á frigore*. La he visto varias veces, y, en general, es pasajera, desapareciendo sus fenómenos en tres ó cuatro días. Sólo recuerdo dos casos en que se formó derrame abundante y seroso; uno de ellos exigió dos punciones: era una enferma con voluminoso tumor del ovario y abundante ascitis: son los más apropiados para la pleuresía con derrame, y, en general, estos casos sobrevienen ya muy adelantada la convalecencia: en el mío sobrevino el derrame cinco semanas después de la operación.

Cuando se han operado tumores degenerados que recidivan, es bastante frecuente la pleuresía neoplásica con derrame.

El tratamiento de esas pleuresías simples y fugaces es sumamente sencillo: una embrocación de tintura de yodo ó un cataplasma sinapizado producen bastante alivio para que pueda abandonarse la curación completa á la resolución espontánea.

No son ya tan benignas las complicaciones pulmonares, por el contrario, á juzgar por lo que he visto, son verdaderamente temibles y graves.

Figuran en mi estadística bastantes casos de terminación fatal por bronco-pneumonía; pero muchos de ellos creo que no guardan con la laparotomía otra relación de causa á efecto que la influencia que la laparotomía ejerce sobre el organismo como causa deprimente.

En la producción de la bronco-pneumonía post-operatoria son muchos los factores que entran en juego. La anestesia por el éter, según indiqué ya al hablar de la misma, ejerce gran influencia para el desarrollo de la bronco-pneumonía en personas de edad avanzada, y aunque procuro no se prodigue, cuando la índole de la intervención ó las malas condiciones de la enferma lo exigen, se emplea aunque sea con parquedad. El catarro bronquial crónico, en enfermas de edad avanzada, basta por sí solo para originar la bronco-pneumonía, añadiendo á él el decúbito prolongado, los efectos de la anestesia y los de la intervención; hasta la estación puede influir, pues si bien una persona joven no

No reviste gravedad: todas las he visto terminar favorablemente.

El tratamiento es muy sencillo: reposo los primeros días para que no se desprenda el trombus y se convierta en émbolo circulante, cuyos resultados podrían ser fatales. Embrocaciones con una pomada calmante de láudano ó ictiol, y vendaje de franela para mantener el calor y la circulación. Más tarde, ya estacionada la dolencia, es conveniente un vendaje circular compresivo ó una media elástica para favorecer la reabsorción del edema.

k. Relacionados con la flebitis y obedeciendo á la misma causa, se presentan á veces ataques de *embolia pulmonar*. Desde los trabajos y exploraciones de Malher en la clínica de Leopold, y sobre todo de los estudios de Olshausen, se ha podido comprobar que los ataques de embolia no son raros.

Ocurren, por lo común, en enfermas operadas de tumores voluminosos que ejercían compresión sobre los troncos venosos de la pelvis, ó bien en enfermas atacadas de neoplasias malignas. Probablemente son debidas á infecciones poco virulentas de las venas pelvianas, que forman trombus más ó menos grandes. Si estos trombus se desprenden siguiendo la circulación venosa, van á parar á la arteria pulmonar y producen la embolia pulmonar. Esto suele ocurrir ya muy adelantada la convalecencia, á los quince ó veinte días; súbitamente siente la enferma un dolor angustioso pre-esternal: sensación difusa como de cinturón, á veces desvanecimientos, pulso algo frecuente, y en ocasiones ligera elevación térmica. Dos casos he visto de esta complicación y los dos terminaron favorablemente. A veces repite la embolia y se forman en el pulmón focos de hepaticación en distintos sitios.

Se comprende fácilmente que un émbolo puede ser bastante grande para producir la *muerte repentina*, como ha podido observarse en algún caso, aunque el fenómeno es raro y enteramente igual á la muerte repentina que ocurre en el período caquético de las neoplasias malignas pelvianas. En 1.250 laparotomías he tenido un caso de muerte súbita. En Febrero de 1903 practiqué una ovariectomía en una múltipara; el caso fué sencillísimo y la operación no duró más de quince minutos; me llamó la atención el estado varicoso del pedículo y del ligamento ancho correspondiente (lado izquierdo); empleé el angiotribo y la ligadura simple con seda delgada. La convalecencia fué del todo feliz: ni pulso ni temperatura tuvieron alteración; la herida cicatrizó por primera intención. Trece días después de la operación, en que la enferma no se había levantado todavía, tomó á las doce una taza de caldo; estaba completamente bien y se disponía á dormir cuando fué acometida de un ataque de embolia pulmonar; por casualidad pude verla á los pocos minutos completamente cianótica. Todo recurso fué inútil: á las doce y cuarto había fallecido. No tenía antecedentes ni alteración cardíaca ni renal. Creo que se formó un trombus en uno de los senos del ligamento ancho: como no hubo la más ligera infección, se adhirió poco á las paredes venosas y se desprendió fácilmente para producir la embolia; con un poco de infección, la adherencia habría sido más intensa y la embolia menos fácil; esto explica por qué en los casos abonados para ello, pero generalmente laboriosos y difíciles, no son más frecuentes.

El tratamiento es puramente expectante y á veces sintomático. Lo esencial es mantener á la enferma en reposo, para que no se desprendan nuevos émbolos, y cuando ha ocurrido un aviso de esta índole, obligarla durante doce ó quin-

ce días á permanecer quieta en cama, para favorecer la adherencia de los trombus flebíticos que puedan existir. Algunas enfermas operadas de tumores muy vasculares las he retenido ocho días más en cama de lo que parecía exigir su estado general y local, para evitar la posibilidad de este accidente.

Actualmente opinan muchos autores que el permitir á las operadas levantarse precozmente es bueno para prevenir la embolia; ninguna estadística de los autores aludidos resulta á este respecto tan favorable como la mía, por lo que no pienso cambiar de conducta.

Tanto la flebitis que he descrito como la embolia tienen semejanza perfecta con las complicaciones análogas que ocurren á veces en el puerperio con los nombres de *flegmasia alba dolens* y muerte repentina puerperal.

7. Las complicaciones pleuro-pulmonares, después de la laparotomía, no son raras y algunas revisten verdadera importancia.

La *pleuresia* puede manifestarse accidentalmente: por lo común ocupa el lado derecho y la parte baja; es de creer que en tales circunstancias es debida á la propagación de la infección desde el peritoneo á la pleura por vía linfática. Generalmente ocurre en casos sencillos, y aparece al segundo ó tercer día, con dolor pungitivo en la base del tórax y dificultad respiratoria, con ó sin elevación de temperatura: tiene todo el aspecto de esas pleuresias á *frigore*. La he visto varias veces, y, en general, es pasajera, desapareciendo sus fenómenos en tres ó cuatro días. Sólo recuerdo dos casos en que se formó derrame abundante y seroso; uno de ellos exigió dos punciones: era una enferma con voluminoso tumor del ovario y abundante ascitis: son los más apropiados para la pleuresia con derrame, y, en general, estos casos sobrevienen ya muy adelantada la convalecencia: en el mío sobrevino el derrame cinco semanas después de la operación.

Cuando se han operado tumores degenerados que recidivan, es bastante frecuente la pleuresia neoplásica con derrame.

El tratamiento de esas pleuresias simples y fugaces es sumamente sencillo: una embrocación de tintura de yodo ó un cataplasma sinapizado producen bastante alivio para que pueda abandonarse la curación completa á la resolución espontánea.

No son ya tan benignas las complicaciones pulmonares, por el contrario, á juzgar por lo que he visto, son verdaderamente temibles y graves.

Figuran en mi estadística bastantes casos de terminación fatal por bronco-pneumonía; pero muchos de ellos creo que no guardan con la laparotomía otra relación de causa á efecto que la influencia que la laparotomía ejerce sobre el organismo como causa deprimente.

En la producción de la bronco-pneumonía post-operatoria son muchos los factores que entran en juego. La anestesia por el éter, según indiqué ya al hablar de la misma, ejerce gran influencia para el desarrollo de la bronco-pneumonía en personas de edad avanzada, y aunque procuro no se prodigue, cuando la índole de la intervención ó las malas condiciones de la enferma lo exigen, se emplea aunque sea con parquedad. El catarro bronquial crónico, en enfermas de edad avanzada, basta por sí solo para originar la bronco-pneumonía, añadiendo á él el decúbito prolongado, los efectos de la anestesia y los de la intervención; hasta la estación puede influir, pues si bien una persona joven no

experimenta los efectos de la estación fría, las personas de edad los sienten fácilmente. A todo ello serán debidos probablemente algunos casos de bronco-pneumonía post-operatoria en personas de más de sesenta años que aparecieron tardíamente y vinieron á ocasionar la muerte de la enferma á los quince ó veinte días sin haber presentado el menor síntoma abdominal, y ya casi en convalecencia, por lo que á la laparotomía se refiere. Recuerdo tres casos, ocurridos todos en enfermas de más de sesenta años, y que empezaron lentamente cinco ó seis días después de la operación, agravándose los fenómenos bronquiales que venían padeciendo y viniendo á terminar en una verdadera bronco-pneumonía generalizada.

La bronco-pneumonía post-operatoria comienza del primero al cuarto día de la operación: indudablemente influyen poderosamente en su desarrollo las condiciones de medio que rodean á la enferma. Así, en tanto he tenido verdaderas epidemias en mi clínica oficial, aun tratándose de personas jóvenes y sin antecedentes pulmonares, en mi clínica privada sólo he visto los casos en contadas ocasiones y siempre en enfermas de edad ó con antecedentes abonados. La falta de una temperatura apropiada en las salas del Hospital durante los meses fríos, predispone sin duda á la presentación frecuente de la pneumonía post-operatoria. Aunque algunas veces reviste gravedad y ocasiona la muerte de la enferma de una manera rápida, no es esta pneumonía tan grave como la que se presenta más tardíamente y en enfermas depauperadas ó de edad avanzada.

Creo, pues, que la bronco-pneumonía es una complicación algo frecuente después de la laparotomía, siempre temible, sobre todo cuando se trata de personas de edad avanzada, y que la laparotomía, con todas sus consecuencias, no obra más que como una concausa.

En mi estadística figura también un caso de bronco-pneumonía después de la extirpación de un enorme quiste hidatídico del hígado. Ya es sabido cuán frecuente es esta complicación en los grandes quistes hidatídicos hepáticos, pero las condiciones, en este caso, son muy distintas de la laparotomía ginecológica.

El tratamiento á emplear es el corriente en estos casos y los resultados que se obtienen están en relación con la índole de los casos; recuerdo una verdadera epidemia (ocho casos en dos meses) en mi clínica del Hospital, de forma benigna y que todas curaron. Otras veces es verdaderamente grave y el tratamiento resulta ineficaz, siendo las más temibles las que recaen en personas de edad avanzada, ó con antecedentes pulmonares. Lo menos la tercera parte de la mortalidad (1) que actualmente tengo en mis series es debida á complicaciones pulmonares.

II. Otra complicación, con la que hay que contar, aunque no sea muy frecuente, pues yo no he tenido ocasión de observarla, es la *estrangulación intestinal* ó *íleo*. Generalmente es tardía en su aparición; quince días, tres semanas y aún más tarde después de la intervención, porque reconociendo por causa un acodamiento por adherencia ó una brida que liga el intestino, ó adhesiones mutuas intestinales, se necesita cierto tiempo para que esas uniones adquieran

(1) Véase pág. 213.

la resistencia necesaria para producir la estrangulación; no obstante, puede presentarse en los primeros días, cuando un asa intestinal penetra inadvertidamente durante la operación por una abertura accidental en el mesenterio ó epiplón, como sé cita algún caso.

No deben confundirse con la estrangulación ó ileo los falsos ileos producidos por peritonitis ó simulados por parálisis intestinales sostenidas por la infección peritoneal, porque entonces encontraríamos muchos ileos (1).

La estrangulación verdadera, no la sintomática de la infección peritoneal, produce el cuadro clásico de esta dolencia: es bastante tolerada por la enferma y da lugar, por regla general, á que se emplee el único tratamiento apropiado cuando fracasan los medios usuales para vencer la estrangulación: la laparotomía.

Pronóstico de la laparotomía.—Nada más difícil que establecer de una manera exacta el pronóstico de la laparotomía, porque los casos que integran una estadística son demasiado distintos. Con la extensión que hoy ha tomado esta intervención, entran en la misma multitud de operaciones que no pueden compararse, de modo que al tratar de establecer el pronóstico general de la laparotomía, no queda más recurso que tomar todos los casos en conjunto, buenos y malos, sencillos y difíciles, y establecer la proporción. Aun así, puede la estadística dar resultados engañosos según que en la misma figuren en mayor ó menor número los casos fáciles y de pronóstico benigno, como histeropexias, castraciones, desprendimientos de adherencias, ó los casos difíciles como histerectomías por grandes miomas, quistes del ovario, supuraciones, neoplasias malignas. Porque en igualdad de circunstancias, y en manos de un mismo operador, tiene razón completa Lawson-Tait cuando dice: *los malos casos dan las malas estadísticas.*

Actualmente se publican series de laparotomías numerosas, hasta de 100, sin una sola defunción, lo que podría hacer creer al lector que la laparotomía es una operación absolutamente benigna; quizá sea verdad si nos referimos al simple acto de abrir y cerrar el vientre, pero la índole de las intervenciones por las que se practica la operación es lo que le comunica gravedad. Tratándose de establecer el pronóstico general de la laparotomía, ni debemos buscar series felices ni hemos de escoger los casos. ¿Acaso es posible, como recomienda Stratz (2) en el Congreso de Amsterdam, escoger los casos, rehusando todos los que puedan ser sospechosos de llevar alguna infección, para no mezclarlos con los otros? Así presentó 120 laparotomías sin una defunción, pero no nos dice la estadística el número de enfermos que rehusó.

Los autores están todos conformes en señalar á la laparotomía en general una gravedad de 8 á 10 por 100, sin distinción de casos y en la época presente, porque antes fué mucho mayor. No es difícil encontrar series en que resulta algo menor, pero también existen otras en que es mayor.

Nada mejor, para formarse idea de la gravedad de la intervención, que presentar mi estadística integral, desde la primera laparotomía hasta la última,

(1) Véase la discusión promovida en el Congreso de Ginebra por una comunicación del doctor Gutiérrez. *Comptes-rendus*, t. II, págs. 126 y sigs.; 1897.

(2) *Comptes-rendus*, pág. 115, 1900.

comprendiendo en ella todos los casos por orden cronológico y en series de 100. Incluyo en ella las operaciones practicadas en mi clínica privada, las hechas á domicilio y las de la clínica oficial (1):

1. ^{er}	centenar, de 1882 á 1891;	mortalidad, 23 por 100
2. ^o	» 1891 á 1894;	» 17 »
3. ^{er}	» 1894 á 1897;	» 9 »
4. ^o	» 1897 á 1899;	» 13 »
5. ^o	» 1899 á 1901;	» 9 »
6. ^o	» 1901 á 1903;	» 6 »
7. ^o	» 1903 á 1904;	» 5 »
8. ^o	» 1904 á 1905;	» 7 »
9. ^o	» 1905 á 1906;	» 5 »
10. ^o	» 1906 á 1907;	» 6 »
11. ^o	» 1907 á 1908;	» 4 »
12. ^o	» 1908 á 1909;	» 5 »

Del treceavo centenar llevo 50 con 2 defunciones en 1.^o de Octubre de 1909 (2).

Para establecer el pronóstico general basta con lo indicado: el análisis de la misma me llevaría á la agrupación de casos y á establecer, por tanto, pronósticos parciales referentes á operaciones determinadas, lo que tendrá su lugar marcado al estudiar cada una de éstas. Basta con indicar que, en la estadística, no sólo figuran las laparotomías que he practicado por enfermedades ginecológicas, que son la inmensa mayoría, sino todas las demás.

Sin duda que los resultados han mejorado notablemente y desde que empleo la técnica aséptica descrita, son mucho menos frecuentes las infecciones mortales. Hace más de tres años que no he perdido en mi clínica privada una enferma de infección que no llevase en sí misma un foco séptico ó por tratarse de afecciones supuradas ó de neoplasias malignas en período de ulceración: aquellos casos de una laparotomía en un abdomen sin proceso séptico en que aparecía á las pocas horas el estigma de la inoculación y moría la enferma en dos ó tres días, han casi desaparecido. Claro está que nuestra seguridad actual no es absoluta y que demasiado comprendemos que puede filtrarse el contagio inesperadamente y malograr casos que parecían libres de todo reproche, pero el hecho es que estos casos apenas existen hoy ó no deben apenas existir, y el pronóstico actual de la laparotomía es sumamente favorable aunque debe siempre mirarse con respeto.

Si queremos establecer un juicio pronóstico antes de la intervención, ten-

(1) En la obra del doctor Altabás: *Tumores del ovario*, Barcelona, 1891, y en mis *Anuarios*, ha bía publicado ya las 350 primeras, hasta 1.^o de Enero de 1898.

(2) La mejora sucesiva de la estadística debe atribuirse, por una parte, á la mayor precisión en la técnica y más seguridad en la antisepsis, logradas en los últimos veinte años; y por otra, á la ventaja que proporciona la experiencia personal, hecho comprobado en las series de todos los operadores.

dremos que formar dos grupos: en uno los casos graves de diagnóstico dudoso, supuraciones, neoplasias malignas, neoplasias con peritonitis, enfermas caquécicas ó excesivamente anémicas, ó que llevan alguna tara orgánica, los que siempre darán una mortalidad relativamente elevada, de 8 á 10 por 100; en otro los casos claros, sin infección ni peritonitis, enfermas en buen estado general y con resistencia orgánica íntegra, ó bien las que deben sufrir intervenciones en que el traumatismo es pequeño, y éstas dan una mortalidad insignificante, de 2 á 3 por 100, debida á accidentes inesperados y á las imperfecciones de la técnica por lo que se refiere á la asepsia.

Considerada en absoluto, la laparotomía es una operación seria que reviste cierta gravedad; considerada con relación á las dolencias contra las que debe aplicarse, es una operación sumamente benigna.

Indicaciones y contra-indicaciones. — Las indicaciones de la laparotomía son muy numerosas, y las estudiaremos en cada caso concreto. A medida que la gravedad ha ido disminuyendo, se ha ensanchado el campo de sus indicaciones, y si algún día llegamos á poder establecer un pronóstico absolutamente favorable, aún se ensanchará más. Actualmente precisa, al sentar la indicación para cada caso concreto, pesar las ventajas y peligros de la intervención y de la abstención, lo que no puede hacerse de una manera general, sino para cada enfermedad en particular.

La cosa cambia para un gran número de casos en que el diagnóstico es dudoso ó imposible, y sin embargo, existe evidente y á veces con urgencia la indicación, que en tales circunstancias recibe el nombre de *laparotomía exploradora*. Pero aun dada la benignidad de la laparotomía, la *exploradora* no debe hacerse sin motivo justificado, y no basta la inseguridad diagnóstica para sentar la indicación. Es preciso que la enfermedad de cuyo diagnóstico dudamos reúna ciertas circunstancias, como son: que los medios médicos hayan fracasado: que la enfermedad sea grave y merezca el calificativo de quirúrgica.

Así, puede resumirse la indicación de la *laparotomía exploradora* diciendo que está indicada *siempre que existe una enfermedad abdominal grave, de índole quirúrgica y contra la que han resultado impotentes los recursos médicos*. Así entendida, se comprende que podría ponerse en el frontis de un hospital: «Aquí se abre el vientre á toda persona que tenga la vida en peligro por una enfermedad abdominal.»

Entiendo que en nuestro país debería prodigarse más la laparotomía exploradora, que, como se ve, llena un fin terapéutico, y que se llama exploradora porque ignora si podrá ó no realizarlo. Yo, por mi parte, no rehusó nunca los beneficios probables de una laparotomía exploradora en ningún caso que reúna las condiciones antedichas, por apurado que sea, aun á trueque de sacrificar algo la brillantez de mi estadística y de pasar por los sinsabores de ver fallecer el mismo día de la operación, por agotamiento, una operada, como me ha sucedido alguna vez, ó de verla fallecer en mi clínica sin lugar á intervenir por su precario estado. En cambio, en varias ocasiones he tenido la satisfacción de salvar casos irremisiblemente perdidos.

La laparotomía no tiene contra-indicaciones en el sentido absoluto de la palabra, porque la contra-indicación es siempre relativa á la indicación. Si ésta

es una indicación vital y de urgencia, no hay contra-indicación; pero si la indicación es simplemente oportunista, pueden existir varias.

La *albuminuria* y la *diabetes* son motivo para aplazar más ó menos una laparotomía en determinadas ocasiones.

Por lo que se refiere á la *albuminuria*, pueden presentarse dos casos: bien se trata de una albuminuria habitual por nefritis crónica, bien de una albuminuria accidental hija de un proceso agudo causante precisamente de la indicación. En el primer caso, si la indicación es urgente, como una torsión de pedículo, una rotura de embarazo ectópico, ú otros parecidos, debe prescindirse de ella y la operación no resulta agravada si la lesión renal no es muy intensa; si la indicación no es urgente, como una ovariectomía ó una miomectomía, es preferible someter á la enferma á un régimen adecuado durante diez ó doce días, durante los que, aunque no se llegue á hacer desaparecer la albuminuria de la orina, se disminuye su cantidad y se desintoxica el organismo, con lo que se logra mayor tolerancia y con ello que la laparotomía no sea más grave. En el segundo, hay que tener en cuenta que la albuminuria accidental, sobre todo si va acompañada de secreción escasa (que se presenta, por ejemplo, en los primeros días de una flogosis pélvica por torsión de un pedículo, en los primeros momentos de la mortificación de un mioma y, buscando otros ejemplos de cirugía abdominal, en una apendicitis tóxica ó al comienzo de una colecistitis, etc.), representa un estado de intoxicación del organismo y agobio renal, que á poco que la laparotomía sea laboriosa puede ser origen de serias y muy graves complicaciones: en tal contingencia, á poco que el estado de la enferma lo permita, se aplazará la operación hasta que desaparezca el estado de inminencia morbosa en que se encuentra el organismo y que nos lo indica el examen de la orina; á veces un retardo de cuatro ó seis días puede asegurar un éxito muy dudoso y no hay duda que muchos casos urgentes permiten esa demora con ventaja. Es también regla general dar la preferencia al éter sobre el cloroformo cuando existe alguna lesión renal.

La *diabetes* puede tener importancia si ofrece cierta intensidad. Creo que la enferma con diabetes que no orina más de 20 ó 25 gramos de glucosa por 1.000 y presenta buen estado general puede tolerar bien la laparotomía: por lo menos yo no he visto que revistiera mayor gravedad y nunca he suspendido una operación necesaria en estas condiciones. En cambio, cuando se encuentra una glucosuria de 70 ú 80 por 1.000, y no es del todo raro encontrar casualmente algún caso que había pasado desapercibido, prefiero someter á la enferma á un tratamiento adecuado y siempre se logra rebajar la tasa de glucosa en pocos días, y en cuanto desciende al límite antes indicado, procedo en seguida á la intervención; podría citar varios casos de esta índole, en que la intervención fué completamente feliz. Por el contrario, si me encontrare con una glucosuria intensa y una indicación urgente como las indicadas en el párrafo anterior, más creo que sería motivo para acelerar que para retardar el momento de la intervención.

No hay duda que un catarro bronquial crónico en una persona de edad es una contra-indicación relativa para la laparotomía; en mi estadística figuran algunos casos cuya terminación fatal es debida á esta circunstancia; pero cuando se trata de una neoplasia maligna ó de un quiste ovárico con peritonitis, por

ejemplo, hay que aceptar la mayor gravedad que á la intervención dan estas circunstancias.

Existe una contra-indicación general, que será siempre motivo para aplazar una laparotomía, si es posible: son las afecciones infectivas agudas, de cualquier clase que sean; cuando ello ocurre, se aplaza la operación hasta que hayan desaparecido los fenómenos febriles.

Hechas estas salvedades, vuelvo á repetir que la laparotomía no tiene contra-indicación absoluta ni en las circunstancias locales de cada caso ni en la edad, ni en el embarazo, ni en las enfermedades de otros órganos ó aparatos compatibles con la vida. *Las contra-indicaciones son puramente relativas á la perentoriedad ó fuerza de las indicaciones.*
