

46-4

~~San del Rio~~

~~Di Santo Domingo~~

81-1-C-1

Ca 2398

No.

1790

Marbraz 2



Algunas complicaciones
post-operatorias
de la
laparotomía.



Capítulo 1º

Generalidades.

La palabra laparotomía introducida en la cirugía por Ashhurst fue universalmente admi-

4

trida por todos los autores. Deriva del Griego y su significado etimológico es; yo corto por debajo de las costillas. En su concepto mas amplio podemos definirla con Chabot diciendo; que es la abertura de la cavidad del abdomen mediante una incision en un punto y en una extension cualquiera de su pared. La historia de la laparotomia como operacion exploradora, esconde sus orices en las cosmogonias de los antiguos tiempos, atribuyendole a Praxagoras de los rios de los Hipocriades, que florecio medio siglo antes de nues-

5

tra era, la primera intervencion en el abdo-
men (.). Posteriormente Paul Barbette describe una
operacion practicada en la cavidad abdominal
a la Baronesa de L. por un joven cirujano, y parece
tratarse por la descripcion que de ella hace de
una estrangulacion intestinal. Pero donde ver-
daderamente debemos buscar el origen de la
intervencion que hoy me ocupa es en la historia
de la operacion cesarea practicada ya por Hipocri-
tates y aconsejada por este unicamente en casos

(.) Este dato fue negado por Hervin. Memoria de la Academia de Ci-
encia tomo 4º pagina 16 Paris 1819.

en que la madre hubiese sucumbido y el hijo viviese
 todavía, estas fueron las indicaciones de la operación cesa-
 ra hasta que Stüfer practicóla en su propia mujer sal-
 vándose ella y su hijo. Mas para buscar el concepto
 e importancia que esta operación hoy tiene, tenemos
 que llegar a la revolución científica que toma pun-
 to de partida en los inmortales descubrimientos de
 Pasteur sobre las fermentaciones y marca para
 la ciencia y mas particularmente para la ciru-
 gía el principio de una era de gran progreso y
 claridad, revelando desde el primer momento

1
un mundo desconocido hasta entonces: el mundo
de lo infinitamente pequeño. De esta época
adquiere su enorme desarrollo (como toda la ci-
vilización) la laparotomía ensanchando sus indi-
caciones y arrancando de las garras de la muerte
un sin número de individuos que a ella de-
ben la salud y la vida.

Sin embargo ni la técnica más esquisita, ni la más
scrupulosa asepsia han privado a la lapa-
rotomía de consecuencias post-operatorias que

con demasiada frecuencia interrumpen la pronta curacion del operado cuando no son la causa de su muerte, consecuencias que dan a esta intervencion el tipo de gravedad que aun hoy se le otorga.

Durante mis años de internado estuve encargado de la vigilancia directa de las operadas de laparotomia de la clinica de Ginecologia, y alli pude observar algunas complicaciones de la laparotomia, y por tal causa elijo este tema para mi tesis doctoral.

Varias son las divisiones que de estas complicaciones pueden hacerse. Entre las hechas por los autores, escoji la de un respetable Maestro que divide estas complicaciones en operatorias, medicamentosas y sépticas. A esta clasificacion me atendi estudiando con preferencia aquellas que tuve ocasion de observar en las clinicas del Hospital de Santiago, y prescindiendo de las que apesar de encontrarse señaladas por algunos autores no han sido observadas por mi, tal vez por su escasa frecuencia; por otra parte no tie-

u

o

Capítulo 2º

Complicaciones traumáticas

Traumáticas locales.

I. Parálisis de la vejiga: Es una complicación casi constante sobre todo, en las intervenciones que se dirigen de una manera directa ó indirecta sobre

licho órgano.

En su aparición la efectúa siempre del mismo modo. Al poco tiempo de terminada la operación, el lacerotomizado siente deseos de orinar y no puede expeler la orina que contiene su vejiga; en este caso debemos practicar el cateterismo y privar así al paciente de esta molestia. Si este no se practicase la vejiga se distendería y llegando á ciertos límites la distension la orina se expeliría involuntariamente. El cateterismo repetido nos protege á salvo venciendo la complicación que me ocu-

ra.

Facilmente comprendemos la frecuencia de los trastornos por parte del reservorio urinario, el traumatismo que directamente pudo producirse en el organo vesical: el miedo y la falta de costumbre de orinar en aquella posicion; la ausencia de contraccion muscular de la pared del abdomen y la paralisis de naturaleza refleja que expondre al tratar del resto de las paralisis nos explican la patogenia de los sintomas vesicales.

Observacion 1^a: Hospital clinico de Santiago. Sala de
 San Pedro (mujeres) n^o 4. J. P. 30 años multipara: me-
 morias un año fecha dismenorrea hace seis me-
 ses. Tumor en el vientre, ocupando la linea media
 que hace cuerpo con el útero; duro, regular y resis-
 tente. Diagnóstico fibroma uterino.

Se comprobó en la operacion que fué laboriosa efecto
 de las adherencias que hubo que vencer.

Et las pocas horas de operada presentose la para-
 lisis de la vejiga que duró tres dias.

Observacion 2^a. Hospital clinico de Santiago - Sala

e Santa Rosa - Cama n^o 10. J. S. Tulipara; hace quince
 e meses empezó a notar abultamiento del vientre.
 De cuatro a esta parte crecimiento rápido del tu-
 mor abdominal que en el reconocimiento presenta
 todos los síntomas de quiste del ovario, diagnóstico
 comprobado por la laparotomía que se practicó el
 día 4 de Diciembre de 1903. A las pocas horas de ope-
 rada hubo necesidad de practicar el cateterismo
 vesical para evacuar la orina contenida en la pa-
 ralizada vejiga; repitiéndose esta operación varias
 veces durante el día desapareció la parálisis a los

matro.

II. Paralisis renal. Entendemos por tal la disminucion ó supresion de la secrecion urinaria.

Es un fenomeno frecuente que la secrecion renal disminuye en las primeras horas que siguen á la laparotomia y aun que llegue á suprimirse por completo. Si esto se prolonga por mucho tiempo esta complicacion se relega á la categoria de sintoma" como dice Spencer-Velles.

De dos maneras puede obrar la laparotomia ocasionando esta complicacion: una mecánica, cuando la intervencion requiere manipulaciones directas en el organo renal venciendo adherencias ó ejecutando

distorsiones y separaciones de dicho órgano resultan-
 lo así una congestión renal pasiva que dificulta la
 excreción de orina estudiada por Robin, y otra refleja
 que influye por medio de los vaso-motores en la entra-
 da renal, obrando en virtud de un mecanismo que
 luego expondré.

Si esta complicación durase algún tiempo y la anu-
 ria fuese completa, el operado presentará eructos,
 náuseas, malestar, marcado meteorismo y gran la-
 titud general: el sueño será interrumpido y a ve-
 ces faltará por completo. En general la remisión

de estos síntomas y el restablecimiento de la función
o la terminación más frecuente de la parálisis renal.
Por el contrario de persistir la amiría presentase ha-
cia el sexto ó séptimo día accidentes graves dificul-
tad respiratoria, sensación de barra hipogástrica,
epistaxis además ya limitados ya generalizados:
Weber cita la sialorrea y los vómitos poco copiosos pe-
ro típicos por su coloración.

La contracción pupilar y los temblores son sínto-
mas de capital interés. El hipo es continuo. La
inteligencia á veces perfecta, pero con más frecuencia

El laparotomizado tiene delirio y alucinaciones, su mirada es ansiosa y urana, los miembros son frios de pequeñas sacudidas, hay calambres, y con frecuencia abolición de movimientos voluntarios; el pulso se torna débil e irregular, la respiración enta y suspirosa, la temperatura desciende y el operado sucumbe casi siempre con todos los síntomas de uremia.

Observacion 3^a. Hospital clinico de Santiago. Sala de Sta Isabel cama n^o 6 - N. N. sin antecedentes.

Tumor indoloro en el riñon derecho de tamaño de una

abera de feto. Diagnostica de quiste renal hidatidi-
o. Practicósele la nefrotomia abdominal. A los cua-
tro dias de operado con persistencia de anuria,
empesó a notar cefalalgia, zumbido de oídos, subiti-
ta ambliopia, la respiracion afectada (ritmo de
Cheyne-Stokes) la pupila insensible a la luz, la
piel se cubrió de un polvillo que despedía olor
amoniacal; y al poco tiempo succumbió nuestro
laparotomizado a los 6 dias de la intervencion.
En la parálisis renal de origen reflejo no ha lu-
gar a tratamiento. En la congestiva, si su dura.

ion fuese sospechosa debemos poner en práctica un tratamiento diurético, administrando la digital, los alcalinos o cualquiera de los medicamentos aconsejados por los autores.

III. Paralisis intestinal. - Durante las primeras 24 horas que siguen a la intervencion es un hecho constante que el tubo digestivo permanece en una inmovilidad casi absoluta y en los casos favorables, al terminar este plazo, desaparece la paralisis, anunciándose dicha terminacion por tolerancia gastrica y sobre todo por contraccion intestinal a veces

colorosa y seguida de expulsión de gases, pero si en este caso carece de importancia la parálisis del intestino, en cambio de persistir mas tiempo puede convertirse en complicación seria y capaz de producir la muerte. El laparotomizado está afectado de insomnio, desasosiego, la respiración es dificultosa por compresión diafragmática, el pulso frecuente (120 a 130) la temperatura asciende a 39° o mas, el meteorismo es marcadísimo por la formación y acúmulo de gases en el intestino y los vómitos son persistentes y continuos.

todavía estos fenómenos pueden alcanzar un máx-
imo más subido y aun sin esto de persistir la com-
plicación es grave y en muchos casos el término
fatal es su resultado.

La causa de esta parálisis como de las anterior-
es ya dijimos que puede ser puramente meca-
nica de intensidad variable según la índole de
la intervención. Además ya Claudio Bernard
experimentalmente demostró la acción parali-
zante que el contacto del aire tiene sobre el tubo
digestivo por una acción física. Wegner demostró

24

tambien que la desecacion y enfriamiento de la
rosca peritoneal podia ser causa de estas complicaciones.

Otra explicacion mas importante, que a fuerza
de ser sabida es olvidada, tienen estos fenomenos;
plenamente demostrado está que la superficie
del peritoneo tiene terminaciones nerviosas procedentes
del gran simpático y en anastamosis con el
plexo celiaco. Estas terminaciones no pueden soportar
los cambios físicos que la abertura del vientre
les acarrea y estos cambios ponen en juego la

irritabilidad del peritoneo por intermedio de
 los filetes, llevando una excitacion verdadera-
 mente patologica al plexo solar; los ganglios semi-
 nales son excitados en mas ó en menos segun
 la intensidad de la causa y por este medio en-
 tran en accion los reflejos vaso-motores depen-
 dientes de este plexo.

La causa de excitacion existe siempre en toda
 la parotomia, que en mas ó en menos irritará
 el peritoneo y por este motivo son tan frecuen-
 tes estas complicaciones.

El tratamiento de la parálisis intestinal, que
con mejores resultados he visto emplear, se reduce
a grandes lavados intestinales con cualquier li-
quido aséptico y algo estimulante, sino fuesen
suficientes el cateterismo recto cólico y los cam-
bios bruscos de posición del operado (ya que el
masaje es difícil practicarlo) serán muy conve-
nientes (Richelot lo aconseja) la faradización
y galvanización, y aun la punción intestinal en
los casos más desesperados y rebeldes.

Observación 4^a. Hospital clínico de Santiago.

Salta de Santa Rosa cama n.º 11. J. P. de 56 años, sin antecedentes patológicos, virgen, bien reglada desde los años hasta los 48 en que apareció la menopausia. Presenta el vientre aumentado de volumen a consecuencia de un tumor duro de superficie lisa que ocupa la fosa iliaca derecha. La marcada separación entre el tumor y el útero permite diagnosticar un fibroma del ovario, juicio confirmado por la laparotomía que se llevó a cabo el 1 de Marzo del año próximo pasado.

En el diario de observación de esta enferma re-

distrose la parálisis intestinal: su temperatura
a las 4.0 horas de operada ascendió a $38^{\circ} 5$, el
meteorismo muy marcado, el insomnio pertinaz,
los vómitos aparecieron después de haber cedido
los cloroformicos y la disnea empezaba a presen-
tarse, pero un amplio lavado intestinal con
agua esterilizada simplemente puso fin a esta
complicación saliendo curada nuestra enfer-
ma el 28 del mismo mes.

Observacion 5^a. Hospital clínico de Santiago, sala
de S^{na} Pedro (mujeres) cama n^o 2 - P. S. 24 años

ulipara, tumor en la cavidad abdominal, lo-
bulado elástico y fluctuante partiendo del lado
derecho y ocupando gran parte de la cavidad.
Diagnóstico quiste multilocular del ligamento an-
cho. Practicada la laparotomía compruébase
que el quiste era multilobular, después de extraído
procedese a la sutura de las hojas de ligamen-
to ancho y toilette del peritoneo suturase la
pared y aplicando el apósito dase por termi-
nada la operación.

Curso post-operatorio - Día 2^o. Continúa la pará-

sis y pónese un enema glicerinado para con-
tárlo.

Día 8. Acentúase la parálisis. Permítensele ciertos
movimientos a la enferma y un abundante la-
gado intestinal vence la complicación. Desde
este momento el curso post-operatorio se hace nor-
mal.

IV. Hemorragia. En la laparotomía tiene lugar
una pérdida de sangre mayor o menor a veces
considerable como en algunos tumores del útero
por ejemplo, resultando de ella un estado de

enemias agudas muy pronunciado y en algunas ocasiones causante de una muerte rápida.

Cuando esta complicacion se presenta el laparotomizado experimenta en un principio una sensacion de bien estar, que bien pronto se traduce en gran debilidad; las mucosas se tornan pálidas, la respiracion es frecuente; el pulso pequeño (a veces imperceptible) y rápido; la secrecion urinaria disminuye, la sed es intensa y hay vértigos rumbidos de oidos y desvanecimientos. Estos son los sintomas capitales que nos

permite diagnosticar la hemorragia interna
que coloca a los operados en ese estado de anemia
aguda, complicacion demasiado frecuente en
el curso post-operatorio de la laparotomia.

Si buscado el punto de donde mana la san-
gre, la hemorragia fué cohibida, el organismo
reponese pronto de la perdida sufrida. Absor-
bese parte de los jugos que existen en el paren-
quima organico y de este modo restablecese, si-
no en calidad en cantidad, y la tension in-
travasular hácese mas fuerte. Claro está que

el elemento figurado de la sangre se halla disminuido y muy rebajada la cantidad de hemoglobina, pudiendo comprobar este dato por el examen cromométrico practicado por medio del hematocopio de Herocque.

Aun cuando á veces (sobre todo en los casos en que la hemorragia no fué de gran consideracion) basta por sí solo el organismo para reparar la pérdida resulta peligroso y aun insuficiente dejarle abandonado así mismo, y antes que la vida por falta de tension vascular.

ar se halle comprometida estamos obligados
 a poner en práctica los medios que la terapéu-
 tica aconseja, y si así no obramos nos exponemos
 que dada la rapidez y acentuacion con que la
 meningitis se presenta en muchos casos lleguemos
 tarde á vencerla.

Las inyecciones intravenosas de cualquier suero
 artificial nos servirán de mucho aun en los
 casos de mayor intensidad.

La formula de suero que he visto emplear fue

La del profesor (1) Hayem a la temperatura
de 37 a 38 c. (2).

La inyección en el tejido celular y en el perito-
neo si menos rápida en su acción tiene así toda
la importancia.

Con el objeto de evitar la anemia post-operatoria que
podría sobrevenir por la pérdida de sangre sufi-
ciente durante la operación, he tenido ocasión de obser-
var la práctica de algunos cirujanos que aprovechan

(1) Suero Hayem - Agua esterilizada 1.000 grs - Cloruro de sodio puro 5
grs - Sulfato de sosa 10 grs - Suero de Croce - Suero de Desmons - Suero de Huchart - Suero de Lenton
(2) Lepine (Sociedad de Medicina de Lyon 12 Julio 1897) demostró que la solución de
suero a la temperatura ordinaria de las habitaciones no causa efecto perjudicial.

26

el momento de tener la cavidad abdominal abierta para dejar dentro de ella cierta cantidad de agua destinada a ser absorbida y prevenir de este modo los efectos post-operatorios de la hemorragia.

Observacion 6^a. Hospital clinico de Santiago - Sala de Santa Rosa, cama n^o 10 - J. C. 40 años, multipara.

Hace dos años notó la presencia de un tumor abdominal por cuya causa ingresó en la clinica en donde pudimos observar dicho tumor, que tenia enorme desarrollo comprimiendo los órganos vecinos y llevando hasta el diafragma produciendo disnea, marcada compresion de la vejiga y recto, no-

ando por el tacto vaginal la presencia de una parte del tumor saliendo al través del cuello.

Nuestra enferma tenía abundantes metrorragias diagnóstico enorme fibroma uterino. Practicase la histerectomía abdominal, operación que en este caso resultó muy laboriosa por el enclavamiento del tumor en el fondo de la pelvis y las fuertes y múltiples adherencias que tenía con los órganos inmediatos.

Durante la operación hubo gran pérdida de sangre que obligaron a practicarle varias inyecciones de suero Hayem en el tejido celular, al poco tiempo

no de terminada la operacion. Despues de hechas
 estas inyecciones desplegóse el pulso y la enferma
 reaccionó de un modo inesperado; pasajera fué es-
 ta mejoría. Los sintomas de la anemia aguda pre-
 sentáronse y antes de dar tiempo á practicar una
 inyeccion intervenosa murio nuestra laparotomi-
 zada con los sintomas típicos, que expuse ha poco,
 el estudiar la complicacion que termino de exponer.
 Estudiemos ahora la última complicacion del que-
 bro de las traumáticas locales.

V. Dolor. Dos opiniones opuestas y fundadas en da-
 tos clinicos presentanse al estudio de la sensibilidad

peritoneal. Dice Haller que el peritoneo es insensible; por el contrario Lawsson-Cait cree que es extremadamente sensible. J. Jonin dice el "peritoneo normal tiene escasa sensibilidad dolorosa, pero posee una gran excitabilidad". Basta este positivo dato para explicar la complicación dolor: por cualquier agente físico, químico o séptico despiértase la irritabilidad peritoneal y aparece entonces la sensibilidad dolorosa negada por Haller. Veamos lo que ocurre en la laparotomía. Si durante la operación hemos procurado y conseguido evitar todas

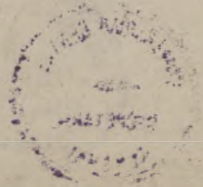
Las causas que puedan irritar el peritoneo, entonces no se presentará el dolor; por el contrario, si el enfriamiento, el traumatismo o algún anti-éptico obró sobre la serosa, el dolor se presentará: espontáneo, intenso y vivo. La frecuencia con que las causas de irritabilidad peritoneal se ponen en juego en la laparotomía nos explica los numerosos casos afectados de esta complicación que fortunadamente tenemos medios para combatirla y salir airosos, privando con la morfina a los operados de esta complicación que si bien leve

no lesta mucho al laparotomizado.

Observacion 7^a. Hospital clinico de Santiago. Sala de San Pedro (mujeres) S. F. 25 años, multipara. En los ultimos meses de su embarazo tuvo alguna metrorragia. El parto feliz, el puerperio normal. Poco tiempo empezò a notar un tumor en la cavidad abdominal, en el cual podemos apreciar desigualdades y diferente consistencia en su superficie movable; forma cuerpo con el utero y su tamaño es el de una cabeza de adulto. Diagnóstico, mioma uterino. Practicose la laparotomia


equida de histerectomía total, operación poco laboriosa y de corta duración. Algunas horas después de terminada la operación, la enferma viose acometida de ligeros dolores primero, pero que bien pronto se hicieron muy vivos y que cedieron a la morfina, administrada en inyección hipodérmica y al 1 %.

Salio curada a los 15 dias.



Traumáticas generales.

Concentración. Es por decirlo así, el grado mínimo de disminución de fuerzas y actividades, des- pues del traumatismo abdominal. Se caracteriza por descenso en la temperatura, pulso pequeño y desigual distribución del calor periférico. Este estado dura de 8 a 20 horas y desaparece al cabo de este tiempo sin que nos alarme lo más mínimo, pues sabemos que, por rarísima excepción, deja de presentarse y que nunca trae consigo mal pronóstico.



Observacion 8^a. Hospital clinico de Santiago- Santa Ana n^o 2. F. A. de 50 años, multipara. Notó rápido crecimiento del abdomen, por presencia de un tumor lizo redondeado y fluctuante que partiendo del lado izquierdo ocupó gran parte de la cavidad. Diagnóstico, quiste del ovario izquierdo. Compruebase el diagnóstico por la laparotomía que se llevó a cabo el día 7 de Abril de 1902. Al terminar la operación la temperatura descendió un poco, las extremidades se enfriaron y el pulso se hizo pequeño: la colocacion de unos botijos con agua caliente fue suficiente para que desapareciese este fenómeno.

Colapso: Está caracterizado por el enfriamiento par-
cial primero, pero que bien pronto se generaliza
coincidiendo con un gran decaimiento de fuerzas
y actividades.

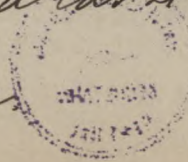
El descenso de temperatura empieza por las extre-
midades superiores, sigue las inferiores, y se gene-
raliza por fin; esta hipotermia llega a 35° ; e in-
cande, en la mayor parte de los casos, hasta la ca-
lidad bucal. El pulso es pequeño y frecuente, difi-
cil de percibir, llegando en ocasiones a ser impal-
pable; la respiracion desigual y suspirosa; el ros-

tro pálido, la pupila dilatada y por último las facultades psíquicas a veces exaltadas, a veces adormecidas; la transpiración cutánea suele estar disminuida. Tal es el cuadro de esta complicación post-operatoria que de sostener algún tiempo termina casi siempre con la muerte del operado.

Observacion 9^a. Hospital clinico de Santiago - Santa Rosa n^o 10. E. M. 38 años, multipara. Nota hace 15 meses aumento en su flujo catamenial y abultamiento del abdomen. Desde su ingreso en la clínica tuvo grandes metrorragias. Fue diagnosticada

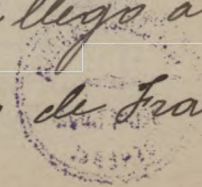
El mioma uterino comprobado en la laparotomía.
Operación laboriosa y de excesiva duración por el
gran número de adherencias que hubo necesidad
de vencer para extirpar el tumor.

A las pocas horas de terminada la operación el
estado de colapso presentose. El rostro pálido, la
mirada recelosa, marcada hipotermia y sub-deli-
rio y apesar de los recursos puestos en practica
para evitar un funesto resultado, nada se puo
conseguir y la enferma murio a las 47 horas
de haber terminado la operación.



El choque ó shock de los Ingleses: difiere únicamente del colapso en la forma de presentarse, por que este choque lo verifica de una manera tórpida y enroscada, terminando fatalmente por la muerte que va seguida algunas veces de gran elevación térmica cuyo origen debe buscarse en la intoxicación del organismo por materiales que dejan de eliminarse.

Tuve ocasion de observar un caso en que la temperatura 5 horas despues de la muerte llegó á 39.
Piechaud fundado en los experimentos de Franck



dice: " que el hecho esencial de todos los fenómenos
 de colapso, es una parálisis del corazón." En efec-
 to: las acciones moderadoras del nervio de Cyon
 se anulan y por el contrario excitase su sistema
 simpático y de este modo el corazón es asiente
 de contracciones atáxicas irregulares tetánicas
 que terminan por la parálisis cardiaca sín-
 crina de muerte.

En general, las grandes acciones moderadoras
 del centro cerebro medular (cuyas funciones todas
 se hallan alteradas ya por efectos reflejos direc-

os, ya por malas condiciones del riego sanguí-
co) se anulan; y el sistema simpático alcanza
una preponderancia y de este modo el organiz-
mo expone de fenómenos de colapso parciales
cuya suma es el colapso general.

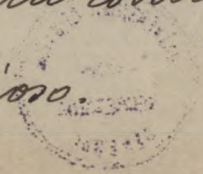
La teoría de Boissier es la que mejor explica estos fenómenos.
Los atribuye á irritaciones ó excitaciones del sistema sim-
pático que á su vez producen excitaciones en los vasos mo-
tores traduciéndose por una contracción vascular ge-
neralizada y no parálisis de estos nervios como opi-
nan algunos autores: así nos explicamos la palidez
fria de la piel por contracción de sus capila-

La supresion de orina por falta de sangre en el
coron, y en una palabra, todos los fenomenos de estas
nibles y fatales consecuencias, tienen en general un
ismo aboleugo.

nos explicamos tambien porque todos los cirujanos
tan conformes en augurar un pronostico grave a
la laparotomia cuya duracion exceda de una hora
cuyo traumatismo fuese grande.

El tratamiento de estas complicaciones se reduce al
trabajo fisico y moral del laparotomizado.

Toda impresion sea del orden que fuese, sera' contrapro-
cento y aumentara' el desorden nervioso.



manifestaciones del cariño de sus allegados, la in-
sion de una noticia agradable o desagradable has-
un exceso de luz o ruido, es perjudicial en estos ca-
maxime si el operado es uno de esos tipos organi-
depauperado por sufrimientos anteriores o debi-
tado por cualquier causa.

calma y completo reposo es la condicion mas
necesaria para restablecer la correlacion entre el sis-
ma encefalo-medular y simpatrico.

habitacion a temperatura conveniente y con gran
pacidad de aire higienicamente puro es condicion
dispensable. El calor artificial aplicado a la sur-

aficié del cuerpo es altamente útil.

Éter y la cafeína en inyección hipodérmica producen efectos rápidos en los casos no desesperados.

Al interior una infusión de té o café muy caliente con coniac a pequeñas y repetidas dosis y otras estimulantes.

Cuando la forma del colapso es tórpida, el opio, la digital añadidos a los medios anteriores pueden dar resultados victoriosos.



Capítulo 3º

Complicaciones tóxicas.

Por agentes antisépticos.

En tiempos no muy remotos cuando la idea del microbio era panspermista fueron relativamente frecuentes las complicaciones tóxicas debidas al uso de los agentes antisépticos, hoy gracias a los descubrimientos de la microbiología y al criterio positivo que de la infección tenemos carecen de importancia en muchas ocasiones, el empleo de aquellas sus-

encias. En buena cirugía abdominal no deben presentarse dichas complicaciones y de hacerlo la responsabilidad será del que lleve al campo operativo sustancias que nada útil pueden hacer, pero si cambio acarrear terribles consecuencias.

El ácido férrico el bicloruro de mercurio, el ácido salicílico y otros tantos que pudiera citar son la causa de estas complicaciones que por sí solas ya tienen gran importancia pero que unidas a cualquier otra contribuyen a enmascarar el cuadro sintomatológico agravando el pronóstico en gran manera.



la acción de los antisépticos contra la infección
ese específica e infalible, su empleo no tendría
da; mas aparte de que en dosis prudencial no
pueden aniquilar al microorganismo ni casi aten-
uar sus propiedades viruligenas producen en
nuestros tejidos en general; y en el peritoneo de
modo acentuado, fenómenos que en lugar de
terminar favorecerán la infección.


El ácido fólico despierta la sensibilidad peri-
neal y excita los filetes simpáticos. El bicloro-
es terrible no solo por su acción excitante sino
también por la necrosis celular que ocasiona.

del empleo de estos antisépticos no hemos de sa-
 r una mayor utilidad y tal vez a cambio com-
 licaciones mas ó menos funestas, mejor será pres-
 cindir de ellos por completo (hablo en terminos ge-
 neral) siéndonos de este modo factible privar á
 la paratomia de este grupo de complicaciones -
 se vengari á aumentar el gran número que por
 gracia acompaña á esta intervencion.

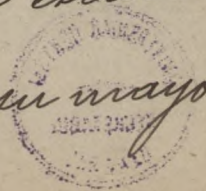
Por agentes anestésicos.

no es dable y hasta necesario prescindir de los
 antisépticos, por hoy no nos es posible hacer lo pro-

is con los anestésicos. Todos son mas ó menos tóxi-
cos y cuyas consecuencias complican en muchísimos
casos el curso de la operacion tantas veces citada.
Comparamos únicamente del cloroformo por que fué
el anestésico que con mas frecuencia he visto usar
el único que tuve ocasion de aplicar. Los acciden-
tes mas frecuentes son durante el acto quirúrgico
que excluyo de este sitio por no pertenecer á las com-
plicaciones post-operatorias que trato de exponer,
hago esta advertencia por que algun cirujano los
incluye en dichas complicaciones. Sobre el aparato



digestivo, renal, circulatorio, respiratorio y nervioso
dejan sentir las complicaciones que en la mayo-
ría de los casos siguen a la aplicación del anesté-
sico. En el tramo digestivo la complicación mas
comune es la de los vómitos cloroformicos. La in-
tolerancia gástrica obedece a la gran excitabili-
dad del estómago y a su mayor contractilidad,
por esta causa expelle todo cuanto ingiere, y
en vano, las náuseas son suficientes para privar
al operado del reposo necesario. Este estado se
sustiene de 15 a 50 horas, dependiendo su mayor o

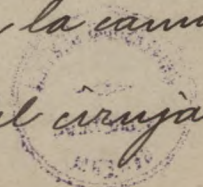


menor duracion de la cantidad de cloroformo in-
 alado y de la susceptibilidad del individuo.
 una cucharada de agua tolerada por el estoma-
 o despues de algunos tanteos, nos indicará el res-
 tablecimiento de la funcion gástrica.

La orina despues de la anestesia cloroformica con-
 tiene materia colorante biliar y albumina la oca-
 siona Vidal. (.) Esta albuminuria en el curso post-ope-
 ratorio no obedece al cloroformo y si al traumatismo por
 presentarse unicamente en los casos en donde este fue
 grande. Stuard (.) dice haber encontrado mayor acidez
 Vidal tesis de Paris 1897.
 Stuard de l'anesthesie chirurgicale et obt...

en la orina. En algunos casos reduce el licor Fehling,
mas esta reduccion no es debida a' el azucar y si a'
un cuerpo organico clorado derivado del cloroformo.
En el aparato circulatorio se hace apreciable la ac-
cion del anestesico, por que el pulso se hace mas
deprimido y los latidos cardiacos se atenuan: ignó-
se la accion que sobre la sangre dentro de los va-
s tiene. En vitro los globulos se hinchan y acaban
por disolverse. La respiracion se hace lenta en oca-
siones y otras veces por el contrario se acelera.
En el sistema nervioso los efectos del cloroformo

en marcadísimos y sus complicaciones las mas
muy graves; tradúcese, ya por una perturbacion
de las facultades emotivas acompañadas de fe-
nómenos atáxicos, ya en verdaderas manías aque-
llas parecidas a las de origen puerperal. Estas com-
plicaciones son muy variables y dependen en al-
guno de los grados del temperamento y susceptibilidad
del individuo, contribuyendo mucho a su preser-
vacion de las impresiones pre-operatorias. Por esta razon se
aconseja efectuar la cloroformizacion en la cama que
ocupa el enfermo, a presencia tan solo del cirujano



del encargado de llevar á cabo la anestesia, privando así al que va á ser operado del espectáculo de ayu- antes instrumental etc. etc. que en mas ó en me- os suelen impresionarle.

Observacion 10^a. Hospital clinico de Santiago. Sala de Santa Ysabel - cama n^o 7. R. J. de 29 años, sin antecede- ntes alcohólicos - Ingresó en la clinica con varias he- ridas del abdomen producidas con instrumento pun- - cortante y que habia interesado algunas asas in- stinales, obligando al catedrático de clinica qui- rúrgica á practicar la enterografía. El poco tiem-

o de terminada la operacion despertó del sueño
loiforme en un estado de delirio furioso que exi-
ó le maniataran. Tenia alucinaciones horribles,
imparables únicamente a la de delirium tremens.
Se sostuvo este estado dos dias, al cabo de los cua-
s desapareció esta complicacion que fué atribui-
da a la gran cantidad de cloroformo que hubo
necesidad de inhalarle por el mucho tiempo que
intervencion duró.

Quedó curado a los 30 dias de la operacion.

Observacion 11^a. Hospital clinico de Santiago. Sa-



de Santa Rosa - cama n^o 4 - M. R. casada, multipara,
diagnosticada de quiste pediculado del ovario izquierdo.

Operada en Mayo de 1903, laparotomía de corta du-
ración y en la cual escasamente se inhaló 60 gra-
mos de cloroformo y apesar de ello y de la dieta
absoluta que se hizo guardar a la enferma, los vó-
mitos presentaronse con una intensidad grandí-
sima, sin que fuese suficiente el hielo, el bromuro
potásico y las bebidas carbónicas, cediendo los vó-
mitos por si solos a las 36 horas, sin que pueda atribuí-
rsele esta cesacion a ninguno de los medios empleados.

Capítulo 4^o

Complicaciones infecciosas.

Estas son las complicaciones de mayor interés, las que detuvieron la mano del operador por largo tiempo, las que dieron un mayor contingente de fracasos a las estadísticas, las que contribuyeron de modo más directo a dar tipo de gravedad a la laparotomía, las de patogenia más estudiada y más compleja, y las más temidas por el cirujano, pues un a trueque de la técnica más precisa y de la

as completa asepsia, preséntanse como burlando.
del que llevó los detalles para evitarlas a un punto
al parecer exagerado.

En la suturada herida en el traumatizado
eritones y en el debilitado organismo, hacen su
aparición de manera indistinta y casi con igual
frecuencia.

En la herida. El flemon y el absceso pueden presen-
arse ya en todo el borde de la herida ya en parte
de su extensión. Este borde se le encuentra tumo-
cto de mayor consistencia y menor elasticidad

que el resto de los tejidos vecinos. El operado quejase
de dolor lancinante ó gravativo y sensacion de tirantes
en la herida; la tumefaccion aumenta, la
abiertura tornase violada y la piel se adelgaza
rompiendo por ultimo (si es que á ello se espera)
dando salida á una cantidad de pus mayor
menor segun las dimensiones del flemon. Otras
veces limitase á uno ó varios puntos de sutura
dejando en su intermedio porciones perfectamen-
te cicatrizadas.

Esta complicacion suele acompañarse de fenóme-

os generales, malestar, inapetencia, frecuencia del pulso y elevación de temperatura. El acceso y flemon costumbrase á formar del cuarto al octavo dia incluyendo sus sintomas con la evacuacion de pus que contengan. Su importancia es muy escasa, y frecuencia dadas las reglas de asepsia de hoy ha poca, su gravedad nula, son siempre infecciones perfectamente localizadas producidas por el estreptococus ó stafilococus, sin otro inconveniente que el retraso que ocasiona en la curacion de la herida.



Observacion 12^a - Hospital clinico de Santiago - Sala
 de Santa Rosa - cama n^o 5 - O. B. 37 años multipara.
 fue laparotomizada el 3 de Abril de 1903, extir-
 pándose un voluminoso quiste del ovario izquier-
 do. Et los cinco dias de operada su temperatura que
 era normal ascendió a 38, el pulso hióse frequen-
 te y la operada quejábase de dolor lancinante y tí-
 ante en la herida, sintomas que obedecian a
 la presencia de un flemón al cual diósele abertu-
 ra en su parte mas declive dando salida por
 este medio al pus que contenia, remitiendo al

oro tiempo los síntomas de la complicación, sa-
iendo curada el 30 del mismo mes.

En el peritoneo. La inflamación de esta serosa en
el curso post-operatorio de la laparotomía presen-
ta muy diversos caracteres, dependiendo de un
in número de causas que influyen en el desarro-
lo del micro-organismo causa inmediata de es-
ta seria y terrible complicación. La peritonitis
puede presentarse ya de un modo agudo, ya cró-
nica ora circunscripta, ora difusa.



Peritonitis aguda circunscripta. Es la que con mayor frecuencia interrumpe el curso post-operatorio de la laparotomía y por lo tanto la que con mas frecuencia tambien hay ocasion de observar. Puede iniciarse en las primeras horas que siguen en la intervencion, haciéndose su aparicion con un vivo dolor, gran fiebre, pulso frecuente escalofoios y vomitos, sintomas que por limitacion del daño van remitiendo quedando reducida en el mayor numero de casos a una peritonitis adhesiva. El dolor es muy vivo, profundo y claramente circunscripto. A través del vientre podemos palpar y aun comprimir cualquier

region del vientre sin acrecentar el dolor mas que
 en el punto inflamado. La temperatura bastante
 elevada oscila entre 38° y 39° y 5, el pulso frequen-
 te y lleno. El estado general nunca es tan alar-
 mante como el de la peritonitis generalizada
 que luego expondré. Con frecuencia podemos ob-
 servar los fenómenos reflejos llamados peritoniti-
 cos, parálisis intestinal, vómitos y estreñimien-
 tos. Al poco tiempo desaparecen estos fenómenos y
 la curacion es completa.

Peritonitis aguda difusa. Esta gravísima compli-
 cacion hija directamente de el acto operatorio,

inicia, por regla general, al poco tiempo de haber intervenido, pudiendo así todo retrasarse en algunos casos al tercero o cuarto día, con casi siempre excepción al quinto, pudiendo decirse que cuanto mas nos apartemos del día de la operación, estan menos expuestos los operados a sufrir este accidente. Comienza por un fuerte escarabajo anunciador de la invasion inflamatoria de la serosa, muy característico, y casi podemos decir que basta por si solo para formular el diagnóstico: Quejause los operados de intenso frio, sus

ientes chocan convulsivamente, su color es mar-
damente pálido, no siendo raro poder observar pla-
as rojas en la cara, manos, espalda y torax, el pul-
s en este momento es pequeño, apretado, duro y fre-
uente; la temperatura alcanza una elevacion gran-
de, llegando a cuarenta grados con cinco décimas.
Como vemos la complicacion tiene un comienzo frau-
do pero brusco.

La elevacion térmica persiste todo el tiempo que
dura la peritonitis. El dolor abdominal es otro
síntoma que no falta nunca y de gran interés pa-

a el diagnóstico; agudo, generalizado a todo el
entre, el mas insignificante movimiento lo exci-
rba, y la presión mas ligera lo aumenta. El ope-
ado está inmóvil, apenas habla, pidiendo con
sistencia que le saquen el vendaje y le priven
el contacto de las ropas que le cubren. La respi-
ción tenía el tipo costal. Et pesar de la ardiente
ed, el laparotomizado rehúsa el beber por que
abe que la ingestión de liquido le provocará
ntracción intestinal que acrecentará sus dolores.
la menor exploración le sume en una angustia

79
explicable. Otro síntoma que tampoco falta nunca, de gran importancia y que tiene mucho el valor, son los vómitos frecuentemente verdosos, á veces porraceos é incoherentes.

El vientre aumenta rápidamente de volumen por la parálisis intestinal que no tarda en presentarse; su aumento es uniforme y á la percusión dá un sonido timpánico. Todos los autores consiguen el ruido de roce que por la auscultación poderíamos escuchar, pero en realidad este fenómeno debido á la aspereza de la serosa está muy lejos de ser constante y bajo el punto de vista clínico tiene

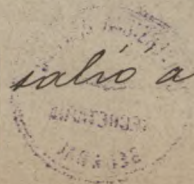
una importancia secundaria.

El estreñimiento es la regla en un principio, y en la mayoria de los casos una diarrea abundante con relajacion de esfinteres es la terminacion de este cuadro. La disuria tambien puede ser sintoma de esta complicacion. En muchos casos hay parálisis renal. Llegando a esta altura del proceso clinico la lengua está seca, roja y resquebrajada, la paladar penoso, la voz imperceptible y en la cara de los atacados se vé de un modo marcado la huella del mal, hasta el punto de distinguirla los autores

un nombre especial " facies peritonitica, los ojos
 hundidos en las cuencas orbitarias rodeados de un
 círculo negrozco miran de un modo angustioso y co-
 mo suplicante, los surcos de la faz marcanse fuerte-
 mente, acusando los ángulos poco acentuado en el
 estado de decaimiento organico, la nariz marmo-
 rea y afilada, los labios violaceos, las mejillas en-
 laquecidas y los pómulos salientes acaban de dar
 a la cara ese aspecto funicido característico y que
 se conoce con el nombre de que ya hice mencion.
 Los sintomas de la complicacion cada vez se acent.

ían mas, aparecen el hipo y los vómitos llegan
a hacerse fecales hasta que al fin por asfisia celu-
lar los dolores van disminuyendo poco a poco y
el vientre desciende. Puede notarse en este mo-
mento un delirio tranquilo, pero con mayor fre-
cuencia el operado conserva toda su lucidez, como
dice "Grisolle" mueren hablando"

Observacion 13^a. Hospital clinico de Santiago - Sala
de Santiago - cama n.º 6 - P. N. de 40 años, cocinero, sin
antecedentes hereditarios. Presentaba sintomas de
ulcera gástrica, de cuya enfermedad salió alivia.



lo ingresando nuevamente en la clínica al poco
tiempo con una estrechez del píloro que decidió al
catedrático de clínica médica a practicarle la
gastro-enterostomía como único tratamiento razona-
ble y que en otros enfermos le diera admirables resul-
tados. Practicada por el procedimiento de Roux a
las pocas horas de la intervención un escalofrío
brió la escena al cuadro de peritonitis que ha-
 poco expuse, sucumbiendo el operado a las 38 ho-
ras de terminada la operación.

La autopsia corroboró el diagnóstico de la compli-
ción que estudiamos. La serosa peritoneal estaba

por completo deslustrada, con manchas equinómicas y comienzos de adherencias existiendo un pusado glutinoso y de color amarillento.

El paquete intestinal friable y lleno de gases; el hígado y el bazo de colorados.

En la cavidad torácica empezaba el proceso a invadir la pleura.

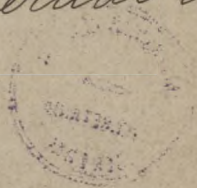
Peritonitis crónica circunscrita.

Mucho menos frecuente que las antes reseñadas.

Cuando se presenta es sucesión de las agudas, traduciendo por atenuación del cuadro sintoma-

lógico ya descrito últimamente. El dolor se ha-
tolerable, aparece en un punto perfectamente
imitado; el resto del vientre podemos palparle
in ocasionar molestias al operado.

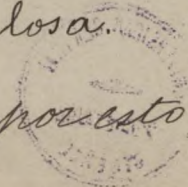
La fiebre oscila entre 38° y 39° . El pulso es per-
fectamente apreciable, y el vientre no aumenta
de volumen sino en el punto a' que se refiere el
dolor. Poco a' poco estos sintomas van desapare-
ciendo y la completa curacion del operado es la
terminacion mas frecuente.



Peritonitis crónica difusa.

todavía se presenta menos veces que la forma anterior. Consecutiva la peritonitis crónica difusa a la laparotomía, tiene generalmente un origen tuberculoso y se presentará en aquellos operados que lleven albergado en su organismo el bacillus que en 1882 descubrió Roberto Koch, ó que tengan marcada predisposición por él. Puede sin duda tener otro origen, pero la forma típica de esta complicación corresponde al cuadro clínico que describen los autores la peritonitis tuberculosa.

tuve ocasion de observar un caso y por esto aun



que considerándola como rara, la incluyo en este trabajo.

Observación 14^a - Hospital clínico de Santiago - Sala de San Pedro (mujeres) cama n.º 2 - R. H. de 32 años multipara. Tiene entre sus antecedentes hereditarios tuberculosos paterno y materno. Como personales presenta en el cuello características cicatrices de la escrófula que padeció a la edad de 7 años.

El motivo que la trajo a esta clínica, fué un tumor de la cavidad abdominal. Diagnóstico quis. del ovario, comprobado en la laparotomía. El curso de la operación fué normal. Diez días después

ya la herida abdominal
notar que su abdomen
me en sus paredes
Además presentaba una gran
diarrea y estreñimiento
tenia fiebre. Llegando al quinto día
simultaneamente el vientre
ando de volumen. El color
olor sordo; la percusión
os y zonas de matidez
ante la noche, trazo
blando y pequeño. La

ya la herida abdominal cicatrizada, empesose
notar que su abdomen aumentaba de volumen y
que en sus paredes habia exagerada vascularizacion.
Además presentaba inapetencia alternativas de
diarrea y estreñimiento, y al poco tiempo vomitos.
Tenia fiebre, llegando algunas veces a $39^{\circ} 5$.
Simultaneamente el vientre continuaba aumen-
tando de volumen. A la presion se observaba un
olor sordo; la percusion indicaba puntos sono-
ros y zonas de matidez; sudores profundos du-
rante la noche, tinte terroso de la piel, pulso
blando y pequeño, la anorexia hizo se cada vez

as marcada contribuyendo de un modo notable a resen-
a las fuerzas de la operada.

Continuó este estado durante dos meses al cabo de los
ales sucumbió la enferma en un verdadero esta-
do de caquexia. En la autopsia encontramos: a
la abertura de la cavidad peritoneal una canti-
dad bastante abundante de un líquido cetrino: en
el peritoneo gran cantidad de pequeños tubércu-
los del tamaño de una lenteja, diseminados por
las superficies parietal y visceral. Entre estos tuber-
culos encontramos tambien granulaciones en la
superficie serosa muy superficiales pareciendo se-

idiv sobre el mismo endotelio.

Los órganos vecinos hallábase también invadidos por manifestaciones tuberculosas; lo mismo que la leura y la base del pulmón izquierdo.

Capítulo 5^o

Complicaciones generalizadas.

La septicemia es en el organismo una complicación gravísima. Bajo dos formas puede presentarse, ya de un modo agudo ya de un modo crónico, ó me-

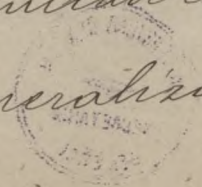
ir dicho menos agudo. De un modo general podemos decir el origen de la palabra así lo indica que la lepticemia es una alteracion o intoxicacion de la sangre, y como consecuencia de esto una intoxicacion de todo el organismo.

Forma aguda, un escalofrio herrático limitado a una region del cuerpo con frecuencia al hombro izquierdo sobre la escena; el pulso que en un principio es duro y frecuente (100) pronto nos indica con su pequenez y blandura que algo serio ocurre; la temperatura sufre grandes oscilaciones, tan pronto asciende a una cifra que acusa alta fie-

95

se como desciende por debajo de la normal, comprobando Feltz que poco antes de la muerte puede llegar a descender hasta 10° por debajo de la normal.

Por parte del abdomen el operado quejase de intolerable dolor. Es que el vibrion que allí se instala tiene necesidad de oxígeno y lo toma descomponiendo los tejidos en medio de los cuales vive, y los gases puestos en libertad forman colección de aspecto enfisematoso que ya se limitan en cualquier región del cuerpo o bien se generalizan a



do él. A veces esta generalización progresa con una rapidez tal que dice Tilgier que basta una hora para que el cuerpo tome el aspecto de un odre. La operada es también presa de sed muy viva y anorexia completa. Con frecuencia hay náuseas, vómitos y diarrea, cayendo por fin en una especie de estupor parecido al de los tifoicos y en este estado muere sin dolores, ya por la destrucción de los filetes sensitivos ya por abolición de las funciones cerebrales.

En la segunda forma, septicemia menos aguda,

la fiebre su primer sintoma, es continua la temperatura de 38° a $38^{\circ} 5$ por la mañana, acentuada por las noches llegando a 40 . El principio hay estremamiento pero bien pronto es reemplazado por abundante diarrea que en ocasiones es sanguinolenta. La orina escasa y albuminosa; el pulso irregular; la piel cubrese de unas manchas purpúreas ó bien de un eritema disseminado; la respiracion es frecuente y superficial. La herida rodeábase de una zona grisácea de cuya superficie mana un sumo sanioso de olor fétido y con frecuencia mezclada con sangre.

la duracion de esta forma de septicemia puede al-
anzar a 20 dias; generalmente evoluciona en un
periodo que no excede de 12.

Observacion 15^a Hospital clinico de Santiago - Sala
de Santa Rosa - cama n^o 4 - E. J. 38 años, sin anteceden-
tes en su conmemorativo patológico - multipara. Ingresa
a la clinica aquejando un enorme tumor del vien-
te de un año de fecha. El tumor es duro, resistente
y regular, situado en la linea media; por el tacto
abdominal, elevacion del cuello, el tacto combinado per-
mite apreciar que el tumor forma cuerpo con el útero.
Desde hace tres meses existen abundantes metrorra-

ias. Diagnóstico fibroma uterino, comprobado por la
aparotomía que demostró era intersticial. Practi-
cáse la histerectomía por el procedimiento Ameri-
ano. A las 48 horas de la intervención la opera-
da fué acometida de desasosiego, dificultad respi-
ratoria. La curva térmica era desigual, tan pron-
to había alta fiebre como marcada hipotermia,
el pulso era frecuente, el tejido celular con infil-
tración gaseosa. Una perfecta quietud con marca-
da indiferencia a cuanto le rodea cerraron la es-
cena sucumbiendo nuestra operada a los cuatro
días de la intervención.

Las complicaciones de la laparotomía aparecen en ocasiones como mezcladas pudiendo presentarse una traumática al mismo tiempo que otra infecciosa ó tóxica, siendo á veces el resultado la una de la otra, haciendo de este modo muy difícil formular un diagnóstico positivo y cierto; ¡cuantísimo experto cirujano tubera á la cabecera de sus operados y certifica su defunción de una complicación que ni remotamente fué la causa de muerte del laparotomizado!

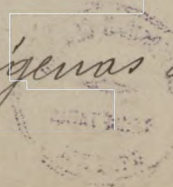
Las complicaciones infecciosas pueden tener origen distinto: ó proceden del organismo ó proceden del ex-

rior; es decir como toda infeccion puede ser por auto-contagio ó por hetero-contagio.

El auto-contagio ó auto infeccion, que tan discutido fué, encuéntrase hoy en génesis demostrada hasta la evidencia y no queda ya un solo panspermista que la discuta despues de los trabajos de Grawitz, Cornil, Barrin, Chavean, Duval Buchar y tantisimos otros sabios que demostraron de un modo concluyente la presencia constante en nuestros tejidos de miles y miles de micro-organismos que esperan únicamente una causa accidental cualquiera que perturbe el equilibrio funcional y aprovechando esta perturbacion ponen en

uego sus maléficas propiedades y se desarrollan con
explicable rapidez en el punto de nuestro organis-
mo en que la causa accidental actuó poniendo en
condiciones favorables aquella zona orgánica para
que el micro-ser encuentre condiciones de cultivo
propósito; explicándonos de este modo por que el
traumatismo la humedad etc. etc. pueden dar lu-
gar á la infección.

la existencia en nuestro organismo en general y en
el tramo intestinal muy en particular de microbios
patógenos con sus propiedades virulígenas adorne.



idas es cierto, pero prontas a despertar por una causa accidental cualquiera, nos dan la explicación del modo de producirse las complicaciones infecciosas.

Quien duda que la laparotomía con las mil causas de irritación peritoneal, que el traumatismo que lleva y las sustancias antisépticas (si de ellas no se prescindió) producen, crean condiciones favorables para que la infección se presente?

No basta así todo la simple presencia del micro-organismo para que la infección se presente. Las complicaciones sépticas post-operatorias (como toda infección) depende de tres factores, el microbio, el terreno y

organismo. El streptococcus por ejemplo, uno de nuestros com-
unes habitantes será víctima de la fagocitosis si tra-
ta de poner en juego sus maléficas propiedades si
la herida el peritoneo y el organismo se encuentran
en perfecto estado de equilibrio. Por el contrario, se-
rá causa de un flemón si en la herida hay partes
necrotizadas; irá mas allá produciendo una in-
fección peritoneal si sobre la serosa actuó una cau-
sa traumática física ó química, y por último, pro-
ducirá una infección general si el traumatismo ó
cualquier otra causa es de tal intensidad que deja
al organismo incapaz para la lucha.

La hetero-infeccion es uno de los puntos de la ciencia
mas estudiados y del que la actividad intelectual
ha sacado gran suma de consecuencias prácticas y cla-
ras observaciones.

Sabemos donde vive el micro-organismo patogeno
en estado de virulencia, y sabemos en que condicio-
nes podemos ser los portadores y sembradores del
mismo en el campo operatorio.

El micro-ser causa de estas complicaciones no so-
lo vive en nuestros tejidos, como dejamos dicho en
la auto-infeccion; sino que está en el agua que be-

temos en el alimento que tomamos, en el aire que respiramos, en el suelo que pisamos, en el vestido que nos cubre, y en fin podemos considerarlo como un componente de nuestro medio ambiente externo e interno. Mas no siempre le encontraremos con sus propiedades maléficas o exaltadas. La micro-biología nos dice que para su desarrollo necesita sustancia orgánica que por sus condiciones sirva de caldo de cultivo natural. No busquemos pues el origen del contagio en sitios donde no se den estas condiciones. Temamos en cambio a aquellos en que por sus

propiedades pueda contener cultivos virulígenos cuyo contacto pueda proporcionarnos una porción en cantidad infinitamente pequeña, en virulencia infinitamente grande, capaz de originar los astornos que estudiamos.

Para combatir las complicaciones infecciosas indudablemente el tratamiento preventivo es cuando puede ser puesto en práctica el mejor. Conseguimos esto directamente, persiguiendo al microbio; indirectamente quitándole medios de desarrollo. En el primer grupo entran todos los medios que tienen

por objeto evitar la llegada de los gérmenes al
ampio campo operatorio. Asepsia intestinal y cu-
ranea contra los gérmenes que la enferma lleve en
su organismo; las distintas prácticas de antisepsia
para atacar al microbio que viniendo del exterior
pueda llegar a la operada, convencidos así todo de
que apesar de cuanto hagamos está plenamente
demostrado que es imposible obtener un organis-
mo "microbiológicamente estéril por mas que re-
sulte quirúrgicamente aseptico"

Para combatir indirectamente al microbio hay

que obrar sobre el organismo del operado por un
lado y colocar al laparotomizado abdomen en
las mejores condiciones de resistencia al microbio,
que si un día fué el terror de la cirugía y si aun
hoy mata á alguno de nuestros operados no es
ará lejano el día en que la microterapia alcan-
ce una completa victoria sobre todas las infec-
ciones en general, como la alcanzó ya en algunos
casos concretos de infección.

Y termino ya con lo dicho la tarea que me ha-
ría propuesto en este trabajo, no sin antes dedu-

si algunas conclusiones no exigidas por deber re-
lamentario y si por una antigua costumbre.

Conclusiones.

1^a Imposible es evitar por hoy apesar de cuantos
medios se pongan en práctica (en muchos casos) las
complicaciones post-operatorias que expuse con los
nombres de traumáticas, tóxicas e infecciosas.

2^a Un necesario es decir que el mejor modo de
evitar las complicaciones traumáticas se conse-
guirá disminuyendo en lo posible el traumatismo.

os y de no conseguirlo casi podemos asegurar que
muchas complicaciones se presentarán en cual-
quiera de sus formas, ya de un modo local ya
de un modo general según la índole e intensi-
dad del traumatismo.

3^a Las complicaciones tóxicas, que dependan
de los antisépticos, responsable será de su apari-
ción el que imprudentemente use sustancias, que
en la mayoría de casos por no decir en todos na-
da útil pueden hacer y si mucho perjudicial,
no olvidando jamás la frase que a este respecto

scribe T. Reclus antisepsia fuera del abdomen, asepsia en el abdomen.

4.^a Las complicaciones tóxicas post-operatorias que dependen de los anestésicos si difíciles de evitar se conseguirá en muchos su atenuación con los medios de que hice mención al tratar de ellas en el capítulo correspondiente.

5.^a Las complicaciones infecciosas ya locales ya generales obedeciendo como su nombre lo indica a un origen microbiano, cuyo germen puede albergarse ya de antemano en el organismo, ya llegar al campo quirúrgico en condiciones virulíferas

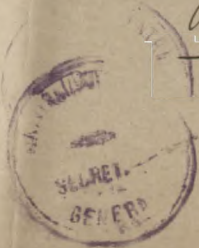
con toda la mayoría de los casos perfectamente evitables si se ponen en juego todos los medios con que la cirugía actual cuenta.

Y 6^a. En resumen, las complicaciones post-operatorias de la laparotomía, son si difíciles, posibles de evitar. Disminuyendo hasta el mínimo el traumatismo, suprimiendo el empleo de antisépticos, y llevando en cambio las prácticas de asepsia a la exageración mas exquisita.

Madrid 3 de Junio de 1904

Antonio Martí de la Riva y Toranzo

Fin.



Comandante
Eduardo del Rio y Lara

Admirante
H. Lopez Rodriguez
J. Ferreras

Calificación obtenida por el suscrito

el día 17 de Junio 1904

El Presidente
Mariano Castelar

H. Lopez Rodriguez
General
J. Ferreras

Señor
Mariano Castelar

El Sr.
Eduardo del Rio y Lara

