

1030

Año 1915

Núm. 3020.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSIDERACIONES GENERALES

SOBRE LOS

PERIÓDOS PRE y POST - OPERATORIOS
EN CIRUJÍA ABDOMINAL y GINECOLÓGICA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL E. ZAMBONI

de Anatomía Patológica
(1912 - 1914)

Ex-ayudante de la Cátedra
(1912 - 1914)

Hospital Rivadavia

Practicante menor y mayor del
(1912 - 1913 - 1914 - 1915)

Wilde"

Laureado con el premio "Eduardo"



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA e IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
2070, CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES

CONSIDERACIONES GENERALES

SOBRE LOS

PERIODOS PRE y POST - OPERATORIOS

EN CIRUJIA ABDOMINAL y GINECOLÓGICA

Año 1915

Núm. 3020.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSIDERACIONES GENERALES

SOBRE LOS

**PERIODOS PRE y POST - OPERATORIOS
EN CIRUJÍA ABDOMINAL y GINECOLÓGICA**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

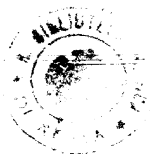
POR

MANUEL E. ZAMBONI

**Ex-ayudante de la Cátedra de Anatomía Patológica
(1912 - 1913 - 1914)**

**Practicante menor y mayor del Hospital Rivadavia
(1912 - 1913 - 1914 - 1915)**

Laureado con el premio "Eduardo Wilde"



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

**CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
2070, CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES**

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

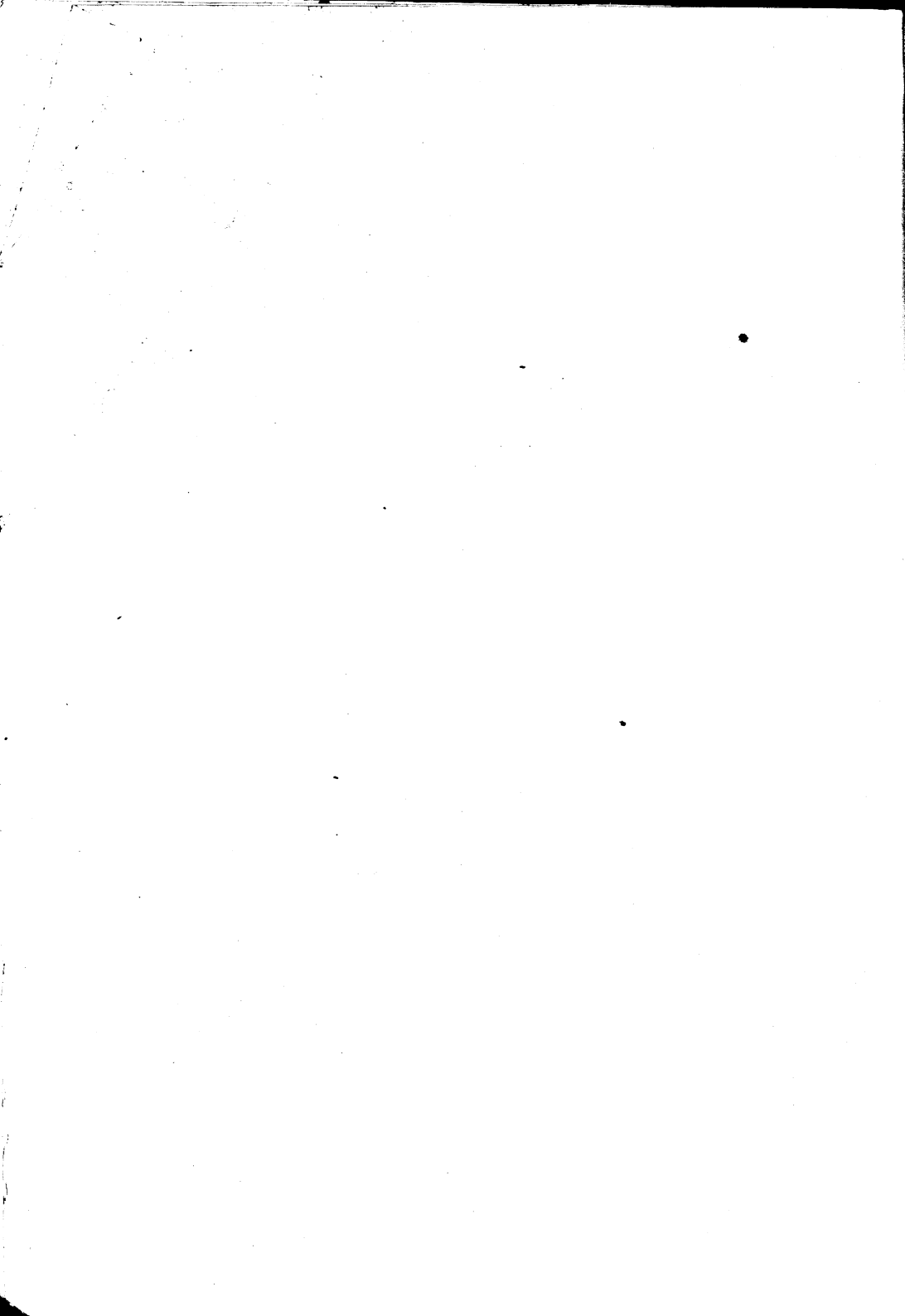
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

- | | | | |
|-----|---|---|-----------------------|
| 1. | » | » | EUFEMIO UBALLES |
| 2. | » | » | PEDRO N. ARATA |
| 3. | » | » | ROBERTO WERNICKE |
| 4. | » | » | PEDRO LAGLEYZE |
| 5. | » | » | JOSÉ PENNA |
| 6. | » | » | LUIS GÜEMES |
| 7. | » | » | ELISEO CANTÓN |
| 8. | » | » | ANTONIO C. GANDOLFO |
| 9. | » | » | ENRIQUE BAZTERRICA |
| 10. | » | » | DANIEL J. CRANWELL |
| 11. | » | » | HORACIO G. PIÑERO |
| 12. | » | » | JUAN A. BOERI |
| 13. | » | » | ANGEL GALLARDO |
| 14. | » | » | CARLOS MALBRAN |
| 15. | » | » | M. HERRERA VEGAS |
| 16. | » | » | ANGEL M. CENTENO |
| 17. | » | » | FRANCISCO A. SICARDI |
| 18. | » | » | DIÓGENES DECOUD |
| 19. | » | » | BALDOMERO SOMMER |
| 20. | » | » | DESIDERIO F. DAVEL |
| 21. | » | » | GREGORIO ARAOZ ALFARO |
| 22. | » | » | DOMINGO CABRED |
| 23. | » | » | ABEL AYERZA |
| 24. | » | » | EDUARDO OBEJERO |

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNÁNDO WIDAL
5. " " OSVALDO CRUZ

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES

- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » ABEL AYERZA
- » » EUFEMIO UBALLÉS (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

- » DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
- » » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

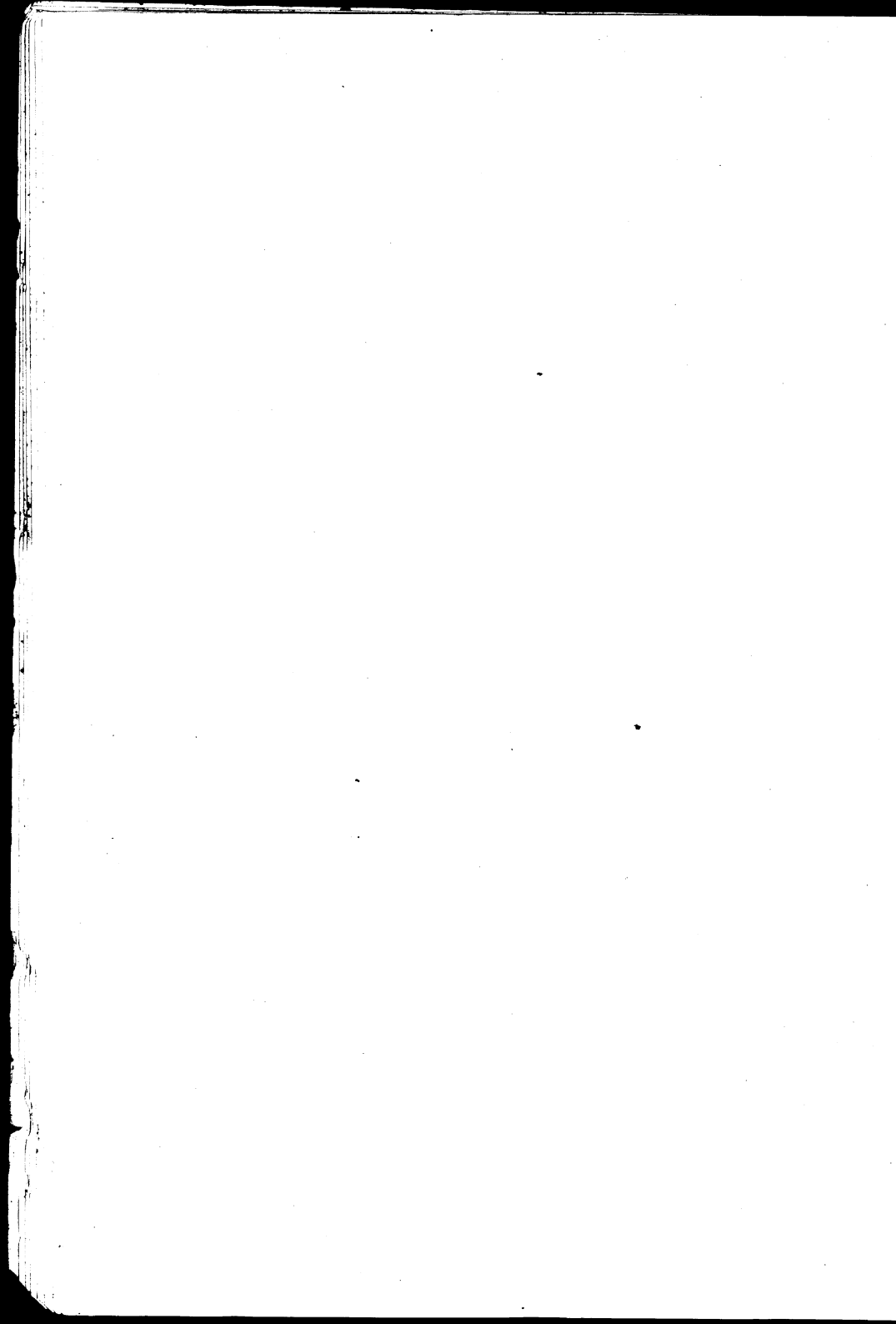
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
» JUVENCIO Z. ARCE
» PEDRO N. ARATA
» FRANCISCO DE VEYGA
» ELISEO CANTON
» JUAN A. BOERI
» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

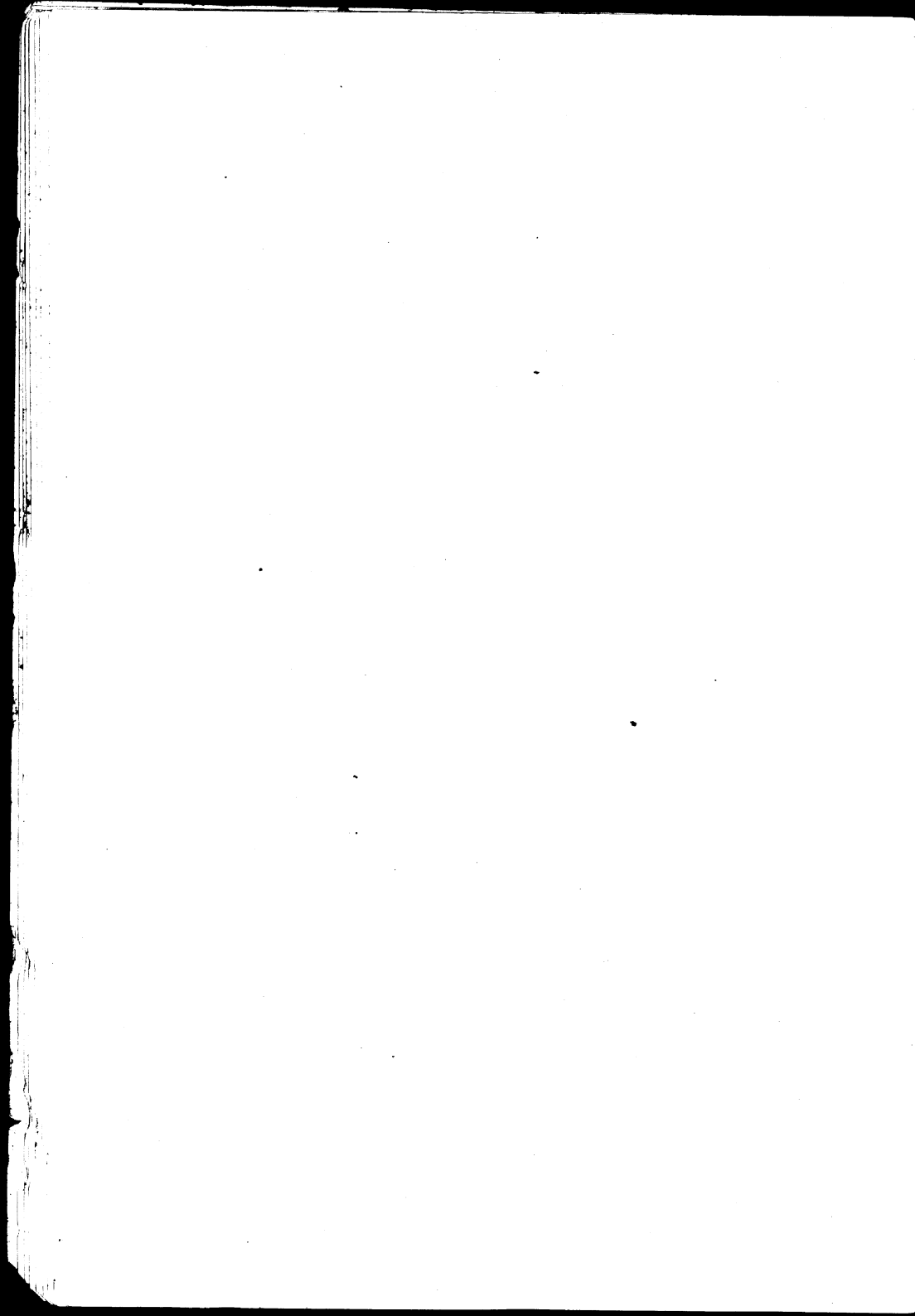
Asignaturas	Catedráticos Titulares
7eología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica.....	» DAVID SPERONI
Anatomía Patológica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Materia Médica y Terapéutica.....	» TELEMACO SUSINI
Patología Externa.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Medicina Operatoria.....	» DANIEL J. CRANWELL
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» LEANDRO VALLE
» Génito-uritarias.....	» BALDOMERO SOMMER
Toxicología Experimental.....	» PEDRO BENEDIT
Clinica Epidemiológica.....	» JUAN B. SEÑORANS
» Oto-rino-laringológica.....	» JOSE PENNA
Patología Interna.....	» EDUARDO OBEJERO
Clinica Quirúrgica.....	» MARCIAL V. QUIROGA
» Oftalmológica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Neurológica.....	» MARCELO T. VIÑAS
» Psiquiátrica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Obstétrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Pediátrica.....	» SAMUEL MOLINA
Medicina Legal.....	» ANGEL M. CENTENO
Clinica Ginecológica.....	» DOMINGO S. CAVIA
	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

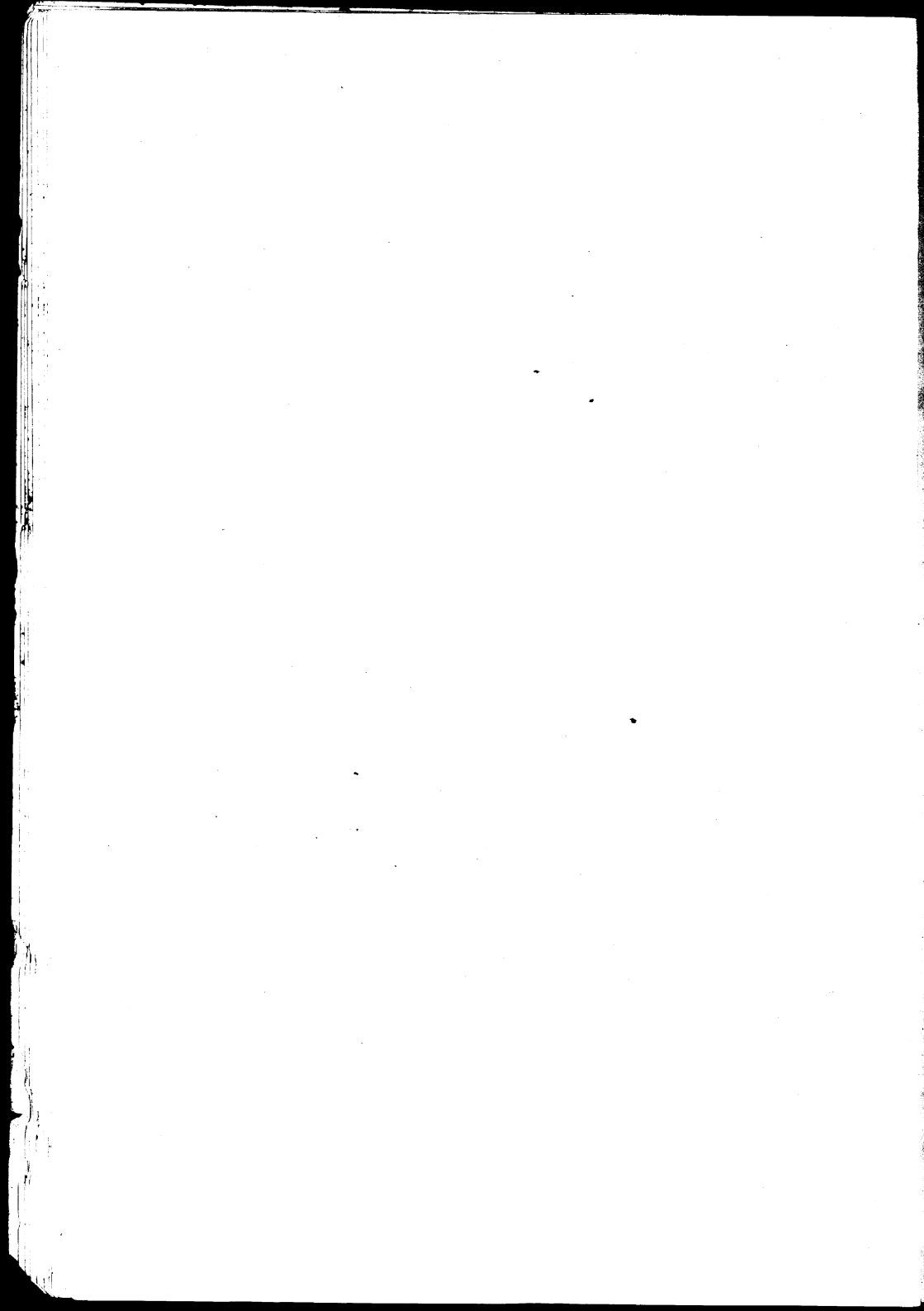
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	" JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
	" LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	" JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica.....	" JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	" PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	" JOSE R. SEMPRUN
	" MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	" BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	" ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	" FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	" RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	" ELISEO V. SEGURA
" Psiquiátrica.....	" JOSE T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	GUILLERMO SEEBER
Histología.....	JULIO G. FERNÁNDEZ
Anatomía Descriptiva.....	EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana.....	FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	FELIPE JUSTO
Semeiología.....	MANUEL V. CARBONELL
Anat. Patológica.....	CARLOS BONORINO UDAONDO
Materia Médica y Terapéutica.....	JOAQUÍN LLAMBIAS
Medicina Operatoria.....	JOSÉ MORENO
Patología externa.....	ENRIQUE FINOCCHIETTO
» Dermato-sifilográfica.....	CARLOS ROBERTSON
» Genito-urinaria.....	FRANCISCO P. CASTRO
Clinica Epidemiológica.....	NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica.....	BERNARDINO MARAINI
Clinica Oto-rino-laringológica.....	JOAQUÍN NIN POSADAS
» Quirúrgica.....	FERNANDO R. TORRES
	PEDRO LABAQUI
	LEONIDAS JORGE FACIO
	PABLO M. BARLARO
	ENRIQUE B. DEMARIA
	ADOLFO NOCETTI
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARCELINO HERRERA VEGAS
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
	MIGUEL SUSSINI
	JOSE M. JORGE (hijo)
	JOSE ARCE
	ROBERTO SOLÉ
	PEDRO CHUTRO
	JUAN JOSÉ VITÓN
	PABLO MORSALINE
	RAFAEL BULLRICH
	IGNACIO IMAZ
Clinica Médica.....	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO J. GARCÍA
	JOSE DESTEFANO
	JUAN R. GOYENA
	MANUEL A. SANTAS
Clinica Pediátrica.....	MAMERTO ACUÑA
	GENARO SISTO
	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JAIME SALVADOR
Clinica Ginecológica.....	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTA
	ARTURO ENRIQUEZ
	A. PERALTA RAMOS
Clinica Obstétrica.....	FAUSTINO J. TRONGE
	JUAN B. GONZÁLEZ
	JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	JUAN A. GABASTOU
Medicina legal.....	V. JOAQUÍN GNECCO
	JAVIER BRANDAN
	ANTONIO POBESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....
 Botánica y Mineralogía.....
 Química inorgánica aplicada.....
 Química orgánica aplicada.....
 Farmacognosia y posología razonadas...
 Física Farmacéutica.....
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
 Técnica farmacéutica.....
 Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....
 Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

Catedráticos titulares

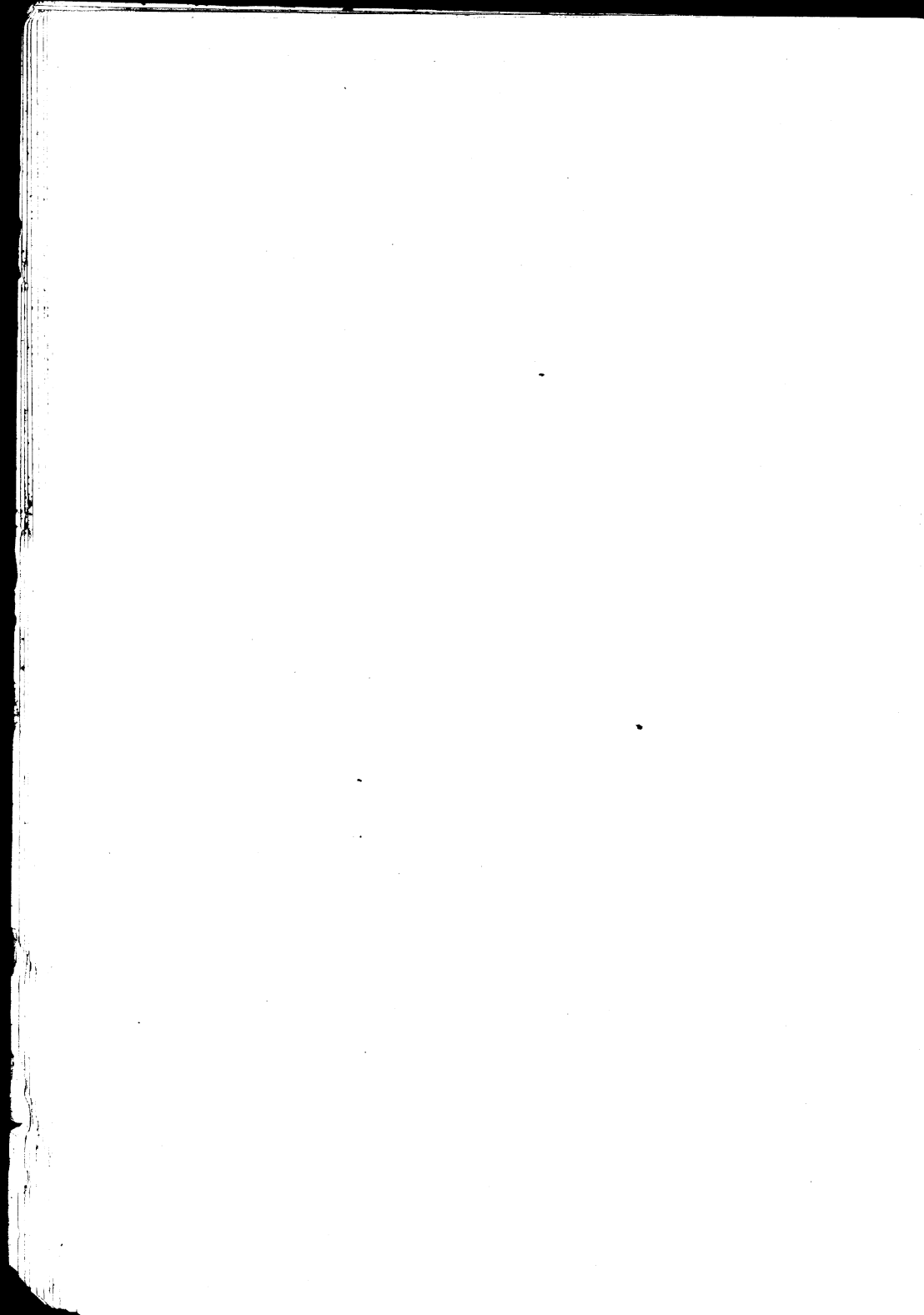
DR. ANGEL GALLARDO
 » ADOLFO MUJICA
 » MIGUEL PUIGGARI
 » FRANCISCO C. BARRAZA
 SR. JUAN A. DOMINGUEZ
 Dr. JULIO J. GATTI
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 J. MANUEL IRIZA
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
 Farmacognosia y posología razonadas....
 Física farmacéutica.....
 Química orgánica.....
 Química analítica.....
 Química inorgánica.....

Catedráticos sustitutos

SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
 „ PASCUAL CORTI
 „ OSCAR MIALOCK
 DR. TOMÁS J. RUMÍ
 SR. PEDRO J. MESIGOS
 „ LUIS GUGLIALMELLI
 DR. JUAN A. SANCHEZ
 „ ANGEL SABATINI

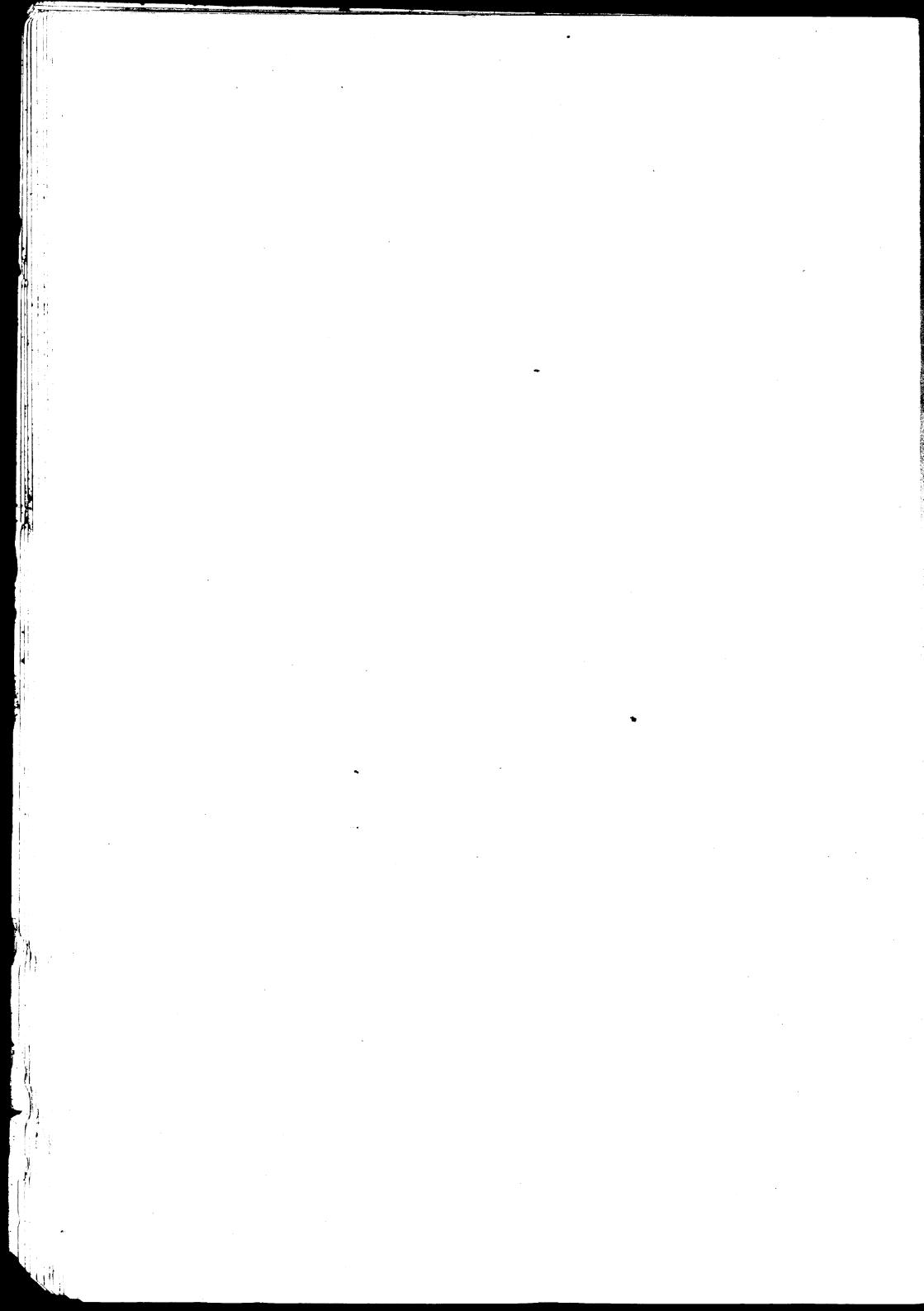


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREIRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos, suplentes

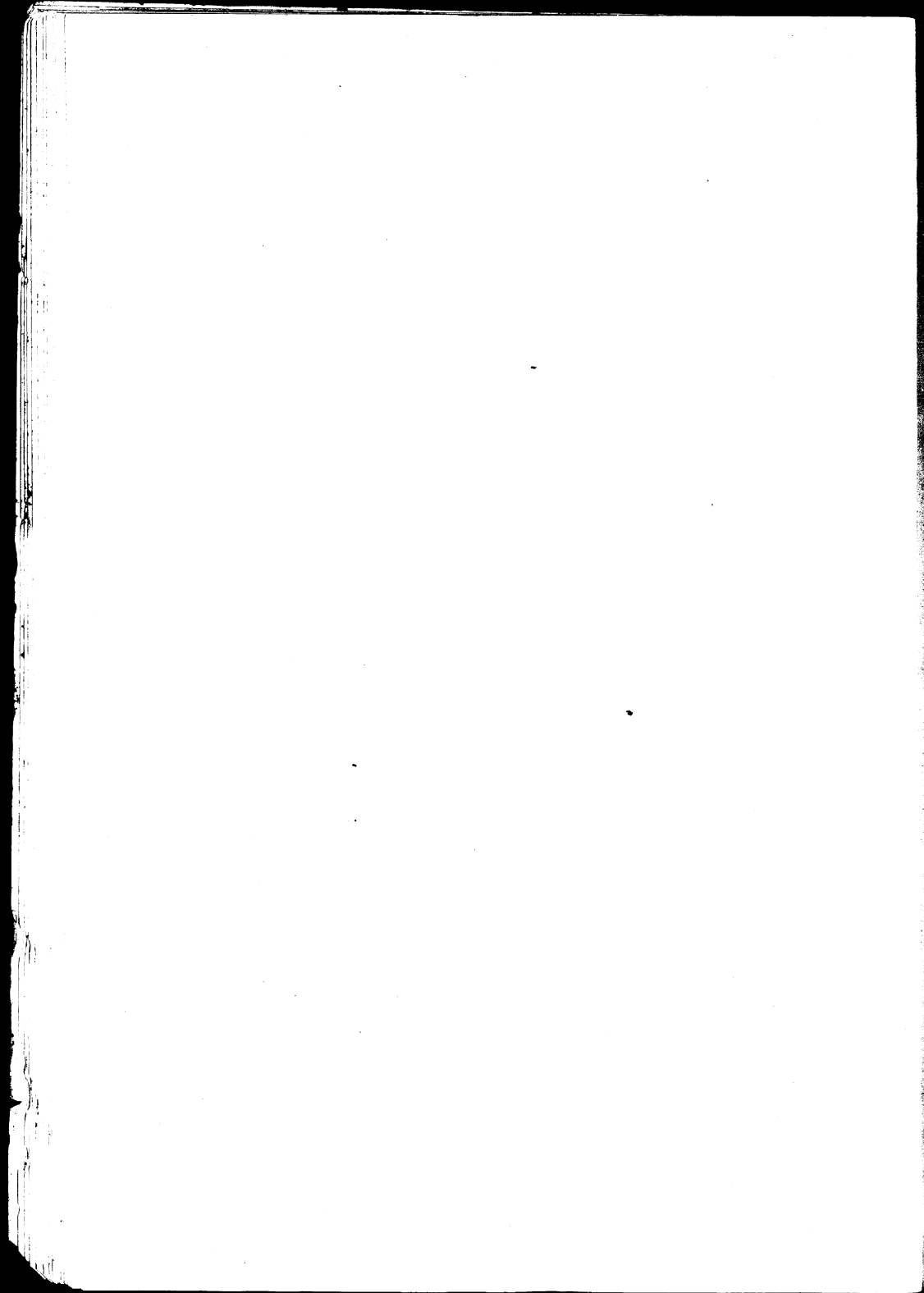
DR. ALEJANDRO CABANNE



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	Vacante
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	Vacante

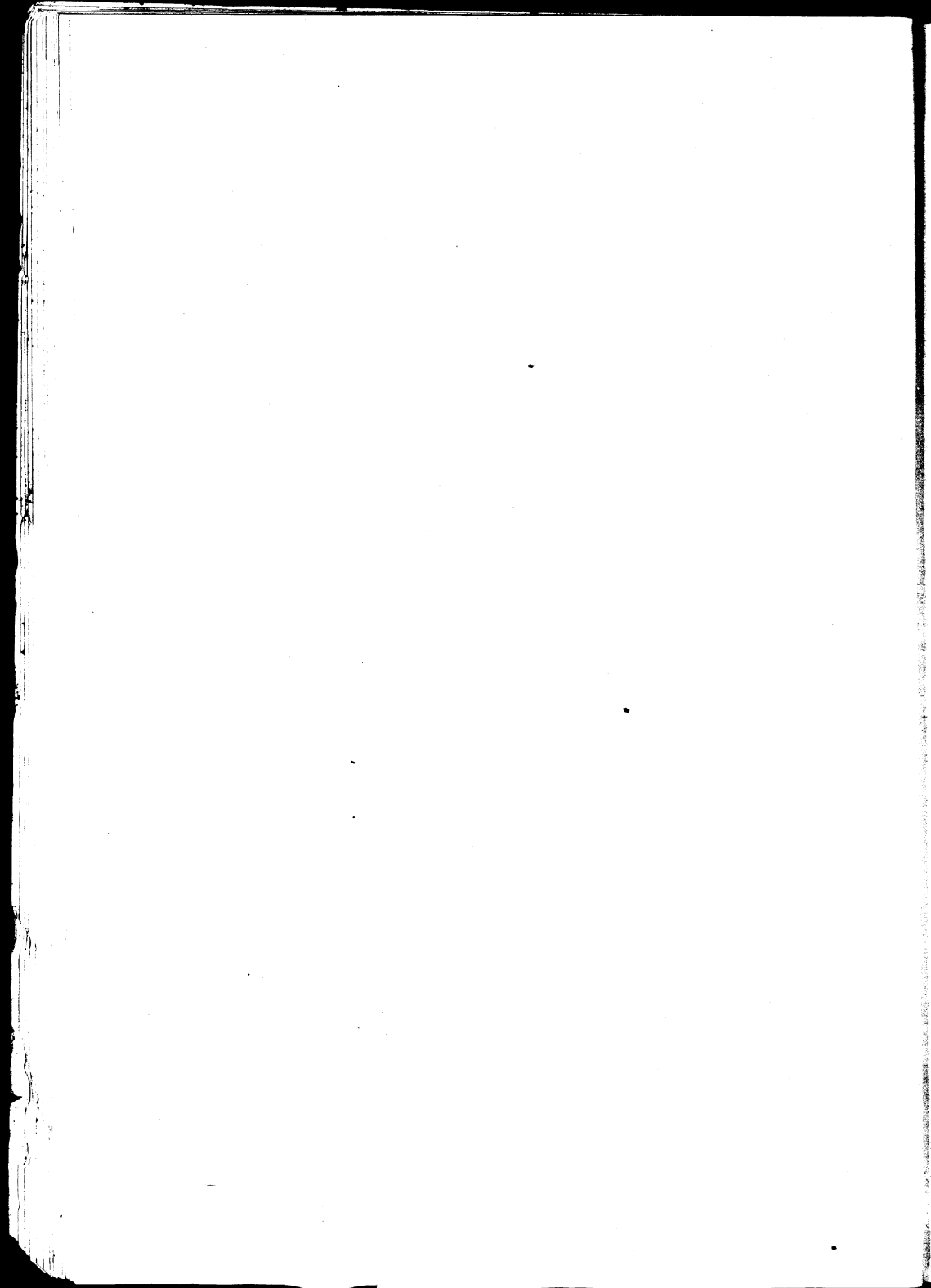
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Clínica Obstétrica.....	Dr. J. C. LLAMES MASSINI (encar- gado del curso del 1er. año).
" "	" UBALDO FERNANDEZ (encar- gado del curso de Puericultura.



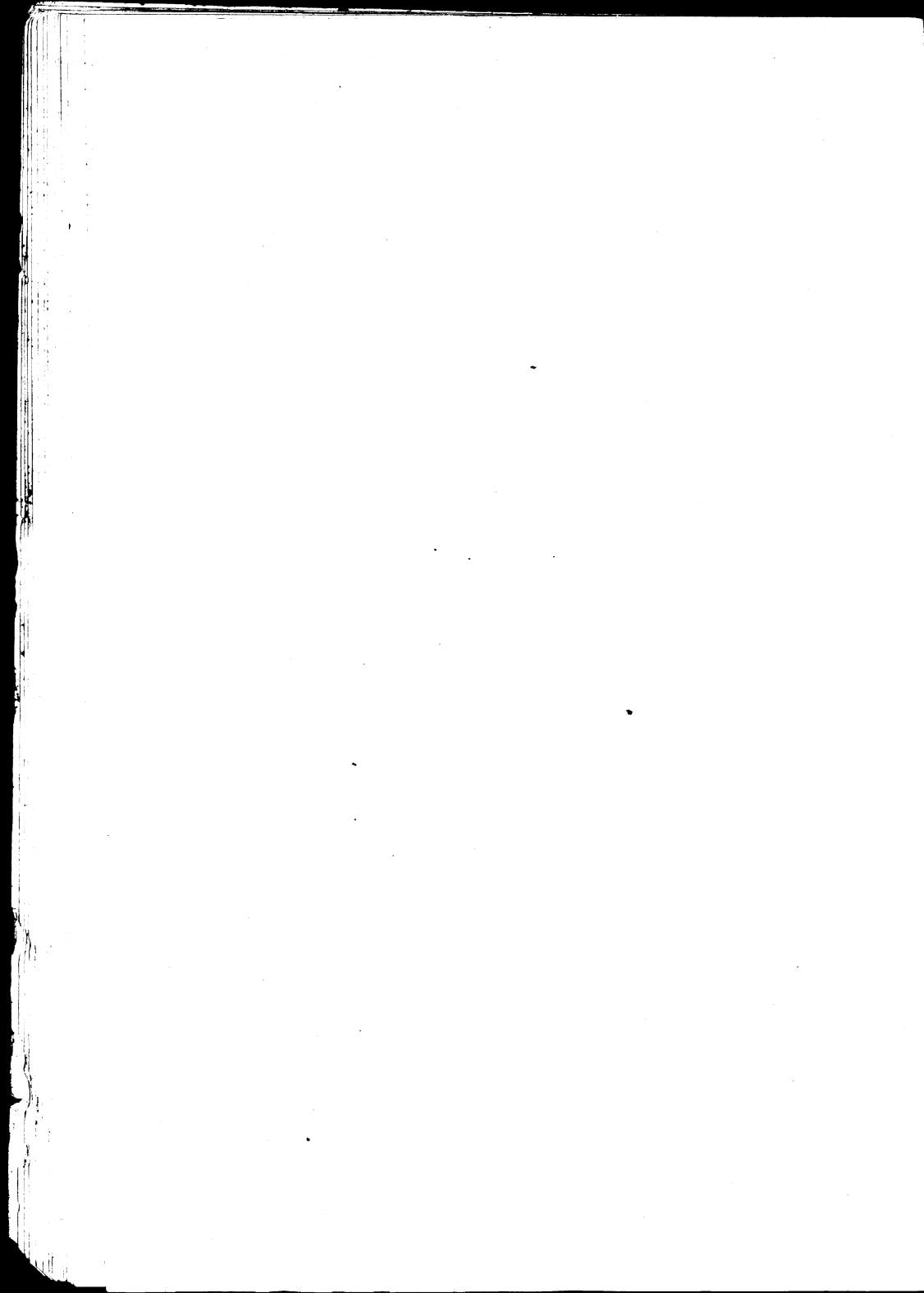
PADRINO DE TESIS:

Doctor JULIO S. PASSERÓN

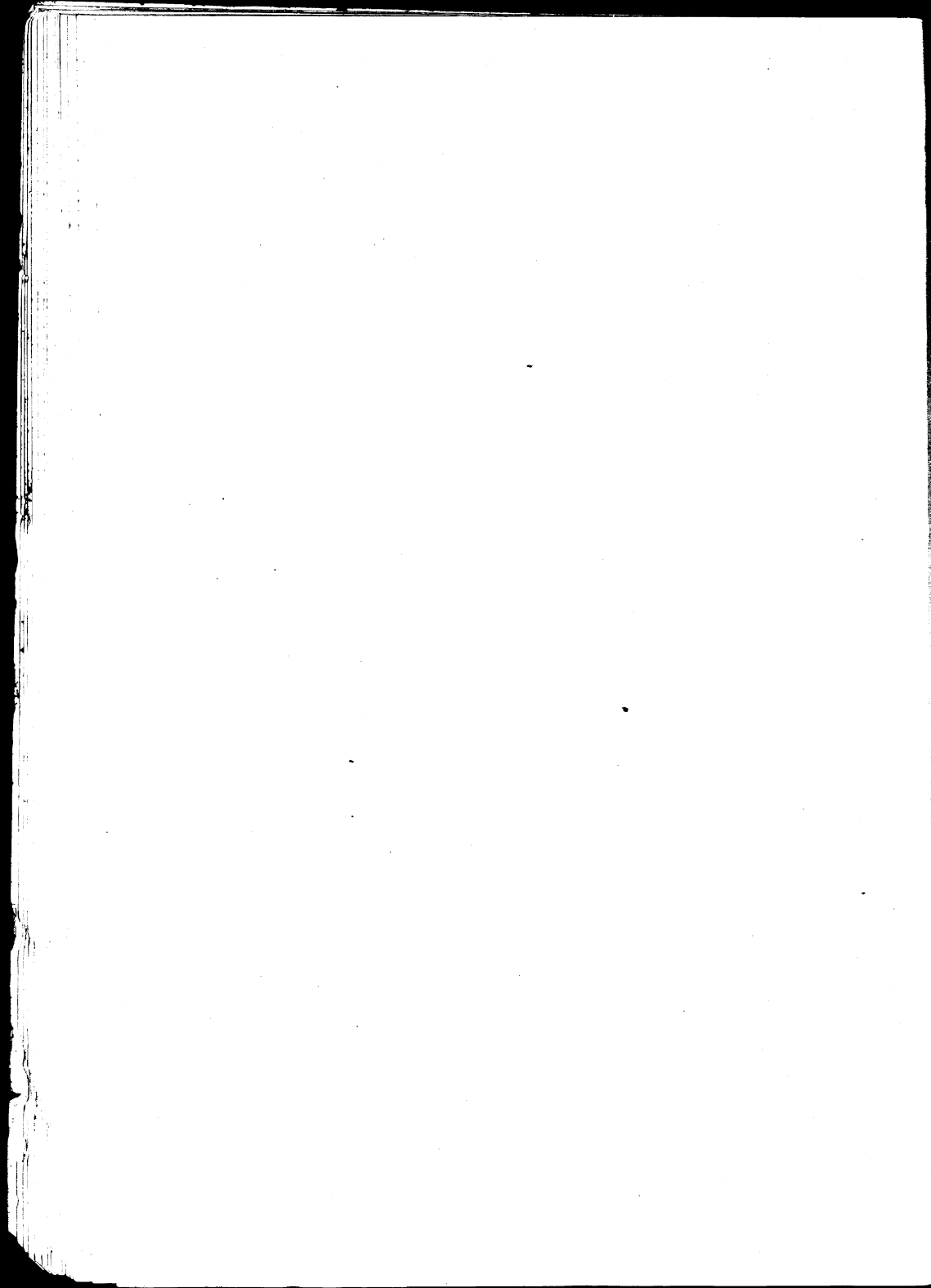
Cirujano del Hospital Rivadavia



A MIS QUERIDOS PADRES



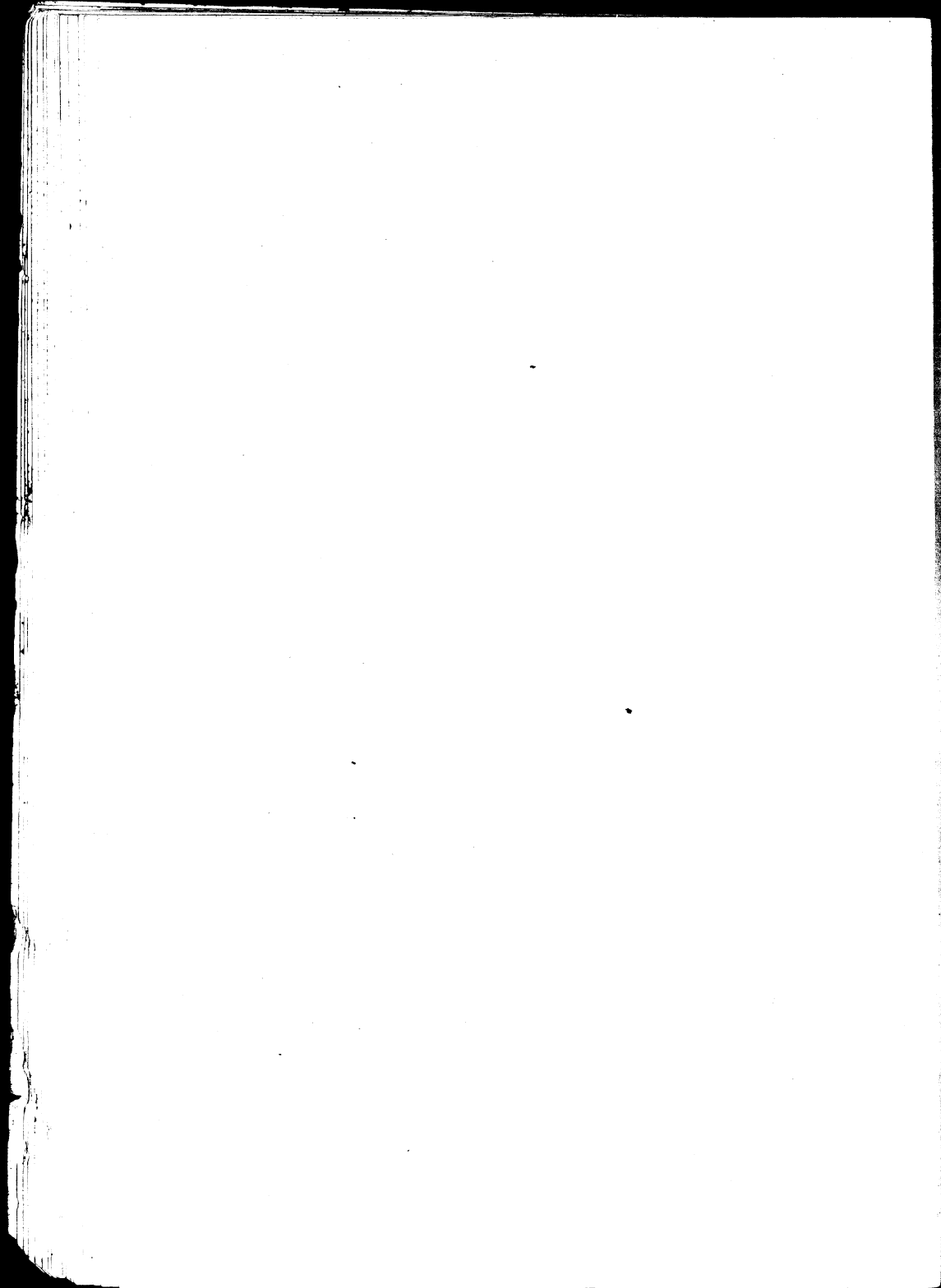
A MI HERMANO FEDERICO



A LA MEMORIA DE MIS INOLVIDABLES ABUELOS:

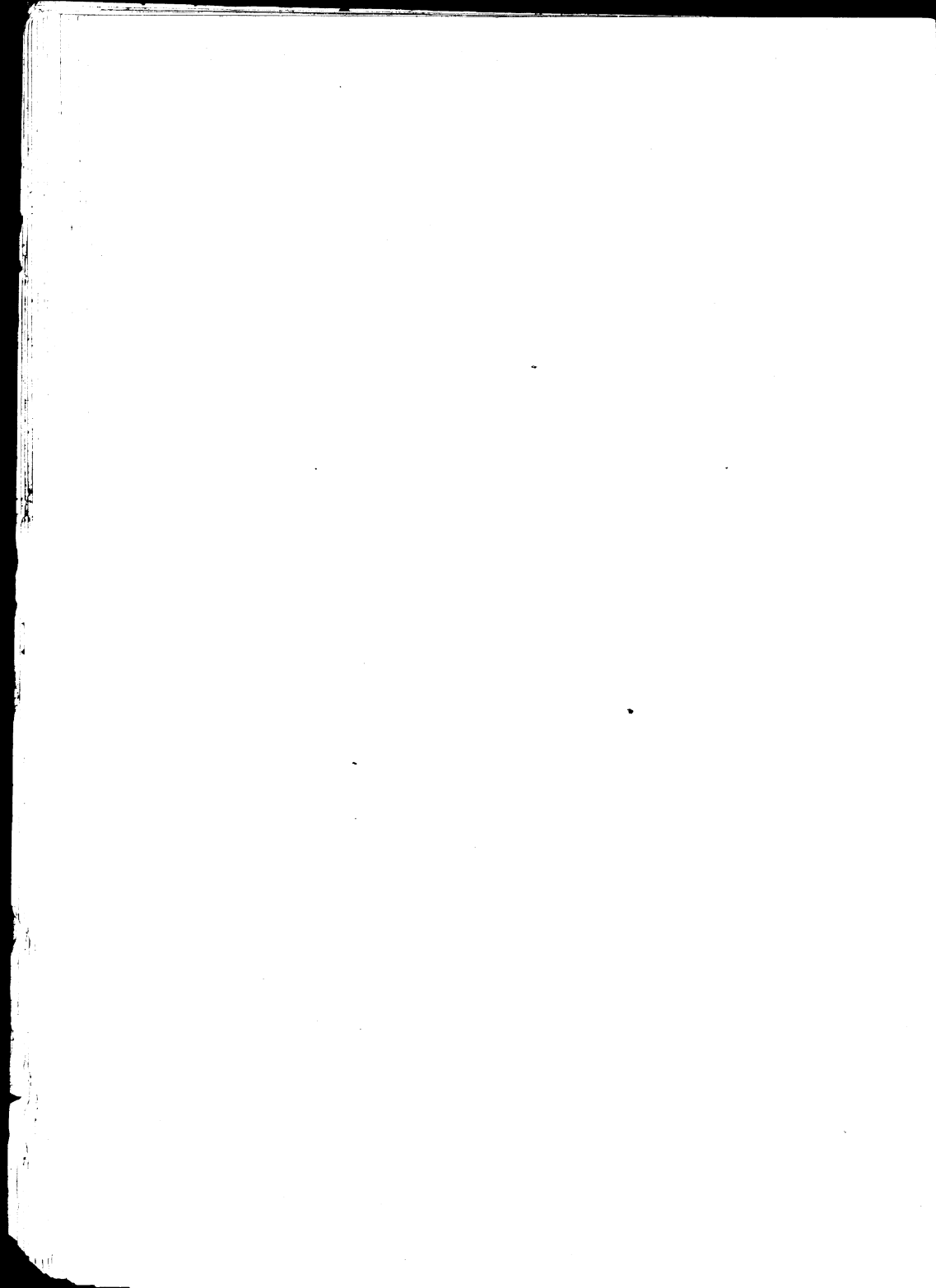
FEDERICO COMALERAS Y LUIS ZAMBONI

Y DE MI HERMANITA MARÍA MERCEDES



A MIS MAESTROS:

DRES: RODOLFO LEMOS y JULIO S. PASSERON



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Este trabajo que presento a vuestra consideración, como requisito final para optar al título de Doctor en Medicina, no tiene pretensiones de ser por completo original, sólo en él, he querido reflejar lo más perfectamente posible, la enseñanza recibida en mis años de asistencia a los servicios de cirugía, tan dignamente representados en el Hospital Rivadavia.

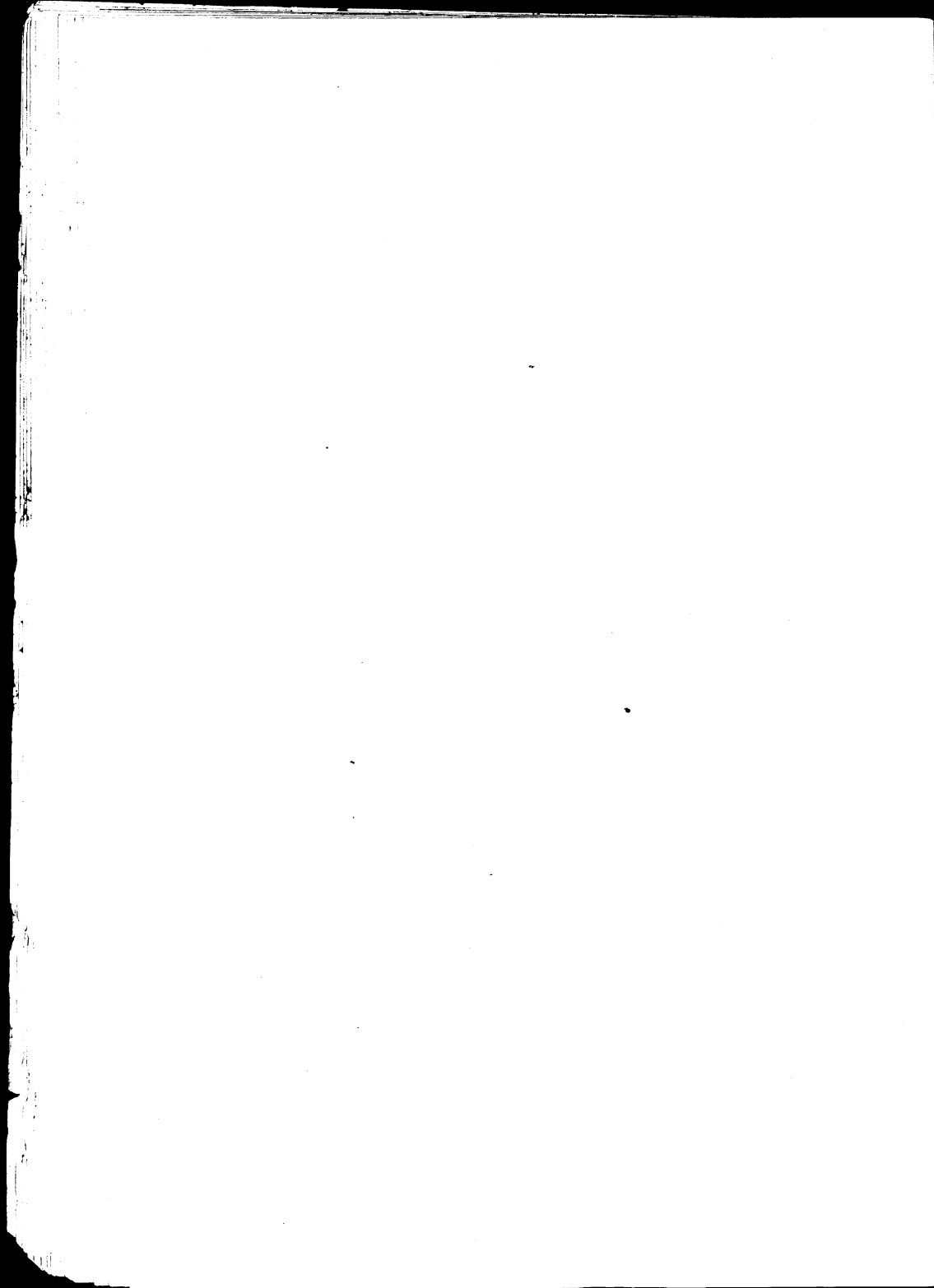
Aprovecho esta ocasión para señalar mi agradecimiento hacia todos aquellos profesores de la Facultad de Medicina, que contribuyeron a acrecentar mi ilustración científica y con igual motivo a los jefes de sala y de clínica, a los médicos internos y agregados de los servicios del Hospital Rivadavia, en que actué como practicante.

A mi querido maestro, el doctor Julio Passerón, que ha tenido la deferencia de guiarme paso a

paso en la realización de este trabajo, le quedo profundamente agradecido.

Y a mis inolvidables compañeros de Hospital, por siempre la amistad sincera que hasta ahora les he dispensado. .

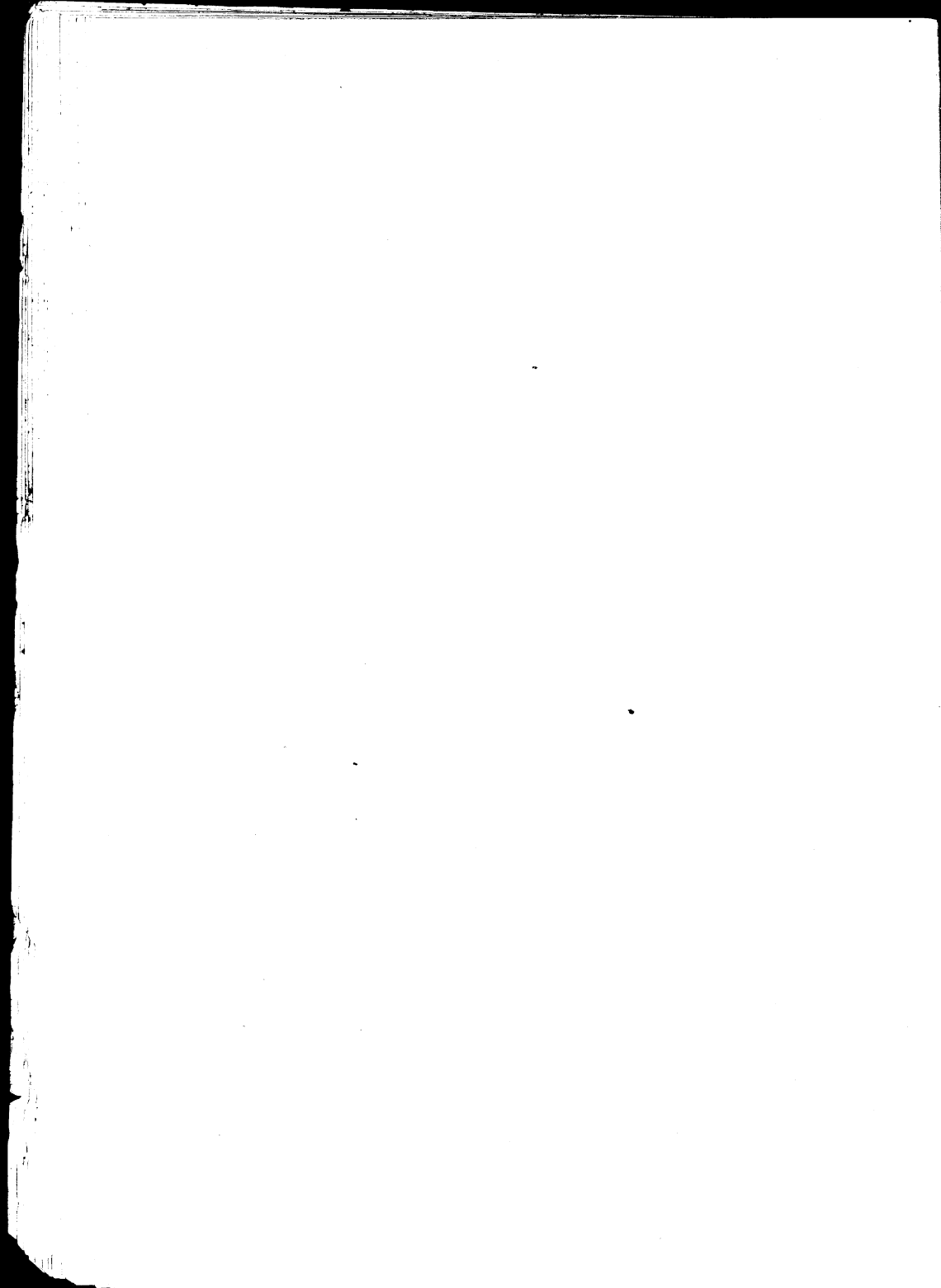
PERIODO PRE - OPERATORIO



PERÍODO PRE-OPERATORIO

Durante el período pre-operatorio el cirujano trata de colocar a su enferma en las mejores condiciones higiénicas y de resistencia, de manera a garantizar dentro del límite de lo posible el éxito de su intervención.

La importancia de este período se desprende, no solamente de consideraciones teóricas, sino también de la práctica diaria, que nos enseña los inconvenientes y peligros que suelen traer las operaciones de urgencia, en las cuales, por regla general, no se tiene el tiempo suficiente para tomar todas las medidas precaucionales necesarias.



EXAMEN DEL ENFERMO

No basta diagnosticar en un enfermo que el mal que padece es de tratamiento quirúrgico, para prescribir desde luego y sin más trámites una operación ; es indispensable que antes de aconsejar tal norma de conducta, se examine cuidadosamente el estado general y el funcionamiento de los diferentes aparatos y órganos, y sólo después de ese estudio que nos revelará la ausencia o existencia de complicaciones, estaremos lo suficientemente documentados para saber si el enfermo puede soportar ese tratamiento sin correr graves riesgos, o si necesita una preparación previa especial, y recién habilitados por lo tanto, para aconsejarle a él o a sus personas allegadas la conducta que a nuestro juicio corresponde seguir.

No entraremos en los detalles de ese examen, porque es el mismo que clínicamente debe conferírsele a todo enfermo, y sólo recordaremos a gran-

des rasgos las conclusiones más importantes relacionadas a la cirugía y más especialmente al período pre-operatorio que de él nos sea dable obtener.

Enfermedades del aparato circulatorio — Entre las enfermedades del aparato circulatorio, no debemos olvidar que las inflamaciones agudas del pericardio, endocardio y músculo cardíaco, contraindican toda operación de alguna importancia, sobre todo cuando ella requiere anestesia por vía pulmonar, pero, si las indicaciones de actuar urgentemente son superiores a toda otra consideración, no habrá más camino a seguir que el que las circunstancias del momento exigen.

Las lesiones valvulares crónicas compensadas, soportan bastante bien la anestesia por inhalación, el peligro de ésta se acentúa a medida que el desequilibrio circulatorio es mayor.

Si la rotura de compensación es muy ligera y ella se reintegra con facilidad mediante las reglas higiénicas y el tratamiento médico que estos casos requieren, la anestesia general puede aún con ciertas reservas ser usada, debiendo preferirse el recurso anestésico de que se vale el doctor Passerón, no solamente en los casos en que el aparato circulatorio llama su atención, sino en todos aquellos en

que desea hacer menos grave la anestesia general, y siempre que la afección no contraindique la vía rectal. Este recurso será expuesto en sus detalles al final de este capítulo.

Si la asistolia es difícilmente reductible, debe evitarse toda anestesia general y recurrir con preferencia a la medular o local que puede en estos casos prestar grandes servicios.

Las afecciones crónicas del miocardio, especialmente cuando se acompañan de trastornos degenerativos avanzados, son particularmente graves y merecen las mismas consideraciones que las del grupo anterior.

No debemos pasar por alto el hecho de todos conocido, de que ciertos trastornos cardíacos y circulatorios mantenidos gracias al proceso que motiva nuestra intervención, no representan en ninguna forma, salvo el caso que estén muy avanzados, contraindicaciones, sino que al contrario, exigen el acto quirúrgico, rodeado indudablemente de todas las precauciones posibles que demande el estado de menor resistencia de aquellos órganos.

Estos trastornos se observan preferentemente a consecuencia de grandes tumores abdominales que crean dificultades circulatorias que el corazón debe vencer.

Si se dispone de tiempo suficiente, es de buena práctica someter a los arterio-esclerosos a un tratamiento yodoyodurado antes de operarlos, es cierto que ellos soportan, por lo general bien el acto quirúrgico, pero están particularmente expuestos a la hemorragia cerebral y por lo tanto, teniendo en cuenta la posibilidad de este accidente, debe evitarse el prolongar durante mucho tiempo la posición de Trendelenburg, y el suministrar anestésicos como el cloroformo y éter, que predisponen mucho al esfuerzo, por las náuseas y vómitos que provocan.

Por idénticas razones son muy peligrosos los sujetos portadores de aneurismas.

Siempre que en uno cualquiera de estos casos sea imprescindible operar con anestesia general, se tratará de no emplear con ese objeto ciertas sustancias que son particularmente nocivas al miocardio.

El cloroformo, por ejemplo, es y con mucha razón, reputado a este respecto como uno de los anestésicos más temibles, sus efectos perniciosos se hacen especialmente sentir sobre la fibra cardíaca enferma.

Sus peligros, puede decirse que no existen cuando se opera en enfermas con lesiones valvulares bien compensadas y con músculo sano.

El recurso anestésico a que hemos hecho alusión anteriormente, según la técnica empleada por el doctor Passeron, consiste : en utilizar la anestesia por vía rectal de agua etérea, previa inyección de morfina y completarla si fuera necesario por inhalación clorofórmica.

Se comienza por practicar al enfermo una inyección de dos centígramos de morfina y veinte minutos después una enteroclisis, hecha con sonda rectal, de cincuenta gramos de éter mezclado por agitación en quinientos gramos de agua hasta que constituyan una masa perfectamente homogénea, la que inyectada debe ser retenida, para lo cual se deja en el recto la sonda cerrada por una pinza de presión.

Esta dosis de éter es única y con ella el paciente puede entrar en sueño anestésico (lo que sucede con todas las personas adultas debilitadas), permitiendo practicar la intervención requerida, o bien no consigue el sueño anestésico (caso de enfermos vigorosos), pero entra el enfermo en un estado de sopor, al que bastará pequeñas inhalaciones de cloroformo para reducirlo al estado deseado.

Esta técnica se diferencia de la primitiva y preconizada de la vía rectal exclusiva, en que no utilizan sino en una medida moderada la tolerancia rec-

tal, inyectando 50 gramos de éter en 500 gramos de agua, perfectamente soportable en los adultos.

Si esta dosis añadida a la acción de la morfina no bastara para la reducción anestésica, no insiste en procurarla agregando nuevas cantidades que suman a veces una masa líquida de dos litros y una cantidad de éter de 150 gramos, lo que proporciona varios inconvenientes que no creemos del caso entrar a considerar. El margen de insuficiencia que puede presentarse para obtener la anestesia con los 50 gramos de éter, da lugar a la intervención de la inhalación clorofórmica en una dosis que resulta siempre muy moderada, y que en el estado en que se comienza a suministrar es sumamente sencilla y carece de peligros.

Utilizado el éter por vía rectal, tiene la gran ventaja sobre su inhalación, de evitar la acción directa e irritante de él sobre el aparato bronco-pulmonar.

Enfermedades de la sangre — El estado anémico en un enfermo que debe operarse, llamará la atención a fin de precisar su causa, y según ella deducir si la anemia es consecutiva a la afección quirúrgica o concomitante con ella.

De esta doble apreciación resultarán dos conductas diferentes: en el primer caso tratando de

apresurar el acto quirúrgico que suprimirá así una causa anemianta, y en el segundo, demorándolo siempre que la afección quirúrgica no sea de carácter grave, hasta conseguir la reparación de la riqueza sanguínea del enfermo por un tratamiento adecuado.

El régimen alimenticio, consistiendo en sustancias de fácil asimilación, tales como la leche, los huevos, el jugo de carne, los purées, pequeñas cantidades de alcohol, el reposo, los baños, ejercicios muy moderados, la permanencia al aire libre y al sol, a la cual puede añadirse las inyecciones de cacodilato a dosis progresivas de cinco a quince centigramos diarios, son todos medios que contribuirán a reparar el estado anémico.

Otras enfermedades como el escorbuto, la leucemia, la hemofilia, y sobre todo, esta última, son contrarias a cualquier intervención.

En las primeras puede, sin embargo, mejorarse bastante el estado general de los enfermos y obtener un aumento de la coagulabilidad sanguínea, susceptible de permitir que el paciente se opere; en la última, aún con un buen estado general, esa condición es muy difícil de obtener y el enfermo está expuesto a peligros gravísimos durante y después del acto operatorio.

Enfermedades del aparato respiratorio — Las afecciones del aparato respiratorio deben ser muy tenidas en cuenta cuando se ha de operar una enferma que esté afectada de cualquiera de ellas.

No hablemos de procesos ruidosos como neumonías, bronconeumonías, pleuresías, etc., que nadie duda no sean procesos que contraindiquen y que nadie descuida como tales, pero sí recordemos que a menudo, ya por desidia o falta de examen, suelen llevarse a la mesa operatoria enfermas con una bronquitis ligera u otro proceso leve, a los que no se les ha dado la importancia debida y que, sin embargo, son capaces de traernos consecuencias desagradables, puesto que ellas, ya sea por el anestésico usado, ya por la posición en que durante largo tiempo se ha mantenido al paciente, pueden transformarse y adquirir carácter de mucha gravedad: más y aunque nada de aquello pasara, la tos es un elemento que molesta mucho exacerbando los dolores de la herida, y ello sin contar que puede ser una causa perturbadora de la buena cicatrización.

Las afecciones crónicas, sin tener en cuenta el mal estado general de que pueden ir acompañadas, hacen peligrosa la anestesia por vía pulmonar, bajo cuya influencia pueden reagravarse.

Así como cuando existe una afección cardíaca, a esa forma de anestesia debe recurrirse sólo en

casos de mucha necesidad, otro tanto sucede en las afecciones pulmonares, pero en ellas es más peligroso el éter que el cloroformo. Cuando sea necesario una anestesia general es preferible usar el éter por vía rectal, tal como lo hemos expuesto anteriormente.

Enfermedades reveladas principalmente por el análisis de orina — En lo que respecta al riñón e hígado, los datos más importantes que podrán ilustrarnos acerca del funcionamiento normal o patológico de estos órganos, no resultarán sin duda de su examen físico, sino y sobre todo del estudio detallado del análisis de orina. Hoy ya nadie duda que es indispensable practicar el segundo en todo sujeto que deba someterse a una intervención quirúrgica siquiera de alguna magnitud, porque de él no solamente se desprenden conclusiones fundamentales respecto al estado de aquellos órganos, sino también conclusiones generales que pueden servir para encaminarnos en el diagnóstico, pronóstico, preparación y tratamiento de un enfermo a operar.

Dada, por lo tanto, la importancia que es necesario conceder a los datos expresados en él, nos vamos a permitir estudiarlo con alguna detención y solamente desde ese punto de vista.

La interpretación de esos datos debe tomarse siempre con ese concepto práctico tan indispensable como lo requieren las resoluciones acertadas.

Como los resultados varían enormemente según el régimen alimenticio a que esté expuesto el enfermo, y como nuestro principal objeto es saber como funcionan sus órganos colocados en las condiciones normales de la vida, exigiremos (salvo indicaciones especiales) que la orina que se recoja provenga del sujeto sometido a una alimentación general, por lo menos de dos o tres días, en caso que tal requisito no pueda llenarse, con el análisis debe computarse las condiciones particulares de régimen en que haya sido colocado el enfermo. De más está decir que la porción para estudio debe ser tomada del total de eliminación de las veinticuatro horas.

Del examen físico tomaremos especialmente en cuenta la cantidad de orina eliminada durante aquel tiempo, porque es indispensable relacionar a ella el tanto por mil de los productos normales o patológicos que figuran en el análisis, y sólo así sabremos la cantidad real de aquellas substancias emitidas durante las 24 horas. Por otra parte, ella puede ponernos sobre la pista de ciertos padecimientos; así, por ejemplo, una poliuria abundante puede hacernos pensar en una esclerosis del riñón, en una diabetes azucarada o insípida, como una oliguria mar-

cada, en trastornos cardíacos, en una nefritis aguda o subaguda, etc., sin olvidar tampoco que el régimen alimenticio es capaz de provocar variantes muy sensibles.

La densidad, que generalmente está en relación inversa con la cantidad eliminada, puede estarlo en proporción directa, y entonces constituir un elemento de diagnóstico no despreciable, en las diabetes azucaradas por ejemplo, la poliuria se acompaña de un peso específico elevado, y este hecho es tan característico que debe inmediatamente inclinarnos a pensar en ese proceso ; pequeñas cantidades de orina con poco peso específico son a veces el exponente de esas nefritis agudas o subagudas con tendencia a la uremia.

La intensidad de la coloración está en general relacionada al peso específico. La existencia de ciertos productos anormales puede traducirse por aspectos más o menos típicos.

Así por ejemplo, las orinas que contienen sangre toman una coloración rojiza, rojo obscura y hasta negra ; las que contienen bilis toman a menudo un color a infusión de té cargado.

Un depósito abundante puede ser debido a uratos, fosfatos, pus, etc.

La reacción alcalina puede inducirnos a pensar

en fermentaciones que se producen mientras la orina es contenida dentro del reservorio urinario.

La disminución de la úrea, considerando el régimen alimenticio, puede guiarnos en el descubrimiento de un estado de insuficiencia funcional de la célula hepática, tan digno de tenerse en cuenta en todo enfermo que ha de operarse, por los peligros que ello puede acarrearle. Es indudable, que nuestro diagnóstico no se basará sólo en ese elemento y que trataremos de poner en evidencia los demás signos urinarios : glicosuria, levulosuria, urobilinuria, indicanuria, etc., sin descuidar los síntomas clínicos del enfermo.

Las insuficiencias hepáticas ligeras pueden permitir una anestesia general, a base preferentemente de éter, administrado por vía rectal.

Las insuficiencias hepáticas acentuadas requieren un tratamiento médico previo (régimen lácteo, antisepsia intestinal, etc.), que tratará de corregir en lo posible este estado, pero si el caso no permitiera demorar la intervención, se recurrirá a ella valiéndonos de anestésicos locales.

La cantidad de los cloruros nos dará una idea del estado de permeabilidad renal.

Entre los elementos anormales que el examen químico de la orina es capaz de poner de manifiesto, debemos recordar en primer término a la albúmina,

la glucosa y la acetona, que gozan de una significación importantísima, ya que en la mayoría de los casos descubren la existencia de procesos o estados graves que pueden contraindicar toda intervención quirúrgica o por lo menos, exigir una preparación muy especial de la enferma si se quieren evitar consecuencias desagradables.

La significación de una albuminuria no es siempre fácil de obtener, y a veces es necesario un estudio muy completo y detallado del enfermo para llegar a conclusiones exactas; sin embargo, y colocándonos desde un punto de vista esencialmente práctico, el más útil para nosotros, trataremos de esquematizar algunos principios generales, sujetos indudablemente a excepciones, de manera a poder interpretar desde ese mismo, sino todos, por lo menos, la mayoría de los análisis que manifiestan albúmina.

Desde luego, consideraremos un primer caso, en el cual el examen químico de la orina revela la existencia de aquel producto en cantidad más bien escasa, ninguna otra modificación importante en los demás elementos, el microscopio no encuentra nada anormal o cuando más algunos pocos cilindros hialinos, si el enfermo es portador de algún tumor abdominal o pelviano de cierta magnitud o de alguna lesión quirúrgica de cualquier naturaleza, siempre que ella sea capaz de traer trastornos circulatorios.

rios que repercutan sobre el aparato renal, debe, con muchas probabilidades en favor, pensarse que ahí está la causa de la presencia de ese producto anormal en la orina.

La significación de estas albuminurias es muy particular, puesto que ellas no contraindican el acto operatorio, sino al contrario que lo exigen si se les pretende hacer desaparecer.

Por lo común, no se modifican o sólo apenas disminuyen con el tratamiento pre-operatorio, que consultando los preceptos generales sin conocer o sin tener en cuenta la esencia del elemento causal, se imponga a la enferma.

Por otra parte, como ellas se mantienen gracias a una congestión renal pasiva y de ninguna manera a procesos inflamatorios por lo menos al principio, se comprende que las lesiones anatómicas del parénquima renal no existan o sólo sean muy superficiales y por lo tanto, el peligro del anestésico y de las demás circunstancias operatorias no sea tan alarmante en estos casos.

Sin embargo, conviene no descuidar los cuidados preparatorios ni las precauciones operatorias generales aplicables a toda enferma del aparato renal, considerando que ellas están particularmente expuestas a la acción de los agentes volnerantes, a consecuencia de las condiciones de inferioridad que aque-

llos trastornos circulatorios han imprimido en sus principales órganos depuradores.

Albuminurias análogas, con un cuadro de análisis muy parecido, pueden observarse en muchos otros estados menos interesantes para nosotros, algunas veces respondiendo a un mecanismo semejante de trastornos circulatorios como ciertas albuminurias cardíacas, ortostáticas o a mecanismos más complejos, como las que aparecen en los estados febriles, las alimenticias y otras. Todas ellas demandan las precauciones ya indicadas en el caso anterior y algunas otras que pueden desprenderse de su etiología.

Como segundo caso, consideraremos aquel en el cual el análisis químico de la orina demuestra la existencia de albúmina, al mismo tiempo que el estudio microscópico descubre la presencia de ciertos elementos anormalmente abundantes, como hemátíes, glóbulos de pus, etc., sin por otra parte aparecer ni un solo elemento renal de significación patológica.

Desde luego, en estos casos debe pensarse, que por lo menos funcionalmente, el riñón no se muestra afectado y que de su parte no existe ninguna contraindicación operatoria ni precauciones especiales a tomar.

Esa albúmina está indudablemente en relación con aquellos elementos descubiertos por el micros-

copio y que proceden ya de las vías urinarias inferiores o de los órganos genitales y, por lo tanto, esa albuminuria será o no una contraindicación operatoria o necesitará de tratamientos pre-operatorios especiales, según el proceso de que dependa.

Por último, en un tercer caso consideraremos las albtuminurias que traducen una inflamación renal y en las cuales el examen del sedimento muestra los elementos típicos : cilindros y células en cantidad variable.

No vamos a entrar en el detalle de todas las conclusiones que el estudio concienzudo del análisis de orina puede a este respecto revelarnos, y sólo recordaremos que las inflamaciones agudas traen generalmente oliguria, albúmina en cantidad abundante, disminución de úrea, cloruros, etc., numerosos cilindros epiteliales, granulosos, etc., y que las crónicas lo más frecuentemente se acompañan de poliuria, densidad escasa, poca albúmina, disminución de permeabilidad renal, algunos cilindros hialinos o granulosos, etc.

Las nefritis agudas o subagudas contraindican toda operación mientras dura ese estado, salvo naturalmente de que dada la gravedad del caso aquella no pueda transferirse para otro momento más oportuno y de que las probabilidades de salvar la

vida de la enferma sean mayores adoptando esa norma de conducta.

Cuando en estas condiciones sea absolutamente imprescindible operar, la buena práctica aconseja que se extremen las medidas precaucionales durante el acto operatorio. Si es posible se evitará la anestesia general, y si no se elegirá entre los anestésicos aquel que tenga una influencia menos marcada sobre el riñón ; ella será reducida al tiempo y grado absolutamente indispensables, se evitarán los grandes traumatismos y pérdidas sanguíneas, el acto operatorio constará de los tiempos más necesarios, se evitará los enfriamientos y una vez el enfermo en su lecho se le mantendrá calentado y tratando siempre de favorecer las funciones eliminatorias de la piel y aparato digestivo, evitandó así toda sobrecarga funcional del riñón.

Estos enfermos reaccionan muy desfavorablemente al anestésico, el cual al ser eliminado agrava considerablemente las lesiones renales, el shock y la anuria suelen ser los accidentes temibles.

Por lo tanto, siempre que se pueda, antes de operar se someterá a los enfermos en esas condiciones a cuidados minuciosos, comenzando por el regimen alimenticio que será el lácteo o lácteo vegetariano hasta conseguir la desaparición de la al-

búmina. Se mantendrá una higiene rigurosa de la piel con baños tibios y se evitarán los enfriamientos.

La asepsia del tubo digestivo se puede obtener con purgantes y enemas. Es conveniente que el enfermo tome líquidos en abundancia para favorecer la depuración renal.

Cuando un análisis acusa la existencia de azúcar en las orinas y sobre todo cuando ese azúcar es el exponente de una diabetes, es necesario que no se descuiden la importancia y gravedad de tal constatación, porque ella contraindica o mejor dicho detiene, aunque sea temporariamente, todo acto quirúrgico de cierta importancia.

Pero, de más está decirlo, que si la gravedad del sujeto, determinada por el mal que exige la operación, es tan apremiante que exige también que ésta se practique de inmediato, habrá que pasar por alto todos los escrúpulos y temores para seguir ese camino, que es el más corto.

Es sabido, que el peligro de operar diabéticos, estriba especialmente en el estado de inferioridad orgánica en que estos sujetos se encuentran y que les hace campo fértil para que la infección progrese con facilidad y tome a menudo caracteres sombríos.

Los accidentes pulmonares son también de temer; por eso debe evitarse en ellos el prolongar

demasiado la posición de Trendelenburg y el abusar de ciertos anestésicos como el éter.

En la práctica quirúrgica diaria cuando se operan diabéticos preparados con un régimen conveniente de reducción de azúcar y en los cuales este elemento ha desaparecido de la orina o sólo se encuentra en cantidades mínimas y se trata de mantener ese estado durante el período post-operatorio, por lo general esos sujetos evolucionan en las condiciones de todo operado sin complicaciones, siempre que en ellos se guarden, en entiendo, las precauciones necesarias y las reglas más severas de asepsia.

Aún, diabéticos operados por urgencia en plena glicosuria, pueden presentar un período post-operatorio del todo satisfactorio, conocemos algunos casos de esta naturaleza y en los que ni siquiera se observó retardo alguno en la cicatrización de la herida. De más está decirlo que todas las precauciones se extremaron y especialmente las que conciernen a la asepsia durante y después del acto quirúrgico.

En lo relativo al pronóstico de los diabéticos respecto a la operación, no vale tanto tomar en cuenta la cantidad de glucosa que su análisis manifiesta, sino sobre todo como ella se comporta ante el tratamiento preparatorio; si el azúcar disminuye

y desaparece con facilidad, el pronóstico es mucho más favorable que en aquellos casos contrarios que ponen de manifiesto generalmente la insuficiencia marcada de la célula hepática.

La presencia de acetona es una constatación terrible que hace urgente el recurrir a los alcalinos en dosis elevadas.

Enfermedades de la piel — Algunas de ellas contraindican todo acto quirúrgico que no sea urgente; otras, sobre todo cuando se localizan en el campo que ha de ser el operatorio, exigen un tratamiento previo o que se tomen medidas precaucionales de manera a evitar contaminaciones.

Enfermedades venéreas — Debe evitarse operar en lo posible mientras exista una blenorragia aguda.

La sífilis puede exigir un tratamiento que modifique el estado general o las lesiones locales y favorezca la buena evolución del acto operatorio.

Intoxicaciones — Las intoxicaciones crónicas como el alcoholismo, la morfinomanía, etc., exigen cuando están algo avanzadas el mejoramiento del estado general y que se tomen medidas precaucionales cuidadosas al administrar la anestesia. Conviene también que no se supriman completamente

los elementos del vicio para evitar los trastornos graves de delirio alcohólico, manía aguda, etc.

Enfermedades nerviosas — En los estados de histerismo, neurastenia, etc., es conveniente someterlos a un régimen modificador.

Enfermedades infecciosas — Las enfermedades infecciosas agudas contraindican como es de suponer toda intervención susceptible de ser diferida y cuyo motivo no se relaciona con ellas.

Período menstrual — Por lo general, se respeta el período menstrual con el fin de no interrumpir las funciones fisiológicas siempre que la indicación del momento operatorio sea una cuestión indiferente.

En particular, se respeta en cirugía ginecológica, suponiendo que es ésta una circunstancia congestiva de los órganos genitales y que predispone por consecuencia a las hemorragias.

Embarazo — En presencia del embarazo, sólo hay que considerar si la afección quirúrgica permite que se elija el momento oportuno, en el cual caso se esperará el cumplimiento de la evolución fisiológica; si ella no es susceptible de espera, se someterá a la operación, a pesar de las consecuencias que pudieran sobrevenir.

DEL REPOSO PSIQUICO Y FISICO

La revelación por el médico a la paciente de la existencia de una afección quirúrgica y su indicación de la necesidad de intervenir, no dejan, por lo general de impresionarla penosamente y a veces hasta determinar en ellas una excitación moral más o menos intensa y durable.

La buena práctica aconseja, que en los días que preceden a la intervención se tratará de que la enferma adquiera la calma necesaria, porque aquel estado de excitación moral cuando es intenso, suele ser por muchos conceptos altamente perjudicial. la enferma no descansa ni física ni psíquicamente; sus resistencias orgánicas disminuyen y se coloca en condiciones inferiores para el momento operatorio y sus ulteriores. Por lo tanto, es conveniente levantar el espíritu de la enferma, infundiéndole mayor valor y confianza en el éxito de la prueba, disminuyéndole ante su consideración la magnitud e importancia de la misma, de la que sólo se dará cuenta a las personas interesadas a quienes ha de mostrarse claramente la verdad; sólo así se conseguirá mantener a buen nivel la reputación profesional.

En aquellas personas que han de operarse en un medio ajeno, al de su casa (sanatorios, hospitales), el nuevo ambiente en que se encuentran obra en

formas diversas, en general se habitúan a él con rapidez y encuentran pronto la distracción necesaria, pero en algunas la separación de sus familias, el ambiente hospitalario o la vista de las demás operadas, conduce a un estado de tristeza o desesperación tal, que hace necesario el cambio de medio.

Cuando la enferma por su estado de excitabilidad no duerme suficientemente, es necesario a toda costa obtener un buen reposo psíquico, los baños tibios, la valeriana, los bromuros, etc., bastarán casi siempre.

El reposo físico es también un útil coadyuvante en la buena preparación de la enferma; por lo general, no será necesario el reposo en lecho a no ser que lo indique la evolución o naturaleza del proceso por el cual se va a operar; convendría sí durante los días que preceden a la intervención, que la enferma abandone sus ocupaciones diarias, que no se agite ni se exponga a enfriamientos y que se dedique casi exclusivamente a colocarse en las mejores condiciones higiénicas y de resistencia para soportar con más felicidad el acto quirúrgico.

LA ALIMENTACION DURANTE EL PERIODO PRE - OPERATORIO

No es posible aconsejar un determinado régimen alimenticio al cual pudieran someterse todas

las enfermas durante el período pre-operatorio, puesto que son numerosas las circunstancias dependientes del estado general del sujeto, de la existencia de complicaciones, de la naturaleza de la afección o del órgano sobre el que se va a actuar, que modifican sensiblemente las indicaciones en cada caso.

Sin embargo, algunos preceptos generales rigen el fin que el cirujano por lo común se propone, y son ellos los que deben tenerse siempre en cuenta al instituir un régimen alimenticio.

Ante todo, cualquiera de ellos que se imponga debe propender al mejoramiento del estado general del enfermo, con objeto de aumentar sus resistencias orgánicas o de conservarlas si son suficientes; esas dietas severas que algunos cirujanos imponen a sus enfermas son generalmente innecesarias y de efectos contraproducentes, y si bien es cierto que si la enferma está en buenas condiciones no necesita una sobrealimentación, porque sus desgastes orgánicos se reducen con motivo del reposo físico y psíquico a que debe someterse en los días preparatorios, también es cierto que en ningún momento conviene que ellas lleguen a debilitarse, si no se quiere exponerlas a ciertos inconvenientes serios.

Luego, hay que tener también presente que es primordial para la evolución ulterior favorable del operado, que sus emuntorios funcionen correctamen-

te ; las substancias tóxicas ingeridas bajo forma de anestésicos o calmantes o los productos de la misma naturaleza elaborados en el tubo digestivo o en la intimidad del organismo, deben eliminarse por aquella vía, y, por lo tanto, es necesario favorecerles el paso, cuidando de que los órganos encargados de llenar ese rol se encuentren en la más completa integridad funcional posible.

Desde luego y correspondiendo a estas indicaciones, habrá que administrar en los días preparatorios una alimentación substancial pero de fácil digestibilidad y que deje la menor cantidad de residuos, porque a pesar de los purgantes y enemas, siempre queda algo en los intestinos que a causa de la paresia intestinal post-operatoria, sufre una estancación de varios días, durante los cuales puede dar lugar a fermentaciones y productos tóxicos absorbibles.

Los purés, las pastas alimenticias, las verduras, patatas, frutas cocidas, la leche, los huevos en no mucha cantidad porque favorecen las fermentaciones, las carnes, sobre todo de gallina, etc., constituirán la base de la alimentación.

Estos alimentos convendrán a la mayoría de los enfermos que no demanden un régimen especial. En ellos la alimentación mixta de líquidos y sólidos podrá hacerse hasta el día que precede al de la

víspera operatoria; luego se seguirán dando solamente líquidos y en la mañana del día destinado al acto quirúrgico la enferma permanecerá en ayunas.

Conjuntamente se habrá tratado de hacer evacuar con purgantes y enemas lo más completamente posible el tubo digestivo.

Cuando las enfermas a operar traen complicaciones o estados que requieren un régimen especial, éste deberá ser instituído con tiempo, de manera a corregir en lo posible esos defectos que pueden obscurecer el pronóstico de las operadas.

Así, por ejemplo, los obesos pueden necesitar una cura de adelgazamiento, y entonces al lado de los ejercicios, hidroterapia, etc., impondremos una alimentación conveniente, proscribiendo las grasas, azúcares e hidrocarbonados, dando los demás alimentos en poca cantidad: carne, quesos, legumbres verdes, etc., y limitando los líquidos.

En los diabéticos de una manera general hay que evitar los alimentos azucarados y feculentos, mientras que la carne y grasas formarán la base de su alimentación.

En los nefríticos habrá que recurrir al régimen lácteo o lácteo vegetariano, y así con igual criterio habrá que preparar los enfermos que necesitan de un régimen propio por padecer afecciones como la anemia, clorosis, etc., régimen que no es otro que

el que la terapéutica clínica impone siempre en esos casos, y que, por lo tanto, creemos inútil detallar.

PREPARACION DEL APARATO DIGESTIVO

En su párrafo correspondiente estudiamos los beneficios que pueden esperarse de un régimen adecuado de alimentación, adoptando esa norma, entre otras ventajas concernientes al tubo digestivo, podemos anotar cierto grado de asepsia y una disminución de residuos excrementiciales.

Sin embargo, esa asepsia es bastante incompleta y debemos acrecentarla con otros medios más eficaces, y sobre todo con el de la evacuación del estómago e intestino que es tanto más ventajosa cuanto más perfecta.

Desde luego entonces, vacuidad y asepsia lo más perfecta posible son las circunstancias que deben tratarse siempre de llenar, porque ellas reducen notablemente los peligros de la laparotomía; cuando el intestino está vacío se lo maneja con mucha más facilidad, una herida intencionada o accidental es menos grave, aunque no por eso deja de ser siempre temible.

La evacuación puede obtenerse por varios métodos que se complementan los unos a los otros;

los de mayor importancia son : los purgantes, los enemas y la sonda gástrica.

Los dos primeros bastan generalmente cuando se quiere hacer una laparotomía sin intervenir sobre estómago.

Los purgantes más comúnmente usados son : el sulfato de soda, el aceite de ricino, la magnesia, el calomel, el ácido cítrico, etc.

Si la enferma no es una constipada, por lo común basta una buena dosis, graduada indudablemente según sus resistencias, de uno cualquiera de aquellos purgantes (del que mejor indicado esté), en la antevíspera para obtener una evacuación abundante que ha de completarse con uno o varios enemas en el día siguiente y en la mañana dedicada al acto quirúrgico.

Apesar de que la mayoría de los autores aconsejan que el purgante se administre en la mañana de la víspera, nosotros creemos que es preferible hacerlo en la antevíspera, porque él, como se sabe, no deja de traer cierto desequilibrio orgánico, pasajero es cierto, pero capaz hasta de manifestarse con algunas décimas de temperatura y que quizás no deja de tener alguna influencia en la operada.

Si la enferma es una constipada crónica, habrá que purgarla dos o más veces durante los cuatro o cinco días que preceden a la operación y adminis-

trarle uno o dos enemas diarios de agua salada o con glicerina o aceite, sin exagerar se comprende, para no debilitar demasiado la paciente.

La sonda gástrica está indicada especialmente cuando ha de intervenir sobre ciertas lesiones del estómago, puesto que no todas son susceptibles de permitir la, y sólo después de haber examinado la enferma de manera a conocer si no existen contraindicaciones por parte de otros órganos, como esófago, aorta, etc.

Cuando no existe estancamiento alimenticio, bastará practicar un buen lavaje la noche víspera del acto quirúrgico, después del cual solamente se permitirán algunos líquidos hasta la mañana siguiente, en que se hará un segundo lavado muy completo antes de operar.

Cuando la enferma padece de retención de alimentos, será preferible que los lavajes se practiquen diariamente en los tres o cuatro días que preceden a ese acto.

Luego, se tomarán también todas las medidas generales aconsejadas en los párrafos anteriores.

Algunos cirujanos exageran a nuestro juicio la manera de preparar estas enfermas, llegando a no permitir que durante el período preparatorio se alimenten o beban sustancias que no estén perfectamente esterilizadas.

Es verdad que éstas y las demás precauciones que toman son teóricamente muy aceptables, ya que tienen por objeto esencial aseptizar la cavidad gástrica, pero fácil es comprender que prácticamente tal medida no llega a su fin y no tiene tal interés por cuanto los gérmenes que pueden existir en el estómago son generalmente inofensivos; otro tanto suele pasar con los de la primera porción del intestino; por otra parte, la técnica quirúrgica está a este respecto tan perfeccionada que cuando se siguen sus indicaciones estrictamente no hay por qué temer contaminación peritoneal de ninguna especie, aun mismo si no se hubiera tenido tiempo de evacuar esas vísceras de su contenido.

Las operaciones sobre el recto y muchas del periné, requieren de los cuidados generales ya citados, que se exageren los que a esta porción del tubo digestivo respecta y, por lo tanto, es a los enemas abundantes a quienes deberá dárseles la preferencia, ya sea simples o con agua salada, boricada, oxigenada, etc., según los casos.

Convendrá que el último de ellos se dé la víspera de la operación, y que desde ese mismo día se constipe al enfermo hasta siete u ocho días después.

Es bueno cuidar la higiene de la boca, en la que existen frecuentemente diversos microbios pa-

tógenos, sobre todo cuando hay muchos dientes caídos ; este material séptico puede ser a consecuencia del debilitamiento general, ya al ser deglutidos hacia las vías aéreas durante la anestesia el origen de complicaciones diversas. Por lo tanto, no son precauciones superfluas todas las que se puedan tomar en ese sentido ; extirpación de dientes malos y lavados frecuentes con cepillo y sustancias ligeramente antisépticas, sobre todo en la mañana de la operación.

HIGIENE DE LA PIEL

La importancia de la higiene de la piel, es lo suficientemente considerable como para que ella no deba en ningún momento ser descuidada. En efecto : no solamente hay que evitar los enfriamientos cuyas consecuencias nocivas se manifiestan sobre órganos como el riñón, pulmones, etc., sino también que su limpieza cuidadosa prepara la aseptización del campo operatorio, y más aún, facilita sus funciones emuntorias que tan indispensables suelen ser en ciertos enfermos que van a la mesa de operaciones con su riñón o hígado afectado.

Es necesario por lo tanto, abrigar bien a los enfermos, sobre todo a los debilitados y no exponerlos a enfriamiento durante el acto operatorio.

Los baños tibios jabonosos generales, se repetirán tanto más frecuentemente y con una técnica más rigurosa, cuanto menos haya estado la enferma acostumbrada a los cuidados higiénicos. Las precauciones serán mayores en caso de laparotomías; el ombligo es un punto que las enfermas descuidan generalmente de limpiar bien, hay que recomendarles que se esmeren en ello, lo mismo en los pliegues inguinales y órganos genitales externos.

La víspera se afeitará debidamente el pubis y región genital.

Algunos cirujanos colocan desde ese mismo día curaciones antisépticas o simplemente aséptica en las regiones a operar, después de una buena toilette de ella con agua y jabón, a lo que otros agregan bicloruro, alcohol o éter.

Hoy en día esta última preparación del campo operatorio ha perdido mucho su importancia práctica, desde que se puede obtener una buena asepsia inmediatamente antes del acto operatorio, recurriendo a las fricciones sucesivas de bencina y alcohol, a lo cual se le añade una aplicación de tintura de yodo.

OPERACIONES EN LOS ORGANOS GENITALES EXTERNOS Y OPERACIONES POR VIA VAGINAL

Las operaciones sobre el periné, órganos genitales externos, vagina, cavidad de útero y en general todas las operaciones ginecológicas por vía vaginal, exigen además de los cuidados comunes a toda laparotomía, los concernientes a la asepsia rigurosa de estas partes que es tan difícil de obtener.

La asepsia más completa posible para el acto operatorio se irá preparando de antemano mediante los baños generales y de asiento, y sobre todo con los lavados vaginales que según las circunstancias, deberán ser simples o ligeramente antisépticos; el permanganato de potasio, el bicloruro de mercurio, etcétera, pueden prestar buenos servicios. La frecuencia de ellos depende de las indicaciones que surjan del estado de la enferma; por lo general, uno o dos al día bastan.

Las operaciones plásticas no deberán practicarse mientras existan procesos inflamatorios cercanos capaces de contaminar la herida, y como en la mayoría de los casos ellas no exigen una gran premura, se tendrá tiempo suficiente para tratar en debida forma aquellas complicaciones.

Esas mismas operaciones, sobre todo cuando se practican con intención de reparar una ruptura más o menos completa del tabique vagino-rectal, teniendo en cuenta que el recto es un foco muy cercano de septicidad, exigen que se esmeren los cuidados preparatorios de aquel órgano.

Purgantes y enemas alternados a diario y durante los seis días que preceden el acto quirúrgico, dieta líquida durante ellos y constipación precoz iniciada desde el día antes y mantenida hasta ocho o nueve del de la operación, son las indicaciones más importantes a tener en cuenta.

OPERACIONES DE URGENCIA

Es excepcional que ellas sean tan apremiantes que no permitan que se tomen algunas medidas precaucionales, o por lo menos, en la inmensa mayoría de los casos se tiene el tiempo suficiente para esterilizar el campo operatorio y evacuar con un enema la parte inferior del intestino ; si es necesario se evacuará el estómago con un buen lavaje. La vejiga se vaciará con el cateterismo.

La tintura de yodo presta servicios inestimables en estos casos, puesto que permite una desinfección suficiente aún sobre la piel sucia.

Las inyecciones de suero, cafeína, aceite alcanforado, podrán sostener el estado general del enfermo. La anestesia se administrará o no, según las indicaciones del caso.

ESTADOS HEMORRAGIPAROS

Las intervenciones operatorias en todos aquellos sujetos portadores de estados generales que predisponen a las hemorragias, resultan de una gravedad tal que mientras sea posible deberá diferirse el acto quirúrgico hasta tanto puedan mejorarse las condiciones de coagulabilidad de la sangre.

Los hemofílicos están particularmente expuestos a accidentes hemorrágicos gravísimos, aún con las intervenciones más simples; por otra parte, es difícil modificar favorablemente en ellos el proceso de coagulación, de manera a obtener una preparación tal del enfermo que aleje siquiera por un momento nuestros temores.

Los demás estados hemofílicos como el de la insuficiencia hepática, enfermedad de Barlow, escorbuto, púrpura, leucemia, etc., son más fácilmente modificables.

La gelatina ha sido preconizada con ese objeto, y efectivamente, ella aumenta la coagulabilidad de

la sangre por un mecanismo doble : cuando se la aplica localmente en un lugar cuya temperatura es inferior a la de su punto de solidificación, ella se coagula, y obra, podríamos decir por taponamiento, pero además tiene una acción indudable e independiente de la anterior, pues las inyecciones intravenosas a una temperatura poco elevada, pero lo suficiente para mantenerla líquida, obran aumentando notablemente la rapidez de coagulación. De estas acciones la primera ha sido aprovechada para las hemostasias locales, la segunda para aumentar la coagulabilidad general. Las soluciones para aplicación externa varían del 5 al 10 por ciento, las soluciones para inyecciones sub-cutáneas son al 1 por ciento, generalmente se les agrega un poco de cloruro de calcio y se inyectan de 10 a 50 centímetros cúbicos a la temperatura del cuerpo.

Fórmula de Carnot :

Gelatina : 20 o 50 o 100 grs.

Cloruro de calcio : 10 grs.

Agua : 1000 grs.

Estas soluciones deben ser rigurosamente esterilizadas, valiéndose de los procedimientos especiales para el caso, puesto que constituyen, como es sabido, un caldo de cultivo inmejorable para el bacilo del tétano.

Las inyecciones sub-cutáneas, pueden además traer accidentes locales, como dolor, induración, etc., y accidentes generales como elevación térmica, escalofríos y aún peligros mayores cuando se las aplica a sujetos cuya coagulabilidad es normal, produciéndose así en ellos una hipercoagulabilidad digna de temerse.

El cloruro de calcio es un buen hemostático cuando trata de cohibirse una hemorragia por aplicación local, sobre todo cuando se le asocia a la gelatina, pero sus resultados como método preventivo por uso interno son muy dudosos para confiar en su acción.

El suero humano o de animal es el mejor recurso terapéutico que como agente susceptible de aumentar la coagulabilidad de la sangre tenemos en nuestras manos. Su acción coagulante podemos usarla a título preventivo o curativo en todos aquellos casos en que hay predisposición marcada hacia las hemorragias ; con él la coagulabilidad de la sangre aumenta lo suficiente como para prever esa complicación muy temible en esos casos.

En la hemofilia verdadera o congénita los resultados no son tan halagadores, pues que el aumento de coagulabilidad dura pocos días, en los demás estados hemorrágicos ella se hace sensible desde el día siguiente al de la inyección y dura

de 20 a 40 días. El suero generalmente empleado es el de caballo; el de buey puede dar fenómenos tóxicos graves; si no se tiene del primero fresco y puro puede aplicarse el antidiftérico. La inyección puede ser intravenosa o sub-cutánea a la dosis de 10 a 20 centímetros cúbicos.

Se han recomendado otras sustancias, como el extracto de tiroides, que al parecer han obtenido algunos éxitos.

HIPERLEUCOCITOSIS PREVENTIVA

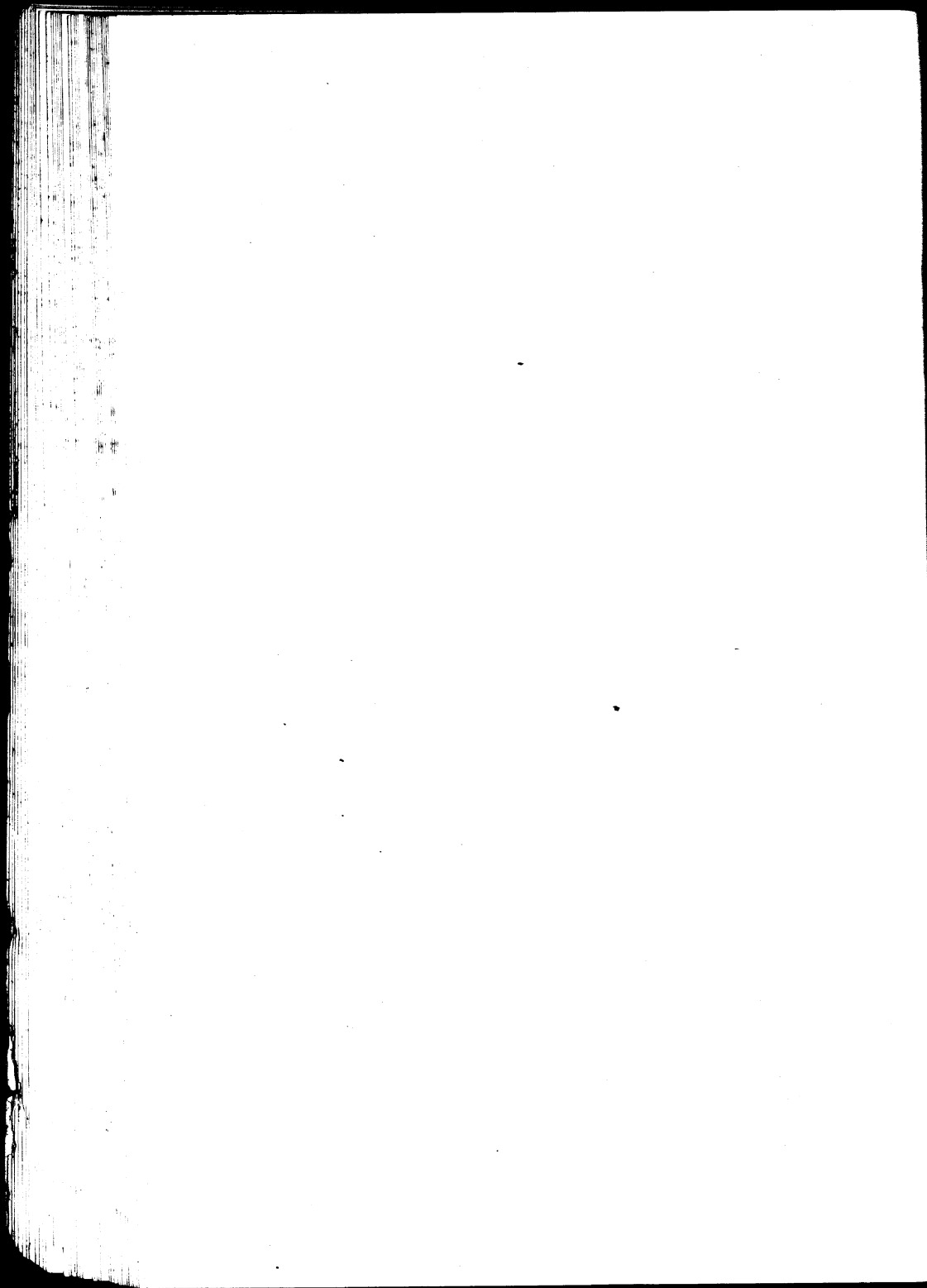
Se han propuesto en estos últimos tiempos diversos procedimientos con el fin de disminuir el grado de receptividad del organismo a la infección, armándolo preventivamente de elementos de defensa capaces de permitirle una lucha eficaz contra los agentes microbianos.

Las tendencias se han dirigido a despertar por reacciones biológicas, estados llamados de hiperleucocitosis, que dotaran al organismo de una defensa mayor que la que él normalmente tiene.

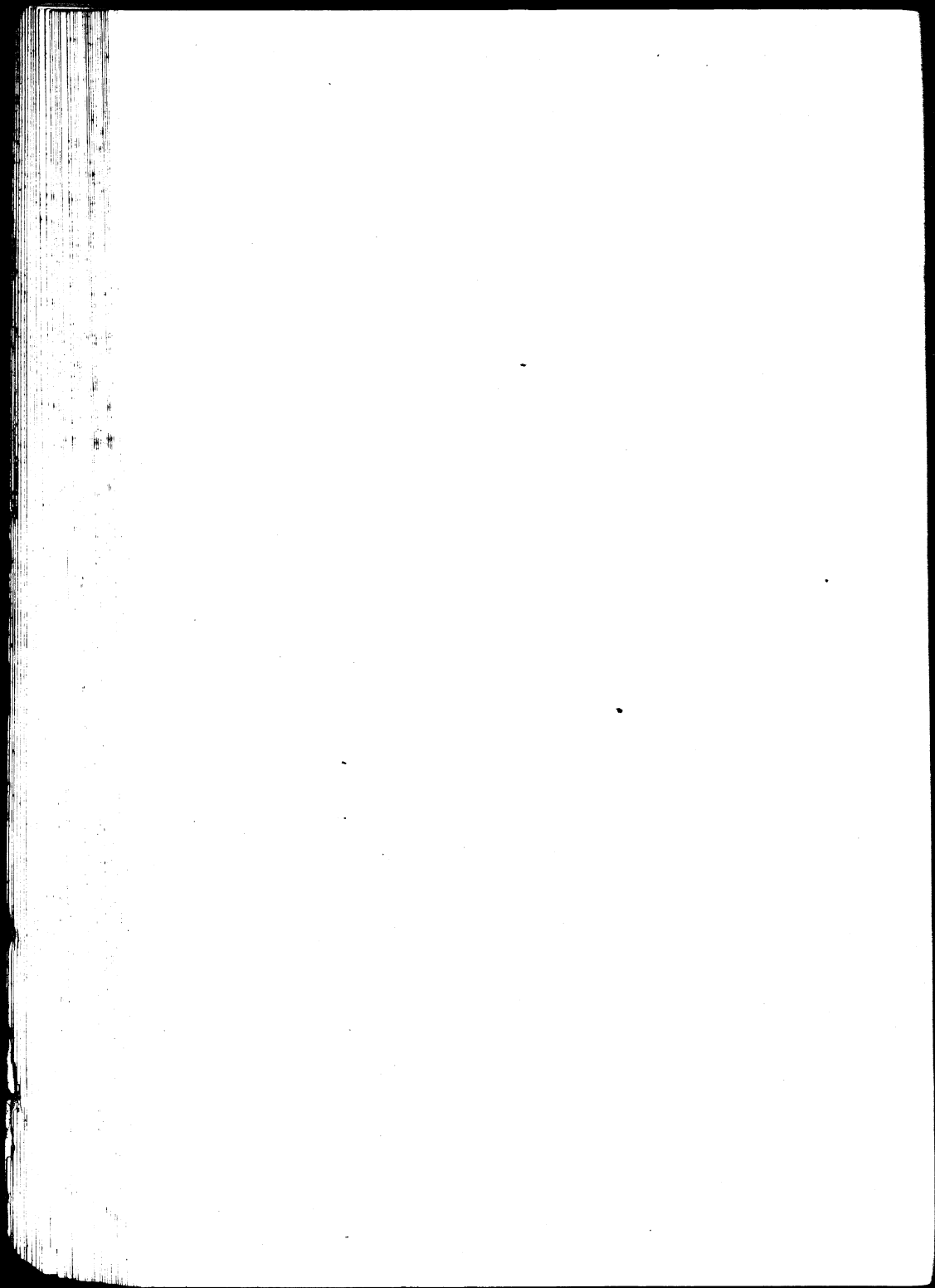
Este estado de hiperleucocitosis se obtiene por el nucleinato de soda, la talianina, el suero de caballo, etc.

Esta cuestión, si bien puede ser de una gran importancia bajo el punto de vista teórico, considerada prácticamente, carece de todo valor, porque como la técnica quirúrgica ha adquirido hoy en día, en alto grado, el poder preventivo de la infección y ella desarrolla su acción dentro de un rigorismo que permite por sí sola elevar su porcentaje de éxitos a una gran altura sobre la contaminación infecciosa, el márgen que resta para apreciar los beneficios de la hiperleucocitosis preventiva es muy restringido y puédesele atribuir a ésta resultados que no le pertenecen en realidad.

Por otra parte, si bien puede no discutirse el hecho de la existencia real de una hiperleucocitosis provocada por sustancias medicamentosas y sueros, su intervención en un organismo en estado de equilibrio con la enfermedad, puede sospecharse de ser más nociva que útil por los perjuicios que pudiera ocasionar interrumpiendo ese estado de compensación, al ir a sobrecargar las tareas de no sabemos qué órganos, pero que puede serlo sobre cualquiera de los más importantes por sus funciones de emuntorios. En cuanto a lo que a los sueros se refiere, hechos conocidos han evidenciado este modo de pensar, presentándonos los estados que se conocen con el nombre de shock anafiláctico.



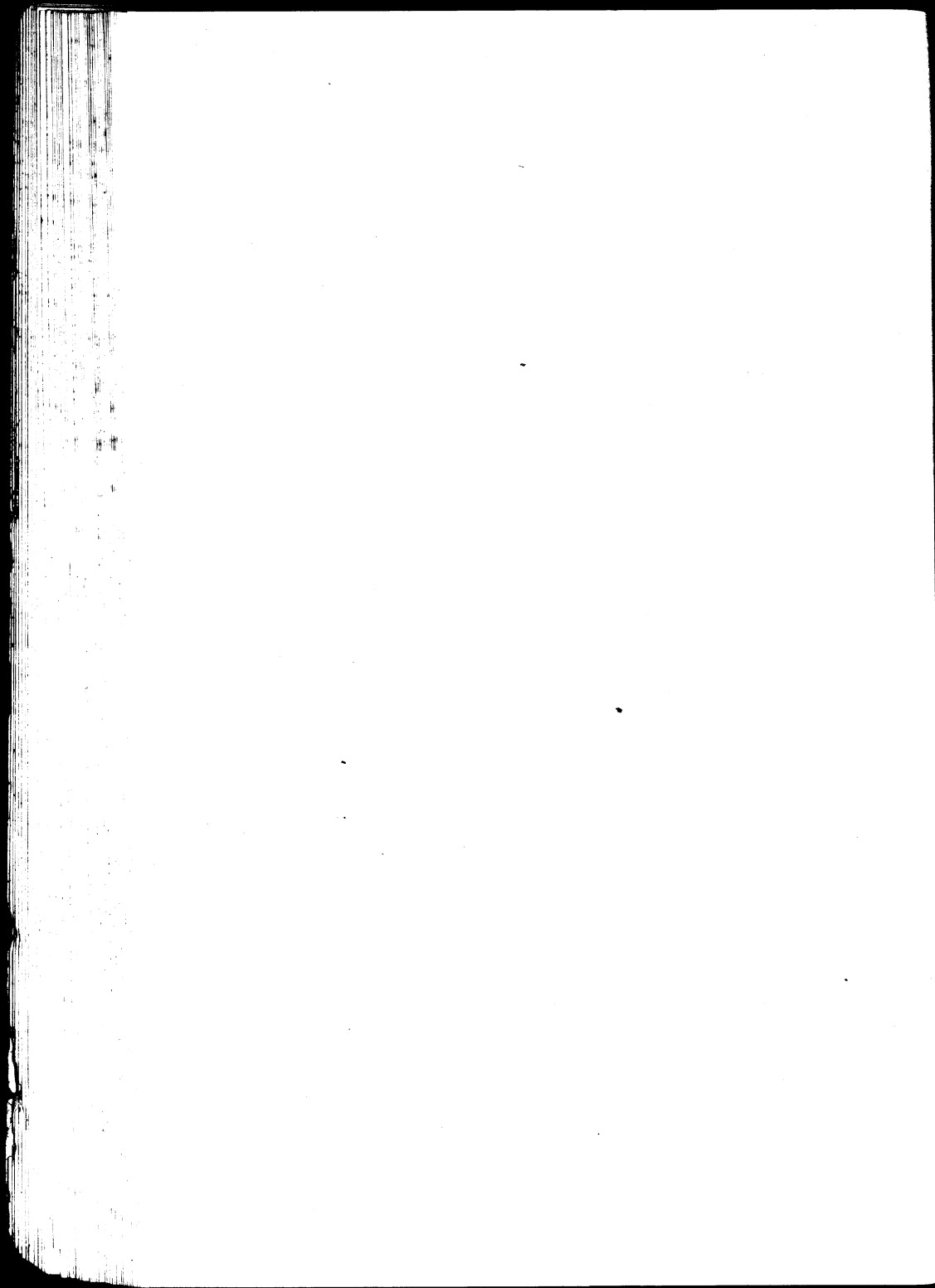
PERIODO POST - OPERATORIO



PERÍODO POST-OPERATORIO

Los cuidados que exige el enfermo durante el período post-operatorio, merecen una atención tan especial, que muchas veces, de ellos más que del acto quirúrgico mismo depende la vida del operado.

Los accidentes posibles durante este período son muy numerosos ; nosotros no recordaremos de entre ellos sino algunos de los que hemos observado con más frecuencia.



POSICION DE LA ENFERMA DESPUES DE OPERADA

Hoy en día, la mayor parte de los cirujanos está de acuerdo respecto a la considerable importancia que muchas veces tiene la posición en que han de colocarse ciertas enfermas después de operadas ; por ello trataremos de estudiar este asunto con alguna detención, tanto más cuanto que tenemos especial interés en hacer recalcar algunas nociones fundamentales a menudo descuidadas, y que así como el conocerlas y llevarlas a la práctica puede aportar apreciables beneficios para la paciente, el hecho de olvidarlas puede ser la causa de accidentes muy serios y no pocas veces fatales.

Una operada en abdomen u órganos genitales, puede ser colocada según las indicaciones del caso, ya sea de espaldas, ya de costado o ya de vientre ; de ahí las tres posiciones fundamentales que vamos a considerar : dorsal, lateral y ventral .

Cada una de ellas, puede a su vez subdividirse en variedades, así por ejemplo en la primera según que el dorso esté colocado horizontalmente o en sentido oblicuo, tendremos : la posición dorso-horizontal y la dorso en plano inclinado, hacia los pies cuando éstos están más bajos que la cabeza o hacia la cabeza cuando sucede lo contrario.

La posición lateral puede ser : lateral derecha o izquierda

La ventral no tiene variedades importantes.

Estudiaremos las indicaciones y contraindicaciones de cada una de ellas en particular.

Posición dorsal: variedad dorso-horizontal — Es en la que, por regla general, se coloca a las enfermas operadas en vientre u órganos genitales, porque en efecto se trata de un decúbito fisiológico relativamente cómodo, en el cual la dinámica del abdomen queda reducida al mínimum y que bien podríamos llamar desde nuestro punto de vista con el nombre de « posición de inercia abdominal ». Los órganos contenidos en el vientre y en la pequeña pelvis no sufren casi en ella compresiones recíprocas, la pared del primero está flácida o poco tensa, pues los órganos apoyando en la parte posterior, la dejan casi completamente libre. El esfuerzo muscular em-

pleado para conservar este decúbito, es sumamente escaso.

Sin embargo, y a pesar de que éste decúbito dorso-horizontal es una posición lógica y fisiológica, no todas las enfermas la soportan con facilidad y sin inconvenientes un tiempo prolongado; en efecto: en primer lugar, cualquier posición de inmovilidad por más cómoda que sea, después de cierto tiempo de permanencia en ella resulta fatigosa; en segundo, que el peso del cuerpo si bien es cierto que se transmite por toda la superficie de contacto con el plano de la cama, no deja de serlo más, que se hace con predilección por ciertos puntos que son realmente los de apoyo: las espaldas, la región sacro-coxígea, las nalgas, la nuca, etc.

Casi todas ellas son superficies escasamente protegidas por partes blandas, las que quedan comprimidas entre dos planos de mayor resistencia, y de ahí el dolor y otros accidentes más graves como las escaras, que pueden sin embargo evitarse o por lo menos disminuir las probabilidades de su producción, si se guardan ciertas reglas higiénicas y se consigue modificar precozmente los puntos de apoyo.

A una operada que se queja de su posición molesta y dolorosa, podemos permitirle, por ejemplo, que flexione ligeramente sus rodillas o bien para evitarle todo esfuerzo activo, nosotros mismos le co-

locaremos una almohada o sábana doblada debajó de sus regiones poplíteas y con ello habremos conseguido que el punto máximo de apoyo de la región sacro-coxígea, cambie de sitio, elevándose un poco, que los pies no-apoyen totalmente por los talones, lugar que en algunas enfermas se hace rápidamente doloroso y que tiendan a hacerlo por la planta, lugar mejor protegido. La tensión de la pared abdominal disminuye, y la herida si en ella la hay, estando menos tensa, será también menos dolorosa.

Más adelante, si la enferma acusara dolores en la región de las nalgas o en la sacro-coxígea, no hay inconveniente en permitir que alterne los puntos de apoyo, colocando un almohadón, colchón de aire o sábana doblada, debajo de uno de sus isquiones, para luego pasarlo al opuesto.

Si la incisión fuera lateral, por apendicitis o anafilaco, debe evitarse inclinar demasiado la enferma hacia ese costado, siempre que ello no tenga por objeto favorecer un drenaje.

En lo que respecta a la cabeza, muchos aconsejan que debe descansar durante varias horas en el mismo plano que la cama, aduciendo algunos como argumentos principales, que en esa forma evitan la anemia cerebral y disminuyen la intensidad de los vómitos; con lo primero estamos de acuerdo y especialmente en todas aquellas enfermas que han per-

dido mucha sangre o que tienen tendencia al shock ; en los demás casos sólo es necesario mantenerla así durante las primeras horas, porque con ello se consigue evitar los zumbidos de oído y ligeros desvanecimientos frecuentes en las recién operadas que levantan su cabeza ; en lo que concierne a los vómitos, nuestras observaciones nos enseñan que las enfermas que los tienen, tanto vomitan con la cabeza horizontal como levantada ; estamos seguros que ellos son casi exclusivamente el resultado de la intoxicación anestésica, y que no disminuyen o desaparecen sino cuando el anestésico ha sido eliminado y deja de obrar directamente sobre el centro correspondiente o cuando sus efectos irritantes sobre la mucosa gástrica se han calmado ; para nosotros, lo volvemos a repetir, la posición de la cabeza no tiene influencia alguna sobre los vómitos, y creemos que es un sacrificio inútil que muchos cirujanos imponen a sus enfermas durante largas horas.

Pasadas la primera o segunda hora, y siempre que no existan las contraindicaciones antes citadas (anemia, shock, etc.), se puede permitir a la enferma que levante y mueva su cabeza y sobre todo cuando ella lo solicita por resultarle incómodo el mantenerla en la posición horizontal. Nosotros, nunca hemos encontrado ningún inconveniente al concedérselo.

Como luego veremos en el capítulo de trastornos urinarios, la posición horizontal suele traer otro inconveniente no despreciable, y es el que muchas enfermas no pueden orinar en ella; si la naturaleza del acto operatorio lo permite, se lo haremos hacer inclinándolas un poco o sentándolas, de lo contrario tendremos que recurrir al cateterismo.

En las perineorrafias y otras operaciones que necesitan suturas de periné, algunos autores aconsejan para favorecer la cicatrización, inmovilizar las piernas, fajándolas una a otra al nivel de las rodillas por intermedio de una venda y colocar luego a la enferma en posición horizontal; lo primero es completamente inútil, a no ser que se trate de enfermas indóciles o inconcientes de sus actos, por lo demás, los movimientos limitados de los miembros influyen muy poco sobre el periné y permiten por el contrario cierta comodidad u holgura para la enferma; lo segundo es innecesario y la evolución del proceso curativo se efectúa en igualdad de condiciones colocando a la enferma de espaldas o permitiéndole estar de costado.

Por las razones que detallaremos al estudiar los demás decúbitos, la posición dorso-horizontal está contraindicada en las obesas, viejas, anemias agudas, peritonitis generalizadas, ciertos drenajes por declividad, y cuando accidentalmente en el curso de la

convalecencia estalla una dilatación aguda gastro-duodenal o una bronconeumonía, etc.

Posición dorsal: variedad plano inclinado hacia los pies — Si bien es cierto que el decúbito dorso horizontal tiene sus aplicaciones en la mayor parte de los casos de cirugía abdominal y ginecológica, algunas veces nos vemos también en la necesidad de recurrir a los decúbitos dorsales en plano inclinado que tienen indicaciones bastante precisas.

Las operadas gruesas, por ejemplo, respiran mal cuando se las coloca con el dorso horizontalmente, y se observa en ellas con mucha frecuencia accidentes graves y hasta fatales imputables a esa circunstancia.

Enfermas hasta entonces bien, se ponen dispepticas, agitadas, el pulso frecuente se hace pequeño, el abdomen se timpaniza, aparecen vómitos de coloración cada vez más obscura y en presencia de cuadro tan alarmante se ve morir la enferma si una terapéutica apropiada no interviene a tiempo.

Ya hoy son muchos los cirujanos que conocedores de estos accidentes hacen conducir sus operadas obesas a un lecho en posición dorsal en plano inclinado hacia los pies, pero enfrente de aquellos, hay muchos más que ignoran o descuidan esta circunstancia y que interpretan erróneamente sus con-

secuencias, permaneciendo completamente confundidos ante los acontecimientos.

El simple conocimiento, traído por la observación de la dificultad con que las personas gruesas soportan el decúbito dorso-horizontal, dificultad traducida por congestiones de cabeza, aceleración respiratoria y cardíaca, y en consecuencia, ese desasosiego contrario a todo reposo en esta posición, nos demostraría ya lo elemental que sería colocar a estas personas en una posición aproximada a aquella que adoptan en estado de salud, si no fuera que indicaciones traídas de reglas generales vinieran a disculpar el error frecuente que se comete cuando se coloca a una obesa en decúbito dorso-horizontal siguiendo la prescripción clásica para los operados en general.

Ya son varios los casos que llevamos observados y que confirman la precisa indicación de colocar en plano inclinado hacia los pies a las enfermas gruesas, y de un modo general, diremos, a todos los enfermos que se quejaron persistentemente de su actitud horizontal.

De entre aquellas varias observaciones mencionaremos el accidente expuesto en forma sintomática, de modo que encuadre en cualquiera de ellas. Una enferma gorda, de cuello corto, que el examen clínico la declara en condiciones de poder soportar la

operación de vientre que su estado requiere, luego de su intervención practicada sobre proceso aséptico, y realizada sin ningún contratiempo, con cierre completo de vientre, es colocada en su lecho en posición dorso-horizontal, bajo los cuidados comunes y generales conferidos a los operados.

Transcurren las primeras cuarenta y ocho horas sin mayores novedades ; su cabeza ha sido elevada del plano del lecho por una almohada ; pasado este tiempo la enferma ha comenzado a vomitar el agua que ingiere y sus vómitos se hacen persistentes, no obstante haber suspendido la ingestión de líquidos, la frecuencia y el carácter de los vómitos unido a la dispnea, ansiedad, frecuencia y tensión del pulso, timpanismo de su vientre, retención absoluta de gases, demacración y tinte ciánótico de la cara, constituyen el cuadro que alarma a los médicos que han intervenido y que reciben como primera impresión la de que se está en presencia de accidentes peritoneales.

Reconocida su gravedad y con el deseo de conjurarla se inclina el plano del lecho, levantando la cabeza y el dorso de la enferma hasta llevarla a una posición casi sentada ; convencida la enferma de la necesidad y facilidad con que puede remediársele sus vómitos, se consigue introducirle la sonda estomacal y practicarle un amplio lavaje de estómago

que desaloja una buena cantidad de su contenido color borra de café.

Se le practica un enema de un litro de agua jabonosa, dermocclisis de 500 gramos de suero fisiológico, una inyección de cafeína y cinco centímetros cúbicos de aceite alcanforado.

Media hora después la enferma mueve su vientre expulsando gran cantidad de gases, sus vómitos han cesado por completo, su pulso ha levantado la tensión y disminuído su frecuencia, su ansiedad ha desaparecido, y no transcurren dos horas cuando ya no se notan ni uno solo de los signos que pudieran hacer pensar que esa enferma ha pasado por situación tan grave.

Es necesario hacer notar, para que no resulte otra cosa de esta exposición, que las enfermas a que nos referimos de las cuales la presente es un caso, se han encontrado en un estado gravísimo, exactamente como el de una septicemia peritoneal en su amplia manifestación, que de haberse muerto sólo la autopsia hubiera podido negar que se tratara de aquel proceso. Quien sabe cuántos de estos casos han figurado y aún todavía figurarán para aquellos que siguiendo a los clásicos admiten ahí donde la autopsia no revela inflamación peritoneal como causa, peritonitis sobreagudas sin rastros, tal como

se las concebía para combatir las causas de muerte calificadas « shock operatorio ».

Para nosotros el hecho podría explicarse tal vez de la manera siguiente : el enfermo obeso obligado a permanecer en decúbito dorso-horizontal, disminuye su amplitud respiratoria, ya sea primitivamente, ya sea consecutivamente a la presión que las vísceras abdominales ejercen sobre el diafragma por efecto de declividad.

El hecho es que el enfermo respira mal.

Como consecuencia de esta dispnea de posición, la hematosiis se hace mal y, por lo tanto, el pulso se acelera.

El aparato gastro intestinal, ya sea por efecto del desplazamiento hacia arriba, ya sea por acción neuro-paralítica de orden tóxico, comienza a dilatarse y con ello a pronunciarse los signos de retención y de regurgitación estomacal.

Respondiendo a estas alteraciones, las facciones del enfermo se hacen pronunciadas, el tinte de la piel es cianoso y la ansiedad que le despierta la circunstancia grave por que atraviesa, se pone de manifiesto en todas sus actitudes.

Se ve, pues, que el cuadro descripto es como calcado del de una peritonitis y que apreciando tan solo aisladamente la sintomatología que se presenta, es difícil demostrar que no se trata de una infección

peritoneal a la que tan dispuesto se halla uno a creer en los operados de vientre.

Sólo la evolución favorable y tan benigna como breve a que la subordina el tratamiento apropiado que hemos descripto, puede disipar toda sospecha sobre la temible complicación que sin duda por este motivo, es que se piensa tanto en ella.

Otras veces no son ya el temor de las complicaciones pulmonares el que hace que coloquemos nuestros enfermos en ese decúbito, sino que se trata por ejemplo de la naturaleza de la intervención; es el caso de una peritonitis generalizada o de derrame de pus en la gran cavidad peritoneal y que ya sea para evitar que el mal se propague en mayor extensión o que la serosa absorba por una vasta superficie los productos tóxicos que allí se forman, hacemos que la enferma esté en plano oblicuo para favorecer así la acumulación de estos productos en la pequeña pelvis si no hay drenaje, o si existe para hacer que se escapen por la brecha vaginal o suprapubiana ayudados por la presión abdominal determinada por los movimientos respiratorios.

Esta posición oblicua conocida con el nombre de posición de Fowler, ha modificado sensiblemente la gravedad de las peritonitis y el cuadro clínico que presentan los enfermos es más alentador.

Los sujetos que durante el acto operatorio o en los primeros días de la convalecencia han sido atacados de la temible complicación neumónica, deben ser colocados en la posición oblicua, porque en ella expectoran con mucha más facilidad, ya que pueden hacer entrar en juego a músculos auxiliares.

Posición dorsal: variedad en plano inclinado hacia la cabeza — Tiene sus aplicaciones en enfermos que han perdido mucha sangre o están en estado de shock, para combatir con ella los trastornos de anemia cerebral.

Algunos la usan en las dilataciones agudas del estómago y colocan a la enferma en plano inclinado que varía de 30 a 45 grados, en esta forma la masa intestinal se eleva y empuja al estómago dilatado y así evita según ellos que éste comprima al duodeno y forme un codo.

Con el mismo objeto algunos cirujanos colocan a sus enfermas con dilatación aguda del estómago en posición de Trendelenburg.

No conocemos los resultados de estos procedimientos, pues no los hemos puesto nunca en práctica.

Decúbitos laterales: Se les aplica con menos frecuencia como posición inmediata al acto operatorio, y si bien algunos cirujanos colocan a sus en-

fermas operadas con incisiones laterales (apendicitis, ano contra-natura, etc.), descansando sobre el lado sano para evitar la presión abdominal, la mayoría no lo hace y las dejan simplemente en decúbito dorso-horizontal; sin embargo, conviene cuando el objeto es el drenaje (como sucede en las apendicitis supuradas) que la enferma se incline un poco hacia el lado de la incisión, porque así sale mejor el pus.

Cuando a consecuencia de una posición dorso-horizontal, han aparecido escaras, es muy conveniente alternar con los decúbitos laterales.

Ciertas fístulas véstico-vaginales encuentran una indicación precisa para su curación adoptando el decúbito opuesto al sitio lesionado.

En general en todas las operaciones ginecológicas por vía vaginal, las enfermas pueden participar a voluntad del decúbito dorsal o lateral; no hay ningún perjuicio en ello, excepción hecha de la histerectomía total con pinzas permanentes con objeto de evitar el peligro de las hemorragias.

Decúbito ventral: Es una posición incómoda de conservar durante cierto tiempo y que para muchos cirujanos tiene su gran indicación en la dilatación aguda del estómago (nosotros hemos visto mejorar rápidamente a varios casos tratados en esta forma).

Puede aplicarse alternando con los decúbitos laterales cuando existen escaras sacras.

Se le puede prescribir por secciones de media hora varias veces al día cuando se desea drenar quistes, absesos, etc., que sólo en esa posición pueden hacerlo totalmente.

Se le usa en ciertas fístulas vésico-vaginales de la cara posterior de la vejiga con objeto que la orina se colecte en la parte anterior y así favorecer el proceso de cicatrización

La posición genu-pectoral muy molesta de conservar durante algún tiempo, ha sido aconsejada para drenar colecciones de la parte superior del abdomen con incisión supra-umbilical, no conocemos sus resultados.

TEMPERATURA

La temperatura en las operadas, es un elemento de apreciación que nadie descuida, y de cuyo juicio crítico es necesario tener sino un concepto verdadero, por lo menos un concepto práctico que permita interpretar el estado del enfermo.

Sería un vulgar error interpretar como alarmante, el ascenso térmico que experimentan los operados en general y en particular los operados de

vientre en el día y al día subsiguiente del acto operatorio ; este ascenso térmico de intensidad variable, pero que llega raras veces a dos grados de la media normal, es un hecho casi constante que debe sin duda referirse a las causas múltiples que perturban el equilibrio del organismo con el proceso que motiva el acto operatorio

Esto, refiriéndonos a la temperatura normal preoperatoria, es decir, a operados en apirexia, porque en lo que se refiere a los operados febriles, sufren por el contrario en la época a que estamos haciendo referencia, un descenso térmico marcado consecutivo a la desintoxicación a que el acto quirúrgico los conduce cuando su acción es dirigida sobre una causa infecciosa

Luego entonces con respecto al motivo quirúrgico hay varios casos que considerar : éstos pueden comprenderse en tres variedades : el proceso no es febril, el proceso ha dejado de serlo y el proceso es febril

El primer caso se entenderá como de evolución normal aun cuando presentara un ascenso térmico comprendido entre uno y dos grados en el primero, segundo y aún tercer día después de su operación, yendo esta curva térmica decreciendo a medida que se aleja del día operatorio.

Nosotros llamamos a ésto, evolución normal, aunque un rigorismo de interpretación científica se opusiera a ello, porque entendemos considerar esta evolución prácticamente y teniendo sólo en cuenta que como resultante no modifica en nada el plazo de cura de la enfermedad.

Están comprendidas en esta categoría las afecciones consideradas como no infecciosas y cuyo tratamiento quirúrgico forma parte del grupo de las operaciones denominadas comúnmente limpias.

En la segunda categoría, que corresponde a los procesos sépticos que han alcanzado el estado clínico que se califica de enfriado, tiene con respecto al tratamiento, caracteres evolutivos que lo aproximan mucho a los procesos del grupo anterior, pero como bajo el punto de vista anátomo-patológico ellos se caracterizan por reacciones orgánicas de enquistamiento séptico, representando el estado involutivo de la inflamación, tenemos que al pretender por acción del tratamiento la extirpación de la causa, se destruye en parte el proceso de defensa que lo secuestraba en el organismo.

Esta liberación de gérmenes por acción quirúrgica, puede fácilmente explicar la diferencia de temperatura de las operadas por lesiones de esta naturaleza, respecto a las del caso anterior, porque a las causas en ella enumeradas se agregan la infección

endógena que por etiología del proceso le corresponde

Así, pues, tendremos que la evolución post-operatoria en estos casos marcará una elevación térmica más intensa y más frecuente que en el caso anterior, sin que ésto signifique una mala evolución, ni perjudique el crédito del operador.

En la tercer categoría, que se relaciona con los procesos patógenos cuyo estado de vigor los hace calificar de procesos calientes, experimentan con la acción quirúrgica que sobre ellos actúa, un descenso térmico que está en relación a la eficacia con que se realiza la idea dirigente de substracción del proceso.

Naturalmente, que si a la acción quirúrgica le fuera siempre permitido la substracción de la causa realizando los tipos de intervenciones que se denominan de curas radicales, la reacción orgánica indicada por la temperatura en los días subsiguientes a la operación, sería de un descenso térmico haciendo crisis muy marcada, que si no llegaría completamente a la normal sería atribuible a los motivos inherentes a la intervención y que han sido señalados ya, como de efectos piretógenos para las operaciones en general.

Pero teniendo en cuenta que hay motivos quirúrgicos que en este estado no permiten o no conviene ejercer sobre ellos una acción causal y se li-

mita a dirigir su acción paliativamente, oponiéndose a ella de un modo indirecto que trata de contener hasta donde es posible sus efectos, resulta que el descenso térmico que corresponde a este modo de actuar, puede y en muchos casos debe ser menos manifiesto que en el de substracción de causa, pero obteniendo siempre como resultado que justifica y satisface tal conducta, un descenso térmico cuyo grado de pronunciamiento puede darnos la medida en que ha sido contenido el avance del proceso.

Es por medio de estas acciones quirúrgicas denominadas paliativas que abreviamos la evolución de muchos procesos inflamatorios agudos, que haciéndose temibles de complicaciones graves, prevenimos consecuencias mayores atacando los efectos presentes y reduciendo en corto tiempo la causa a un proceso enfriado.

De este modo de considerar las cosas se desprende que la temperatura del operado está en general en relación inversa con la temperatura que él tenía en el estado pre-operatorio.

Vale decir, que a temperatura normal pre-operatoria corresponde ascenso térmico post-operatorio y que al ascenso térmico pre-operatorio corresponde descenso térmico post-operatorio, y aunque éste expuesto no tenga las pretensiones de traducir un hecho muy novedoso, por lo menos en la forma que

lo expresan los términos precisos de estas consideraciones, deseamos hacer notar que somos los primeros en dejar de ellas una constatación escrita.

Las elevaciones térmicas que por su intensidad sobrepasan los límites de una fiebre moderada que se considera como inherente a las acciones quirúrgicas, deben hacernos pensar en las diversas complicaciones propias a cada proceso, así como aquellos descensos térmicos cuyo pronunciamiento está fuera de proporción, con una reacción favorable.

Esto por lo que se refiere a los primeros días consecutivos al acto quirúrgico donde casi podríamos decir que es el período anfíbolo de la operación, hasta pasado los cuales tomando ésta una marcha determinada, toda oscilación termométrica llama más la atención y permite mejor deducir la causa que la motiva, desde que las circunstancias operatorias se han alejado y el organismo ha ya equilibrado sus efectos, período de estado de la operación.

PULSO

El pulso es otro elementos importante en la apreciación del estado del enfermo, y que, como la temperatura, no debe en ningún momento descuidarse.

Después de una operación aún de cierta importancia, practicada en enfermos fuertes que no han perdido mucha sangre y exentos de complicaciones, el pulso recobra, por lo general con rapidez su frecuencia y tensión normal o bien se mantiene ligeramente acelerado (80 a 100 latidos por minuto) durante dos o tres días ; por el contrario en las debilitadas, en las que han sufrido pérdidas sanguíneas de consideración o están en estado de shock o presentan ciertas complicaciones, el pulso puede ser pequeño, filiforme y hasta incontable.

Para obtener conclusiones exactas es indispensable relacionar sus caracteres normales o patológicos con los demás signos manifestos en el enfermo y sobre todo con el estudio de la temperatura.

En general, un pulso cuya frecuencia no sea superior a 110 latidos, si es regular y tiene buena tensión no debe alarmarnos mucho, aunque el enfermo tenga vómitos, temperatura o cierto grado de timpanismo, pero si esos mismos síntomas coinciden con un pulso pequeño, de una frecuencia mayor que la citada y hasta irregular, el pronóstico es ya bastante más serio.

Un pulso que se hace frecuente e hipotenso, mientras que la temperatura no se altera, es generalmente signo revelador de una hemorragia, fácil de comprobar por otros elementos de diagnóstico.

Si a la frecuencia se une la temperatura se trata probablemente de una infección, cualquiera que ella sea la forma en que se manifiesta.

RESPIRACION

Es necesario observarla siempre. Los diferentes caracteres del acto respiratorio : intensidad, ritmo, frecuencia, etc., se normalizan pronto después del acto quirúrgico.

Las perturbaciones en uno cualquiera de ellos debe llamarnos la atención y hacernos pensar en la posibilidad de un estado complicativo : shock, infección, hemorragia, accidentes bronco-pulmonares, etcétera

EL DOLOR

El dolor, elemento inherente a todo traumatismo, es un síntoma sub-jetivo de un valor muy individual, ya que la diversidad de su expresión está relacionada con el temperamento de cada persona.

Siendo un elemento de reacción individual, él está sometido a las variaciones que cada circunstancia le crea ; bajo este punto de vista es digno de

advertir, que el traumatismo operatorio tiene una reacción dolorosa mucho menor que el traumatismo accidental, y ésto refiriéndonos hasta donde es posible a los hechos ocurridos en las mismas condiciones. La explicación puede tal vez darse considerando que el traumatismo operatorio, desarrollado al amparo de la anestesia, carece de esa iniciación irritativa que mantiene en un estado de excitabilidad al sujeto para las ulterioridades comunes a ambos traumatismos. No deja de influencias también la conciencia del hecho que en ambos casos se forma el sujeto : del traumatismo operatorio, como una acción que va en auxilio de su salud, del traumatismo accidental como una acción agresiva, cuyo alcance le infunde mayor temor.

Fuera de lo que es propio al traumatismo operatorio, el dolor puede exasperarse o mantenerse por circunstancias relacionadas con la operación, tales como drenajes, vendajes, posición, meteorismo, susceptibles de ser modificados en el sentido de proporcionar un alivio cuando es reconocida su causalidad.

Cuando el dolor se lo presume independiente de la acción operatoria y de sus acciones complementarias, él señala, por lo común, el origen de una complicación : hematomas, absesos, flebitis, etc.

El dolor debido al acto operatorio será calmado con inyecciones de morfina, que cuando su intensidad lo reclama, casi puede decirse que no existen circunstancias que las contraindiquen. Refiriéndose a la dosis, hay que tener presente que tratándose de personas que acaban de recibir una cierta cantidad de anestésico, su resistencia orgánica está disminuida, y que, por lo tanto, la prudencia aconseja no sobrepasar en las primeras 24 horas, dosis superiores a tres centigramos.

A este respecto, recordaremos el caso de una litíásica biliar (1) habituada a conjurar sus cólicos con dosis de 10 o 12 centigramos de morfina sin experimentar accidentes, pasar por una de las circunstancias más serias de intoxicación por causa de haber tomado 7 centigramos de morfina en las 30 horas siguientes a su operación de colecistectomía, y donde la constatación clínica y su evolución favorable permitió comprobar que se trataba de una intoxicación medicamentosa.

A semejanza de éste referiremos otro hecho, pero donde la muerte fué la consecuencia en un operado de colecistectomía (1), a quien repetidas inyecciones de morfina colocaban en un estado de insuficiencia hepática, donde las dosis de medica-

(1) Casos observados en la Clínica del Dr. Passeron.

mento empleadas como calmantes no podían ser ajenas a esta complicación.

VOMITO

Son casi constantes y en la mayoría de los casos, resultan de la anestesia por inhalación, gran número de sujetos reaccionan a ella en forma moderada, pero otros lo hacen exageradamente; éstos son individuos poseedores, ya sea de una idiosincrasia especial, o bien portadores de lesiones orgánicas limitadas al tubo digestivo, o de estados más generales como la nefritis o la insuficiencia hepática que favorecen dicho fenómeno.

Otras veces los vómitos post-operatorios son el resultado de complicaciones graves como la peritonitis, el ileus, etc, y el anestésico juega un rol muy secundario en su etiología.

Por regla general, y en las personas normalmente constituídas, sin predisposiciones manifiestas, los vómitos post-anestésicos no duran más que algunas horas: tres, cuatro, cinco y luego desaparecen lentamente. Siempre que no haya habido grandes manoseos intestinales, ni larga exposición de la serosa peritoneal a la acción exterior, puede decirse que la intensidad de esos vómitos está en relación con

la naturaleza del anestésico, su cantidad y forma de aplicarlo.

Así, por ejemplo, es casi constante en todas las enfermas operadas con anestesia por inhalación y especialmente con cloroformo y éter.

En las raqui-anestésias tan frecuentemente usadas hoy en día, los vómitos se observan con cierta frecuencia, pero no suelen casi nunca tener la intensidad ni persistir por tanto tiempo como los producidos por el cloroformo o éter; según Kröning, se consigue anularlos por completo, inyectando un cuarto de milígramo de escopolamina una hora antes de practicar la inyección intraraquídea de estovaina.

En las anestésias locales a base de cocaína, estovaina, cloruro de etilo, etc., excepcionalmente usadas en cirugía abdominal y poco frecuentemente en ginecológica, a no ser para pequeñas intervenciones, sobre todo en los genitales externos: bartolinas, perineorrafias, etc., los vómitos son muy raros.

Así como existen sujetos que reaccionan en una forma moderada, existen otros que aún con pequeñas cantidades lo hacen desproporcionadamente. Algunas veces, es lo más probable que se trate de idiosincrasias, como ya lo dijimos, puesto que no encontramos ninguna causa de otro orden que nos explique satisfactoriamente el fenómeno; pero otras se la encuentra en una depuración renal muy pobre,

en una insuficiencia hepática, en una gastritis crónica, etc.

La depuración renal insuficiente, puede sobrevenir, como es fácil comprenderlo, a consecuencia de congestiones determinadas por los enfriamientos a que se ha expuesto la enferma, la abundancia o la mala calidad del anestésico, etc. A veces estallan verdaderas nefritis agudas.

Conocemos algunos casos de insuficiencia renal y hepática determinada por la mala calidad del anestésico.

Cuando se está obligado a intervenir en enfermas que tienen sus riñones crónicamente inflamados, se comprende con qué facilidad pueden aparecer aquellos accidentes.

Como sabemos, las principales vías de eliminación de un anestésico lo constituyen, en primer término, los riñones, luego secundariamente los aparatos pulmonar, digestivo, piel, etc.; ahora bien, si un emuntorio como los riñones está comprometido en su funcionalismo normal, las sustancias tóxicas acumuladas en el organismo se eliminarán más lentamente y tendrán que usar con predilección las vías secundarias para hacerlo. Esa acumulación de sustancias tóxicas en la economía no deja, por otra parte, de traer trastornos diversos, entre los cuales aparece constantemente el vómito; además, la eli-

minación necesaria y por vías secundarias como el estómago puede traer la irritación de este órgano, nueva causa que coadyuva en los efectos a la anterior.

Las operadas de gastro-enterostomía, cuando ella está bien hecha, generalmente no vomitan, y sí lo hacen, siempre sus vómitos son menos intensos y frecuentes que en las operadas de cualquier otro proceso abdominal. Moynihan hace notar que ello es debido a que cuando hay náuseas el contenido del estómago pasa generalmente al intestino a través de la nueva comunicación.

En general, no resulta tarea muy fácil la de combatir con éxito los vómitos post-operatorios, sobre todo cuando ellos se hacen alarmantes por su intensidad y violencia, casos en que, por lo común, la etiología resulta muy obscura y dudosa, y en que, por lo tanto, se hace difícil oponerles un tratamiento racional basado en el conocimiento exacto de la causa productora.

En algunos casos, aún conociendo la etiología, con la mejor terapéutica que podamos oponerle, los resultados son muy desalentadores; sin embargo, no estamos siempre completamente desarmados, y en la mayoría de los casos una buena profilaxia es un recurso de mucho valor.

Conocemos ya las principales causas que los producen o que los predisponen; comencemos por lo tanto, preparando bien a nuestras enfermas antes de llevarlas a la mesa operatoria, siguiendo las prescripciones que anotamos en el capítulo correspondiente.

En las personas muy excitables, será bueno calmar su sistema nervioso a base de tratamiento psíquico y medicamentoso.

Hagamos que sus emuntorios funcionen normalmente, sobre todo los riñones, tubo digestivo, hígado, etc. (ver preparación de enferma).

Elijamos un anestésico apropiado a las indicaciones del caso, un buen anesthesiador que sepa dar la cantidad mínima necesaria de él, sobre todo cuando se trata de largas operaciones. Local amplio, bien aereado.

Que el cirujano esponga al aire el menor tiempo posible la cavidad abdominal, que evite todo manoseo prolongado o brusco del estómago e intestinos, que observe en la colocación de mechas y tubos que éstos no sean demasiado voluminosos y que no compriman e irriten las asas intestinales o dificulten el peristaltismo normal.

Si por la nerviosidad del sujeto o reacciones bruscas en intervenciones anteriores, por preparación deficiente o uso de gran cantidad de anestésico,

etcétera, prevemos que los vómitos serán molestos y temibles, no titubearemos en practicar un buen lavaje de estómago aún antes de que el sujeto haya vuelto a su sueño, porque será un gran recurso para eliminar el tóxico allí acumulado.

Algunos cirujanos, lo recomiendan casi sistemáticamente en todas aquellas operadas de larga anestesia.

Si a pesar de todos los medios puestos en práctica con objeto de evitar la aparición de los vómitos, ellos estallan bajo su forma molesta y peligrosa, será necesario que nos esforcemos en calmarlos. El arsenal terapéutico es numerosísimo, muchas son las sustancias que con tal objeto se han recomendado : probablemente el valor de todas ellas es muy escaso y sólo responden con éxito muy pocas veces.

Así, por ejemplo, por no citarlas todas, diremos solamente que se han recomendado las inhalaciones de oxígeno, de vinagre, la ingestión de champagne helado, de trocitos de hielo, todas estas sustancias pueden dar resultados cuando los vómitos son poco intensos, lo mismo pasa con el mentol, la tintura de yodo, la cocaína, etc.

Se han recomendado las aplicaciones calientes o heladas sobre el epigastrio o sobre la nuca ; las inyecciones hipodérmicas de morfina o las de pi-

crotoxina a la dosis de 1 centgr. cúbico de una solución al 2 por 1000 antes de que la enferma vuelva de la anestesia, parece que han dado resultados alentadores en ciertos casos.

Nosotros, creemos que el mejor tratamiento es aquel que tiene por base el reposo, la limpieza del estómago y la expulsión de las sustancias tóxicas acumuladas en el tubo intestinal.

En el capítulo «Alimentación» ya hemos indicado la forma como deberá obtenerse el reposo gástrico, especialmente cuando los vómitos son intensos.

Con objeto de evacuar el estómago algunos cirujanos colocan (se entiende siempre que no haya contraindicación) a sus operadas con vómitos, ya sea descansando sobre el costado derecho o bien en posición semisedente y así favorecen el pasaje de su contenido hacia el duodeno: luego despiertan precozmente el peristaltismo intestinal, valiéndose de pequeñas dosis de calomel o bien de enemas simples o glicerinados, etc., para evitar la acumulación de esos productos.

Si estos pequeños medios pueden en realidad bastar para los casos simples, no sucede, por lo general, la misma cosa en los casos contrarios, en los que seguramente la mejor terapéutica la constituye el lavado gástrico abundante y repetido cuantas veces sea necesario.

INSOMNIO

Cuando una operada sufre de insomnio persistente, es necesario agotar todos los recursos posibles hasta conseguir que ella duerma; sólo así habremos llenado una de las indicaciones fundamentales del período post-operatorio: el reposo.

Generalmente, durante los primeros días, el insomnio es mantenido por el dolor, los vómitos y la sed, a lo que debemos agregar la excitación moral producida por el acontecimiento siempre impresionante del acto quirúrgico.

El meteorismo abdominal con sus cólicos y la dificultad respiratoria a que conduce, suele por sí solo presentarse como causa de insomnio en los días subsiguientes al de la intervención.

Otras veces es la posición molesta que se hace guardar indebidamente a ciertos enfermos, los gordos, por ejemplo, raras veces concilian bien el sueño cuando se les coloca en decúbito dorso-horizontal, las razones las hemos dado en capítulos anteriores.

Los operados alcoholistas, morfinómanos, eterómanos, etc., no duermen bien, y hasta se observa en ellos verdaderas crisis nerviosas debidas a la abstinencia que han sido sometidos.

La histeria, la neurastenia y la sífilis, pueden por sí solas explicar ciertos insomnios o motivar su exageración cuando resultan de otra causa. También pueden darlo las complicaciones operatorias obrando como nuevos estados mórbidos.

La terapéutica del insomnio debe dirigirse a su causa, como en la mayoría de estos casos, el motivo es el dolor, debemos cerciorarnos de la causa que lo provoca.

Cuando el dolor es inherente a la acción quirúrgica, el agente más eficaz para moderarlo es el opio y sus principios activos, pues como lo sabemos, es un excelente hipnótico; se hace entonces uso de ellos tanteando la susceptibilidad individual.

Cuando el dolor depende, no tanto del traumatismo quirúrgico, como de los medios complementarios de la operación, ejemplos: drenaje, vendajes ajustados, etc., el tratamiento consistirá en corregir el defecto con que hayan sido aplicados.

Cuando el dolor se lo supone derivado de la distensión de la herida por el meteorismo abdominal, su terapéutica consistirá en el desalojo de gases, favorecido con la sonda rectal permanente, o enteroclisis hechas por su intermedio y en cantidad de 200 gramos de líquido que inmediatamente de inyectar se deja refluir hacia afuera, de modo a facilitar con ella el desalojo de gases, y así sucesi-

vamente repitiendo estas maniobras 3, 4 o 5 veces se obtiene una cierta expulsión de gases, no sólo por la aspiración que produce el desplazamiento del líquido, sino también despertando el peristaltismo intestinal.

Cuando se trata de un meteorismo sobrevenido en los días subsiguientes a la operación se puede recurrir a un enema evacuador y si es necesario, al purgante por vía estomacal, siempre que el estado de la operada o la naturaleza de la intervención no lo contraindiquen.

La sed y el vómito como causa de insomnio suelen presentarse aisladas o conjuntamente; cuando se presentan conjuntamente la sed es consecutiva al vómito y se la supone debida a la deshidratación causada por la expoliación excesiva de líquido, su tratamiento queda expuesto en su párrafo correspondiente.

Cuando el insomnio aparece en las obesas operadas y es atribuible a la posición horizontal, recurriremos a la semisedente.

En los casos que se refieren a morfinómanos, alcoholistas, eterómanos, etc., se le administrará una cantidad prudente de morfina, alcohol o éter capaz de calmar su excitación.

Los estados nerviosos y la sífilis provocando directa o indirectamente el insomnio, deben ser tratados como los casos de dolor en general.

Las complicaciones operatorias como suponen un nuevo estado mórbido, su terapéutica obedece a la enfermedad que ellas representan ; el insomnio que ellas pudieran provocar podría conjurarse recurriendo al efecto de la morfina.

ALIMENTACION

La alimentación en las operadas debe hacerse con cierta prudencia y prolijidad, sobre todo durante los primeros días que siguen al acto operatorio ; un régimen alimenticio mal conducido podría traer perjuicios serios, fáciles de evitar si antes de aplicarlo se lo hace teniendo en cuenta las indicaciones que nos sugiera el estado general de la enferma, el órgano operado, la existencia de complicaciones, etcétera.

En la mayoría de los casos habrá que hacer dieta absoluta durante las primeras horas y hasta durante las primeras veinticuatro o más, si la persistencia de los vómitos y su intensidad lo exigen.

Cuando ellos no son tan intensos puede calmarse la sed de la operada con trocitos de hielo, cucharaditas de bebidas heladas, etc.

El champagne, aunque es ligeramente tónico, tiene el inconveniente de desarrollar gases y, por lo

tanto, está más bien contraindicado en todas aquellas laparotomizadas con paresia intestinal y con tendencias al meteorismo ; nosotros preferimos el agua helada, agregándole un poquito de limón para hacerla más agradable o mejor aún el te helado, que tiene propiedades ligeramente estimulantes. Si la sed es muy intensa y los vómitos contraindican las bebidas abundantes, habrá que recurrir para calmarla a los enemas o más bien a las inyecciones de suero que constituyen en estos casos un precioso recurso terapéutico para luchar contra la deshidratación del organismo.

Una vez que los vómitos se hayan calmado, iniciaremos la alimentación líquida a base de caldo, leche, etc., pero si la intolerancia estomacal es muy acentuada y persiste demasiado tiempo, alimentaremos a la enferma recurriendo a las inyecciones repetidas de suero y a los enemas o supositorios alimenticios.

Pero éstos son recursos muy temporarios y que sólo llenan su cometido durante pocos días ; en primer lugar, porque la alimentación que con ellos puede darse a la enferma es en general insuficiente, y en segundo, porque traen pronto una rectitis más o menos violenta.

El valor de los supositorios es muy inferior al de los enemas alimenticios ; éstos conviene darlos

en poca cantidad de vehículo, alrededor de 200 gramos por ejemplo y a la temperatura del cuerpo, media hora antes conviene evacuar el intestino con un enema simple, y después de administrado, el enfermo permanecerá una hora en posición horizontal.

La alimentación sólida, carnes, bizcochos, etc., se iniciará una vez que el intestino haya sido evacuado completamente; a ella se llegará en forma progresiva y después de pasar por las sopas, purés, etcétera.

EVACUACION DEL TUBO INTESTINAL

Por lo general, las laparotomizadas quedan en un estado de constipación espontánea, que deberá ser interrumpido entre el tercer y cuarto día mediante un enema evacuador; uno o dos días después conviene excitar el peristaltismo por intermedio de un laxante (aceite de ricino, calomel, etc.) u otro enema y así sucesivamente, hasta que la operada, ya sea por efecto de la alimentación o de la mayor actividad que se le permite, consiga por sí sola regularizar su intestino.

En algunas enfermas, ésto no se obtiene sino cuando se les ha permitido levantarse y suele ser

causa de un ligero estado saburral de las vías digestivas, que pueden mantener algunas décimas de temperatura.

Las operadas por vía vaginal no tienen por qué obedecer a una indicación diferente, sino sólo en el caso en que las materias fecales pudieran contaminar la región intervenida ; en estos casos será necesario provocar una constipación mediante el opio, que dure, por lo menos, nueve a diez días.

LA CONSTIPACION ARTIFICIAL

Deben constiparse artificialmente aquellas enfermas, en que la acción quirúrgica trae aparejada la indicación del reposo intestinal, tales como las intervenciones sobre este mismo órgano (apendicitis, etc.).

En ginecología, en las plásticas del periné, la constipación debe hacerse efectiva desde la víspera de la operación y hasta seis o siete días después ; perseguimos con ello un objeto de asepsia quirúrgica, evitando así que se contamine el campo operatorio.

Esta constipación artificial se obtiene por intermedio del extracto de opio a la dosis de seis a ocho centigramos al día.

EL APOSITO

Cuando la incisión abdominal ha sido suturada en toda su extensión, sin dejar que por ella pasen drenajes o taponamientos hemostáticos, la curación aséptica no deberá levantarse hasta el momento en que el cirujano crea que los tejidos se han consolidado lo suficiente, como para permitir que se retiren los puntos de sutura sin ningún riesgo, a no ser indudablemente que la enferma se queje de algunas molestias que nos hagan pensar que la cicatrización no sigue su curso normal o que han sobrevenido algunos accidentes como hematomas, supuraciones, etc.

La mayoría de los cirujanos está de acuerdo en quitar los puntos de sutura entre el octavo y noveno día; se entiende que éstos no son más que términos medios sujetos a variar en presencia de las indicaciones que resulten de un caso dado.

Las operadas jóvenes con buen estado general y mucha vitalidad en sus tejidos, obtienen con rapidez una cicatrización suficiente y en ellas es posible aunque la prudencia no lo aconseja, quitar los puntos al quinto o sexto día, sin que la cicatriz deje por eso que desear.

Ciertas operadas viejas, o bien debilitadas, caquecticas, etc. no tienen una reparación buena sino con mucha lentitud, en estos casos es preferible quitar los puntos de 11 o 12 días, esperando que la cicatriz se halla organizada correctamente; sin embargo y con todas estas precauciones nosotros hemos visto algunas veces, sobre todo en enfermas en caquexia avanzada, abrirse completamente y en todo su espesor la incisión del abdomen al quitar los puntos.

Nos nos corresponde entrar en los detalles concernientes a la técnica que el encargado de esta pequeña operación debe adoptarse para quitarlos, sólo recordaremos que es imprescindible que la desinfección de sus manos y del material con que actúa sea completa. En los sanatorios y hospitales donde una sola persona debe curar sucesivamente cierto número de enfermas, se empezará siempre por éstas, cuya herida es aséptica y sólo después se curarán las demás con procesos sépticos o sospechosos de serlos.

Cuando los puntos de sutura son aislado o se trata de agrafes y la herida es un poco extensa y se teme que pueda ceder al quitarlos, convendrá que no se desprendan todos ellos en el mismo día; se puede quitar la mitad dejando uno por medio para extraer los restantes uno o dos días después.

Una pincelada de tintura de yodo o de alcohol deberá pasarse sobre la herida siempre que se levante el apósito, ello se hará día por medio con objeto de vigilar su evolución.

Cuando en las heridas cerradas asépticamente se ha mojado la curación a consecuencia de un rezumamiento seroso o sero-sanguíneo más o menos abundante, habrá que cambiar ese apósito guardando las reglas más rigurosas de asepsia.

A veces al levantar la curación al segundo o tercer día porque la enferma se queja de un dolor más o menos intenso y persistente al nivel de la herida se nota un levantamiento amoratado de tamaño variable que no es otra cosa que un hematoma, en general este pequeño accidente no tiene mayor importancia, basta entreabrir los labios de la herida hurgando con un estilete hasta llegar a la cavidad o bien quitar un punto o hacer una pequeña incisión para que vaciado el contenido, un vendaje un poco apretado consiga que el hematoma no vuelva a reproducirse y la herida siga su curso normal de cicatrización. Raros son los casos en que se hará necesaria la ligadura del vaso que sangra.

En las incisiones para laparotomía, el mayor número de estos pequeños accidentes lo hemos observado en la de Pfannenstiel, la hemorragia es allí principalmente venosa y se debe casi siempre a que no

se tiene la precaución de ligar las 4, 5, o 6 venitas que generalmente se cortan y que aunque no suelen dar sangre en el momento operatorio la pueden dar después cuando la tensión sanguínea se normaliza.

El peligro de las hematomas reside sobre todo en que ellos pueden supurar sino se les vacía a tiempo y transformarse en abscesos.

Estos últimos que además de la causa etiológica que acabamos de citar pueden tener muchas otras, como puntos, cuerpos extraños, etc., despiertan pronto la atención de la enferma que se queja de un dolor punzante y a veces de fiebre y malestar.

Al levantar el apósito para inquirir la causa de tal molestia casi siempre se le descubre acompañado de sus síntomas clásicos, otras veces cuando es profundo sólo la palpación puede reconocer sus caracteres físicos. En todo caso, el tratamiento consiste en dar salida al pús y extraer el cuerpo extraño que pudiera haberlo provocado, ésto último no es siempre fácil y ello puede dar lugar a supuraciones largas e interminables.

Sin embargo en la mayoría de los casos aunque la convalecencia se alarga en algunos días, la curación es la regla siempre que se favorezca la salida del pús mediante un pequeño drenaje con tubo o mecha.

La infección de la herida, puede conducir al flemón difuso septicemia, erisipela, etc., nosotros no hemos observado nunca esas graves complicaciones y creemos que hoy día dado el adelanto de la técnica operatoria y de la asepsia, son accidentes muy raros.

Cuando a travez de la incisión se ha dejado un taponamiento hemostático éste deberá quitarse después de 24 a 48 horas o más según los casos. Si las gasas están muy adheridas y al extraerlas se provoca mucho dolor, podrá diferirse el acto para uno o dos días después en que la misma serosidad segregada facilitará la operación.

Si se ha dejado un drenaje de seguridad por temores de contaminación, puede quitárselo ya sea totalmente si es pequeño o en parte, si es voluminoso, al 2 o 3 días o más, en caso de que al extraerlo no aparezca pús ni mal olor no habrá necesidad de renovarlo y bastará colocar por algunas veces más, una punta de mecha en la herida.

Si al quitarlo se observa que la herida supura, será necesario seguir estableciendo un amplio drenaje para favorecer la salida del pús. Se cuidará de acortarlo lentamente a medida que la cavidad se llena de la profundidad hacia la superficie, pero se evitará que se estreche el orificio de entrada que puede dificultar las curaciones o favorecer un cierre en falso.

En todos estos casos las curaciones se harán diariamente.

Cuando el pús es muy fétido, convendrá combatirlo mediante los lavados con agua oxigenada, esta substancia por otra parte, da buenos resultados en todos aquellos trayectos largos y anfractuosos en los cuales ella penetra hasta la profundidad al distender la herida y lleva allí su poder antiséptico.

Contra la fétidez algunos aconsejan el polvo de anios que desprende oxígeno de una manera continua.

Las cavidades supurantes limitadas por paredes aisladoras como las que quedan después de la extirpación de muchos quistes hidatídicos, las supuraciones peritoneales cuando se han formado adherencias, y limitado el foco séptico podrán tratarse si el pús es abundante y no dreña con facilidad, mediante grandes lavados simples con agua hervida o ligeramente antisépticos (lugol, tintura de yodo, agua oxigenada, permanganato de potasio, etc.), haciendo pasar desde 1-2 etc., hasta 20 o más litros de líquido, hasta que él salga claro.

Otro tanto podemos decir a propósito de los raspados por metisis infecciosos en los que convendrá hacer una o dos veces al día según los casos amplios lavajes con sonda de doble corriente.

CUANDO DEBE LEVANTARSE UNA LAPAROTOMIZADA

En lo que respecta al momento en que una laparotomizada sin complicaciones debe abandonar el lecho, los pareceres están algo divididos. Los antiguos cirujanos exigían una permanencia prolongada en él, es clásico que una intervenida en vientre no debía abandonarlo sino después de los veintiún días y eso adoptando un sin número de medidas precaucionales.

Las tendencias modernistas de otros, se exageran por el contrario en el sentido opuesto, haciendo levantar precozmente a sus enfermas.

Las razones que con este motivo aportan unos y otros, no son del todo satisfactorias puesto que al adoptar tales normas de conducta lo hacen consultando sólo un cierto número de ventajas y despreciando los inconvenientes no siempre insignificantes que con ello pudieran ocasionar.

Un levantamiento precoz al segundo o tercer día de la operación de vientre con el que algunos de los últimos someten a sus operadas, es quizás demasiado arriesgar, es verdad que conseguirán con ello que las funciones vesicales y del intestino se normalizen con rapidez, pero exponen no sólo a momentos desagradables a la enferma apenas repuesta

del shock y de las consecuencias de la anestesia general, sino que también a accidentes más serios como la eventración y otros. Por otra parte, si es como algunos afirman con objeto de evitar el peligro de los accidentes bronco pulmonares, la mejor profilaxia es la que indicamos en su capítulo correspondiente, los sujetos que pueden hallarse expuestos a ellos son generalmente debilitados, ancianos, etc., en los cuales el levantamiento precoz es más perjudicial aún, si se quiere evitar los fenómenos de hipotasia basta cambiar repetidas veces de posición a los enfermos.

Otro tanto puede decirse de éste procedimiento como medida profiláctica contra la trombosis y embolia.

La permanencia prolongada en cama y los cuidados exagerados después del levantamiento, si bien es cierto que favorecen el proceso reparativo no tienen casi razón de ser salvo indicaciones especiales, porque resultan casi superfluos ya que la reparación suficiente compatible con la actividad que puede desplegar una persona en estado de convalecencia, se obtiene mucho antes.

Además el lecho prolongado es debilitante, eso sin contar las perturbaciones digestivas, vesicales, etc., que puede ocasionar.

Nosotros creemos con la mayoría, que desde el momento que la cicatrización se ha producido en grado suficiente, la enferma está en condiciones de levantarse, indudablemente que no es el único factor que debemos tomar en cuenta, sino que es necesario consultar el estado general y la existencia o ausencia de causas contraindicativas para obrar según las deducciones que de allí podamos traer.

En general, en las laparotomías medianas infra-umbilicales la enferma podrá levantarse más o menos en la misma época aún cuando en ella no sea necesario el uso de la faja por la razón, de que las vísceras no presionan sobre este punto el que está menos expuesto a favorecer las hernias.

En las laparotomías laterales las enfermas pueden generalmente levantarse más precozmente; por cuanto casi siempre en ellas se restaura la incisión superponiendo planos, lo que pone casi siempre al abrigo de todo temor de eventración (incisión de Mac Burney, de Jalaguier, etc.), lo mismo podemos decir de la incisión de Pfannenstiel.

RETENCION

La retención de orina se observa con alguna frecuencia como accidente post-operatorio, pero por lo general es

Puede observársela en cualquier operada de abdomen o genitales, pero sobre todo cuando las intervenciones han sido practicadas sobre la vejiga misma o en órganos vecinos como el útero, anexos, pared vaginal y en las que seguramente se ha traumatizado su musculatura o su sistema de inervación.

Algunas veces la retención es puramente mecánica, como cuando la úretra es comprimida por taponamientos, tubos de drenajes, etc.

Otras veces es debida al dolor producido por los esfuerzos de expulsión, o al decúbito dorso horizontal en el que no todas las enfermas son capaces de orinar espontáneamente.

Como condición esencial en el tratamiento, debemos tener en cuenta que si bien el cateterismo es el medio más eficaz para vaciar la vejiga, es también el causante de la mayoría de las cistitis posoperatorias y que por lo tanto debemos recurrir a él con ciertas reservas y sólo cuando hayamos agotado los demás recursos corrientes que por desgracia son poco eficaces.

Hemos dicho, que en algunas operadas la causa de que la vejiga no se vacie espontáneamente está en la posición dorsal-horizontal en que se las coloca; ahora bien si no existen contraindicaciones se las dejará que adopten una posición más cómoda (semisentada).

Ciertas nerviosas y especialmente histéricas, es necesario convencerlas de que no tienen ninguna imposibilidad para que así logren espontáneamente evacuar su vejiga:

Cuando la causa está en el dolor se tratará de calmarlo con los medios conocidos.

Si es necesario, se modificará un taponamiento, se repasarán los puntos de sutura, los tubos de drenajes, etc. A veces la hipotonía puede ser vencida con algunos masajes supra-púbicos. Si estos pequeños medios no dan resultado habrá que recurrir a la sonda.

CISTITIS

La cistitis en las operadas es frecuentemente la consecuencia del cateterismo evacuador a que se ve obligado a recurrir el cirujano, cuando por circunstancias del decúbito u otras las enfermas no pueden realizar espontáneamente la micción o bien cuando por razones de cuidados post-operatorios se ve obligado a proteger la región operada, extrayendo la orina para evitar que ésta moje los planos de sutura y perjudique la buena cicatrización.

El cateterismo repetido y con mayor razón el permanente, no logran evitar al amparo de los cui-

dados que la buena técnica aconseja, que se desarrolle un ligero grado de inflamación traducido por los síntomas de una cistitis de pequeña intensidad, donde la frecuencia de la micción y algunos dolores al evacuar la orina, suelen ser los que más las manifiestan pero cediendo a corto plazo y a los tratamientos más corrientes, lo que no implica también su desaparición espontánea o ayudada por algún diurético.

La causa provocadora debe referirse a la acción traumática, pequeña si se quiere pero repetida en unos casos y mantenidas en otros lo bastante como para despertar congestiones donde los gérmenes que pululan en el meato y en el conducto, vehiculados por el instrumento, encuentran las condiciones propicias para entretener ese ligero proceso de inflamación que presentan las operadas en las que ha sido menester emplear ese recurso.

Esto no implica que en algunos casos la cistitis revista caracteres más serios, imputables a descuidos en el cateterismo, pero que siendo perfectamente evitables no creemos del caso debernos referir a ellos.

INCONTINENCIA DE ORINA

Como consecuencia post-operatoria es rara y cuando existe hay que buscar generalmente su causa

en una herida accidental no reparada de la vejiga o ureteres. Las colpotomías anteriores, histerectomías vaginales por cáncer, etc., son las operaciones que dan mayor porcentaje de este accidente.

Raras veces la incontinencia resulta de la retención y la orina sale entonces por rebalsamiento.

Algunas veces ella es debida a la relajación del esfínter úretral, cuando por una causa ya sea exploratoria o quirúrgica se le ha dilatado artificialmente más allá de su límite de tolerancia; esta forma de incontinencia suele durar algunos días.

El tratamiento de este accidente debe ante todo dirigirse a corregir la causa productora; si se trata de un rebalsamiento por retención emplearemos la sonda, si de una fístula, habrá que cerrarla por una intervención quirúrgica.

Pero con todo no hay que olvidar mientras se adopta aquella conducta, de mantener una higiene cuidadosa de las partes bañadas por la orina, para evitar así eczemas, escoriaciones, infecciones, etc., Será bueno hacer con tal objeto frecuentes lavados, colocar polvos secantes y pomadas aisladoras.

ANURIA

Accidente muy grave, pero felizmente raro como complicación post-operatoria. La orina no llega a

la vejiga, ya sea por que el riñón no funciona o por que el uréter interrumpe su curso.

En el primer caso la anuria puede ser sintomática de procesos renales agudos, de obstrucción intestinal, etc., o bien de fenómenos reflejos cuyo punto de partida puede ser muy variado. Por este último mecanismo, las operaciones que más frecuentemente pueden darlo, son aquellas en que se producen grandes traumatismos del gran simpático visceral, pero es susceptible de aparecer en cualquier acto quirúrgico de cierta importancia.

En el segundo caso puede haber anuria a causa de la obstrucción de ambos uréteres, o de uno estando el riñón opuesto enfermo, ya sea por ligaduras, exudados, acodamientos, bridas, etc.

El tratamiento es completamente causal.

METEORISMO

La mayoría de las laparotomizadas se quejan durante los primeros días subsiguientes a la operación, de las molestias ocasionadas por ciertos grados de meteorismo intestinal : el vientre se pone tenso y la herida se hace más dolorosa, hay dipsnea y a veces palpitaciones y un poco de excitación nerviosa que pueden traer insomnio.

Este meteorismo así moderado, traduce la parésia intestinal consecutiva en parte a la irritación de la serosa por su exposición al ambiente exterior y por los manoseos del cirujano y en parte quizás también a trastornos de origen vascular o nervioso.

Hay que hacer una diferencia bien neta, entre este meteorismo moderado, consecuencia casi normal en toda laparotomía, de aquel que es sintomático, de complicaciones graves como peritonitis, dilatación aguda del estómago e intestino, obstrucción, etc., y del cual tratamos en los capítulos correspondientes a estas complicaciones.

Las molestias de ninguna manera graves de ese meteorismo moderado, consecuencia casi normal después del acto quirúrgico, pueden por lo general corregirse con la sonda rectal, y desde el momento que no existan contraindicaciones, provocando el peristaltismo evacuador por medio de enemas y purgantes.

PERITONITIS

La peritonitis es la temible complicación de la cirugía de vientre y por más que el perfeccionamiento técnico haya disminuído el porcentaje de su aparición a cifras muy reducidas, su gravedad hace

que ella esté siempre presente en el espíritu del operador que dirige todos sus esfuerzos hacia el fin de prevenirla.

No obstante ésto, su aparición no es tan rara que dificulte tener alguna experiencia marcándonos el criterio de considerar como muy poco eficaz los recursos de que disponemos para conjurarla.

La peritonitis post-operatoria, despreciando en éste concepto los procesos localizados de reacciones inflamatorias que pasan alrededor de los dispositivos de aislamiento, recursos quirúrgicos de acción preventiva tratando de oponerse a la contaminación con que una zona infectada del vientre amenaza al resto y que se traduce por una pequeña sintomatología que poseyendo muchos de los caracteres de la otra no los tiene todos, y en particular no revisiten como es lógico suponer la intensidad de la gran complicación. Esta preséntase bajo dos formas : de peritonitis aguda o de peritonitis sub-aguda.

La peritonitis aguda se hace aparente por lo general entre el 2º y el 3º día de la operación, menos, frecuentemente entre el 3º y el 4º y rara vez después de éste último.

Su aparición tardía hace siempre pensar en la irrupción hacia la gran cavidad, de algún foco séptico sobre el cual no se hubiera actuado.

Su aparición anterior al 2º día, haciendo casi continuación al acto quirúrgico, señala el grupo de las peritonitis que por su intensidad se denominan sobre agudas.

Las peritonitis agudas evolucionan en un tiempo de 24 a 48 horas y las subagudas en 3, 4 y 5 días.

Creemos casi inútil referirnos a su sintomatología descriptiva, pero consideramos importantísimo hacer notar su gran similitud y su frecuente confusión en los estados de insuficiencia hepática y de parálisis intestinal o dilatación gastroduodenal, complicaciones no sólo diferentes e independientes, sino de tratamiento, y pronóstico distinto.

En la peritonitis, fuera de ciertos recursos dirigidos hacia el estado general, consistiendo en las diversas inyecciones estimulantes (suero, cafeína, aceite alcanforado, etc.), que pueden ser comunes a aquellos otros estados, la acción eficiente es la reoperación consistiendo en enjugar, aerear y drenar la gran cavidad peritoneal invadida consecutivamente a la primera intervención quirúrgica y en colocar a la enferma en la posición de declive de Fowler. En la insuficiencia hepática y en la parálisis intestinal los recursos son terapéuticos y han sido señalados en otro lugar.

En cuanto el pronóstico, el de la peritonitis es sumamente grave y su mortalidad es elevadísima, el de los otros estados siendo un accidente serio es muy probable conjurarlo.

HEMORRAGIAS

La hemorragia post-operatoria es un accidente que se observa con una frecuencia cada vez menor ; disminuye a medida, que las condiciones de indicación operatoria están mejor precisadas, que se prepara más científicamente a las enfermas consultando sus tendencias hemorrágicas y que la técnica quirúrgica se hace más perfecta.

El derrame sanguíneo puede hacerse hacia el exterior, o dentro de cavidades o bien en el espesor de paredes u órganos.

En el primer caso el diagnóstico de hemorragia es muy fácil, pero no siempre lo es en los demás.

Cuando el derrame es de cierta consideración, pero se hace lentamente, los síntomas de anemia aparecen en forma progresiva, pero si la hemorragia es brusca y abundante la enferma puede caer desde los primeros momentos en síncope : pérdida del conocimiento, decoloración, sudores fríos, pulso frecuente e hipotenso, etc.

No siempre los síntomas son tan claros y a veces se enmascaran con los de otros procesos concomitantes y el diagnóstico resulta prácticamente imposible.

Otras veces el diagnóstico se evidencia por una hematemesis o melena, por un tacto, etc.

Ciertos estados generales (insuficiencia hepática, hemofilia, brightismo, etc.), predisponen a las hemorragias; con motivo de el período preoperatorio los hemos recordado y también hemos indicado la manera como puede prevérceos, hasta donde nos es posible.

Las causas determinantes de una hemorragia suelen ser muy variadas; imputables muchas veces a defectos de técnica: ligaduras mal practicadas que comprimen insuficientemente, ligaduras en masa que se deslizan por no haberlas dotado de un buen punto de apoyo, o que se las ha dejado provistas de un muñón demasiado exuberante y que luego se gangrenan por falta de irrigación o superficies cruentas que en el momento de operar no rezumaban, sangre y que se las abandonó a si mismas creyendo que tampoco luego lo harían, pero que con el despertar de la enferma y con motivo de el aumento de tensión comenzaron a sangrar. Otras veces se trata de ligaduras que se cortan ya por defectos del catgut o esfuerzo de la enferma (tos, vómitos, etc.),

o por catgut que se reabsorbe demasiado pronto, o pinzas permanentes que se desprenden como suele observarse en la histerectomía vaginal por cáncer.

En casos más raros un trombús obliterante se reabsorbe o disgrega o bien procesos supurativos destruyen la pared de un vaso.

Algunas veces la hemorragia se produce al quitar un taponamiento hemostático.

Ciertas hemorragias intensas y bruscas matan a la enferma antes de que se tenga tiempo de oponerles ninguna medida eficaz.

Sin embargo es raro que ellas sean tan graves y por lo general aunque alarmantes permiten intervenir a tiempo para ligar el vaso que sangra o para hacer un taponamiento hemostático.

Por lo general, no conviene administrar, suero fisiológico, ni estimulantes que aumenten la tensión sanguínea hasta tanto no se haya ligado el vaso que sangra, sólo después de ello podrá recurrirse con eficacia a esos medios que levantan el estado general del operado.

En el momento de la hemorragia podrá sin embargo en muchos casos recurrirse a los hemostáticos usuales como la ergotina, la gelatina, el suero de caballo, etc., y que hemos estudiado en el capítulo de estados hemorragíparos, allí se encontrarán las medidas precaucionales necesarias a tomar

cuando se descubran esos estados como causantes de la hemorragia.

Si el motivo de ella no es puesto en claro, habrá que recurrir al hielo, reposo, y morfina con objeto de disminuir la presión vascular.

DILATACION AGUDA GASTRO - DUODENAL

Confundida durante largo tiempo dentro del cuadro clínico de la peritonitis y de otros estados análogos, hoy día constituye una entidad mórbida distinta que es necesario saber reconocer en momento oportuno puesto que la oportunidad del tratamiento es la que generalmente salva la vida a la operada.

No es una complicación rara, nosotros hemos observado ya varios casos.

El mecanismo al cual responde este accidente parece algunas veces explicarse con una parálisis de la túnica muscular del estómago sin que ella por esos deba obedecer a la ley de Stokes, otras veces se explicaría con la obstrucción mecánica del duodeno por su compresión en el punto en que pasa por debajo de los vasos mesentéricos. Ahora bien, las causas iniciales de esa parálisis o de esa obstrucción resultan casi siempre difíciles de establecer.

Es una complicación que por lo general estalla al 2º o 3º día de la operación, y casi nunca después de la primera semana.

El dolor a nivel del hueco epigástrico, los vómitos abundantes y conteniendo gran cantidad de bilis, pero no materias fecales, los eructos gaseosos, el abombamiento del vientre en su parte superior, el tímpanismo, el mal estado general con tendencia al colapso deben hacernos pensar en este proceso.

La retención de gases y materias fecales es inconstante.

La temperatura generalmente es normal o poco elevada, el pulso frecuente, pequeño y hay dispnea.

En presencia de cuadro tan alarmante, es necesario actuar con urgencia mediante un tratamiento bien dirigido porque la enferma corre riesgos muy serios.

Las indicaciones fundamentales son las de vaciar el contenido gástrico, facilitar el curso de las materias y levantar el estado general.

Lo primero, lo obtendremos por intermedio de la sonda estomacal haciendo lavados repetidos del estómago hasta tanto que el agua saiga clara.

Lo segundo facilitando la decompresión del duodeno, para ello algunos colocan a sus enfermas en la posición de Trendelenburg, en un plano inclinado de 30 a 50 grados, otros las colocan en de-

cúbito abdominal. Conocemos algunos casos de mejoría rápida y notable con esta última manera de proceder.

Lo tercero mediante inyecciones de éter, cafeína, aceite alcanforado, estricnina, suero, etc.

Convendrá también hacer enemas evacuantes.

OBSTRUCCION MECANICA DEL INTESTINO

La obstrucción mecánica post-operatoria del intestino, es un accidente grave y no excepcional.

Nosotros sólo consideramos aquí los casos en que ello se manifiesta durante la convalecencia del enfermo y no en los que aparece tardamente aún cuando pudiera tener una relación directa con el acto quirúrgico.

Algunas veces los síntomas de obstrucción son muy precoces, conocemos algunos casos en que el accidente fué provocado por mechas o tubos al querer establecer un drenaje del colédoco. Se citan otros que tuvieron origen en puntos de refuerzo colocados en suturas de pared y que al tomarla a ésta en masa incluyeron por descuido del cirujano alguna asa intestinal.

Pero con más frecuencia los accidentes son más tardíos y se inician cuando las adherencias y bridas formadas adquieren mayor solidez.

En las obstrucciones agudas, el dolor generalmente intenso, el vómito precoz del contenido estomacal, tomando más tarde el tipo fecaloide, los eructos, la constipación pertinaz, el meteorismo cada vez más acentuado y que no mejora con la sonda rectal, son los síntomas que con el mal estado general evidencian casi siempre el diagnóstico. En lo que respecta al tratamiento si se presume que la obstrucción puede ser motivada por drenajes o taponamientos mal colocados, habrá necesariamente que modificarlos.

En los casos restantes no hay que perder tiempo, puesto que una laparotomía exploradora se impone de urgencia, si no se descubre la causa habrá que practicar un ano contra-natura o una enterotomía.

En lo que respecta al ileus paralítico comparable por muchos conceptos con la dilatación aguda gastro duodenal no hemos tenido ocasión de observar ningún caso. Este accidente parece ser una exageración de el meteorismo ligero que normalmente se observa en toda operada.

Algunos autores no lo aceptan como entidad mórbida y lo consideran como una peritonitis sobreaguda.

La sintomatología es la de la obstrucción.

Si la sonda y los excitantes del peristaltismo no bastan, habrá que recurrir al ano contranatura.

Del ileus espasmódico tampoco conocemos casos pero su existencia ha sido varias veces comprobada. Si se le presume habrá que recurrir a los opiáceos ; en caso contrario al tratamiento quirúrgico.

ACCIDENTES BRONCO-PULMONARES

Se les observa con cierta frecuencia y no dejan de ser una complicación aveces grave del período post-operatorio.

Los más comunes son la bronquitis, la neumonía, la embolia, el edema pulmonar, etc.

En sus manifestaciones clínicas no difieren casi, de estos mismos estados de la patología general y por lo tanto no tenemos por que hacer ninguna consideración a este respecto.

Los accidentes inflamatorios pueden ser atribuidos a causas múltiples, entre ellas las de más importancia son : los enfriamientos a que han estado expuesto los enfermos, ya antes, durante o después del acto quirúrgico, la acción irritativa del anestésico usado y en ello no sólo hay que tener en cuenta su naturaleza, sino también la cantidad, pureza y habilidad de administración y sobre todo la existencia de enfermedades bronquiales o pulmonares o de estados generales debilitantes.

La aspiración de mucosidades o materias vomitadas durante la narcosis, es otro factor que no merece olvidarse como así también el éxtasis pulmonar determinado por la posición de Trendelenburg, en que suele mantenerse por largo tiempo a los enfermos durante ciertos actos quirúrgicos, y en fin todas las causas que pueden dificultar la buena expansión pulmonar (dolor, vendajes abdominales muy fuertes, etc.).

Teniendo en cuenta estos datos, es fácil comprender que la mayoría de las veces lograremos evitar estas complicaciones mediante una profilaxia bien dirigida, ésta consistirá ante todo : en examinar cuidadosamente el aparato respiratorio en todo enfermo que deba operarse, si de ese examen se deduce la existencia de lesiones agudas o crónicas, el acto quirúrgico deberá diferirse hasta mejoría del sujeto, si ese acto exige premura habrá que rodearse de todas las medidas precausionales posibles.

En evitar por otra parte el enfriamiento del enfermo al transportarlo a la sala de operaciones o al sacarlo de ésta y en ésta misma y en su cuarto de convalecencia manteniendo una temperatura adecuada y abrigándolo suficientemente.

En enfermas predispuestas, la anestesia por inhalación si es indispensable deberá practicarse con los mayores cuidados empezando por desechar el eter

y dar el cloroformo y en la menor cantidad posible, hay que extraer las mucosidades, materias vomitadas, etc., para evitar que la enferma las pueda absorber hacia el árbol respiratorio. Evitar en ellas la permanencia prolongada en ciertas posiciones como la de Trendelemburg, los vendajes muy apretados y demás causas que puedan dificultar la buena expansión pulmonar.

El tratamiento del accidente declarado es el común y que se imponen siempre en esos casos. Para facilitar la expulsión de mucosidades, sobre todo en viejas y personas debilitadas se tratará de colocar al enfermo en la posición de Fowler.

SHOCK

El shock, es un accidente post-operatorio rara vez observado en cirugía abdominal y ginecológica, por lo menos dentro de las intervenciones que se practican a diario. Su poca frecuencia relativa a las menciones que del Shock se ha hecho en otros tiempos, debe explicarse sin duda con la restricción que su concepto ha sufrido en estos últimos años, restricción debida a que muchos estados post-operatorios que figuraban con tal nombre, han encontrado hoy su verdadera explicación.

Por otra parte, el perfeccionamiento técnico ha contribuido también en lo que a su verdadera patogenia se refiere, a reducir las causas provocadoras de shock, haciendo las intervenciones lo más regulares posible.

Sin embargo y a pesar de ello, en algunos casos se presentan estados verdaderos de shóck, caracterizados únicamente por efectos de traumatismo nervioso produciendo una acción general inhibitoria más o menos acentuada ; en ellos recurriremos para combatir sus efectos a los siguientes medios de acción : se elevará la temperatura ambiente, se administrará pequeñas dosis de bebidas calientes alcoholizadas, inyecciones subcutáneas de cafeína y de acéite alcanforado, dermocclisis, etc., la ergotina, estricnina y digital pueden también recomendarse en algunos casos.

TROMBO FLEBITIS DE LOS MIEMBROS INFERIORES, EMBOLIA

La trombo flebitis es un accidente raro pero no excepcional. Es tardío, aparece por lo común durante la convalecencia, más allá de la segunda semana.

Toda laparotomía expone a ella, no vamos a entrar en el estudio de las diversas hipótesis que se

esfuerzan en explicar su etiología y patogenia ; sólo recordaremos la afinidad que al parecer guarda en cirugía general la incisión de la pared del abdomen con la presencia de este accidente, sin que se pueda asegurar por otra parte, que la naturaleza del mal tenga alguna influencia sobre su aparición.

Este accidente evoluciona al principio en forma silenciosa hasta que se manifiesta por un dolor intenso al nivel de la ingle o pantorrilla, luego aparecen los demás síntomas clínicos de la flebitis : cordón indurado, edema, temperatura escasa, etc.

Su pronóstico es generalmente benigno aunque lo oscurece la posibilidad de una embolia mortal, este accidente sin embargo es raro si se toman a tiempo las precauciones debidas.

La embolia pulmonar es la más frecuente, según muchos, más de lo que generalmente se cree. Cuando es debida a la obstrucción de pequeños vasos pasaría amenudo desapercibida o confundida con otros procesos.

Cuando se obstruyen grandes conductos sanguíneos la muerte es por lo general su consecuencia, algunas veces puede ser instantánea en otros después de 10, 15 a 20 minutos, entre síntomas de asfixia aguda.

Las histerectomías y las miomectomías por fibromas son las operaciones en las que se ha ob-

servado el mayor porcentaje de ésta tan temible complicación.

Algunas muertes súbitas en operadas en franca convalecencia y sin ningún trastorno aparente deben relacionarse sin duda con una embolia consecutiva a una trombosis oculta.

El pronóstico tardío, tampoco suele ser malo, aunque en ciertos casos persiste un ligero edema durante varias semanas, que por otra parte puede sólo aparecer con motivo de marchas, posición de pie, etc., y desaparecer con el reposo, él es seguramente ocasionado por la reabsorción incompleta del coágulo, que deja una luz menor a la vena dificultando así la circulación de retorno.

El tratamiento de la flebitis debe tener por objeto, prever la embolia y facilitar la reabsorción y organización del trombus. Ello se consigue colocando a la enferma en posición horizontal e inmovilizando el miembro afecto, ligeramente elevado y envuelto en algodones por lo menos durante seis semanas.

Sólo después de ese tiempo y considerando que el peligro de la embolia ha pasado podrán recién iniciarse los masajes suaves, los vendajes, etc.

ULCERA POR DECUBITO

Son graves, no tanto por la lesión que representan, sino y sobre todo por que encierran un pronós-

tico sombrío para la vida del operado, ya que por lo regular revelan un estado general, malo e insuficiente para defenderse de las infecciones que por esa puerta pudieran penetrar.

Es por lo tanto necesario vigilar constantemente y muy de cerca a los sujetos debilitados, caectizados, etc., en los cuales pueden ellas aparecer con facilidad.

La profilaxia ha de ser muy severa: es necesario modificar y alternar con frecuencia los puntos de apoyo en la forma que lo dijimos al hablar de la posición del operado, colocar debajo de esos puntos almohadillas de aire y hacer una higiene de la piel, lo más rigurosa posible.

Una vez producida la úlcera deberá modificarse los decúbitos de manera a que no se ejerzan presiones sobre ella y a favorecer su curación mediante curas secas asépticas, o espolvoreando con polvos ligeramente antisépticos como ácido bórico, sub-nitrato de bismuto, dermatol, aristol.

Algunos emplean la balneación continúa con buenos resultados.

EL HIPO

El hipo es un síntoma que rara vez presentan los operados sobre todo si se le busca dentro del cortejo sintomático que más comunmente se obser-

va durante el período post-operatorio. Puede presentarse como un hecho aislado y pasajero en cuyo caso su significación no tiene valor o bien su persistencia y acompañamiento de otros síntomas son denunciadores de un estado grave.

En el primer caso su fugacidad lo hace poco merecedor de un tratamiento y en el segundo, de un valor pronóstico de gran importancia, su terapeutica queda subordinada a la interpretación de la causa provocadora.

PARESIAS Y PARÁLISIS

La paresia o parálisis de uno o varios de los músculos del abdomen, es un hecho raro que se observa con poca frecuencia como complicación post-operatoria. Resultan ya de tironeamientos, comprensión por ligaduras, desgarros o secciones de troncos nerviosos, pero aunque estos traumatismos probablemente no son raros, las parálisis se observan pocas veces porque los músculos abdominales tienen una inervación rica y mantenida por fuentes diversas.

No las dan las incisiones medianas, ni aquellas que llevan una dirección paralela a los nervios intercostales, pero sí sobre todo aquellas que los hieren cerca de su origen. Por esta razón se explica

porqué las incisiones posteriores son las que han dado mayor número de casos.

Las parálisis o paresias post-operatorias de los miembros son mucho más frecuentes.

Si en algunos casos raros puede atribuírseles un origen tóxico, en la mayoría resultan de lesiones traumáticas (compresión o elongación) producidas en la mesa de operaciones y favorecidas por el estado de relajamiento muscular que trae la anestesia. Culpables de ellas son las posiciones viciosas en que se coloca a la enferma, los sostenedores de miembros mal colocados, etc. Las gordas cuando se las mantiene durante largo tiempo en la posición de Trendelenburg, están particularmente expuestas y nosotros hemos observado varios casos adoptando el tipo radial.

Por lo general las parálisis de los miembros tienen un buen pronóstico, desaparecen espontáneamente después de algunos días, aunque a veces se prolongan más tiempo y requieren masaje y electricidad.



30844

Buenos Aires, Junio 15 de 1915

Nómbrese al señor Consejero Dr. José F. Molinari, al profesor titular Dr. Pedro Belou, y al profesor suplente Dr. Miguel Sussini, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

L. GÜEMES

J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Junio 30 de 1915

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, consta en el acta N.º 3020 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou.
Secretario.

REPORT OF THE COMMISSIONER

OF THE LAND OFFICE

FOR THE YEAR 1881

ALBANY, N. Y.

1882

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Importancia de la anestesia en los accidentes
post-operatorios.

José F. Molinari.

II

La anestesia raquídea en la cirugía de enfer-
mos con lesiones cardíacas.

P. Belou.

III

Patogenia de los accidentes pleuropulmonares
post-operatorios.

M. Sussini.

