

Sra. MICAELA O. DE CASAS, profesora en Ginecología y Obstetricia, de reconocido mérito.

El Sr. PAGENSTECHER es de espíritu elevado, progresista, y da lustre á nuestra literatura médica con sus escritos llenos de instrucción y de experiencia.

He terminado la serie de ginecólogos que en México constituyen la historia de la histerectomía. ¿Pero quiere decir esto que ha concluido el personal quirúrgico que da brillo á nuestra Facultad, y honra y gloria á nuestro país?

De ninguna manera: la Cirugía General en la República está muy avanzada; tenemos cirujanos de extraordinarios méritos que indirectamente fomentan la práctica de la histerectomía, y los nombres de EDUARDO LICEAGA, FERNANDO LÓPEZ, REGINO GONZÁLEZ, RAMÓN ICAZA, no deben olvidarse, como los de otros más, porque son el legítimo galardón de la ciencia quirúrgica nacional.

DE LA OPERACION EN GENERAL

La práctica de la histerectomía, se caracteriza por algunos detalles que le son peculiares.

Las maniobras del Cirujano se verifican en un terreno susceptible al máximo á las influencias traumáticas, y en medio de órganos cuya integridad es esencial para la vida. Las inflamaciones peritoneales son doblemente de temer; pues la gran serosa une á su riqueza infinita en elementos de tejido nervioso, una vastísima zona de absorción.

Antes de atacar al útero, hay que dividir la pared abdominal; y cuando la operación está terminada, menester es volver á cerrarla de tal manera, que se llenen todas las indicaciones inmediatas y tardías, peculiares á las heridas penetrantes del vientre.

Durante toda la operación, hay que seguir cierto número de reglas y valerse de multitud de artificios, que solamente una larga práctica quirúrgica puede enseñar al operador.

Estudiaremos esta multitud de detalles, agrupándolos según se presentan durante la marcha de una histerectomía. Es decir, que nos ocuparemos de ellos *antes de la operación, durante la operación, y después de la operación.*

ANTES DE LA OPERACION.

Si las medidas de antisepsia y asepsia ocupan un puesto preponderante entre las condiciones que requiere una histerectomía, para realizarse con éxito, no son ciertamente las únicas de verdadera importancia, y las circunstancias relativas al *medio operatorio, á la enferma y al operador*, tienen también un alto interés.

EL MEDIO OPERATORIO.

En el Hospital, el Cirujano reúne cuantas exigencias y comodidades tiene la técnica quirúrgica moderna.

La Sala de Operaciones del Hospital particular "Concepción Béistegui," cuya vigilancia y cuidado honran á mi ilustrado amigo el Dr. JAVIER HOYO, es un medio operatorio espléndido, que ha permitido al maestro CHACÓN, realizar una brillante serie de operaciones abdominales. Ciertamente que en este caso se reúnen, á la excelencia del medio, la aptitud de todo el personal facultativo de que se ha rodeado nuestro distinguido maestro el Dr. JOAQUÍN VÉRTIZ, Director de ese Hospital.

En el Hospital "Morelos" acaba de inaugurarse con bastante éxito la "Sala para Operaciones Asépticas," debido al esfuerzo de su Director el Cirujano Sr. RAMÓN MACÍAS. La estadística de operaciones abdominales comienza á formarse bajo los auspicios de los Cirujanos de dicho Hospital.

Pero en la Cirugía á domicilio, las condiciones del medio se subordinan á la posición social de la enferma: en la clientela rica el operador puede encontrar todas sus comodidades y exigencias nosocomiales; pero en la clientela pobre debe ingeniarse para suplir los recursos de que carece.

En la clase pobre, las dificultades no sólo se relacionan con la ausencia de propiedad en el local y la escasez de útiles; sino que la higiene personal de la paciente es defectuosa, su alimentación poco apropiada, su vigilancia menos eficaz, y muy poco escogida su medicación.

Ciertamente que en estas condiciones es preferible operar en el Hospital; pero entre nuestra gente pobre existe un horror invencible á la hospitalización; y sin pretender aprobar ó rechazar este horror—que á mi juicio reconoce varias y poderosas causas—me limito á declarar, que esta resistencia de las enfermas para asilarse, obliga al Cirujano á practicar multitud de veces, grandes operaciones en medios poco adecuados.

El verdadero Cirujano sabrá servirse de todo lo que le rodea, utilizándolo de tal manera, que siempre obtenga un triunfo en sus intervenciones, y que su arte esté al alcance de todas las fortunas, impartiendo sus inmensos beneficios, tanto á los pobres como á los ricos.

Yo he practicado multitud de histerectomías en medios ope-

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

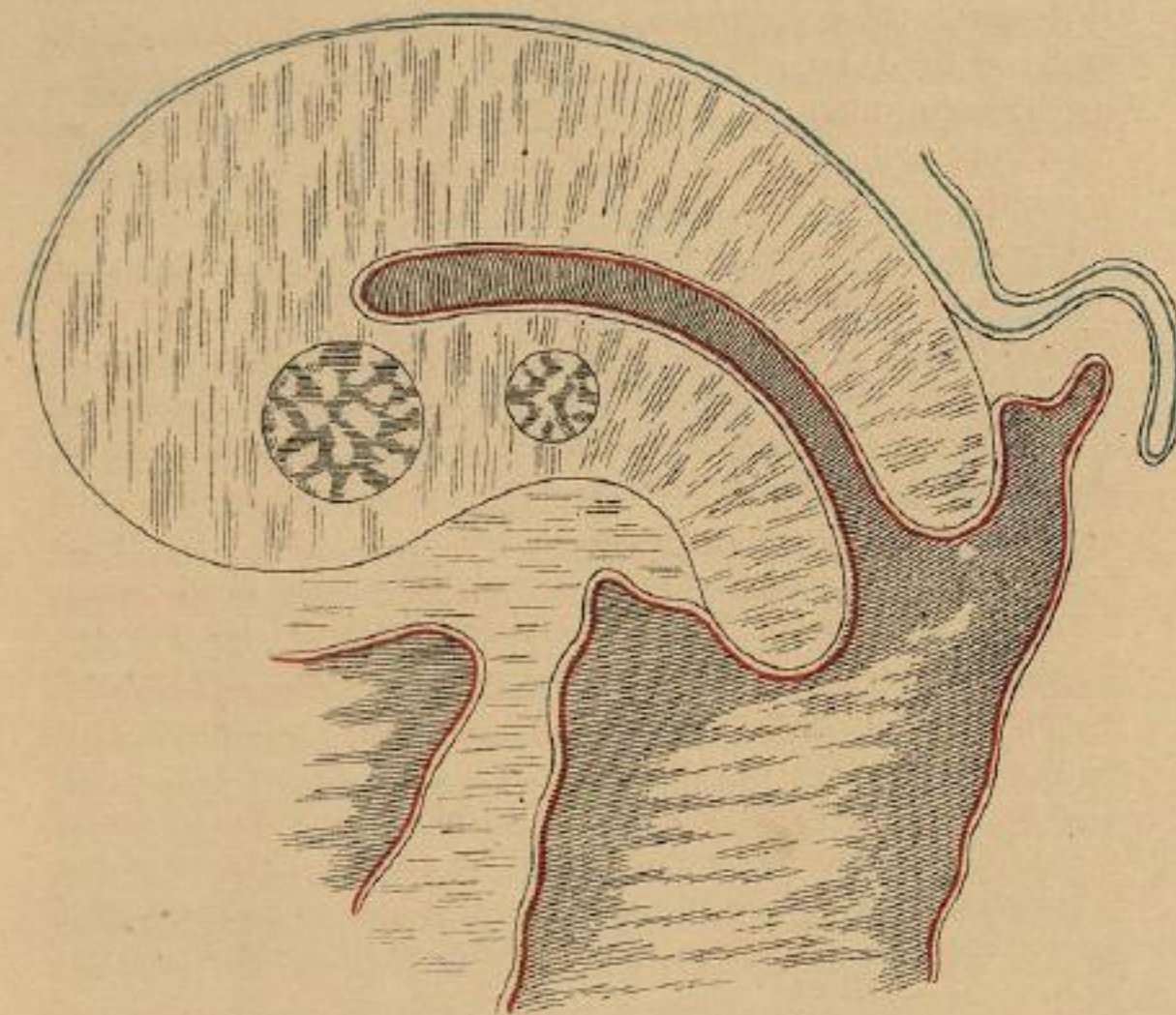


Fig. 9.—Fibromas intersticiales de la pared anterior del cuerpo del útero. (Según AUVARD).

ratorios bastante malos, sin haber tenido que lamentar jamás un accidente. Mis maestros los Dres. FRANCISCO DE P. CHACÓN y JOAQUÍN VÉRTIZ, y con ellos multitud de médicos y estudiantes de Medicina, me han visto practicar histerectomías laboriosas en cuartos pequeños, húmedos, oscuros y mal ventilados; y sin embargo, una serie no interrumpida de éxitos ha sido el resultado de mis operaciones. Los Cirujanos RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ, GERMÁN DÍAZ LOMBARDO, ANTONIO A. LOAEZA, CALIXTO VARGAS, NUMA TORREA, y otros varios, han operado frecuentemente conmigo, en esas condiciones de medio defectuoso, sin haber lamentado jamás un accidente.

El Dr. ANGEL HIDALGO, distinguido Cirujano de nuestro Cuerpo Médico Militar, ha practicado ante mí notables operaciones, durante la campaña que con el 24 Batallón hizo en el Río Yaqui, y si nunca le ví una exigencia relativa al medio operatorio, tampoco le llegué á ver un fracaso quirúrgico.

Cuando no se tiene á mano un departamento adecuado y establecido especialmente para la práctica de las operaciones de la Cirugía aséptica, como lo son las Salas de Operaciones de los buenos Hospitales ó de las Quintas de Salud bien montadas, preciso se hace improvisarle.

Una buena Sala de Operaciones se obtiene fácilmente. Elíjase una pieza amplia, con buena ventilación, y sobre todo muy bien alumbrada; hágase lavar con esmero el piso, blanquear nuevamente las paredes y limpiar cuidadosamente el techo. Por todo menaje: una mesa de operaciones, una mesa común para la colocación de los instrumentos y útiles de curación, un par de lavamanos con agua en abundancia, y una estufa si la temperatura ambiente es baja. La Sala de Operaciones está constituida.

Cirujanos hay que se rodean de exigencias tales para operar, que desde la filtración del aire de la Sala de Operaciones por medio de aparatos complicadísimos, hasta el empleo de las mascarillas antisépticas para detener los gérmenes que pudieran existir en el aire expirado por el operador, no cesan, en su afán de singularizarse, de buscar mayores complicaciones para el ejercicio de la Cirugía, á la que debe caracterizar siempre la sencillez.

El Cirujano debe operar siempre bien y obtener siempre buenos resultados, de cualquier modo que sea el medio en que se encuentre. Le bastará tener mucha luz para ver bien lo que hace, y muchísimo aseo para hacer bien lo que intenta.

LA OPERADA.

PREPARACION MORAL.

La misión del Cirujano no se limita á su papel de cortar. Es de su estrecha responsabilidad convencer y consolar á la operada futura.

Todo el que debe sufrir una operación, tiene miedo: miedo al cloroformo, miedo al dolor, miedo á la pérdida de sangre, miedo á la muerte.

Muchos hay que no podríán expresar qué temen; que únicamente tienen miedo.

Las señoras, con especialidad, se impresionan vivamente ante la idea de una operación. El solo anuncio de ella las conmueve y hace llorar; qué aunque enérgicas y admirables para soportar el dolor por sí mismo, se aterroran ante la idea de sufrir una operación en cuyos preparativos preven un gran peligro.

Es muy especialmente la histerectomía una causa de inmensa desesperación para ellas; pues que á los terrores que toda operación les inspira, se acumula en este caso la pérdida de sus aptitudes sexuales.

¡Cuánta paciencia, cuánta sagacidad, qué astucia se necesitan para conducir á una enferma á solicitar una operación que hubiera rechazado si se la propone bruscaamente!

La era de los Cirujanos verdugos ha terminado. El Cirujano actual debe caracterizarse por su dulzura y suavidad en el ejercicio profesional.

Al que sufre, le consuelan y alivian el interés y la afabilidad de su médico; pero si la severidad y la aspereza son perjudiciales, es insoportable que el médico sea atrevido é irrespetuoso.

Muchos médicos desconocen el origen de ciertas superioridades profesionales, que el público aprecia muy bien.

Conozco algún Cirujano de cierta fama entre nosotros, que joven aún, por su rápido progreso se ha atraído un número crecido de adversarios profesionales y cuyos colegas se preguntan, cuál puede ser el origen de la predilección que el público tiene para con él. Quizá más que sus conocimientos y aptitudes como Cirujano, sea su modo de tratar y consolar á los enfermos, el secreto de la gran aceptación que ha obtenido. La escuela de este Cirujano fué bien ruda: durante diez y seis años fué enfermo él mismo.

De todo aquello que impresione fuertemente la imaginación de las enfermas, debe prescindir el verdadero Cirujano, evitando esa serie de ademanes y monosílabos sueltos, de que tanto gustaron nuestros antecesores, y que nunca tienen más resultado que causar inútiles alarmas; tratando de divagar la atención de las enfermas, para quitar á sus exploraciones y reconocimientos ese carácter de severa gravedad que suelen revestir; y planteando el resumen de su estudio sin exageraciones ni brusquedad, haciendo comprender á la paciente que, si su estado es grave, la ciencia médica le ofrece grandes esperanzas de curación.

Una vez decidida la operación, el Cirujano procurará alejar de la mente de su enferma toda idea de muerte ó fracaso quirúrgico, tratando, por el contrario, de animarla haciéndola prever el próximo fin de sus sufrimientos.

En la preparación dietética y medicamentosa de la futura operada, el Cirujano será sencillo en sus consejos y breve en sus recomendaciones; tratando por cuantos medios estén á su alcance, de no aparentar en sus preparativos que teme la existencia de grandes peligros en la operación.

Si la paciente se halla en condiciones que requieran haga testamento, el operador será lo más diestro y astuto que sea posible, para inspirar esta necesidad á su cliente, sin proponérselo directamente. A todos los enfermos les ocasiona profunda emoción que su médico les indique la necesidad de testar en vísperas de alguna intervención quirúrgica.

PREPARACION DIETÉTICA Y MEDICAMENTOSA.

La preparación de esta naturaleza no debe descuidarse nunca en la práctica de la histerectomía. Además de ser una buena práctica quirúrgica la administración de un purgante, antes de las grandes operaciones, en las abdominales es una necesidad.

Por bien conducida que haya sido la operación, la parálisis intestinal es casi de regla durante las primeras horas post-operatorias; y es menester que el tubo intestinal esté libre de productos susceptibles de sufrir fermentaciones pútridas y de causar intoxicaciones.

Si por un incidente operatorio ó por alguna indicación particular de las circunstancias presentes, se divide una asa intestinal, su vacuidad es una garantía para el buen éxito de las suturas.

Cuando al purgante pre-operatorio se asocia la administra-

ción de los medicamentos que realizan la antisepsia intestinal, las ventajas obtenidas llegan á su máximo.

Este purgante no debe ser enérgico, á fin de evitar la depresión neuro-vascular que acompaña á las grandes pérdidas intestinales, y que complicaría el colapsus propio á la naturaleza de la operación.

El aceite de ricino y el calomel, son los evacuantes predilectos en estos casos.

El examen que ha sufrido la enferma, aclara el modo de ser de su estado general y las condiciones funcionales de los principales órganos en particular. Este análisis es un foco fecundo de indicaciones terapéuticas.

No podría insistir demasiado sobre la importancia del reconocimiento general pre-operatorio y sobre la frecuencia de dolorosas sorpresas, cuando se prescinde de él ó se le hace incompleto. Entre multitud de percances serios, recuerdo un caso que estudié en compañía de mi excelente amigo el Dr. MIGUEL MENDIZABAL, de Orizaba, y en el que estuvimos muy próximos á perder una operada de histerectomía supra-vaginal, el mismo día de la operación, por accidentes sumamente graves de origen pulmonar. Esta enferma sufría desde varios años atrás de una bronquitis crónica, y los vapores clorofórmicos, exacerbando rápidamente su padecimiento, le ocasionaron una hipersecreción de productos bronquíticos, que estuvieron próximos á causar su muerte por asfixia.

Si una enferma de mal de BRIGHT, si una glicosúrica, está á punto de ser operada, hágase el tratamiento general del proceso morbozo, y se avanzará mucho para el buen éxito de la operación.

Es una noción bien conocida, que los estados constitucionales viciosos, contribuyen poderosamente al desarrollo de los gérmenes patógenos, en el interior del organismo.

En los enfermos albuminúricos la infección séptica reviste caracteres de extraordinaria gravedad, pues que no solamente en ellos la vitalidad languideciente de sus tejidos ofrece menos resistencia á los gérmenes invasores, sino que el estado de sus riñones se opone á la fácil y rápida salida de los productos de la desintegración orgánica.

“Es necesario, dice PAGET, que se reconozca y examine un futuro operado con tanta atención como si se tratase de un seguro sobre la vida.”

En cuanto á la alimentación de la enferma, es usado no tole-

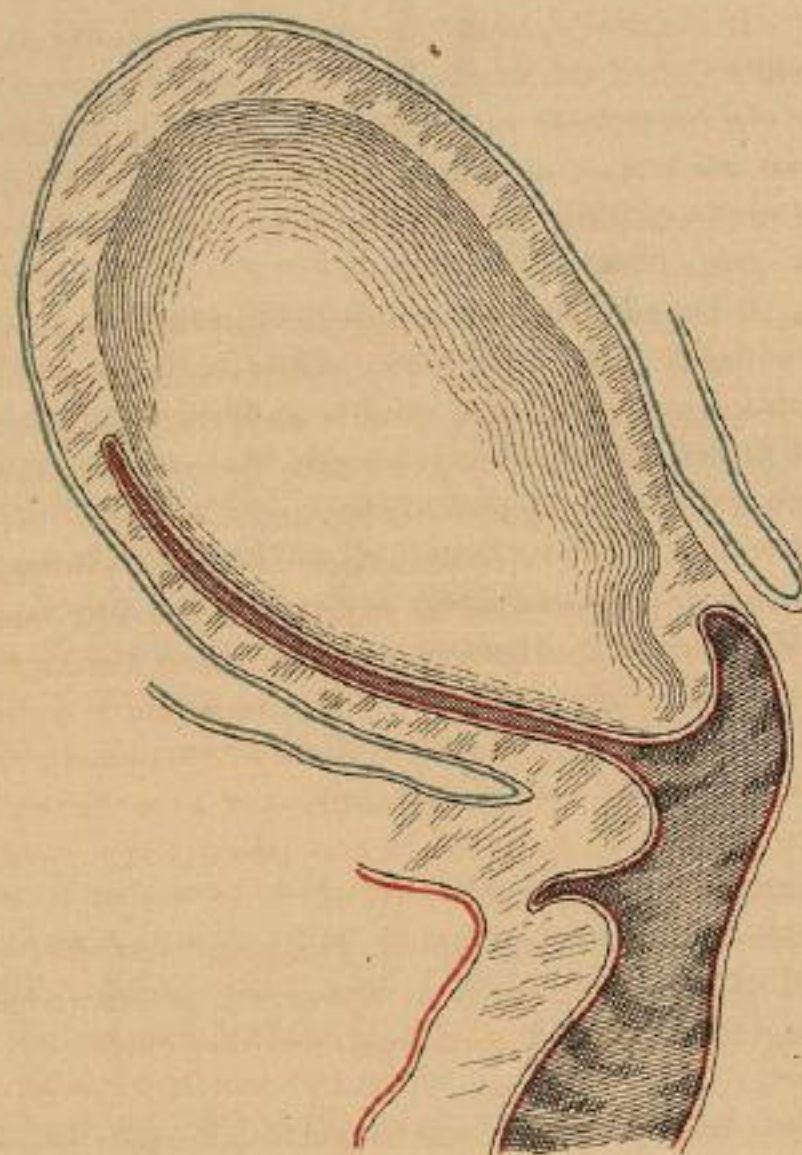


Fig. 10.—Fibroma intersticial del útero, de evolución sub-mucosa. (Según SIMS).

rarle desde los dos ó tres días anteriores á la operación, sino alimentos fácilmente digeribles y de poco residuo.

Es de rigor prescribir una serie de tres ó cuatro baños generales durante el período pre-operatorio, procurando que la enferma tome sus precauciones á fin de impedir los enfriamientos y sus consecuencias, que podrían ser un impedimento para realizar la operación.

La víspera del día fijado para ella, un practicante rasurará perfectamente el pubis y aplicará una gran curación antiséptica húmeda, sobre toda la región abdominal. Se prescribirán abundantes irrigaciones vaginales, con un líquido antiséptico tibio, aplicadas cada dos horas. Es útil administrar á la enferma una poción con algunos gramos de bromuro de sodio, que á la vez que calma su irritabilidad nerviosa, permite que al siguiente día la anestesia se haga con menos vicisitudes. En la mañana del día señalado para operar, las irrigaciones vaginales se harán cada hora; y el recto se vacía completamente por medio de dos ó tres lavativas grandes, practicadas con una solución débil de biborato de sosa. Si se considera conveniente, se repetirá la dosis de bromuro de sodio prescrita el día anterior.

EL OPERADOR.

El Cirujano que se alista para ejecutar una histerectomía, debe velar personalmente sobre el arreglo y preparación de todo el material quirúrgico y sobre la realización de los preceptos de la antisepsia en la enferma.

Por bueno que sea su ayudante, por absoluta fe que le inspiren su instrucción y su aptitud, el Cirujano nunca prescindirá de vigilar personalmente todos los preparativos y maniobras que exige la buena conducción de un acto quirúrgico.

Siempre que le sea posible, ensayará su operación en los cadáveres del anfiteatro, y así haya practicado un número infinito de veces la histerectomía, siempre dudará de su habilidad y se ejercitará constantemente.

Nada hay tan perjudicial al Cirujano, como las presuntuosas manifestaciones de su vanidad.

Las maniobras que en la mente ejecutamos, son sencillísimas; pero en la práctica, entre la sangre y lo imprevisto, suelen ser imposibles.

El operador habrá hecho el diagnóstico por sí mismo, habrá

explorado minuciosamente todo el campo sobre el que ejercerá su acción, analizado y juzgado uno á uno todos los datos que sus investigaciones clínicas le hayan ofrecido, y de ninguna manera — salvo circunstancias de exploraciones excepcionales — tomará el bisturí para verificar operaciones, sin tener conciencia del diagnóstico.

Algunos Médicos suelen decir que ellos diagnostican y los Cirujanos operan. Esto es un absurdo; pues el Cirujano, al intentar una operación, no se atiene nunca á más diagnóstico que al suyo.

La elección del arsenal quirúrgico le preocupará especialmente, y debe someterla al plan de su hipótesis operatoria. Recordando en su imaginación los diversos tiempos de su faena próxima, formará para cada uno de ellos un arsenal adecuado.

Para la anestesia reunirá la mascarilla — si prefiere la anestesia por el éter, se proveerá de la máscara especial para su empleo, — la pinza para tracciones sobre la lengua, lienzos para limpiar la boca á las enfermas en casos de vómitos, jeringas para inyecciones subcutáneas y una colección de los medicamentos que, como la cafeína, la estriénina, el éter y el nitrito de amilo, puede necesitar violentamente. Los que se usen por la vía hipodérmica, estarán en soluciones tituladas, y todos tendrán etiquetas con sus nombres y título, escritos con perfecta claridad.

Para el corte de los tejidos, elegirá bisturís y cuchillos de todas las formas y tamaños que crea convenientes, tijeras rectas y curvas de dimensiones surtidas, pinzas de disección y dentadas, sondas acanaladas rectas y vaginales, etc., etc.

Para la hemostasis, un buen surtido de pinzas de forcepresión, pinzas largas de RICHELOR, rectas y curvas; agujas de DESCHAMPS y de COOPER; tubo de caucho, si es partidario de la ligadura elástica, etc., etc.

Para la reunión, agujas de sutura en gran número, de modelos y dimensiones variadas; agujas de REVERDÍN y de HAGEDORN; agujas curvas automáticas para suturas profundas; ¹ porta agujas de varios tamaños y formas, é hilos de sutura de todas clases y diámetros.

Los hilos para ligaduras y suturas los tendrá estériles á toda

¹ Los Sres. ROEMER y COMP. han construido bajo mi dirección, una aguja automática que llena admirablemente las condiciones que el Cirujano pueda requerir para la colocación de las suturas en regiones profundas y estrechas. Tiene el grave defecto de ser dificultosa en su aseptización completa.

conciencia. La menor duda relativa á su pureza, los hará sufrir una nueva y rigurosa aseptización.

El operador no solamente elegirá su arsenal, sino que vigilará que esté en completas condiciones de utilidad: analizará los filos de los instrumentos cortantes; el estado de las articulaciones y engrane de las pinzas hemostáticas; el funcionamiento de los cauterios; la bondad de los hilos de suturas y ligaduras, etc., etc.

Próximo ya á operar, nombrará sus ayudantes. Nada hay más delicado que esta elección. El Cirujano los buscará entre aquellos que más frecuentemente utilice, sin olvidar que se establece tal unión entre él y su ayudante habitual, que éste último llega á ser como una tercera mano del operador.

Para la práctica de la histerectomía, basta con tres ayudantes: uno, como auxiliar directo del Cirujano; otro, para dar, recibir y cuidar el arsenal; y el tercero, para el servicio de compresas y tapones.

Si la operación se verifica en el domicilio de la enferma, hay que preocuparse por encontrar una persona que cuide á la operada y que reúna varias circunstancias.

Además de cierta suavidad de maneras y dulzura de carácter, se le exigirá algo de fuerza física que la haga resistente á las fatigas y le permita alzar y mover á la enferma cada vez que sea necesario. Por lo común una enfermera basta; pero en los casos difíciles y de larga duración, se requieren dos, á fin de que turnándose en su servicio lo desempeñen mejor. ¹

Es de regla que uno ó varios miembros de la familia, se ofrezcan calurosamente como enfermeros. Sin rechazar completamente sus servicios, hay que ser muy cauto en la utilización de ellos, pues estos enfermeros improvisados no siempre tienen la suficiente energía de voluntad, para conducir á la paciente por el severo camino que traza el Cirujano.

DURANTE LA OPERACION.

LA OPERADA.

La enferma que sufre una histerectomía, debe estar perfectamente abrigada con ropa de lana, evitando de este modo que sufra desperdicios de calor.

¹ Forgue y Reclus. THERAPEUTIQUE CHIRURGICAL.

El Cirujano y sus ayudantes procurarán que los vestidos de la paciente no se humedezcan con el agua de los lavados. J. GREIG SMITH, aconseja cubrir todo el cuerpo de la operada con un gran lienzo de makintosh, abierto en el centro en una extensión de 20 á 30 centímetros, para circundar con esta abertura los límites del campo operatorio. El Dr. F. CHACÓN, en el Hospital "Béistegui," hace poner á sus operadas calzones de franela.

Yo acostumbro cubrir el cuerpo de la enferma por medio de compresas esterilizadas, secas y muy calientes, desde que mi operación se prolonga ó amenaza hacerlo.

LA ANESTESIA.

El cloroformo es, á mi juicio, el agente anestésico de elección.

Actualmente se deja sentir entre los Cirujanos, cierto movimiento hacia la reivindicación del éter que no ha mucho tiempo había sido casi abandonado.

En ciertas enfermas muy debilitadas por su padecimiento ó agotadas por traumatismos quirúrgicos anteriores, se utiliza con ventaja una mezcla de cloroformo, éter y alcohol.

Sea cual fuese el agente de la anestesia, preciso es no olvidar que las aptitudes del cloroformador, son la mejor garantía contra la mayor parte de los accidentes imputables á la anestesia clorofórmica. Entre nosotros, se ha hecho verdaderamente notable por su modo de verificar la anestesia, el maestro Dr. JOSÉ MARÍA BANDERA. Ha logrado reunir una vasta estadística personal, en la que no cuenta un sólo caso de muerte.

El cloroformizador debe poseer en lo absoluto toda la confianza del Cirujano que opera.

Nada hay tan molesto como trabajar en una operación, pendiente sin cesar de la marcha de la anestesia.

En algunos Hospitales he visto realizarse operaciones en las cuales la administración del cloroformo se ha confiado á personas completamente ineptas, viéndose el operador frecuentemente obligado á abandonar su faena, para atender los accidentes de la cloroformización, infectándose constantemente sus manos con las ropas y cuerpo del enfermo. Esto, durante una operación abdominal, es desastroso.

Si algunos médicos suelen comisionar para dormir á los enfermos que intentan operar, á estudiantes de Medicina que co-

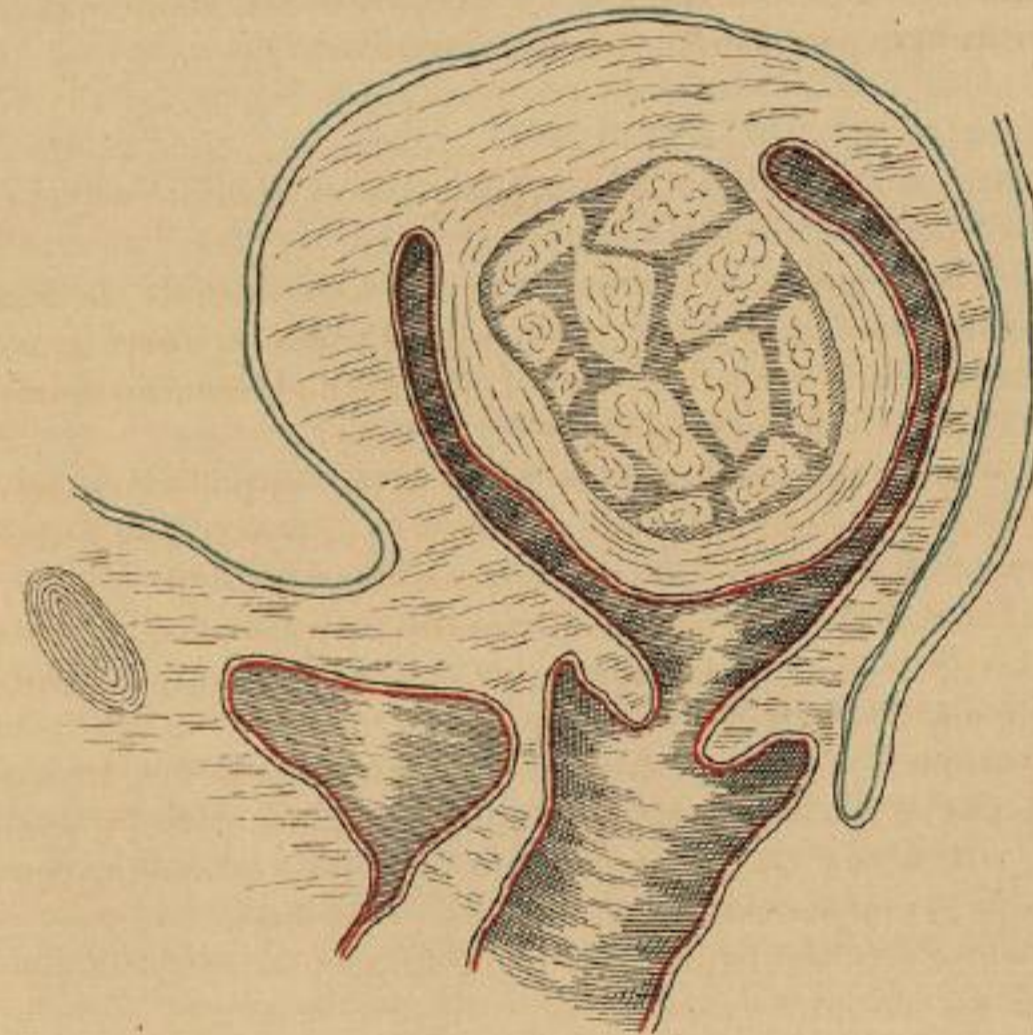


Fig. II.—Fibroma sub-mucoso, sésil, del cuerpo del útero. (Según Hofmeier).

mienzan apenas sus estudios, ó lo que es aún increíble, á enfermeros vulgares y á personas enteramente extrañas á la profesión — como yo he presenciado multitud de casos; — el verdadero Cirujano que se prepara á ejecutar una operación, no confía jamás el importante cargo de la anestesia sino á médicos de reconocida aptitud, ó á los practicantes que siendo aún alumnos de la Escuela de Medicina, por el adelanto de sus estudios y por la solidez de sus conocimientos merezcan tal confianza.

Solamente en circunstancias enteramente excepcionales, un Cirujano se resolverá á admitir que ejecute la anestesia, persona que no posea las cualidades indispensables á un cloroformizador. En la Ciudad, donde abundan médicos hábiles, sería extraordinario que la premura del caso fuera tal, que el Cirujano no pudiera esperar se buscara y trajese alguno de ellos; pero en el campo, donde el operador no cuenta con ningún apoyo en el personal que le rodea, se ve muchas veces en la necesidad de elegir un cloroformizador improvisado, y de velar él directamente la conducción de la anestesia.

Son muy particularmente nuestros médicos militares los que conocen las dificultades inmensas que presenta el ejercicio quirúrgico en el campo.

La organización especial de nuestro Cuerpo Médico Militar, que limita al Cirujano, durante las marchas y expediciones del Batallón ó Regimiento que sirve, á su única iniciativa y á su propio esfuerzo, lo obligan multitud de veces á realizar verdaderos prodigios de improvisación y astucia. El Cirujano militar en nuestro país se halla solo, sin más recurso que el botiquín y la escasa dotación instrumental de su Cuerpo, y sin ningún apoyo en el personal que le rodea, pues apenas si cuenta con su asistente, por lo común hombre rudo, vulgar, sin educación ni principios de ningún género; y así hace frente con la abnegación y sacrificio que caracterizan á nuestros médicos militares, á cuantas contingencias médico-quirúrgicas se les presentan.¹

En las operaciones abdominales, más aún que en otros ramos de la práctica quirúrgica, la administración del anéستico tiene gran influencia en los resultados post-operatorios.

¹ Mucho podría decir respecto al ejercicio, en el campo, de nuestros Médicos Militares. Baste solamente indicar, que no obstante el celo y empeño del Jefe Supremo del Cuerpo Médico Militar, General Dr. EPIFANIO CACHO, mi respetable amigo, los Cirujanos Militares suelen sufrir dificultades inmensas en su práctica profesional, con algunos Jefes poco instruídos y vulgares. Felizmente, durante los años que yo serví en el Cuerpo Médico Militar, sólo encontré Jefes inteligentes, activos, progresistas y dignos.

EL OPERADOR.

Al Cirujano, durante su labor quirúrgica, deben caracterizarle tanto la sencillez de sus procedimientos, como la facilidad y elegancia de su ejecución. No basta conocer la técnica quirúrgica, hay que saber realizarla.

La Cirugía de hoy, no es la de ayer. El arte antiguo con su brutal violencia y sangriento aspecto, no se asemeja en nada á nuestro manual quirúrgico moderno.

La anestesia, la forcipresión y la antisepsia han formado una nueva y brillante era quirúrgica; pero han también ocasionado multitud de perjuicios, permitiendo que bajo su amparo se levante fúnebre horda de falsos Cirujanos y de operadores sin condiciones. La anestesia inmoviliza y enmudece al enfermo; la forcipresión aleja la sangre de nuestra vista, y la antisepsia cubre bastante bien las faltas operatorias. ¿Quién con tales ventajas no se declara Cirujano? ¹

“Por buen anatómico que logre ser, dice DOYEN, por mucho que ejerza la Medicina operatoria en cadáveres, y aun sobre perros, á fin de familiarizarse con la sangre y obtener curaciones, nunca llegará á ser Cirujano el que no posea cualidades primordiales congénitas.”

Estas cualidades á que se refiere DOYEN, son aquellas que hacen del Cirujano un verdadero artista, que le dotan de una claridad y rapidez de criterio tales, que en un momento dado sepa apreciar todas las circunstancias de su operación, fundar las verdaderas y oportunas indicaciones de terapéutica quirúrgica, y conservar su serenidad de espíritu, sea cual fuese la gravedad de los accidentes imprevistos que se le presenten. Son también las que le inspiran la firme é inquebrantable resolución de llevar hasta el fin sus intervenciones y de triunfar siempre de todos los obstáculos que encuentre en su labor; teniendo constantemente su imaginación despejada y llena de recursos, y su bisturí siempre firme y sin apartarse una línea de su verdadero camino.

No todos los que operan tienen estas virtudes; no todos los que manejan un bisturí son Cirujanos. Conozco multitud de operadores de ocasión que se consideran Cirujanos, porque pueden manejar algunas docenas de pinzas hemostáticas, porque han presenciado después de sus llamados actos quirúrgicos, al-

¹ Algunos se declaran tan buenos, que se anuncian al público, progresivamente, como especialistas en todas las grandes operaciones de la alta Cirugía.

gunas cicatrizaciones por primera intención—de las cuales no siempre son ellos los responsables,—y porque con mayor ó menor fortuna han realizado algunas operaciones, que consideran sus hazañas; pero estos falsos Cirujanos tiemblan á la menor vicisitud operatoria, se alteran, precipitan y desmoralizan ante una hemorragia algo considerable, y en sufriendo alguna dificultad en la realización de sus proyectos operatorios, embrollan sus ideas, pierden la calma, olvidan sus pocos conocimientos de Anatomía ante tan angustioso estado, y terminan realizando una serie increíble de torpezas y haciendo de la enferma que tuvo la desgracia de entregarse á ellos, la víctima infeliz de sus pocas aptitudes quirúrgicas.

Basta para conocer á estos falsos Cirujanos, una rápida ojeada en la distribución del personal que les rodea, y en la conducta que siguen durante su labor. Sin orden, acumulados, sin tener bien precisado el desempeño de su papel, los ayudantes se tropiezan, se estorban unos á los otros y no hacen sino complicar aún más, la difícil situación del que los dirige. En cuanto al operador, causa congoja verlo: tembloroso, agitado, dando órdenes con brusquedad y contradiciéndose constantemente, olvida hasta los nombres de los instrumentos y pide unos por otros. Ya corta, ya desgarrá, ya aplica una pinza ó la quita; manda á todos, grita, regaña y se enoja, y con el campo operatorio lleno de pinzas y de tejidos desgarrados, termina como puede una operación que no supo cómo empezó.

No solamente en la mesa de operaciones se descubre á esta clase de Cirujanos; también en la Clínica, en la cabecera del enfermo, al apreciar los síntomas y establecer las indicaciones, manifiestan, desde luego, su ineptitud. Todos los días vemos enfermas con cánceres principiantes de la matriz, tratadas por estos Cirujanos con raspas, resecciones uterinas parciales ó cauterizaciones formidables, que impulsan vigorosamente el desarrollo del neoplasma; sin que nunca se les ocurra que la extirpación del útero se impone como el verdadero tratamiento, desde que el diagnóstico de cáncer se establece. En las peritonitis, en las lesiones cerebrales, en ciertas formas de Cirugía visceral y en todas circunstancias que requieran solidez en la instrucción quirúrgica y aptitudes especiales, en vez de manifestarse á la altura de su misión, se les encuentra siempre timoratos, vacilantes y pequeños; acusando, desde luego, lo poco que merecen el honrosísimo título de Cirujanos.

Aun recuerdo, con amargura, la severa crítica é injusta perse-

cución que sufrí por ciertos Cirujanos, al publicar una brillante observación de Cirugía abdominal. ¹ “El Sr. Ismael Velasco sufría una estrechez adquirida del recto, en una extensión de varios centímetros, alcanzando la extremidad del asa sigmoide intestinal: esta estrechez se acentúa día á día; sobrevienen signos peritoneales; la obstrucción crónica se declara, terminando por la oclusión intestinal absoluta. Las tentativas de cateterismo rectal bajo la anestesia clorofórmica, intentadas pacientemente por mí, fracasan; ni una candelilla uretral franquea el estrechamiento. El estado general se hace sumamente grave. Sin vacilar más, recurro á la laparotomía; despejo el peritoneo pélvico de las natas fibrino-purulentas que le cubrían, trato de aislar el recto de entre la multitud de asas intestinales, dilatadas al máximo por gases, y mientras un ayudante sostiene por el ano una sonda rectal dura, yo procuro forzar el estrechamiento, abatiendo directamente el recto sobre la extremidad de la sonda. Mis maniobras son desgraciadas: las paredes del recto, abajo del estrechamiento, se hallan tan profundamente alteradas, que se desgarran, y el pico de la sonda aparece en la cavidad de la pelvis. Algunas materias rectales se derraman en el peritoneo. Sin vacilación divido longitudinalmente el estrechamiento rectal, vacío sobre compresas, lentamente, el contenido del intestino y suturo los bordes de la incisión rectal, doblando el cabo superior sobre el inferior. La *toilette* del peritoneo me ocupa una hora larga: canalizo ampliamente la cavidad serosa. La duración de toda la operación fué de seis horas y después de un período post-operatorio azaroso, el Sr. D. Ismael Velasco curó de los accidentes operatorios y de su estrechamiento rectal. Vive actualmente en Puente de Ixtla; lleva dos años de operado y su salud en la actualidad es envidiable. Me acompañaron en esta operación mis excelentes amigos y buenos cirujanos, Dres. RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ y MARCOS E. JUÁREZ, y mis practicantes ANTONIO VALDÉS ROJAS, RAFAEL ZEPEDA, RAMÓN OJEDA y JUAN CARMONA.”

Esta operación, cuyo notable resultado ² soy el primero en confesar, fué debido únicamente á la constitución extraordinariamente vigorosa del Sr. Velasco; me originó una serie no interrumpida de adversarios que nunca comprendieron, ni comprenderán, el rudo esfuerzo que realicé al decidirme á ejecutarla, ni las eternas

¹ Sobre las discusiones y procedimientos extraños á que esta operación mía dió lugar, se encontrarán detalles en las actas de la Sociedad «PEDRO ESCOBEDO.» 1897.

² Tan notable fué para algunos Médicos este resultado, que no faltó quien me acusara públicamente de falsedad.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

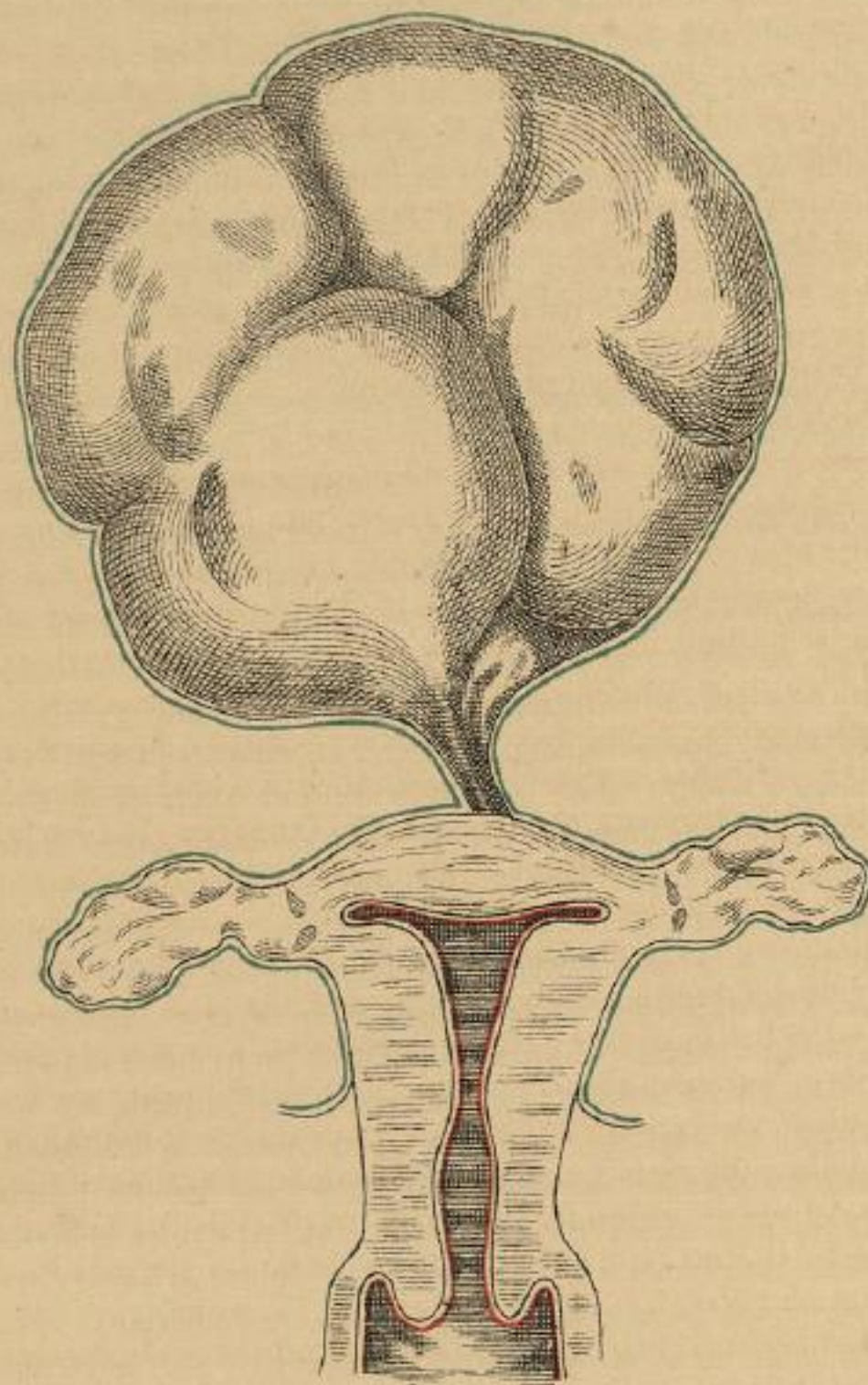


Fig. 12.—Fibroma sub-peritoneal, pediculado, de evolución abdominal. (Según BONNET y PETIT).

horas que pasé junto á mi operado, disputándolo constantemente á la peritonitis y á la septicemia.

Para conducir bien una operación, el Cirujano debe tener presente en su imaginación, el plan de ella. Ahora bien, dos circunstancias pueden presentarse: ó la intervención realiza todos los tiempos previstos y se asemeja entonces á un estudio de Medicina Operatoria, tal como se ejecuta en el anfiteatro de la Escuela de Medicina, ó lo imprevisto la hace anómala, y entonces serán el juicio recto, la profunda instrucción y el reposado valor del Cirujano, los elementos que procuren el éxito.

La educación prolongada en los ejercicios de Medicina Operatoria, la inspiración en las ideas de los grandes maestros, y la constancia en la asistencia á las operaciones, preparan el fondo original de todo buen Cirujano.

Las costumbres, las posturas, el modo operatorio de los maestros, son el espejo fiel de los operadores futuros.

Algunos Cirujanos tienen la costumbre de intercalar en medio de sus operaciones, discursos clínicos sobre el patogénesis, indicaciones quirúrgicas y técnicas operatorias, diversas del caso que les ocupa. Yo protesto enérgicamente contra semejante proceder.

Desde que el Cirujano empuña el bisturí, se debe única y exclusivamente á su operado: su atención, su pensamiento, sus facultades intelectuales todas, no tendrán más mira que la ejecución rápida y correcta de su operación. Dejará el lucimiento de su brillante instrucción y de su espléndido criterio, para el período post-operatorio, cuando el enfermo esté ya tranquilo en su cama, cuando la faena operatoria ha terminado y cuando no haya peligro de que origine perjuicios con sus sesiones de elocuencia. Poco adecuadas á la misión del Cirujano—podría llamárseles inhumanas y crueles—son estas disertaciones, sobre hombres ó mujeres, con el vientre, el pecho ó el cráneo abiertos, con las vísceras expuestas á la perjudiciosa acción del aire y de la luz, con su respiración trastornada por los vapores del anestésico y perdiendo la vida; mientras el operador, olvidando que es un semejante suyo el que yace bajo su bisturí, se entrega á las más acaloradas discusiones de las teorías y procedimientos nuevos, aplicables al caso que le ocupa.

Digna, igualmente, de severa censura, es la conducta que suelen seguir algunos operadores y sus ayudantes, que ríen, se dirigen bromas y alardean del más alto desdén hacia su operado durante su labor quirúrgica. El paciente que sufre una operación es digno del mayor respeto y de la más alta consideración de los

que la ejecutan. No es con la indiferencia ni con el desprecio á la vida de los otros hombres, como un personal manifiesta que es apto para su misión y que está aguerrido en el trabajo. Es un error creer ó hacer creer que el Cirujano, ante el espectáculo incesante del dolor, sufre el embotamiento de su sensibilidad moral: la necesidad de poseer un juicio tranquilo y de revestirse con un aspecto sereno y reposado, podrán tal vez imprimirle el aspecto de un hombre poco sensible; pero aquél que profundamente lo analice, aquél que comprenda la inmensa resignación con que reconoce las inflexibles leyes de la Naturaleza, no podrá menos que admitir en él, á la vez que la infinita dulzura de sus sentimientos, un acrisolado interés para con sus semejantes y una elevación y fortaleza de espíritu excepcionales.

No todos los operadores piensan unánimes en la admisión de extraños al personal activo en una operación. Algunos no admiten á nadie, fuera de sus ayudantes; otros toleran un pequeño número de médicos y estudiantes de Medicina, á condición de que no hayan estado en contacto desde varios días antes con sustancias ó cuerpos susceptibles de infectar, y otros, en fin, aceptan á todo el que se presenta.

En el Hospital "Morelos" los Cirujanos RAMÓN MACÍAS y JULIÁN VILLARREAL no toleran durante sus operaciones asépticas la proximidad de ninguna persona, á excepción de sus ayudantes. Sus estadísticas son notables.

En el Hospital "Béistegui," el Dr. FRANCISCO CHACÓN acepta que le rodeen durante sus operaciones abdominales, la multitud de médicos y estudiantes de Medicina que le buscan. Su estadística es tan numerosa como brillante.

En el Hospital de "San Andrés" los Cirujanos RAFAEL LAVISTA y FRANCISCO HURTADO, y en el Hospital de "Jesús" el Cirujano TOMÁS NORIEGA, no son tampoco muy exigentes en el numeroso personal que los rodea, y sus estadísticas no son menos brillantes.

Es indudable que á ningún operador le gustará ver en sus cercanías á alguno que haya estado en contacto con una erisipela, una septicemia, ó con cualquier otro foco de infección grave y segura; pero un personal en las circunstancias habituales de aseo y esmero de sí mismo, no creo que influya sobre la suerte de la operada, tanto como se ha llegado á asegurar, si no se pone en contacto directo con el instrumental, el material de curación, ó la operada misma.

En cuanto á mí, lleno de confianza en la barrera que la ase-

cia de mis ayudantes interpone entre mi operada y el personal extraño que me rodea, aceptó á todos los médicos y estudiantes de Medicina que me hacen el honor de asistir á mis operaciones, sin exigirles mas que lo que exigió MOREAU al rey francés Luis XV, cuando quiso asistir á una operación que debía ejecutar ese Cirujano: *que vengan, pero que no estorben.*

El operador procurará dar sus órdenes con claridad, evitando abrumar á sus ayudantes con el número de ellas. Al mandar, no olvidará que el servicio está íntimamente ligado con la manera de pedirlo, y que los Cirujanos bruscos, ásperos y poco atentos con su personal, tienen casi siempre los ayudantes que se merecen. Se obedece como se manda.

Durante los momentos azarosos de un incidente operatorio; cuando la enferma se inunda en sangre durante una violenta hemorragia inesperada; cuando un síncope ú otro accidente grave interrumpe la anestesia; cuando un tumor se desgarrá ó invade el peritoneo con pus ú otras sustancias sépticas; cuando, en fin, un accidente cualquiera amenaza violentamente la vida de la operada, el Cirujano, único y directo responsable, se levantará erguido ante la catástrofe que le amenaza, adquirirá más que nunca serenidad de espíritu y reposo de ideas, y se impondrá enérgicamente al personal que le rodea, sin hacer un ademán violento, sin alzar la voz, sin alterar su reposado continente y sin permitir que los ayudantes corran, se precipiten, se confundan y se embrollen. Empleará uno á uno todos los medios que su juicio sereno le inspire, sin desesperarse si los ve fracasar, y tenaz en sus maniobras, no olvidará que entre la muerte aparente y la muerte real suele haber mucha distancia; y que la constancia es la primera regla de toda terapéutica.¹

Una vez terminada su operación, el Cirujano no abandonará á su enferma hasta que, disipadas completamente las perturbaciones de la anestesia, pueda hacerlo sin abrigar temores de peligros inmediatos.

LOS AYUDANTES.

Cuando es menester ejecutar una operación atípica con ayudantes inexpertos, es prudente trazarles, de antemano, el plan operatorio.

Instruídos en su tarea y listos á consagrarle toda su atención

¹ En estas circunstancias el Dr. RAFAEL LAVISTA es admirable.

² Véase FORGUE y RECLUS—THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

y todo su celo, los ayudantes ocuparán su puesto, atendiendo únicamente al desempeño de su cometido.

La función principal corresponde al *primer ayudante*: él esponja y hace la hemostasis; su misión es exponer y aclarar bien el campo donde trabaja el Cirujano. Un separador colocado oportunamente facilita la tarea: se cuidará de abrazar con el gancho los tejidos, en pleno espesor, y no superficialmente. Descubiertas las partes profundas, las relaciones peligrosas se apartan con los ganchos; los órganos importantes se protegen, y tendiéndose las conexiones celulares, se facilita la sección. En Cirugía abdominal el empleo de las compresas es de extraordinaria importancia: no solamente cubren los bordes de la herida abdominal, sino que garantizan las vísceras y el peritoneo contra los traumatismos operatorios y contra las probabilidades de contaminación.

En los tejidos vasculares, donde cada golpe de bisturí se acompaña de otro de esponja, el ayudante no se limitará á tocar la superficie de sección con las esponjas ó los tapones de algodón, sino que los pasará sobre los tejidos, haciendo cierta presión en ellos.

Si en algún punto donde el bisturí no trabaja ve surgir un chorro de sangre, aplicará inmediatamente un tapón de algodón ó una pinza hemostática. Si en el fondo de la herida percibe el trayecto de algún vaso sanguíneo de importancia, colocará inmediatamente dos pinzas para que el operador seccione entre ellas.

El empleo de las pinzas hemostáticas lo llevan algunos ayudantes verdaderamente hasta la exageración, acumulando sobre el campo operatorio manojos de pinzas que, si siempre son estorbosas, suelen no ser necesarias. Este exceso en el empleo de las pinzas hemostáticas, parece reconocer el horror que ciertos operadores tienen á los escurrimientos sanguíneos, aun de poca importancia. Sin pretender modificar sus ideas relativas á la hemostasis, bueno es recomendar á estos ayudantes que aprovechen los pequeños momentos de alto que el Cirujano hace en su operación, para que sustituyan las pinzas hemostáticas por ligaduras definitivas.

Ciertos operadores que reúnen á una gran rapidez en sus maniobras una completa serenidad y profunda instrucción anatómica, ejecutan rápidamente sus operaciones sin detenerse en colocar pinzas en las arteriolas que van dividiendo, y reservan la hemostasis como último tiempo de la operación. Entonces el ayudante se limitará á secar rápidamente la sangre que escurre y á comprimir con sus dedos el corte de los vasos sanguíneos importantes que el operador le indique. Una vez terminada la

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

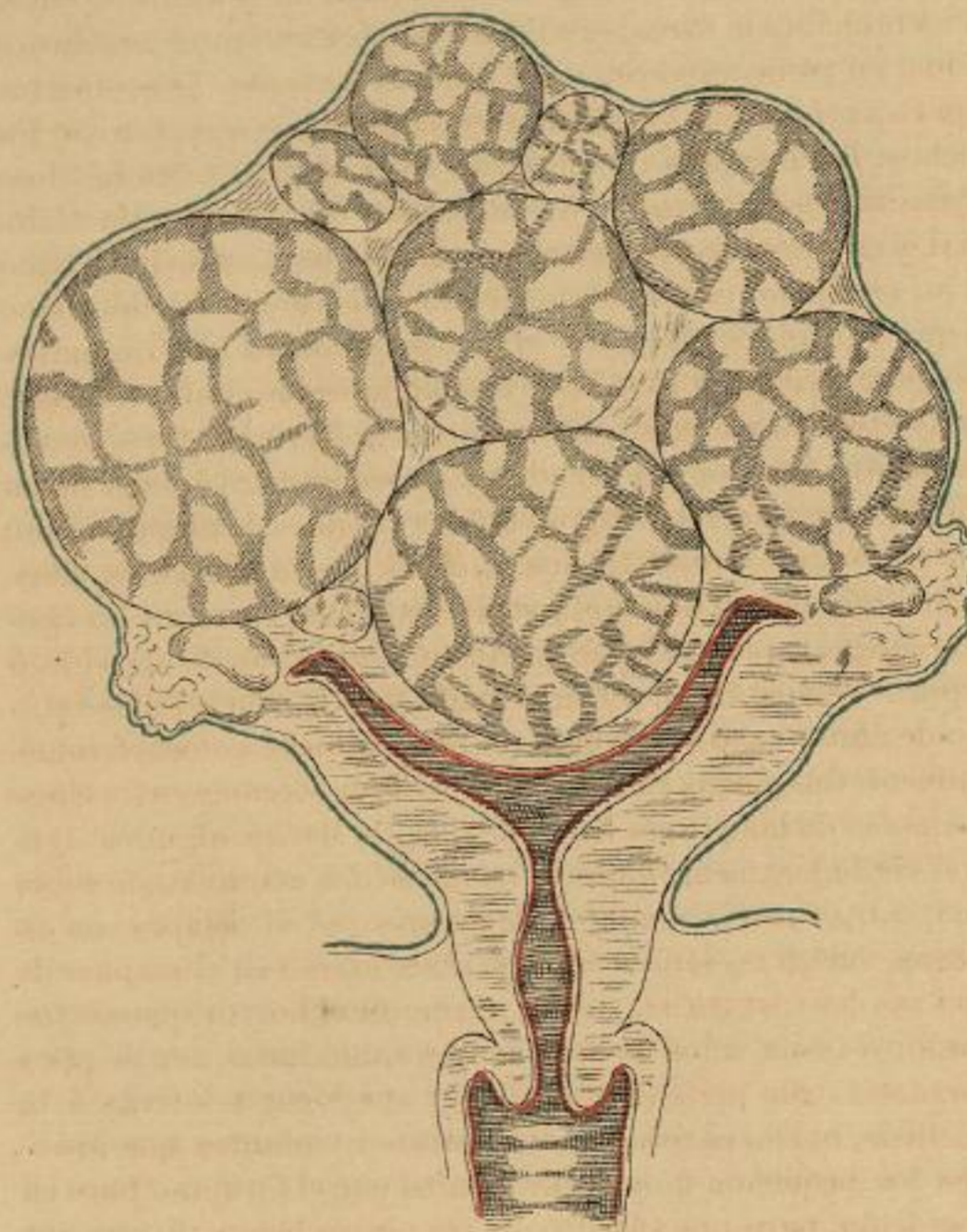


Fig. 13.—Fibromas sub-peritoneales, múltiples y séiles, del cuerpo del útero, de evolución abdominal. (Según Doyen).

operación, tomará con pinzas los puntos sangrantes, si el operador no lo hace personalmente, y colocará las ligaduras ó practicará las torsiones vasculares que sean convenientes.

En el momento de la colocación de las suturas, la cooperación del primer ayudante acelerará el trabajo: presentará bien afrontadas las superficies por unir, introducirá el hilo en el ojo de la aguja de REVERDIN, y asirá con pinzas de presión las extremidades del asa, si no la anuda inmediatamente.

En fin, es imposible narrar uno á uno los detalles del trabajo del primer ayudante. Se inspirará á medida que el caso operatorio vaya presentando indicaciones, y no olvidará nunca que su misión, más que auxiliar, es cooperativa.

El *ayudante comisionado para los instrumentos*, debe darlos sin confundirse. Si tiene noción de los tiempos que requiere la operación y si ha repartido convenientemente sus útiles, según el orden en que serán empleados, su tarea es fácil y sencilla. Vigilará igualmente que los instrumentos no se acumulen en las compresas asépticas que rodean el campo operatorio, de donde los tomará á medida que el operador los vaya depositando, para volver á colocarlos en sus bandejas correspondientes.

Asimismo recibirá del Cirujano aquellos instrumentos que se han utilizado ya y que no se necesitan por el momento. Como quiera que estos instrumentos están casi siempre llenos de sangre, cuidará de asearlos bien en un recipiente especial, lleno de agua esterilizada, evitando así ensangrentar el líquido donde están inmersos los otros. Si algún instrumento se contaminase por su contacto con substancias sépticas, lo excluirá inmediatamente del servicio.

Durante las ligaduras y suturas cortará los hilos según las dimensiones que el operador le indique.

Algunos Cirujanos se pasan sin este ayudante, tomando ellos mismos los instrumentos colocados en bandejas al alcance de sus manos.

El *ayudante encargado de las compresas*, tapones de algodón ó esponjas, vigilará que las primeras estén siempre bien calientes, y enteramente asépticas las segundas. Con frecuencia presentará al operador un recipiente lleno de agua esterilizada tibia, á fin de que lavándose las manos se despoje de los depósitos que en ellas forma la sangre seca.

Es indudable que un gran número de ayudantes ofrece el peligro de hacer irregular la asepsia operatoria; pero este peligro desaparece si en la elección de ellos se ha obtenido un personal

enteramente apto para su misión. La división del trabajo permite operar con suma rapidez: con mis ayudantes habituales he logrado realizar por mi procedimiento especial de histerectomía abdominal total, la extirpación de un útero con los anexos supurados, en *cuarenta minutos*.

DESPUES DE LA OPERACION. ⁽¹⁾

LA OPERADA.

Por lo común las enfermas despiertan de la anestesia quejándose bastante. Estos dolores post-operatorios desaparecen muy rápidamente y no exigen ningún tratamiento particular. Si se hacen muy intensos ó no tendiesen á la algostasis, constituyen entonces una *complicación*, y debe buscarse en el capítulo "*Accidentes y Complicaciones*" la manera de combatirlos.

Al trasladar la operada á su cama, el Cirujano debe cuidar que todas las ropas de ella estén bien calientes, sea por haberlas tenido anteriormente en la estufa, sea por haberlas calentado directamente paseando por su superficie una plancha de hierro muy caliente.

Es de rigor dejar á la enferma tranquila durante las primeras horas, y salvo las inyecciones hipodérmicas que he sistematizado durante los primeros momentos que siguen á la operación, nada debe turbar su quietud y reposo.

Desde que está en su cama la operada, le aplico una inyección con cuatro miligramos de estriquina, y otra de suero artificial, á la dosis de ochenta ó cien gramos.

Mi sabio maestro y especial amigo el Sr. Dr. JOAQUÍN VÉRTIZ, Director del Hospital "CONCEPCIÓN BÉISTEGUI," es un gran propagandista de la administración post-operatoria de la estriquina, por la vía hipodérmica. Bajo su influencia no solamente se levanta la energía del sistema neuro-vascular, sino que los vómitos post-anestésicos, esa desagradable complicación del cloroformo, son menos frecuentes y menos prolongados.

En cuanto al empleo del suero artificial, que acostumbraba

1 No hace aún muchos años que el notable Cirujano Dr. JOSÉ MARÍA VÉRTIZ, reveló el secreto de sus triunfos en esta frase, que yo la considero, á mi vez, como el recurso de lucha más poderosa con que cuenta un buen Cirujano: «QUE OPERE QUIEN QUIERA, YO CURO.»

desde hace tiempo como un restaurador de la vitalidad, amortiguada por la profunda y prolongada acción de los anestésicos, lo elevo hoy á una categoría muy superior, gracias á los tenaces y fructuosos trabajos del distinguido operador, el Sr. Dr. RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ. Este hábil amigo mío, con esa constancia y laboriosidad que constituyen el fondo principal de su carácter, ha emprendido con éxito el estudio de la acción del suero artificial sobre las consecuencias post-clorofórmicas. Ha llegado á demostrar que las inyecciones abundantes del pseudo-líquido fisiológico, en el interior del organismo, á la vez que obran directamente sobre la energía del aparato nervioso central, permiten la dilución y rápida eliminación de los productos originados por la descomposición del cloroformo: entre estos ocupa rango principal el óxido de carbono.

La combinación de las ideas del Dr. VÉRTIZ con las del Dr. TAPIA FERNÁNDEZ, me ha permitido luchar con algún resultado contra la rebeldía y frecuencia de los vómitos consecutivos á la anestesia clorofórmica.

Casi siempre existe durante las primeras horas después de la operación, cierto grado de postración nerviosa, de abatimiento en la tensión vital, que recuerda uno á uno los detalles del Shock operatorio. Estos vestigios del traumatismo quirúrgico ceden rápidamente ante la influencia de las inyecciones de estriquina y de la solución fisiológica, caliente. Corresponden verdaderamente á la hipotensión cerebro-espinal que sigue á las grandes sacudidas de la onda nerviosa periférica. El Sr. Dr. PAGENSTECHE, sabio ginecólogo de San Luis Potosí, recomienda para calmar este estado, cuyo origen busca en la hiperexcitación de los plexus nerviosos peritoneales, las inyecciones de morfina en alta dosis.

La inmovilidad de la paciente debe procurarse que sea completa. Si existen pinzas de forcipresión constante, en los ligamentos anchos, ó si se ha instituido la canalización del peritoneo pélvico por el fondo de Douglas, la posición será en decúbitus dorsal. Algunos operadores acostumbran inmovilizar á las operadas de histerectomía, sujetándolas en la cama por medio de ligaduras ó vendajes. Yo me limito á exhortarlas severamente exigiéndoles quietud, y á recomendar á la persona que las vigila, les impida todo movimiento inoportuno.

Hay uno especialmente, que tiene desastrosa influencia sobre las suturas de la pared abdominal: el de elevación de la cabeza en la posición dorsal. Bajo el esfuerzo de este movimiento, los músculos todos del abdomen se contraen, los rectos anteriores

tienden á separarse de la línea media y á desgarrar las suturas profundas; y si suelen no producir hernias inmediatas, son casi fatales focos de eventraciones futuras, estas violentas tracciones musculares.

Si no hay pinzas permanentes, ni drenaje peritoneal, se autorizará la posición en decúbitus lateral: algunas personas encuentran así más comodidad y hallan mejores condiciones para expeler los gases intestinales, circunstancia de extraordinario interés en estos casos.

Esta inmovilidad absoluta durará treinta horas como *mínimum*, pudiendo el Cirujano prolongarla cuanto le pareciese prudente, á fin de no comprometer las suturas ó ligaduras internas.

Es muy frecuente que, no bien el Cirujano ha depositado á su operada en la cama y terminado la serie de sus recomendaciones y consejos, vea al retirarse, la recámara de la paciente inundada por un tropel de gentes que más que guiadas por el afecto, son arrastradas por una cruel y violenta curiosidad. Esta multitud — casi siempre constituida por señoras — asalta á la enferma abrumándola con interrogaciones, indicaciones y discursos de todo género: llena la pieza, vicia la atmósfera y forma un bullicio y un constante movimiento que estropea visiblemente á la enferma. En estas condiciones post-traumáticas tan graves, basta el suave acento de la voz humana ó el rápido andar de una persona, para causar náuseas, vómitos y aun vértigos intensos. De aquí que recomiendo muy particularmente á los Cirujanos, y mi recomendación es muy formal aun cuando parezca nimia, que procuren emplear su energía, en aislar bien sus operadas y en contener ese grupo de curiosos que asisten á estas operaciones como fúnebre cortejo del dolor y la aflicción.

Todo lo que tienda al bienestar y al confort de las operadas, tiende á su curación. En consecuencia, se procurará colocarlas en buenas condiciones de silencio, suavidad de luz y temperatura, reposo moral y tranquilidad física.

La alimentación varía según las peripecias del acto operatorio.

De una manera general y en los casos enteramente felices, se podrá comenzar la alimentación por la vía estomacal, después de las primeras treinta ó cuarenta horas, cuando el tubo intestinal principia á recuperar sus funciones. En los casos graves, acompañados de accidentes peritoneales de cierta importancia, la dieta absoluta presta reales servicios.

Durante las primeras treinta horas acostumbro prohibir todo género de alimentación ó administración de líquidos por la vía

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

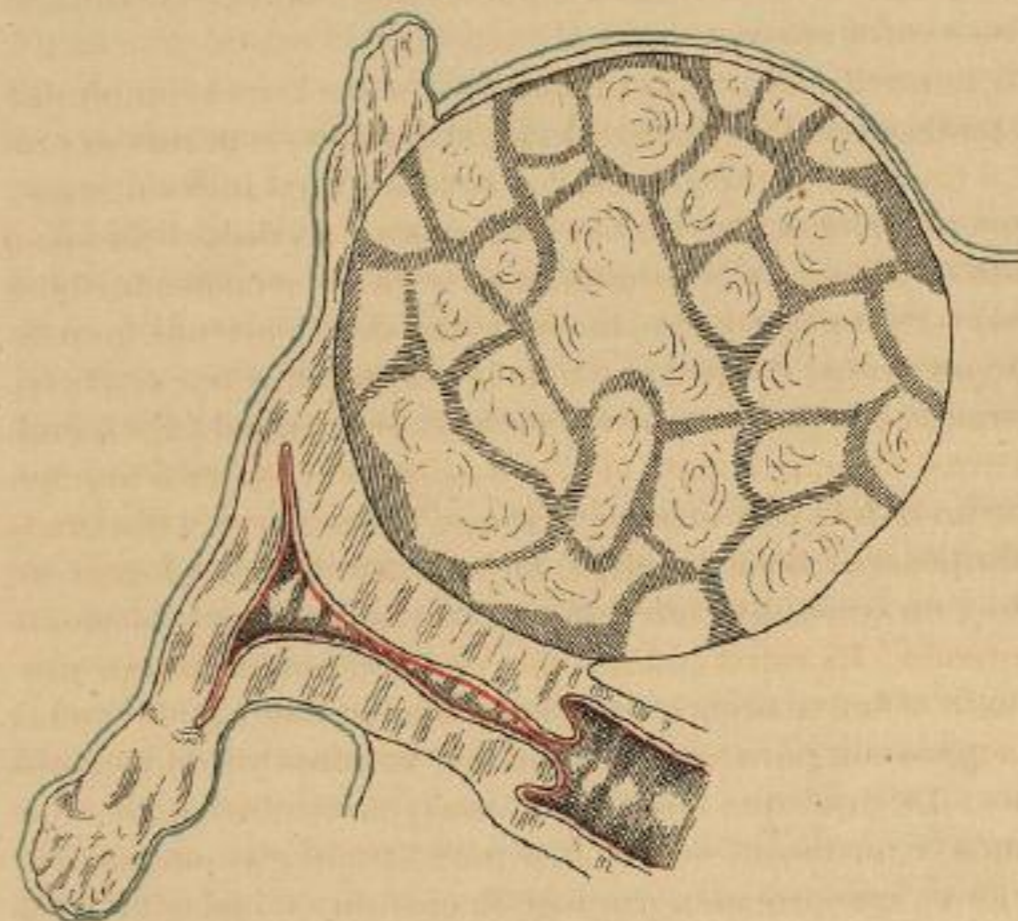


Fig. 14.—Fibroma uterino de evolución intraligamentosa. (Según Doyen).

gástrica: me limito á prescribir cada dos ó tres horas lavativas de 150 á 200 gramos de leche hervida y caliente. Estas lavativas no sólo calman la sed de la operada, sino que sostienen el intestino en un estado frecuente de excitación.

Me abstengo de recurrir á la vía bucal, tanto por temor de ocasionar vómitos, cuanto por la convicción que tengo de que ningún líquido será absorbido por la mucosa estomacal, eretizada y turgesciente, por la acción refleja del traumatismo peritoneal. Partiendo de esta idea, rechazo la administración de todos aquellos líquidos que la tradición consagra como necesarios después de las intervenciones quirúrgicas del abdomen, tales como champagne helado, trozos de hielo, te frío, etc.

La alimentación la comienzo por pequeñas dosis de leche caliente y esterilizada, cada tres ó cuatro horas. Por lo común, esta dosis está constituida por tres cucharadas grandes. El caldo, poco grasoso y bien condimentado, es un excelente medio de confortar á la paciente y de ir preparando su estómago á los alimentos tardíos.

Del cuarto al quinto día, permito algo de sopa ligera y un poco de vino bueno; del séptimo al octavo, comienzo á aumentar la alimentación, y del duodécimo al décimo quinto, la dejo al libre arbitrio de la enferma.

Desde las primeras horas post-operatorias hay que vigilar mucho, tanto las *funciones vesicales* como las *intestinales*.

Suele suceder que transcurridas cinco ó seis horas, la paciente tenga una micción espontánea; pero es más frecuente que esto no suceda después de la histerectomía. La parálisis de la vejiga, sin embargo, es fugaz; y después de una ó dos sesiones de cateterismo, sus funciones se restablecen.¹

Para el cateterismo no hay que esperar mucho la micción, pues la plenitud y la distensión del recipiente urinario podrían perjudicar grandemente la cicatrización peritoneal. El operador un poco práctico en esta clase de intervenciones, conoce ya muy bien, por la inquietud de la enferma, por el dolor que acusa, por su respiración acelerada, que el peritoneo sufre, que la vejiga se llena y que la hora de colocar la sonda ha llegado.

La sonda debe penetrar á la vejiga en medio de todas las precauciones de asepsia: nada hay más desagradable que una cistitis en estas condiciones. Yo he tenido oportunidad de ver evolu-

¹ En unión de mi inteligente amigo el Dr. ALFONSO MONTENEGRO, observé un caso de parálisis de la vejiga, después de una histerectomía que duró treinta días.

cionar una cistitis en cierta operada de histerectomía, infectada por un Médico poco apegado á la limpieza quirúrgica.

Las funciones intestinales son más lentas en regresar: la parálisis del tubo digestivo es casi de rigor durante las primeras quince ó veinte horas.

Salvo contraindicación especial, hacia las treinta horas comienzo á mover el intestino, administrando cada hora dosis de diez centigramos de calomel, hasta obtener una ó dos evacuaciones abundantes.

La higiene personal de la operada debe preocupar en sus detalles al operador. Increíble parece lo poco vulgarizados que están, entre nosotros, los preceptos aún rudimentarios de la Higiene, y la lucha tenaz y constante que el Cirujano tiene en todas las clases sociales para realizarlos. No le bastará plantear sus indicaciones, sino que el Cirujano inspeccionará personalmente la ejecución de ellas. El ilustrado y laboriosísimo amigo mío Dr. MÁXIMO SILVA, ha publicado el año último un precioso librito de Higiene, que pone al alcance de todos, en lenguaje fácil y ameno, los mandamientos capitales de esta ciencia.

Si este librito fuera bien conocido y estudiado, cómo ahorraría trabajo á los Médicos y responsabilidades á los Cirujanos!

Los hilos de sutura en la herida abdominal pueden retirarse del octavo al décimo día, si no hay timpanismo. La crin de Florencia es admirablemente tolerada por la piel, y los puntos de sutura no están ni enrojecidos á los quince días.

Una vez retirados los hilos, se reemplazarán por un vendaje abdominal bien aplicado. Cuando la paciente abandone el lecho, usará constantemente una faja hipogástrica, por espacio de dos ó tres años.

Por lo común las enfermas se levantan hasta los quince ó veinte días después de la operación. Suele suceder que durante los primeros días de abandonada la cama, se quejen de dolores suaves en el vientre: estos desaparecen muy rápidamente.

La antisepsia constante de la vagina es de rigor durante todo el período de cicatrización.¹

¹ No es inútil recordar al Cirujano, cuando practique esta clase de operaciones fuera de su lugar habitual de residencia, que la elección del Médico que debe cuidar á su operada, es en extremo difícil. Pena me causaría hacer revelaciones que hieren profundamente la moral médica y la honorabilidad profesional; pero yo he sufrido tan grandes decepciones con el compañerismo de los médicos, que voy creyéndolo meramente hipotético.

INDICACIONES CLÍNICAS

I

FIBRO-MIOMAS.

Se designan con este nombre, neoformaciones cuya textura recuerda el tejido mismo del útero. También se usan los términos: *cuerpos fibrosos*, *tumores fibrosos*, *histeromas*, *fibroides*, *leiomiomas*, *fibro-leiomiomas* y *fibromas*.

Entre nosotros es frecuente usar el término *fibromiomas*.

Estos tumores están constituidos por fibras musculares lisas y haces de tejido conjuntivo adulto, en proporciones sumamente variables. Como se ve, su estructura es análoga á la del útero mismo, circunstancia sobre la cual VOGEL llamó el primero la atención.

Por el predominio de un tejido sobre el otro, se ha intentado subdividir los fibro-miomas, en *miomas* y *fibromas propiamente tales*.

LAWSON TAIT da tal importancia clínica á estos detalles, que propone describir como neoplasias de naturalezas completamente distintas, los *fibromas multi-nodulares* y los *blandos y edematosos*.

La clasificación de GUSEROW, quien los divide en *duros* y *blandos*, ha sido más comunmente aceptada.

La circunstancia de no encontrarse jamás al estado puro uno ú otro tejido, ha impedido el establecimiento de estas distinciones; y sin duda es preferible designar los tumores en cuestión