
ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

I

HERIDA DE LA VEJIGA.

Es un accidente operatorio, por desgracia, bastante frecuente. Entre nosotros, en México, conozco varias observaciones de traumatismos operatorios del receptáculo de la orina.

La abertura consciente de la vejiga durante el ejercicio de la histerectomía, es menos frecuente. Yo personalmente tuve oportunidad de practicar una resección parcial de la vejiga en una señora de Tepic, M. L., á quien extirpé un sarcoma de la pelvis.

Sea voluntaria ó accidental la abertura de la vejiga, es menester suturarla inmediatamente.

Esta sutura comprenderá dos planos, y de preferencia se ejecutará con seda muy fina.

Un primer plano de puntos separados, hace el afrontamiento exacto y minucioso de los bordes de la sección. Es prudente comenzar y terminar la sutura en los ángulos, sobre tejidos no divididos por la lesión.

La aguja no debe comprender todo el espesor de la mucosa vesical, sino que penetrando por la cara externa del órgano, saldrá á tres ó cuatro milímetros del borde libre de la mucosa, recorriendo un camino inverso en el labio opuesto.

En rigor, no sería tan peligroso en la vejiga como en el intestino, que algunos hilos perforasen la totalidad de la mucosa.

Algunas incrustaciones tardías podrían ser la consecuencia de este accidente, si el hilo de la sutura no se disolviese.

Una vez realizado el perfecto y minucioso afrontamiento de los bordes de la herida, por este primer plano de suturas, se procede á colocar un segundo, por el método de LEMBERT.

La inversión de la línea primera de suturas, formando relieve en el interior de la vejiga, bajo la influencia del segundo plano á la LEMBERT, no causa grandes trastornos en el funcionamiento vesical.

Por poco que se haga sospechoso el estado de la mucosa, aplíquese una sonda á permanencia. El modelo de PEZZER es enteramente recomendable.

Si la mucosa está sana, límitase la acción del Cirujano á evacuar asépticamente cada tres horas la vejiga.

II

HERIDA DEL URACO.

Cuando el uraco ha quedado permeable y se le divide durante la operación, muy pocas veces ha causado fistulas.

Si se hiere y se reconoce su lesión, se le liga y fija sobre la pared abdominal. Para mayor seguridad, se le pueden poner dos ó tres ligaduras en diversos puntos de su trayecto.

Hay que vigilar que la vejiga no se distienda por exceso de orina, practicando á menudo el cateterismo.

III

HERIDA DEL URETER.

Desgraciadamente se observa con cierta frecuencia la lesión del uréter, durante el curso de las histerectomías.

Cuando se hace la hemostasis de los ligamentos anchos, por el método de forcipresión constante, ha sucedido al retirar las pinzas, ver la formación de una fistula vagino-ureteral.

Si la herida del uréter es una incisión pequeña y lateral, se tratará de cerrarla con una ligera sutura, hecha con seda muy fina.

VAN HOOCK aconseja que una vez hecha esta sutura y convencido el cirujano de que no filtra orina á su través, se le forme con el peritoneo cercano una autoplastia que la cubra á modo de un estuche. Se protege así tanto el resto de la serosa contra una invasión probable de orina, como la sutura misma contra los frotamientos directos de las asas intestinales.

Los hilos no deben ser perforantes: para asegurar esto DELAGENIÈRE coloca en el interior del uréter un catgut grueso. Por encima de él se pasan todos los hilos, y antes de anudar el último se retira el catgut: si viene sin ocasionar tracciones, es que ningún hilo de seda atravesó el canal.

La sección oblicua con pérdida de una porción de la pared, ó la sección transversal completa, son más frecuentes.

Si los dos cabos del conducto seccionado pueden ponerse aún en contacto, se puede al ejemplo de Pozzi, dilatar la extremidad inferior, invaginar en ella la superior, y fijarlas en esta situación por medio de una sutura circular muy fina.

VAN HOOCK recomienda la uretero-anastomosis lateral en estas circunstancias. La extremidad superior se implanta en una incisión lateral practicada en el segmento inferior, cuya extremidad ha sido previamente ligada.

Si la sección del uréter fuese lateral, pero con pérdida parcial de la pared, se recurrirá con ventaja á la sutura que describió CHAPUT en el Congreso de Cirugía de 1891, para la entero-anastomosis.

Más frecuente es que á la sección del uréter se acompañe el arrancamiento ó la resección de una porción de él y que, en consecuencia, las dos extremidades no puedan ponerse en contacto.

Parecería racional la práctica de la nefrectomía inmediata en estos casos, mas como la enferma sufre el accidente de su lesión ureteral en el transcurso de una intervención ya por sí misma muy grave, se ha creído más oportuno transferir la resección del riñón, colocando el uréter herido en condiciones de causar pocos perjuicios á la enferma.

Por medio de un trocar grueso se perforan las paredes abdominales en el punto más próximo al cabo central del uréter, que guiado al través de la cánula, se trae y fija sobre la piel, estableciéndose una fistula urétero-cutánea.

BAZY, en los casos que permiten al fragmento superior del uréter

venir en contacto con la vejiga, ejecuta la *urétero-cisto-neostomía*.

Consiste la urétero-cisto-neostomía en la implantación del uréter en algún punto de la vejiga.

Se divide la vejiga en una pequeña extensión y se introduce en su interior la extremidad del fragmento superior del uréter, fijándola con una sutura fina hecha con seda.

A semejanza de la operación de BAZY, ha propuesto SIMÓN la anastomosis del uréter con el recto, ó *urétero-procto-neostomía*.

A fin de facilitar la inserción rectal del uréter, se han ideado diversos botones anastomóticos, entre los cuales merecen la preferencia los de BOARI y CHALOT.

El recto queda así transformado en una especie de cloaca que podría retener la orina por la contracción de los esfínteres y expulsarla por descargas voluntarias.

Esta última operación es grave. Accidentes urémicos inmediatos y mortales se han observado, y las lesiones tardías de proctitis, hacen el pronóstico variable y reservado.

En la herida quirúrgica del uréter, cuando la anastomosis de los dos cabos no sea realizable, solamente la nefrectomía puede prestar reales servicios.

IV

HERIDA DEL INTESTINO.

Por lo regular es una desgarradura ó una pequeña incisión lateral, la que abre el conducto intestinal.

En la práctica de la histerectomía es un accidente raro, aunque posible, la herida del tubo digestivo.

En los casos de desgarraduras ó de heridas laterales, se coloca un plano de suturas sero-mucosas y otro de sero-serosas; el primero, según el estilo de WÖLFLER y CHAPUT, y el segundo según el de LEMBERT y CZERNY.

Si fuese menester reseca una porción de tubo intestinal, se harán las entero-anastomosis de SOULIGOUX, de CHAPUT ó de MURPHY.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

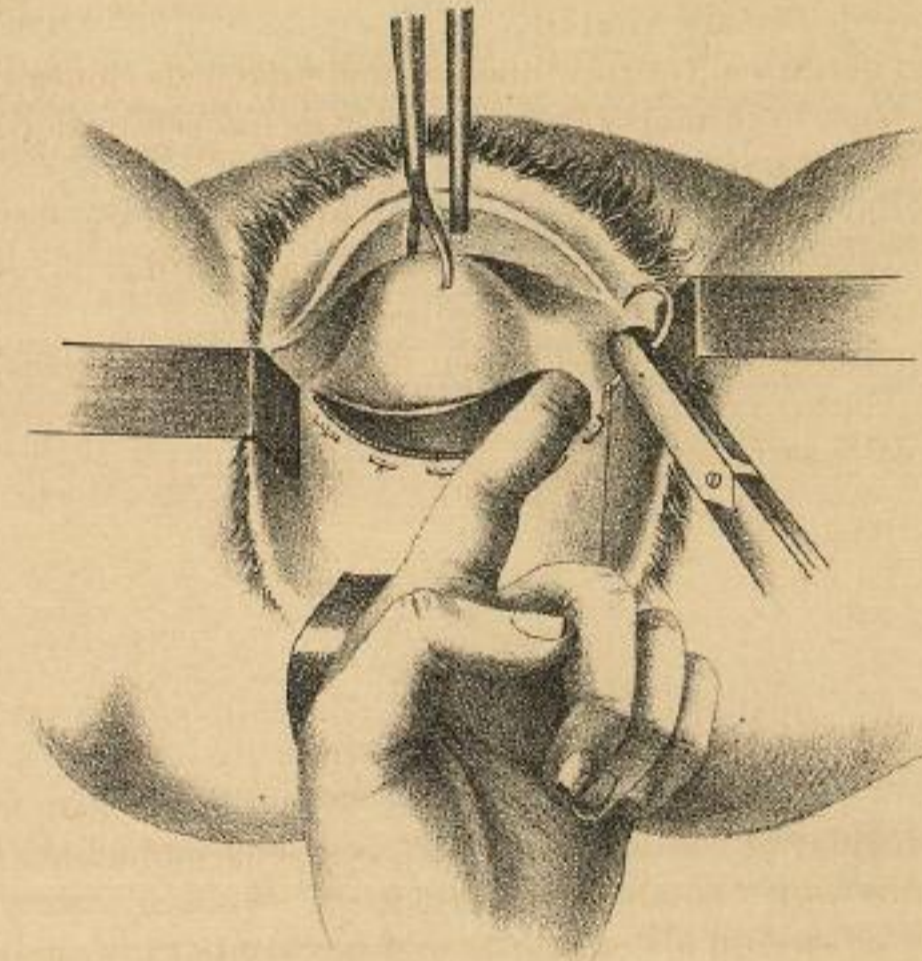


Fig. 75.—Suturas del ligamento ancho, en la histerectomía de Martia.

V

DESGARRADURAS PERITONEALES.

Durante las maniobras de extracción de los tumores ó durante el desprendimiento de las inserciones uterinas, es muy fácil causar desgarraduras peritoneales, particularmente en las regiones de las fosas ilíacas.

Una vez terminadas las diversas fases de la operación, debe el cirujano reconocer muy atentamente todo el peritoneo pélvico, á fin de que ninguna desgarradura de él, escape á su oclusión.

Todas las lesiones del peritoneo deben suturarse muy cuidadosamente á la LEMBERT.

Las desgarraduras de la serosa, si no se suturan con atención, son un foco de futuras supuraciones ó de adherencias anormales.

Suele suceder que si la desgarradura es muy profunda, sufra el operador dificultades en la colocación de los hilos. Un portaguja muy largo, ó mejor aún la aguja automática que he hecho construir á los Sres. Roemer y Comp., facilitan las maniobras:

VI

HEMORRAGIA.

Las pérdidas sanguíneas pueden ser primitivas ó secundarias.

En el transcurso de la operación, la naturaleza propia del neoplasma, la dilatación exagerada de la red vascular pélvica, la caída del tubo elástico ó el desprendimiento de las pinzas hemostáticas; pueden, entre otros accidentes operatorios, ocasionar grandes pérdidas de sangre.

Después de la operación, durante las primeras horas, la caída de las ligaduras, la existencia de arterias sin ligar convenientemente ó de superficies susceptibles de sangrar espontáneamente, son orígenes frecuentes de hemorragias graves.

Más tarde aún, después de varios días de la operación, la ulceración séptica de las ligaduras, la caída de pedículos gangrenados é infectados, pueden también causar abundantes pérdidas sanguíneas.

Suele suceder, después de las histerectomías supra-vaginales,

que se haga por la vagina un escurrimiento de sangre, análogo al escurrimiento menstrual.

Estas *reglas post-operatorias* no tienen importancia y aun podrían beneficiar á la enferma, por el descargo sanguíneo que causan en la circulación de la pelvis.

Los signos de anemia aguda son perfectamente conocidos.

Cuando el derrame de sangre no se hace al exterior, sino que se acumula en el peritoneo, se encuentran junto con los signos generales de la hemorragia, los locales producidos en el abdomen: elevación ligera y dolorosa de las regiones inguinales, tumor hipogástrico extendido á las fosas ilíacas, macidez á la percusión en las partes declives, abatimiento marcado del fondo de Douglas por la vagina, etc., etc.

La forma fulminante, sobreaguda, de hemorragia interna, se observa rara vez después de la histerectomía practicada juiciosamente.

En estos casos, que podríamos llamar *ictus peritoneal*, la enferma se queja de un dolor agudo en el vientre, algunas veces acusa una sensación de cuerpo extraño en él, palidece rápidamente, se enfría, la cara se hace hundida y cadavérica, el pulso se vuelve rápido, pequeño y filiforme; sobrevienen convulsiones, el síncope y la operada muere en el colapsus.

Más frecuente es la forma lenta, y el conjunto de los fenómenos no puede muchas veces aclarar si se trata de una hemorragia ó de una infección peritoneal.

Sin embargo, en la hemorragia la temperatura se abate muy rápidamente; en algunas horas alcanza 36° ó $35^{\circ}5$. La decoloración de los tegumentos es intensa y la piel del tronco, de las manos, las mucosas labial, conjuntival y vulvar, toman el tinte característico de la anemia aguda.

Si la cavidad peritoneal se ha canalizado, se ve salir por el tubo un escurrimiento de sangre líquida, roja, rutilante, que no cesa y moja uniformemente las ropas de la cama.

Si no hay tubo, la vacilación puede persistir y el diagnóstico entre la peritonitis y la hemorragia ofrece grandes dificultades.

Las hemorragias son causa de muerte rápida. La muerte sobreviene no precisamente por la privación al organismo de los elementos de la sangre, pues que en los casos de muerte por hemorragia quedan aún hemacias bastantes para sostener la vida; sino por la disminución brusca de la masa total de la sangre y el abatimiento rápido de la tensión vascular. El corazón se contrae con sus cavidades vacías.

De aquí una importante indicación en el tratamiento de las hemorragias: devolver al sistema circulatorio su tensión, elevando rápidamente el volumen de la sangre.

Pero el verdadero tratamiento de la hemorragia, es la hemostasis inmediata.

Durante la operación, la hemostasis es en la gran mayoría de los casos, fácil de obtener. La ligadura de los vasos abiertos y la compresión temporal ó permanente de las superficies que sangran, son elementos que dominan casi siempre toda clase de hemorragias.

De otra manera graves son las que se presentan durante el período consecutivo á la operación, cuando la enferma tiene varias horas ó días de operada.

En una época en la que ni los signos clínicos ni la naturaleza de la intervención pueden hacer prever una hemorragia secundaria, ésta se verifica comunmente en circunstancias no presenciadas por el Cirujano, y el momento de su intervención es casi siempre tardío.

Si la hemorragia reviste el carácter cataclísmico de *ictus peritoneal*, el Cirujano llegará siempre demasiado tarde; su acción es nula.

Pero si los fenómenos inmediatos de la hemorragia hacen prever un escurrimiento menos rápido, si los signos de anemia aguda no revisten el carácter de rápidamente mortales, es necesario intervenir y hacer urgentemente la hemostasis.

En el hospital ó en una casa de salud bien montada, es fácil realizar al instante las condiciones indispensables para el buen éxito de una laparatomía; pero en la clientela civil, aun en las casas donde nada parecería faltar, ¡qué dificultades, cuántos obstáculos para la tarea del Cirujano!

La preparación antiséptica casi siempre es defectuosa, la asepsia deja mucho que desear, la asistencia operatoria es escasa y deficiente; pero es menester operar y detener la hemorragia á toda costa.

He aquí uno de aquellos casos en los cuales el Cirujano verdaderamente digno de este nombre, debe saber utilizar todo el medio que le rodea, improvisándose en tan malas condiciones recursos de triunfo y saliendo victorioso de una situación donde la falta de resolución y de destreza harían el caso perdido.

Creo importante llamar la atención sobre los inconvenientes que en este género de intervenciones tiene el plano inclinado.

En la posición de Trendelenburg, la sangre fluída derramada

en el peritoneo, cae sobre el diafragma y molesta la respiración, ya comprometida por el estado intenso de anemia.

Además, la extracción de la sangre se hace difícil y no se logra sino cuando ya terminada la operación, la enferma vuelve á la posición normal, obligando así al operador á practicar dos veces la *toilette* del peritoneo, prolongando la duración de las maniobras peritoneales. Toda la operación debe realizarse en la posición horizontal.

Practicada la oclusión del foco de la hemorragia y suspendido el escurrimiento, se hace preciso combatir los fenómenos de la anemia.

Estos fenómenos pueden ser de tal manera graves que requieran un tratamiento violento, más urgente tal vez que la hemostasis directa.

Se consigue este tratamiento por las inyecciones directas de líquidos llamados *sueros* en la red vascular venosa.

La cantidad inyectada de líquido debe ser abundante. Preciso es llenar el campo de circulación para obtener el funcionamiento ritmado y vigoroso del corazón.

El líquido debe ser de tal naturaleza que, á la vez que cumpla los preceptos de la hidráulica, no altere los elementos anatómicos, no introduzca en la economía cuerpos ó sustancias nocivas y tenga influencia sobre el funcionamiento de los centros directores del mecanismo íntimo de la vida.

El que mejor llena estas circunstancias es la solución de cloruro de sodio, químicamente puro, en agua esterilizada. El título de esta solución varía del seis al siete por mil.

Algunos autores aconsejan el empleo de *sueros fosfatados*, en los cuales creen ver un medio directo de nutrir y sostener el sistema nervioso languideciente.

CHÉRON y WIERCINSKY intentan fundar un nuevo método de administración del suero artificial, utilizando soluciones concentradas é inyectables á pequeñas dosis.

Según QUINTON y HALLION, el agua de mar diluída en la proporción de ochenta y tres, por ciento noventa de agua destilada, formaría un suero mejor tolerado y más adecuado al organismo que la solución de cloruro de sodio llamada fisiológica.

De cualquier solución que se recomiende, debe exigirse la isotonía osmótica con los elementos celulares, y la que hasta hoy parece llenar estas condiciones es la solución cloruro-sódica, al seis ó al siete por millar.

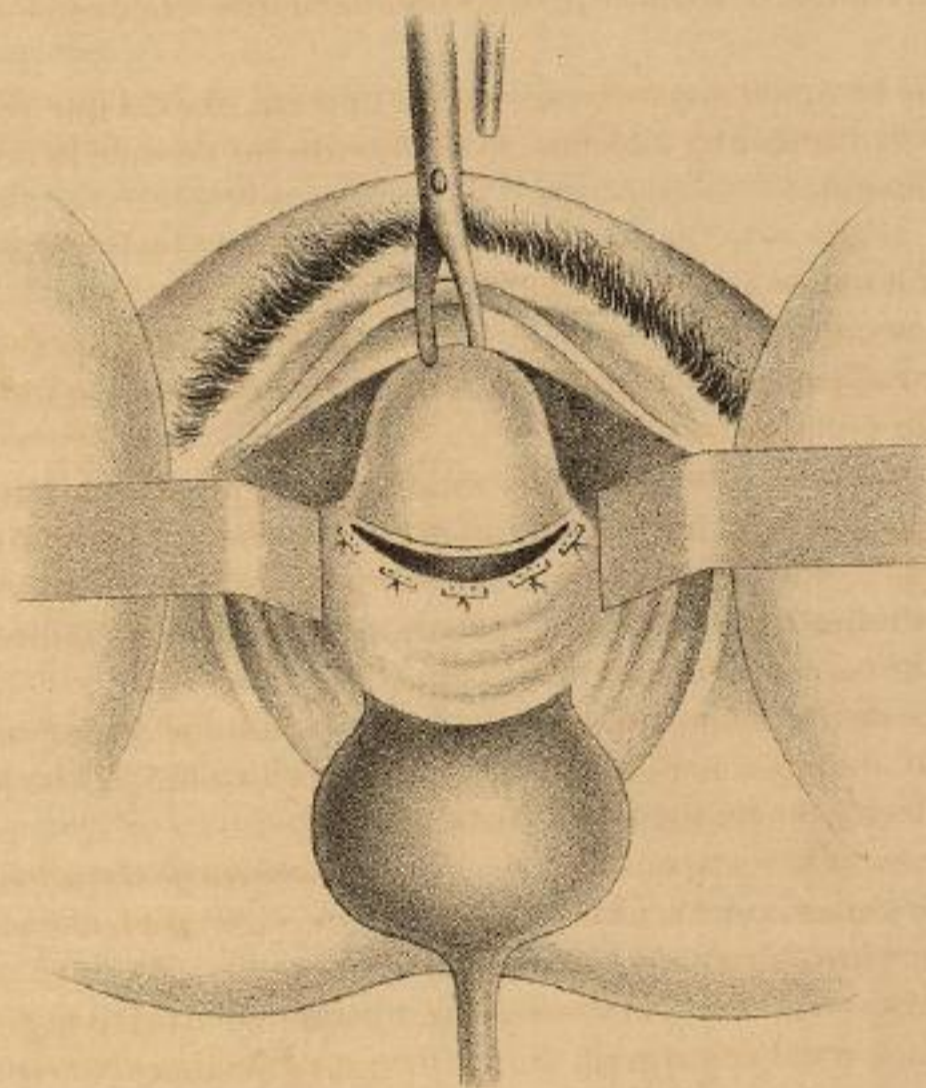


Fig. 76.—Suturas vagino-peritoneales, por el procedimiento de MARTIN.

La técnica de las inyecciones intra-venosas de suero, es bien sencilla. Basta un irrigador ó un depósito cualquiera, perfectamente limpio, un tubo que conduzca el líquido por aspiración como sifón, ó por presión directa, y una aguja fina de inyección, para penetrar en la vena.

Creo inútil recomendar en todas las manipulaciones y en el estado del líquido y del inyector, una asepsia correcta.

La aguja de la jeringa de PRAVAZ, montada en el cuerpo de bomba, sin pistón, y fija en la extremidad del tubo del inyector, se presta ventajosamente para estas inyecciones, pues la herida de la vena es pequeña y la finura del chorro que penetra, útil y recomendable.

Con el pulgar de la mano izquierda se comprime y se hace llenar la vena mediana basilica ó la mediana cefálica, en la región del pliegue del codo. Con los otros dedos, aplicados por atrás del codo, se fija é inmoviliza el brazo.

El irrigador ó inyector, cargado ya con la solución de cloruro de sodio, se fija á una altura conveniente para la fácil salida del líquido por la extremidad de la aguja, cuidando que el chorro no sea demasiado violento.

Bajo la presión del pulgar, la vena elegida se llena, amplía y aclara. Sobre ella se hunde la aguja hasta su cavidad, al través de la piel, y se practica lentamente la inyección.

Si el estado de anemia es tan profundo que no se perciba la vena ó no se llene de sangre convenientemente, no se vacilará en dividir la piel, hacer la disección del vaso é introducir directamente la aguja en él.

El suero debe inyectarse tibio, á una temperatura próxima á la del cuerpo humano.

Bajo la influencia de la inyección la enferma se reanima, su cara se colora, sus ojos se animan, el pulso se amplía y disminuye de frecuencia, el calor vuelve á la piel; se asiste casi á una resurrección.

En aquellos casos menos urgentes, la inyección se puede practicar en el tejido celular subcutáneo, y ahorrar á la vena del brazo un traumatismo y á la paciente un peligro, aunque remoto, de infección.

Se hacen pasar al tejido celular doscientos cincuenta, quinientos y hasta mil gramos de suero, sin accidentes. Es preciso procurar por medio de fricciones suaves, que el suero no se acumule en un solo punto y forme *bola de edema*, que es dolorosa para la enferma.

Unas horas después de la inyección, la temperatura suele su-

bir unos décimos de grado ó un grado. Esta ligera variación del termómetro no tiene importancia y es enteramente fugaz.

El Cirujano debe esperarla siempre y no alarmarse, temiendo un accidente de otra naturaleza.

Algunas veces he observado exaltación intelectual ó hiperexcitabilidad medular á consecuencia de las inyecciones del suero sódico. En una señora, sin antecedentes neuropáticos, se reproducían con cada inyección y duraban de seis á ocho horas.

VII

SHOCK.

Se designa bajo el nombre de *shock* ó de *choque*, un conjunto de signos depresivos que reconocen causas muy diversas y en medio de los cuales puede sobrevenir la muerte, después de las operaciones graves.

Este género de muerte alcanza su máximum en las operaciones quirúrgicas de la cavidad peritoneal.

La muerte por shock verdadero existe; pero esta palabra ha servido para ocultar cómodamente graves faltas quirúrgicas.

Ciertamente que en algunos casos la muerte se presenta por la conmoción nerviosa de los plexus peritoneales, como se presenta después de una contusión intensa del testículo ó del epigastrio.

TARCHANOFF y GOLTZ han dado la explicación clara y detallada de estos reflejos inhibitorios que paralizan el corazón en diástole.

¿Pero se puede llamar shock á la muerte que llega después de una histerectomía, durante la cual el operador ha tomado con las pinzas de forcipresión constante, uno ó los dos uréteres?

¿Es shock la depresión mortal que acompaña el vaciamiento brusco de los grandes quistes anexiales ó la extirpación de esos enormes tumores uterinos? ¿No se ve acaso en estas circunstancias afluir rápidamente la sangre en capilares, venas y arterias que han estado vacías quizás durante muchos años y que anemian bruscamente la circulación bulbar? ¿No es esta una verdadera *hemorragia intravascular*?

¿La anestesia misma no es una causa posible de muerte rápida? M. G. CAMPBELL describe la serie de fenómenos que hacen en la anestesia clorofórmica la disminución de las funciones vitales, y el shock en su esencia no es más que el abatimiento de la vitalidad.

Las hemorragias, muy particularmente aquellas bruscas y rapidísimas que suelen presentarse en ciertas operaciones, han traído anemias graves que no se ha vacilado en bautizarlas por shock.

La exposición prolongada de las vísceras abdominales al contacto del aire y de la luz; el enfriamiento de la enferma durante la operación, producido por los líquidos que la humedecen y evaporan en la superficie de su cuerpo; la intoxicación de la sangre por el abuso de los antisépticos ó la retención de los productos de descomposición del anestésico, en los casos de insuficiencia renal, ¿no son otras tantas causas que el Cirujano debe prever y evitar, para no ocultarlas luego con la máscara del shock?

Una vez iniciados los síntomas de shock, se recurrirá á fricciones secas sobre la piel de la enferma, á rodearla de abrigos calientes y de botellas llenas de agua cuya temperatura se ha elevado previamente; se la colocará en la posición declive, con la cabeza baja y las piernas levantadas; se le darán cucharadas de una infusión caliente de té ó de café con cognac, y se le pondrán inyecciones hipodérmicas de estriquina, de cafeína ó de aceite alcanforado.

Un excelente medio de reanimar á las enfermas, es la inyección abundante de suero artificial en el tejido celular subcutáneo.

WYLIE habla con entusiasmo de la utilidad del lavado peritoneal con agua esterilizada y á 40 ó 44° de temperatura, como medio preventivo del shock.

Si los signos de colapsus no se modifican por este medio, se investigará si existe una hemorragia interna ó se temerá un principio de septicemia peritoneal.

Los accidentes renales se descubrirán por el examen de la orina, aun cuando no sea siempre cómodo el diagnóstico de ellos.

La intervención del Cirujano quedará basada desde luego, en este diagnóstico etiológico de los síntomas del shock.

VIII

DOLOR.

El dolor que sucede á una histerectomía se prolonga, por lo regular, algunas horas después de la operación.

El dolor es al principio agudo; pero cede rápidamente y se transforma en vago y sordo.

El operador debe exhortar á la operada para que tolere con resignación sus sufrimientos, haciéndole comprender que cesarán en breve plazo, que no tienen nada de extraordinarios puesto que son enteramente peculiares á la operación que ha sufrido y que los movimientos y los gritos le son altamente nocivos para su curación.

Solamente en los casos extremos de dolor se recurrirá á la inyección de un centígramo de morfina.

La prolongación de los dolores, más allá de las primeras veinticuatro horas, hará temer al Cirujano la existencia de algo anormal en el vientre.

La administración del opio ó de la morfina por la vía estomacal, está absolutamente contraindicada.

La evacuación de la orina, por medio de la sonda, suele calmar el dolor cuando la enferma no ha orinado espontáneamente.

IX

DELIRIO.

Al despertar del sueño cloroformico, ó varias horas después, algunas enfermas suelen ofrecer signos de extravío mental.

Este delirio es ligero, tranquilo y enteramente transitorio.

La impresión profunda que la idea de una operación ocasiona, la violenta excitación que el sistema nervioso peritoneal sufre y el eco nocivo que sobre la corteza cerebral imprimen los traumatismos de los órganos genitales internos, explican estos trastornos mentales en las mujeres predispuestas á las neuropatías.

Si bien se conocen en la literatura médica observaciones de delirio post-operatorio que han alcanzado meses de duración; lo más frecuente es que este desequilibrio sea fugaz y en unas cuantas horas la paciente recobre sus facultades mentales.

No hay que confundir estas ligeras alteraciones de la imaginación con las psicosis tardías, casi siempre graves, que se presentan algunos meses después de las operaciones efectuadas sobre el útero ó sus anexos.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

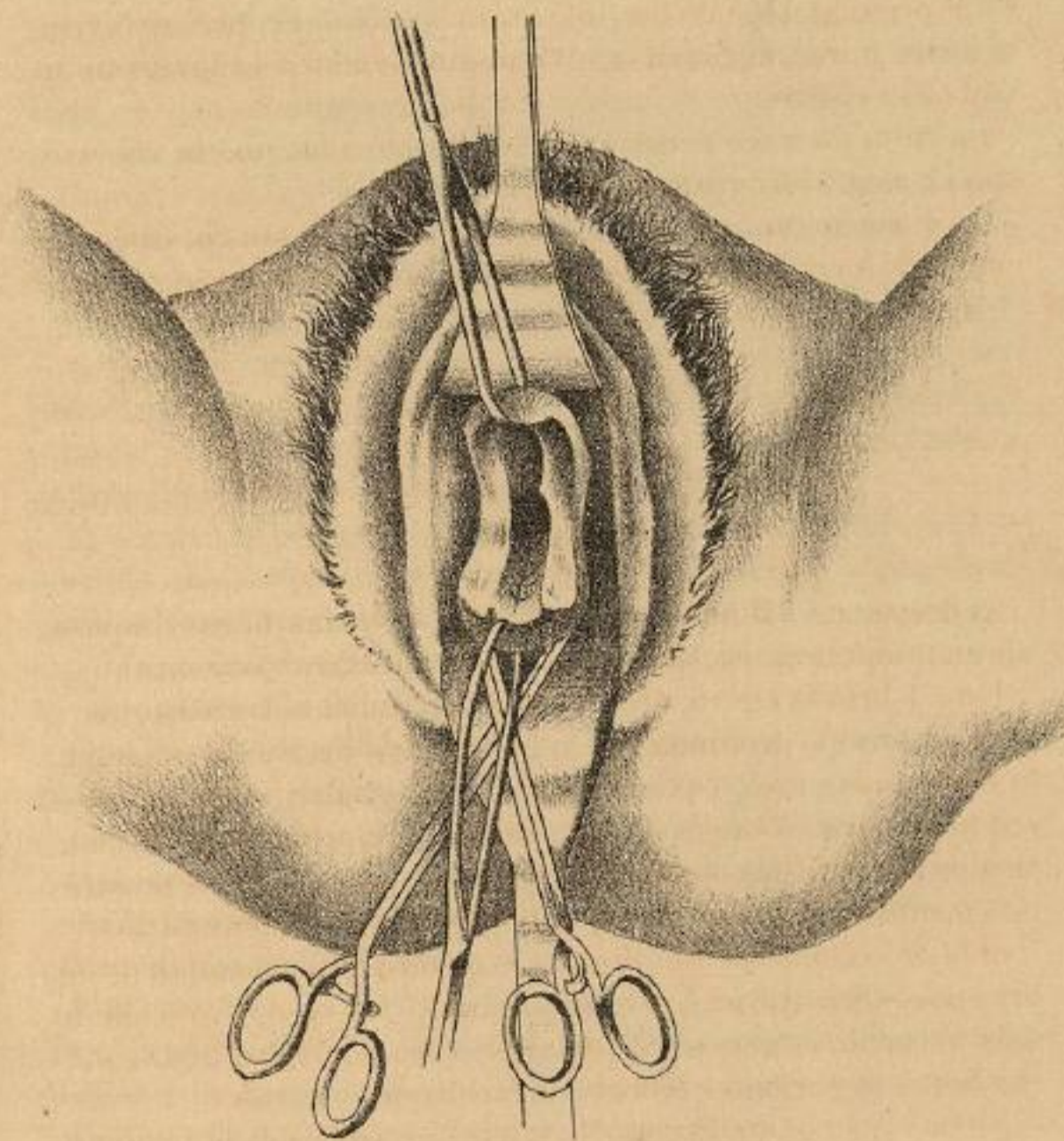


Fig. 77.—Histerectomía vaginal. (Procedimiento de Quénu-MÜLLER).

X

VOMITOS.

Los vómitos son muy frecuentes después de las operaciones abdominales. Si son rebeldes y tenaces, pueden constituir una verdadera complicación.

Considerados comunmente como un epifenómeno de la anestesia, reconocen aquí como doble origen, la excitación de la red nerviosa peritoneal y la influencia del cloroformo.

Durante la operación impiden las maniobras del Cirujano, impulsando las asas del intestino hacia la cavidad pélvica y provocando hernias y eventraciones.

Después de ella, exponen á desgarraduras en las heridas peritoneales y tegumentosa, á la ruptura de las suturas ó al desprendimiento de las ligaduras, tanto vasculares como de los pedículos. Son un foco de angustias y dolores para la operada, y se hace preciso combatirlos con precocidad.

El Dr. JOAQUIN VÉRTIZ, nuestro distinguido maestro, ha observado que los vómitos disminuyen de frecuencia y aun desaparecen, si se practica á la enferma una inyección de un centígramo de morfina y un miligramo de atropina, momentos antes de la administración del cloroformo.

Igual resultado se obtendría con la estricnina, inyectada á la dosis de cuatro miligramos, al terminar la operación.

Los vómitos duran, por lo común, de dos á treinta horas.

Cuando se prolongan más allá del segundo día, ó vuelven después de un período largo de calma, deben hacer temer una complicación por parte del peritoneo.

Aun cuando los vómitos sean siempre, por lo menos, un accidente desagradable, no faltan enfermas que acusen una sensación de bienestar después de ellos, pues expulsan gases estomacales y disminuye ligeramente la tensión de su vientre.

La costumbre de administrar á las enfermas agua de Seltz ó fragmentos de hielo, con objeto de disminuir los vómitos, es más nociva que útil. El mejor preventivo de los vómitos es la vacuidad absoluta del estómago.

Si la sed atormentase mucho á la paciente, es preferible utilizar las lavativas pequeñas y frecuentes de agua hervida ó las inyecciones abundantes de suero en el tejido celular.

La dieta, durante las primeras horas, debe ser absoluta.

Preciso es vigilar constantemente la curación abdominal, pues los esfuerzos de vómito podrían causar la ruptura de los planos de sutura y aun ocasionar la salida del intestino y su penetración entre las diversas capas de la curación.

He llegado á convencerme de que los vómitos post-operatorios en las intervenciones abdominales, son casi imposibles de evitar ó de contener.

XI

METEORISMO.

Las histerectomías que no se acompañan de cierto grado de parálisis intestinal, son excepcionales.

Sea el contacto del aire y de la luz, sea la acción nociva de los antisépticos sobre la serosa peritoneal, ó sea la acción directa del trauma, el hecho es que la tonicidad muscular del intestino se compromete y la parálisis se presenta.

El meteorismo es ligero en la mayoría de los casos y perceptible solamente por el aumento de la sonoridad en la percusión del epigastrio y de los hipocondrios. Suele, en ciertos casos, alcanzar proporciones enormes y hacer temer la existencia de una inflamación peritoneal.

Si el meteorismo se presenta durante las primeras horas de la operación, los vómitos y la aplicación de la sonda rectal bastan para apaciguarlo.

Las inyecciones subcutáneas de estriquina, á la dosis de tres ó cuatro miligramos, prestan reales servicios facilitando la vuelta de la tonicidad en las fibras musculares del intestino.

Pero si el meteorismo es tardío, si reconoce una causa mayor que la influencia traumática directa, entonces estos medios fracasan por lo común y hay que recurrir á otros más enérgicos.

La aplicación de un tubo en el cólon se impone, y las grandes irrigaciones excitantes del intestino se hacen urgentes.

El tubo de FOUCHET para el lavado de estómago, se presta bien para este objeto, introduciéndose profundamente en el cólon sin erodar la mucosa ni traumatizar el intestino. Cúidese que recorra bien la luz del canal intestinal y que no se detenga en la ampulla rectal y se enrolle sobre sí mismo.

Por el tubo se inyecta bajo presión una gran cantidad de alguna solución débilmente antiséptica, haciendo que el líquido salga entre las paredes del tubo y el ano.

Casi siempre esta maniobra alivia á las enfermas y les permite evacuar algo de los gases que distienden su intestino.

Las inyecciones intestinales calientes, se repetirán cada cuatro ó cinco horas.

Se ha indicado la punción del intestino con un trócar capilar, cuando el meteorismo, por su exageración, hace difícil el funcionamiento del diafragma.

En mi opinión esto es muy poco práctico. Cuando el meteorismo alcanza esas proporciones, el peligro de muerte, más que en la dilatación del intestino, está en la causa que la produce, que es casi siempre una peritonitis. Además, la punción capilar no permite una evacuación suficiente de gases para aliviar á la enferma, que sólo obtiene con la punción una causa más de dolor y de tormento.

Más ventajas podrían obtenerse en la combinación de los lavados del intestino con los del estómago.

La parálisis intestinal debe combatirse con precocidad.

Eminentemente nociva es la antigua práctica de administrar á esta clase de operadas altas dosis de opio. El opio está absolutamente contraindicado en estos casos.

Por el contrario, el uso de los excitantes del intestino y de los purgantes prematuros, es digno de elogio.

Las materias fecales y los productos de secreción y de desecación de la mucosa del intestino, se detienen en el canal por la ausencia de los movimientos peristálticos y sufren rápidamente fermentaciones y descomposiciones.

De aquí la producción de substancias eminentemente tóxicas, *toxinas*, susceptibles de provocar una septicemia general, y aun se cree, de infectar la serosa peritoneal, facilitando el paso de los gérmenes piógenos al través de las paredes intestinales.

La serosa peritoneal comprometida en sus funciones por la acción directa del traumatismo, no ofrecería resistencia á esta *diapedesis intestinal*.

Preciso es procurar el restablecimiento del curso en las materias intestinales, y el mejor medio de lograrlo está en el empleo de los purgantes asociados con las inyecciones de estriquina.

Desde las primeras treinta horas, salvo una contraindicación

por traumatismo directo del tubo digestivo, el purgante encuentra su utilidad.

Tres ó cuatro dosis de quince centigramos de calomel, procuran el movimiento suave y progresivo del intestino y producen dos ó tres evacuaciones de materias.

Hay utilidad en asociar al uso del calomel, la administración de lavativas purgantes.

Una pequeña, formulada con treinta ó cuarenta gramos de aceite de ricino, glicerina y vino rojo, de cada cosa, y seguida de una irrigación caliente y abundante del recto, hecha con una solución débil de biborato de sosa, es de efecto casi cierto.

Una vez obtenido el regreso de las funciones peristálticas, desaparece rápidamente el meteorismo.

XII

HIPERTERMIA.

Es verdaderamente notable la poca reacción febril que acompaña los accidentes sépticos en ese vasto campo de infecciones y septicemias, que constituye la gran serosa abdominal.

Las intoxicaciones peritoneales más graves pueden conducir á la muerte una operada, sin provocar movimientos ascendentes en la columna del termómetro.

Son, por el contrario, más frecuentes los movimientos de descenso.

La fiebre consecutiva á una histerectomía no adquiere, cuando existe, el carácter de las fiebres que aparecen después de otras grandes operaciones.

El termómetro es aquí engañador: las verdaderas indicaciones se encuentran en el pulso y en la respiración.

La hipertermia puede mostrarse durante las primeras horas consecutivas á la operación, sin que sea el indicio de un proceso de septicidad, dicen algunos autores.

Estas fiebres espontáneas se hacen muy sospechosas y siempre deben atraer la atención cuidadosa del Cirujano.

Por lo común estas fiebres, dichas *asépticas*, duran unas cuantas horas, y desaparecen.

Cuando la elevación de la temperatura se sostiene varios días

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

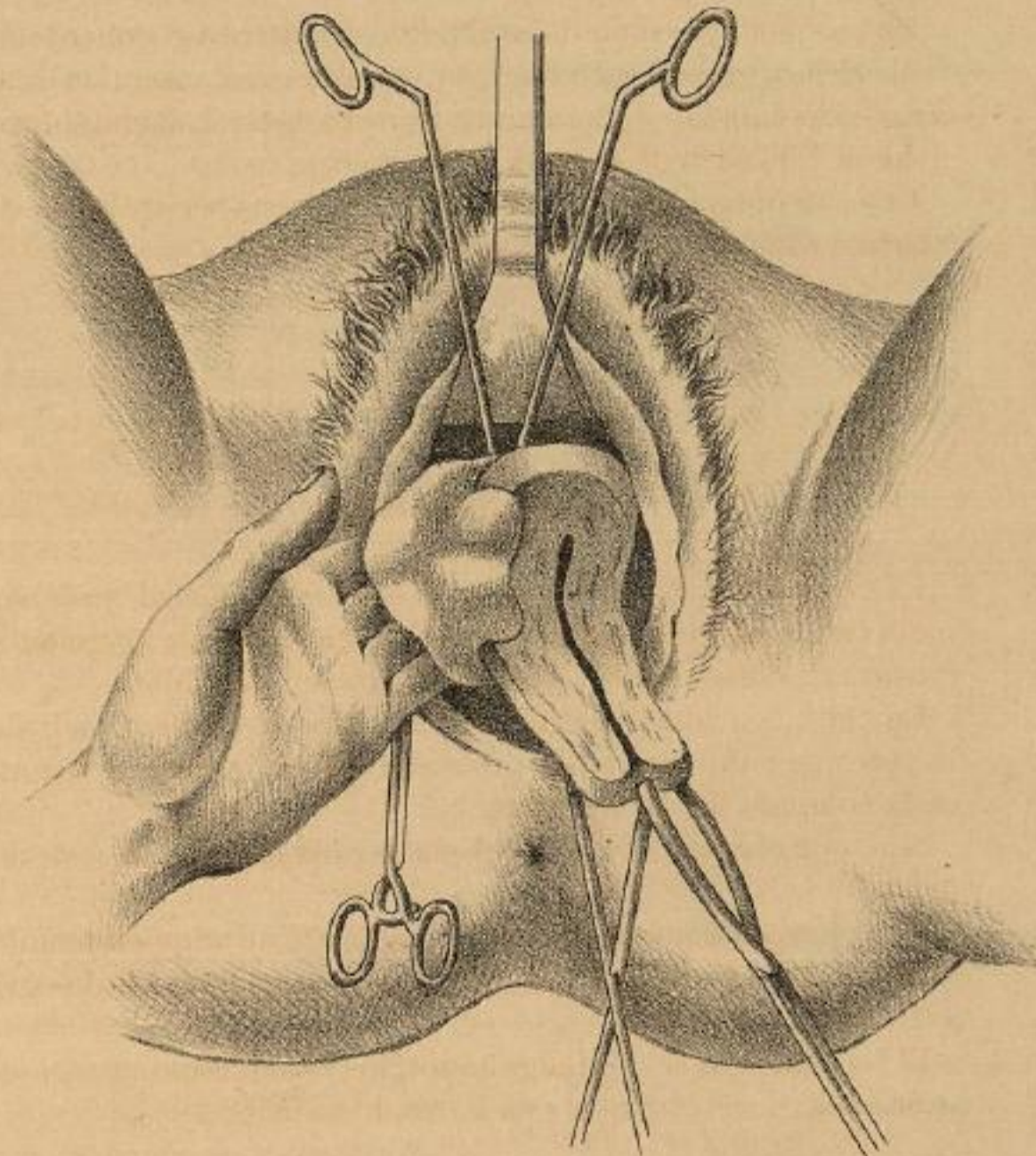


Fig. 78.—Histerectomía vaginal. (Procedimiento de QUÉNU-MULLER).

y sigue una marcha regularmente progresiva, hay que temer la existencia de un foco inflamatorio.

Un purgante oportuno hace desaparecer la fiebre cuando el origen de ella se encuentra en el canal digestivo.

Si con la elevación de temperatura coinciden el aumento exagerado del número de pulsaciones, el meteorismo, el dolor en el vientre, las náuseas y la deformación de las facciones, hay que temer una inflamación del peritoneo.

Las temperaturas altas que se presentan del quinto día en adelante, parecen depender con frecuencia de una supuración tegumentosa.

Desde que la fiebre se declara hay que estudiar minuciosamente á la operada y buscar con escrupulosidad el foco de la hipertermia: ya es un flegmón desconocido; ya una inyección hipodérmica inflamada; ya un accidente visceral, tal como bronquitis ó neumonía; ya una recrudescencia de un padecimiento anterior, como el paludismo; ya la gangrena de un pedículo, etc., etc.

El Cirujano debe recurrir á toda su sagacidad para descubrir esta causa febril y desvanecerla.

Esta investigación no siempre es fácil.

XIII

DESGARRADURA DE LAS SUTURAS.

Como consecuencia de los esfuerzos en los vómitos, de accesos de tos ó de movimientos imprudentes, las suturas de la herida abdominal pueden desgarrar los tegumentos y los labios de la incisión se separan uno del otro.

Las asas del intestino salen fuera de la cavidad y se mezclan con las piezas de la curación.

Preciso es reducirlas y rehacer con precaución la sutura de los diversos planos comprendidos en la herida abdominal.

No obstante lo grave del accidente, parece ser que en los casos en que se le ha observado, el pronóstico operatorio no ha sufrido trastorno de ningún género.

Ni en mi práctica personal ni en la clínica de nuestros maestros, he tenido ocasión de observar semejante accidente jamás.

XIV

HIPOTERMIA.

Como resultado complejo de la hemorragia, de la exposición al aire de las vísceras abdominales y de la influencia del trauma sobre la inervación vascular, las operadas despiertan de la anestesia con temperaturas de 36° y aun de $35^{\circ}5$.

Desde que he sistematizado el uso de la estufa en mi Sala de Operaciones y la inyección abundante de suero artificial al terminar la operación, he dejado casi de observar estas hipotermias post-operatorias.

El tratamiento de la hipotermia se confunde con el del shock.

XV

PERITONISMO.

Mucho se ha dicho de ciertos accidentes graves que se observan después de las operaciones verificadas sobre el peritoneo, y que á falta de lesiones en las necropsias, se han dado en llamar reflejos peritoneales ó peritonismo.

Hoy se consideran estos síntomas como corresponde á su importancia, y con dificultad se oye hablar de los reflejos peritoneales de esta especie.

En las operaciones abdominales cuya técnica ha sido irreprochable, en las cuales las precauciones de asepsia fueron perfectas y no se tropezó con ningún incidente que pudiese haber contaminado ni aun levemente el peritoneo, el peritonismo no se observa jamás.

Peritonitis perfectamente desarrolladas, pero de evoluciones diversas, han sido declaradas manifestaciones reflejas del peritoneo y bautizadas con un nombre que impresiona menos la susceptibilidad del operador, que el de la tremenda complicación peritoneal.

Una peritonitis operatoria localizada en los contornos de una ligadura ó de un punto de sutura, puede, en ciertas personas de exagerada reacción nerviosa, tomar los caracteres de un acci-

dente grave y desaparecer con la misma rapidez con que se inició. Esta peritonitis circunscrita y resuelta, sería considerada peritonismo.

Una septicemia peritoneal aguda, presentándose unas cuantas horas después de la operación y causando la muerte de la operada con esa brutalidad que le es peculiar, no deja huellas ostensibles para la autopsia. He aquí una muerte imputable también al peritonismo.

Peritonismo se ha llamado también á ciertas intoxicaciones medicamentosas, á manifestaciones de origen francamente vesical é intestinal, y en fin, á un sinnúmero de accidentes que han pasado ignorados en su verdadera etiología.

Tanto en Cirugía como en Medicina, hay una colección de términos cómodos para no decir nada y para ocultar que sabemos aun menos. La palabra *peritonismo* es uno de ellos.

Considero inútil conservarlos, substituyéndolos por otros más adecuados á los hechos, aunque más riesgosos de emitir. Quizás sea el de peritonitis el que con más frecuencia reemplace á la palabra peritonismo.

XVI

PERTURBACIONES URINARIAS.

Para todo Cirujano un tanto familiarizado con las operaciones sobre el vientre, es un hecho de observación muy frecuente la acción inhibitoria que el traumatismo peritoneal ejerce sobre las fibras musculares lisas de la vejiga, paralizando este importante órgano á un grado más ó menos completo y durante un tiempo cuya duración fluctúa en términos bastante amplios; desde algunas horas hasta un mes.

Durante el día de la operación es indispensable vigilar cuidadosamente el funcionamiento de la vejiga y extraer la orina por medio del cateterismo aséptico, repetido de seis en seis horas, porque es de regla general que falten las micciones espontáneas, no tan sólo á causa de la atonía del tejido mismo de la vejiga, sino también por las dificultades que encuentran las enfermas en expeler su orina guardando el decúbito horizontal.

La cantidad de orina eliminada durante las primeras veinticuatro horas, es corta, varía entre 500 y 700 gramos. Esta disminución se explica, tanto por la hipotensión vascular consecutiva al traumatismo operatorio, cuanto por la rigurosa dieta de bebidas á que ha debido sujetarse á la operada. Esta regla de la disminución constante de la diuresis, no comporta más que una excepción: aquellos casos en que, sea durante la operación, sea inmediatamente después de ella, ha habido necesidad de hacer inyecciones de suero artificial, que eliminándose por la orina, aumenta naturalmente su cantidad.

Una causa frecuente de muerte rápida después de la histerectomía y en general después de toda operación abdominal grave, es la uremia aguda. Esta terrible complicación ha sido desconocida multitud de veces, confundándose con el shock post-operatorio.

No solamente la serie de lesiones operatorias que pueden sufrir la vejiga ó los uréteres, expone á la uremia, sino que la insuficiencia renal suele reconocer como causa nefritis ó pielo-nefritis anteriores á la operación, y cuya presencia ha escapado á la investigación del Cirujano.

Es indicación constante y deber imprescindible del Cirujano que va á practicar la histerectomía, hacer un minucioso reconocimiento previo de los riñones y de la orina de la enferma, analizar y valorar sus perturbaciones cuando existan, no porque estas constituyan á mi modo de ver una contraindicación operatoria, como creen algunos cirujanos, sino porque agravan singularmente el pronóstico de la intervención quirúrgica y obligan al operador á ser más reservado en sus aseveraciones y á redoblar sus cuidados durante la operación y después de ella.

Cuando las perturbaciones urinarias son ligeras, puede decirse que no exigen ningún tratamiento, desaparecen solas y en muy breve plazo; por el contrario, cuando son intensas se hace indispensable atacarlas por cuantos medios estén en nuestra mano, siendo entre éstos los más eficaces contra la atonía vesical: las inyecciones de estriquina, las de suero artificial y la faradización de la vejiga.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

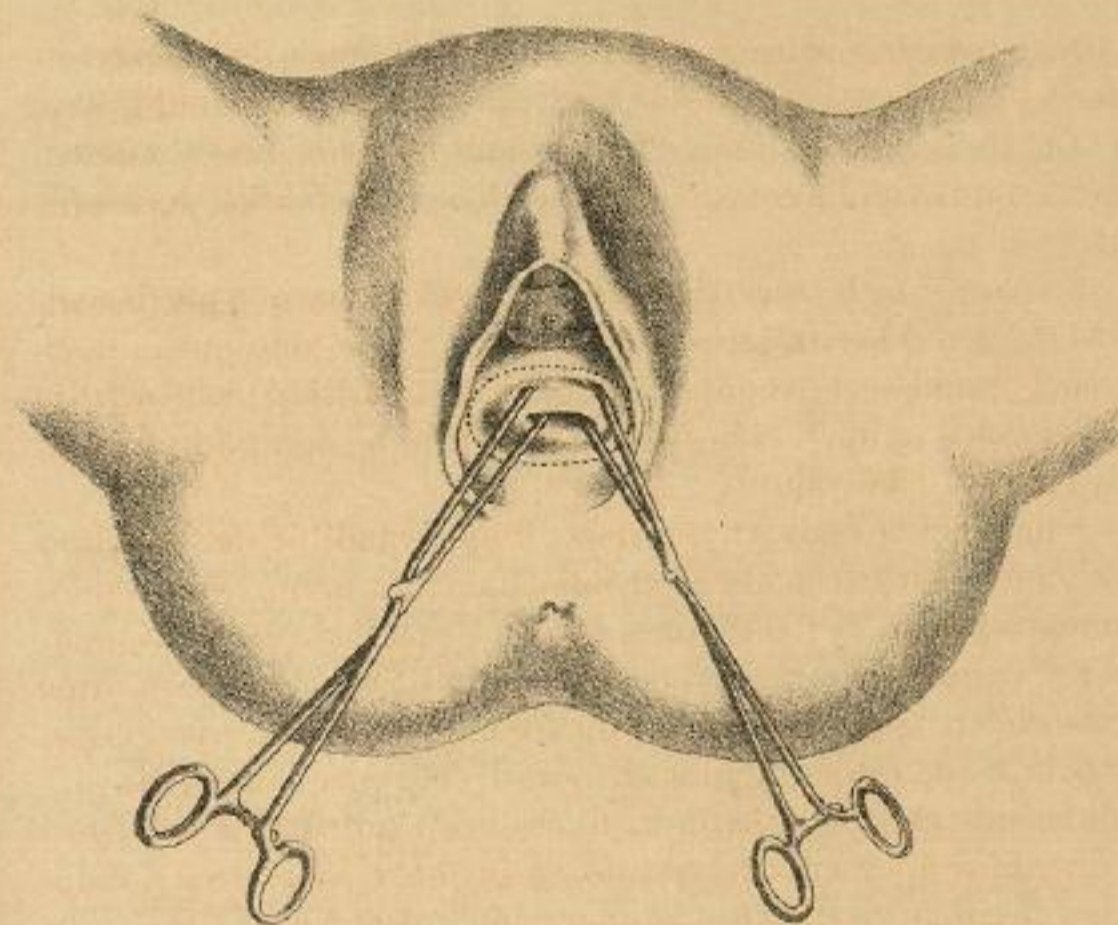


Fig. 79.—Trazo de la incisión vaginal, en la histerectomía de Doyen.

XVII

PHLEGMATIA ALBA DOLENS.

Cierto número de casos de histerectomía se complican con la aparición en una pierna de un edema duro y doloroso, con ligera elevación de temperatura. Estos accidentes que reconocen como causa la infección del sistema venoso en uno ó más departamentos de la circulación pélvica, no tienen comunmente gravedad.

El vendaje compresivo del miembro, la desinfección rigurosa de la vagina y del pedículo abdominal, si existe, y algunas inyecciones subcutáneas con pequeñas dosis de quinina, dan cuenta de esta pequeña complicación.

XVIII

PAROTIDITIS.

Excepcionalmente se habla de la inflamación de las glándulas parotideas, como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas sobre los órganos genitales internos de la mujer.

PAGET, STEPHANE y GOODELL, junto con un gran número de cirujanos ingleses y franceses, han querido encontrar cierta *simpatía* entre las parótidas y los ovarios.

En verdad, creo que estas inflamaciones simpáticas debemos proscribir las de las Patologías.

XIX

BRONQUITIS.

Sea por la acción directa de los anestésicos, sea por el enfriamiento durante la operación, ó bien por la exacerbación de padecimientos brónquicos antiguos, el hecho es que suelen presentarse bronquitis después de la histerectomía. Estas bronquitis

revisten en ciertas ocasiones caracteres de verdadera gravedad, pues la acumulación de la hipersecreción en los bronquios trae fácilmente la asfixia.

La posición dorsal, el temor á la tos y á los esfuerzos de expectoración, hacen que la enferma no elimine sus productos bronquíticos y que la dispnea y la hipercarbonización de la sangre se presenten amenazando seriamente la vida de la operada. En estas circunstancias es preciso no vacilar en la administración de vomitivos repetidos. La medicación tónica y estimulante debe constituir la base del tratamiento médico.

Lo dicho de la bronquitis se aplica á la *pneumonía* y á la *bronco-pneumonía*, que pueden también observarse en estas circunstancias.

XX

CARDIOPATIAS.

El corazón es muy sensible á las intoxicaciones. Las toxinas se manejan como verdaderos venenos cardiacos, y entre los anti-sépticos, hay tóxicos que como el yodoformo, alteran profundamente la vitalidad del corazón. Es en este órgano donde se manifiestan los primeros signos de la infección, y sobre todo, es en el organismo ya envejecido donde las cardiopatías septicémicas son de temer, pues las arterias no prestan ya el auxilio de su elasticidad.

La cafeína es el único medicamento que presta reales servicios en estos casos. Cuando el corazón late á 140 ó 150 por minuto, las aplicaciones frías en la región precordial, pueden calmar sus contracciones y levantar la energía de ellas.

XXI

SINCOPE.

La anemia aguda, la asistolia de las cardiopatías infecciosas, las embolias ó los accidentes bulbares, pueden causar en toda época de la histerectomía, la muerte por síncope.

Mi ilustrado colega el Dr. RICARDO E. TAPIA, ha observado un accidente sincopal sobrevenido cinco días después de la operación y terminado desgraciadamente con la muerte.

Durante la operación misma se había presentado un síncope, que no obstante su duración se había logrado combatir.

XXII

FLEMONES.

La septicidad de los hilos de sutura, las lesiones musculares de los rectos ó las infecciones diversas del tejido conjuntivo de los tegumentos abdominales, pueden ser causa de flemones y abscesos, en cualquier época de la evolución de una histerectomía.

La supuración se infiltra en las capas celulares del vientre y el absceso suele alcanzar grandes proporciones. No obstante su gran volumen, tiende siempre á abrirse paso al través de la piel, y como excepcionales se citan fenómenos de infección peritoneal consecutivos á ellos. Una vez evacuado el pus, la cavidad del absceso se cierra rápidamente y la abertura cutánea cicatriza sin accidentes. Cuando un hilo de ligadura séptico, ha causado el flemon, si este hilo no sale con el pus ó no lo extrae el Cirujano, la abertura del absceso persiste bajo forma fistulosa.

XXIII

FISTULAS.

Las ligaduras de seda, los tubos de canalización, la mortificación extensa de los pedículos fijos á la pared del vientre, la existencia de cuerpos extraños ó la comunicación de la piel con el interior de los órganos abdominales huecos, son en la gran mayoría de los casos, las causas responsables de la existencia de fistulas ventrales post-operatorias, en la histerectomía.

Las fistulas deben siempre ser curadas, pues además de ser causa de molestias y disgustos para la enferma, la exponen constantemente á todos los peligros de las ulceraciones.

El tratamiento racional consiste en suprimir la causa que las sostiene.