

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. PAGENSTECHEER, 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 mínimo, 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 recomiende 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.)

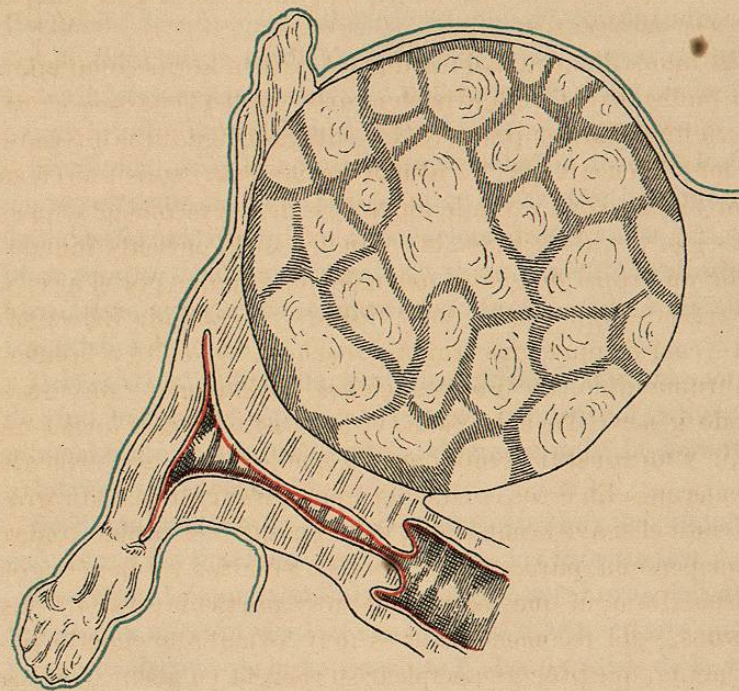


Fig. 14.—Fibroma uterino de evolución intraligamentosa. (Según DOYEN).

LIT. DEL TIMBRE.



DR. SUAREZ GAMBOA

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 ésto 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 erin 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, hysteromas, fibroides, leiomiomas, fibro-leiomiomas y fibromas.*

Entre nosotros es frecuente usar el término *fibromiomas.*

Estos tumores están constituídos 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