

## 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 porta-aguja 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  $36^{\circ}$  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 recomienda, 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.

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

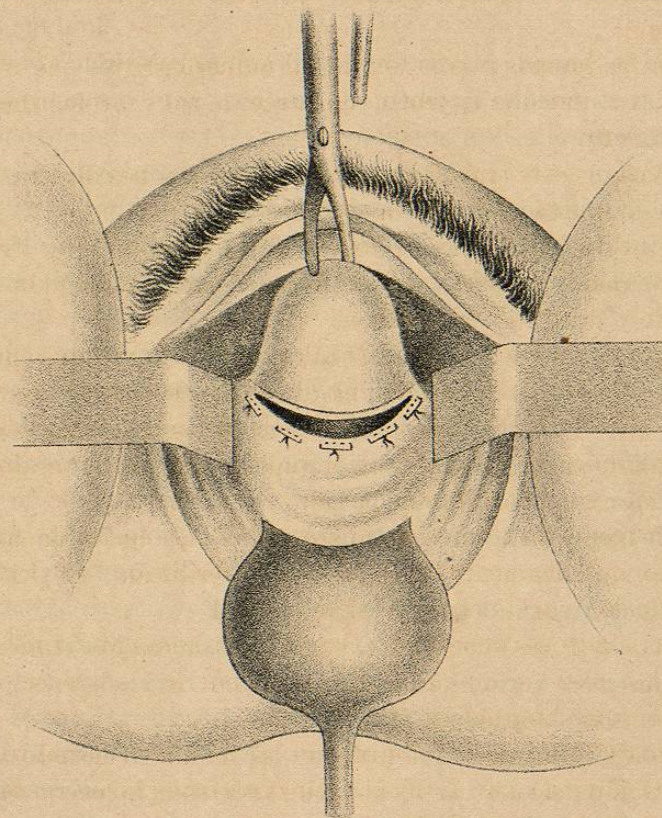


Fig. 76.—Suturas vagino-peritoneales, por el procedimiento de MARTIN.



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 máximo 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 rápidísimas 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 estricnina, 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.