

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 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 clorofórmico, 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.)

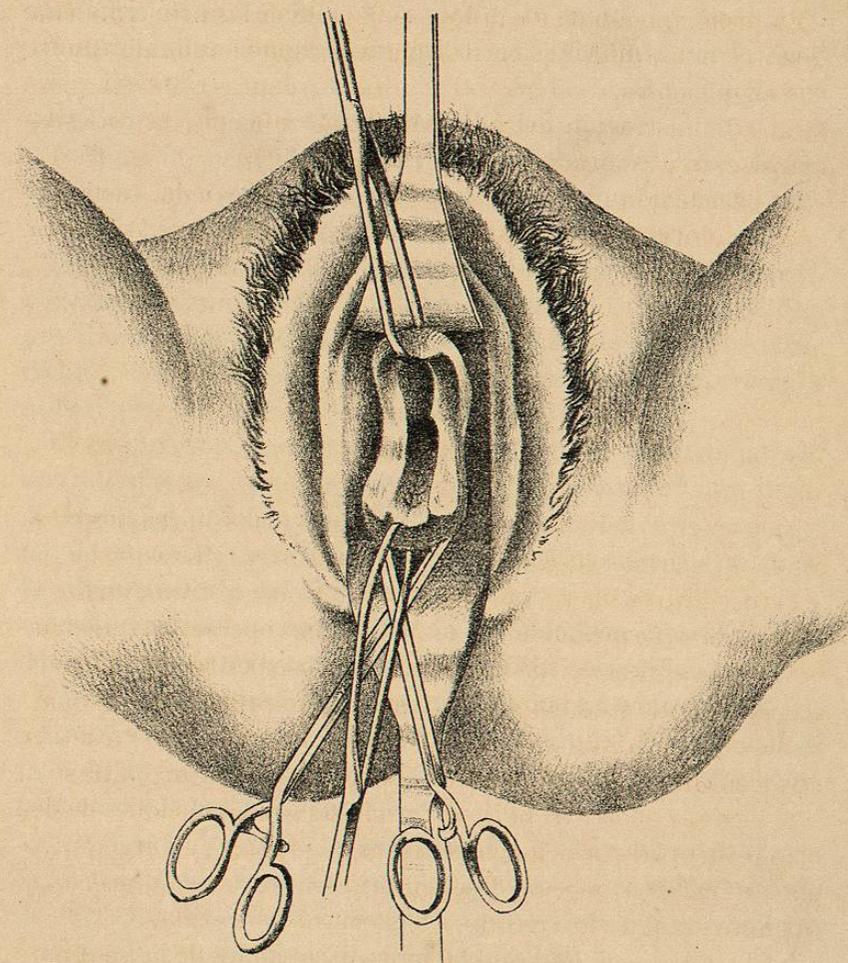


Fig. 77.—Histerectomía vaginal. (Procedimiento de QUÉNU-MÜLLER).



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 estriquina, 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.

Hellegado 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 del estómago, se presta bien para este objeto, introduciéndose profundamente en el cólon sin erodar la mucosa ni traumatizar el intestino. Cuidese 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 desca-mación 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 sustancias 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 baborato 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.)

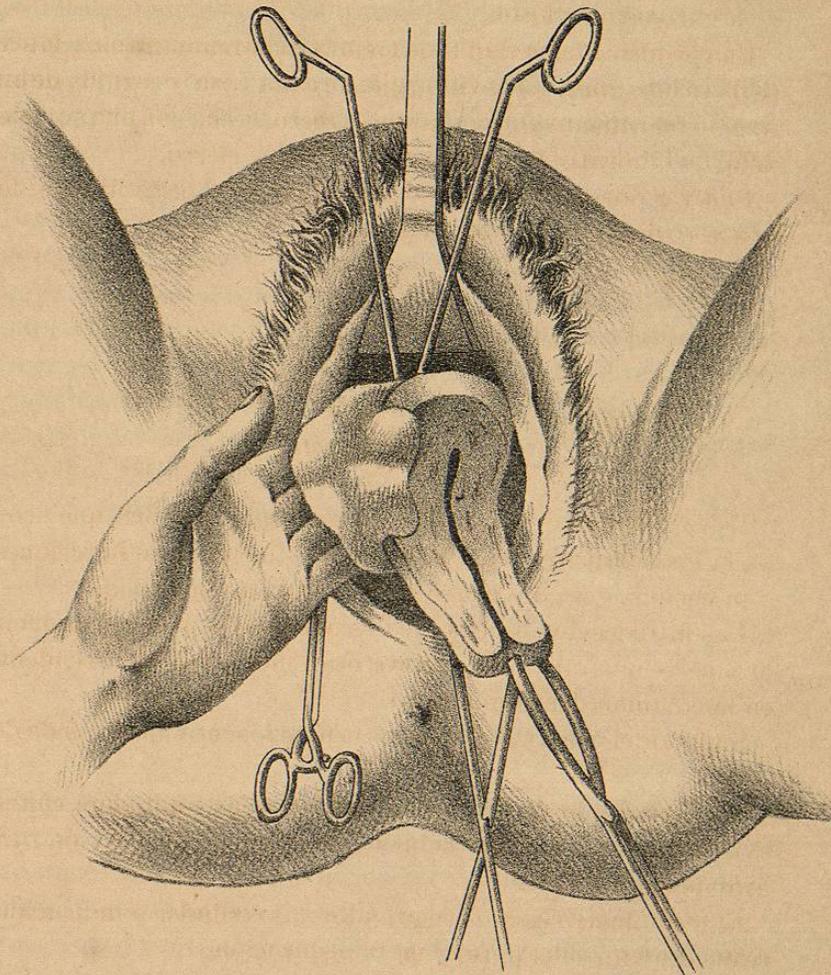


Fig. 78.—Histerectomía vaginal. (Procedimiento de QUÉNU-MÜLLER).