

del colon sigmoideo y de la porción rectosigmoidal, todos los cuales pacientes, excepto ocho, fueron observados subsecuentemente: cincuenta y dos de ellos viven y gozan de buena salud; es normal su función gastrointestinal y no presentan ninguna señal evidente de recidiva de la enfermedad. Otros treinta y siete pacientes han vivido de dos a siete años después de la operación y muchos de ellos han fallecido de otras enfermedades que no tenían ninguna relación con el carcinoma.



Fig. 1075.—“Espolón” intestinal que se cose a la herida abdominal. (Mayo y Walters: *Surg., Gynec. and Obst.*)

“Los diversos tiempos de la operación, descritos por W. J. Mayo en 1907, son los siguientes:

“«Por lo común debe hacerse en dos actos quirúrgicos la resección intestinal para suprimir la oclusión entre la flexura esplénica y el recto, a causa de la consistencia sólida y de la naturaleza infecciosa de los excrementos y, muchas veces, por razón de la falta de buen revestimiento peritoneal en esa región. Las causas de la oclusión suelen ser los neoplasmas o los estados inflamatorios, tales como la diverticulitis. Cuando no hay oclusión, es a las veces oportuna la enteroanastomosis término-terminal o láterolateral, especialmente en la porción que está mejor re-

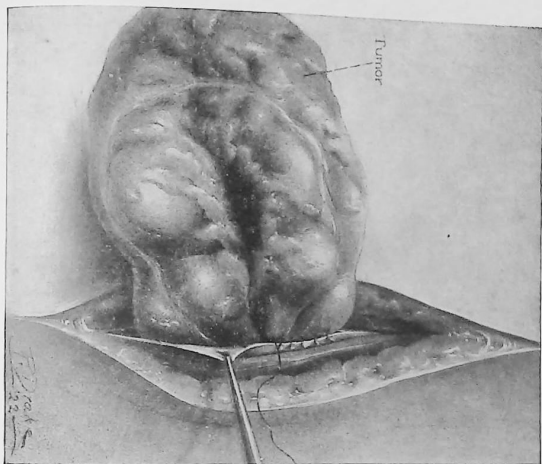


Fig. 1076.—Se sutura a la fascia (aponeurosis) la túnica serosa intestinal. (Mayo y Walters: *Surg., Gynec. and Obst.*)



Fig. 1077.—Con pinzas fuertes se destruye el tabique para unir las dos porciones intestinales. (Mayo y Walters: *Surg., Gynec. and Obst.*)

vestida de peritoneo, pero cuando hay oclusión este procedimiento causa a menudo la muerte. Mucho más conveniente es valerse de la operación de Mikulicz, fomentada y llevada a la práctica por C. H. Mayo, que consiste en exteriorizar la porción dañada después de separar el mesenterio, y en suturar juntas las dos ramas intestinales, dejando hacia fuera la porción viciada (Fig. 1,076). Se deja entonces que transcurra tanto tiempo como lo permita el estado del paciente, para dar ocasión a que se formen adherencias que protejan la herida, y se hace luego una pequeña abertura en la porción distendida, con el fin de suprimir la oclusión. Al cabo de cuatro a ocho días, se extirpa la porción que sobresale de intestino,

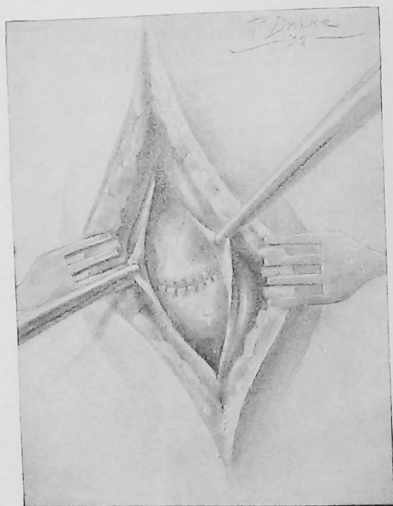


Fig. 1078.—Último tiempo de la operación, en el cual se cierra el intestino dentro de la región adherente. (Mayo y Walters: *Surg., Gynec. and Obst.*)

dejando al ras con la piel los dos cabos intestinales, uno al lado del otro, a semejanza de una escopeta de dos cañones. Al cabo de otras dos semanas se introducen unas pinzas de ramas largas, una de las cuales se inserta en cada porción de intestino, y con ellas se comprimen las paredes viscerales contiguas, en el sitio donde están sostenidas con puntadas en un trecho no menor de 8.75 centímetros (Fig. 1,077). Se aprietan poco a poco las pinzas, hasta que corten totalmente las paredes intestinales, lo que requiere de cuatro a seis días; algunas veces es muy corta la porción comprimida y hay que repetir la operación, con lo cual se restablece la comunicación. La fístula se contrae gradualmente y se cierra

de manera espontánea o en caso contrario, es fácil cerrarla con una subsecuente operación extraperitoneal.»

“Poco hay que añadir a la antecedente descripción. Algunas variaciones que se han hecho a la operación permiten el que ésta sea ejecutada en determinados pacientes que antes se tenían por inoperables. Una de las objeciones mejor fundadas que en otros tiempos se hacían a este método, era la circunstancia de que se dejaba que el intestino cicatrizara en la herida (*sic*) antes de abrirlo y, por tanto, se creía que la operación era inadecuada cuando había oclusión aguda. Paul, de Liverpool, introdujo la variación consistente en extirpar el neoplasma en la primera operación y en dejar de unos 7.5 centímetros de largo el cabo proximal del colon, por el cual se introducía y se fijaba una sonda que sirviera para darle

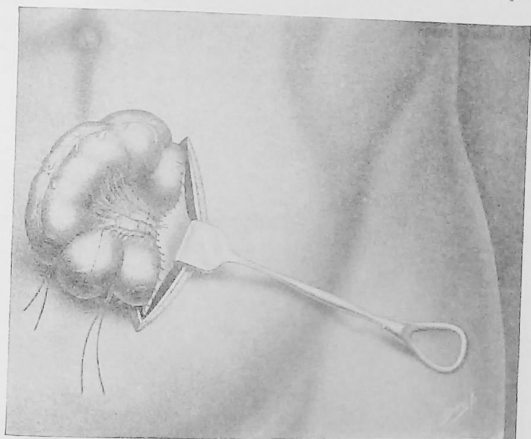


Fig. 1079.—La línea punteada indica el sitio donde se hace el corte. (Lilienthal: *Ann. Surg.*)

salida a las materias fecales. Bevan con sobrada razón puso de manifiesto la seguridad de la colostomía inmediata y demostró que si se sutura muy bien el intestino a la piel, se puede abrir al punto sin peligro de contaminar la cavidad peritoneal.

“Hemos acostumbrado en esta Clínica extirpar la porción de intestino que contiene el neoplasma, en la primera operación, siempre que no es posible exteriorizarla, o cuando está tan menoscabada su circulación que es muy probable se presente la gangrena, como sucedió en varios enfermos en quienes se propagó tan profundamente la trombosis séptica, que dió origen a la peritonitis. De igual manera, cuando es muy corto el fragmento inferior, se extirpa en el acto el neoplasma. Se comprimen entonces con pinzas los dos cabos de intestino, y se utilizan las pinzas infe-

riores a manera de elevador temporal; las cuales se dejan hasta que se desprendan por sí solas; ya para entonces se habrá adherido el fragmento inferior lo bastante, para que permanezca en el ángulo inferior de la herida.

“Es de mucha entidad, cuando se apliquen las pinzas para comprimir el «espolón», que se haga una abertura suficientemente grande, que evite la tensión en la futura línea de sutura.

“Se puede prevenir la formación de hernia al cerrar el orificio de la colostomía que se dejó abierto. Al unir la pared interna del intestino, se pueden despegar profundamente los cabos adheridos, separando las adherencias que no se hayan deshecho, y hundir los cabos unidos bien abajo de los músculos y suturarlos transversalmente; la herida se sutura longitudinalmente (*sic*) (Fig. 1,078). Se dejará un espacio en la línea de sutura de la pared abdominal, que permita el escape de gases y materias fecales con presión. Si se llena este espacio con vaselina, se permite el desagüe abundante, si fuere necesario, sin trastornar la cicatrización de la herida por primera intención.”¹

Colostomía permanente.—Al formar permanentemente el ano artificial han de ponerse por obra disposiciones especiales encaminadas a lograr la continencia, siquiera relativa, de las materias fecales. Tocante al sitio donde se haga la colostomía, es muy de notar que la incisión en el músculo recto del abdomen está substituyendo a la colostomía inguinal conocida de mucho tiempo atrás; la cual incisión facilita el que se exteriorice cualquiera parte del colon, hace más conveniente el cuidado y el aseo que ha de tener el paciente del ano contranatura y facilita el uso de cualquier aparato.

Lilienthal ideó una buena técnica para ejecutar la colostomía permanente, y la describió en 1910 (*Ann. Surg.*, Vol. 52) de la siguiente manera:

“...Se hace una incisión de unos nueve centímetros de largo, en el tercio lateral del músculo recto del abdomen y en dirección paralela a sus fibras, cuyo extremo superior quede un tanto arriba de una línea imaginaria que se dibujase entre el ombligo y la espina iliaca ánterosuperior izquierda; sin embargo de lo dicho, la longitud y la situación exactas del corte dependen un tanto de la gordura o delgadez del paciente. Por entre dicha incisión se exploran con los dedos los órganos abdominales, con el fin de advertir las circunstancias relacionadas con la estrechez o con el neoplasma. Se exterioriza la flexura sigmoidea, esté bien desarrollada o no lo esté. Cosa averiguada es que la longitud de esta porción intestinal es muy variable, pero de cualquiera suerte, se extraerá la mayor porción posi-

¹ He traducido literalmente algunas frases de esta cita que para mí no están muy claras, pero que no considero de mucha entidad, dado que la operación descrita es bastante conocida. Muy de recomendar son los méritos de la colostomía tubovalvular de Spivack, con la que se forma un ano artificial continente por medio del artificioso método del profesor Spivack, de Chicago, para formar una válvula en el ano contranatura. Remito al lector al excelente libro de Spivack, *Técnica Quirúrgica en las Operaciones Abdominales* (UTEHA), donde se describen esta y otras operaciones abdominales. (N. del T.)

ble de ella, sin ponerla en tensión indebida. Se separan todo lo más que se pueda las dos ramas intestinales, se sutura la rama superior al peritoneo y a la vaina aponeurótica posterior del músculo recto del abdomen, en el ángulo superior de la herida. Para ello se emplea hilo de seda o de lino y se hacen puntadas continuas, entrelazando una puntada sí y la otra no, para evitar abolsamientos. Se sutura entonces el mesosigmoide de parte a parte al peritoneo de cada lado (Fig. 1,079).

“En la rama inferior de la porción intestinal, se hace la ligadura doble muy apretada con seda gruesa, y se corta el intestino entre las dos ligaduras, teniendo cuidado de no contaminar la herida con la pequeña cantidad de materias fecales que pudieran haber quedado en el espacio comprendido entre las dos ligaduras. Se esteriliza luego la membrana mucosa con fenol puro. Se pasan entonces ligaduras de cadena (?) de catgut o de seda por entre el mesosigmoide, a fin de evitar la hemorragia, y se corta luego transversalmente dicha membrana. Queda entonces una porción corta del colon sigmoideo, a saber, la rama distal de la porción de intestino, en el ángulo inferior de la herida, y una rama larga suturada, en el ángulo superior de la herida. El resto del mesosigmoide se corta de la rama larga y se deja ésta totalmente libre. Se hace luego el taponamiento protector de toda la herida, habiendo quedado cerrado con las suturas previas la cavidad peritoneal. Para entonces deben quedar cosa de diez o doce centímetros de colon sigmoideo libres en el ángulo superior de la herida, y si hubiere más de esto, se extirpará la porción sobrante. Colócanse a continuación cuatro pinzas equidistantes en el borde de esta porción superior de intestino, se introduce el dedo en el interior de la víscera hasta el sitio donde está cosido con las puntadas al peritoneo; un ayudante da vueltas a las pinzas con el fin de volver el intestino sobre su propio eje, de acuerdo con la descripción de Gersuny, de 180 a 360 grados, según la contextura y el espesor de las paredes. Introduciendo y sacando varias veces el dedo, se puede graduar con bastante precisión el grado de estrechamiento que se logra con esta maniobra. En logrando suficiente constricción (lo cual es asunto de discernimiento personal), se dan unos cuantos puntos separados de seda o lino por entre el peritoneo visceral y la túnica submucosa, hasta la aponeurosis del músculo oblicuo externo (oblicuo mayor o interno, de la Antigua Terminología), con el fin de fijar el intestino que se hizo girar (Fig. 1,080). Hecho esto, es preciso cerciorarse de que se logró la torcedura deseada del intestino, y caso que fuere suficiente, se darán algunas puntadas más para fijar firmemente la pared intestinal a la aponeurosis.

“Al efectuar entonces el examen digital se hallará un esfínter doble, el primero en el sitio de la torcedura, el segundo, que es antes una angulación que un esfínter, en el sitio de fijación peritoneal. Con unos cuantos puntos de catgut cromado se cierra la porción sobrante de la aponeurosis. Las fibras del músculo recto del abdomen, así como la torcedura del intestino suministran el efecto esfintérico. Se introduce entonces en un trecho de unos quince centímetros dentro del intestino, una sonda

rectal gruesa de hule, de paredes bastante espesas (no tejidas), y se fija en su sitio (Fig. 1,081) con una sola puntada que se pasa por entre su

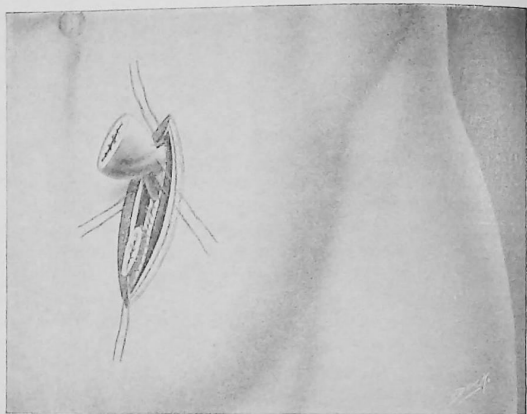


Fig. 1080.—Se termina la torcedura y se cose la porción intestinal a la aponeurosis. (Lilienthal: *Ann. Surg.*)

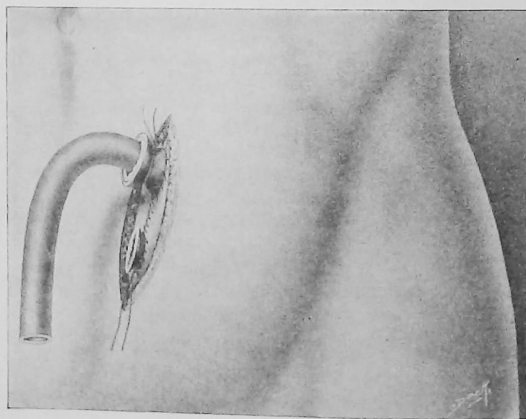


Fig. 1081.—Operación terminada. (Lilienthal: *Ann. Surg.*)

pared. El resto de la herida se deja abierto y se tapona con gasa, y el tubo de goma se lleva hacia un receptáculo que se coloca al lado de la

cama. Estas heridas siempre se infectan en mayor o menor grado, pero sólo he visto un flemón para cuya evacuación bastó un solo corte.

“Al cabo de una semana, poco más o menos, se puede quitar la sonda y cauterizar con el termocauterío la porción redundante del colon sigmoideo, sin que sea necesaria la anestesia. Mas aun después de esto, se verá que es menester hacer repetidas cauterizaciones en el curso de la cicatrización, a fin de que quede la membrana mucosa al ras con la piel de la pared abdominal. Se harán además irrigaciones diarias por el tubo para conservar limpio el intestino. Al cabo de dos o tres días se quita el hilo que se puso alrededor de la porción intestinal inferior, pues de lo contrario habría peligro de que viniese la oclusión total y permanente, y es de mucha entidad que se conserve abierta dicha porción para que se efectúe el desagüe.

“El paciente aprende poco a poco a gobernar los intestinos, para lo cual se le prescribirá algún régimen alimenticio astringente, y las primeras semanas dosis pequeñas de tintura de opio y un gramo de subgalato de bismuto varias veces al día. El efecto final de la operación no se hace manifiesto sino al cabo de un mes.”

Fístula fecal

Las causas de las fístulas fecales abdominales, son: lesiones traumáticas de la pared abdominal al efectuar alguna operación quirúrgica; la perforación de alguna úlcera al ejecutar el acto quirúrgico o poco después; la perforación provocada por la erosión que ocasiona algún tubo de desagüe. Se puede formar la fístula de resultas de cualquiera operación en el intestino, o bien el cirujano forma deliberadamente el conducto fistuloso, según queda dicho en párrafos antecedentes.

Las fístulas cierran a veces de manera espontánea, en particular cuando están situadas en el intestino grueso, pero es tanto más difícil que suceda esto, cuanto más arriba se halle, puesto que en las porciones superiores del conducto intestinal las materias fecales son más líquidas y, por tanto, es más probable que hallen salida por entre el estrecho conducto fistuloso, demás de que el efecto de los jugos divestivos ayuda a conservar abierta la fístula. Así, pues, es más probable que cierren por sí solas las del intestino grueso. Las cuales, por otra parte, causan menos perturbaciones en la nutrición y, consiguientemente, más vale esperar largo tiempo, dando así lugar a que cicatrice espontáneamente, o a que recupere sus fuerzas la paciente y sea entonces menos peligrosa la operación.

El tratamiento quirúrgico de pequeñas fístulas inveteradas y profundas, es la escisión intraperitoneal. Las fístulas que se forman de resultas de la enterostomía ejecutada de acuerdo con algunos métodos anticuados, que ocasionan escurrimiento persistente y más o menos ectropión de la membrana mucosa, se pueden cerrar por la vía extraperitoneal. Con todo, es raro que se formen fístulas cuando se hace la enteros-

tomía según el método de Coffey (Figs. 1,020 a 1,022). Cuando se hizo la fijación temporal de los cabos intestinales a la pared del abdomen, se cierra el conducto fistuloso (ano artificial) ora suprimiendo el "espolón" y haciendo luego la sutura transversal, o bien se ejecuta la enteroanastomosis en algún sitio distante y se hace la extirpación inmediata o subsecuente de los cabos que formaron el ano contranatura.

Escisión intraperitoneal.—Aunque a primera vista parezca fácil la escisión de algún estrecho conducto fistuloso de la cavidad abdominal, la experiencia ha demostrado lo contrario, a saber: que está preñada de dificultades y peligros, a causa de las vastas y densas adherencias que rodean a la fístula y hacen muy ardua su identificación y despegamiento, y por razón de que al efectuar este último, bien puede causarse daño a alguna porción contigua de intestino. Además, no obstante el que se comience la operación de manera aséptica, a despecho y pesar de todos los cuidados se abre a veces el intestino y se inficiona toda el área de la operación, todo lo cual ha de tenerse muy en la memoria... ¹

La operación consta de los siguientes tiempos: 1º, desinfección del conducto y del tejido cutáneo contiguo; 2º, identificación de la fístula en el curso de la operación intraabdominal, y 3º, oclusión del extremo lateral del conducto, a fin de que no haya escape del contenido infeccioso en el curso de la operación.

La *desinfección* se logra inyectando tintura de yodo (al siete por ciento) en el conducto fistuloso. Si por acaso pasase alguna porción de la tintura a la cavidad intestinal, ya llegaría bastante diluída con el contenido del intestino y no causaría ningún trastorno. A continuación se hace la desinfección cutánea usual.

Es harto dificultoso el poner por obra algún *medio seguro de identificación* del conducto fistuloso en el curso de la operación quirúrgica, y de ello depende no pocas veces el fracaso. A primer aspecto parece fácil el poder reconocer el duro conducto fibroso entre los blandos tejidos intraabdominales, pero la dificultad consiste en que la induración no está circunscrita en el trayecto de la fístula, sino se haya muy diseminada, invade otras porciones de intestino y aun diversos tejidos, los cuales han de ser separados; para ello se hace un corte por entre lo que parece ser tejido indurado, pero a considerable distancia de la fístula, y con gran sorpresa descubre a veces el cirujano que lo que cortó fué alguna tortuosidad o algún saco de la fístula.

¹ Suprimimos en la traducción algunos párrafos del original inglés que consideramos innecesarios, ya que no es este un tratado completo de cirugía abdominal y sólo nos limitamos a traducir los puntos esenciales y que puedan ser de utilidad al ginecólogo, en casos de emergencia. Remitimos al lector a dos excelentes tratados de técnica quirúrgica, donde hallará descritas pormenorizadamente la técnica y todas las demás circunstancias relacionadas con las sobredichas operaciones: *Técnica Quirúrgica en las Operaciones Abdominales*, por el Prof. J. L. Spivack, de Chicago (edición UTEHA, 1937), y *Cirugía Operatoria*, de los Profs. Horsley y Bigger, traducción en español de la cuarta edición inglesa (edición UTEHA, 1939). (N. del T.)

La identificación requiere no tan sólo el reconocimiento del conducto principal, sino de todas sus ramas y escondrijos. Se puede identificar la mayor parte del principal conducto, introduciendo una sonda lo bastante gruesa para que se pueda palpar por entre los tejidos indurados contiguos; la cual se inserta y se dobla su extremidad de manera que se pueda fijar firmemente al cerrar con puntadas el cabo externo de la fístula. Mas esto no basta, ya que no permite el reconocer las ramificaciones y tortuosidades del conducto, las cuales sí se pueden identificar si se inyectan con parafina de calidad adecuada para que se solidifique presto luego de inyectada. Colocada la sonda y hechas las puntadas con que se cierra uno de los extremos del conducto, se inyecta la parafina líquida con presión moderada, de manera que se llenen todas las tortuosidades, después de lo cual se termina la sutura de oclusión.

El *cierre* del conducto se lleva a efecto por medio de una incisión que se hace alrededor del orificio desinfectado y con puntadas que se hacen para juntar los pequeños colgajos. Dicha incisión ha de quedar tan hacia fuera que incluya parte de la piel sana, de tal suerte que se pueda hacer con firmeza la sutura oclusiva sobre la sonda y la parafina.

Se profundiza entonces la sutura circular de la pared abdominal, hasta el peritoneo, y puesto que probablemente haya asas intestinales incluídas en las adherencias de la antigua incisión, se aparta bien hacia un lado el músculo recto a fin de desembarazar una buena porción de peritoneo antes de abrirlo. Tan pronto como se abre éste, se introduce un dedo y se averigua hasta dónde llegan las adherencias debajo de la pared. Teniendo a la vista los tejidos y con ayuda del tacto, se amplía entonces la abertura alrededor del conducto fistuloso cerrado, se despegan cuidadosamente las asas intestinales adheridas y se separa el conducto de manera, que se le pueda seguir hasta el sitio donde se comunica con el intestino.

La *escisión* del conducto fistuloso ha de hacerse de suerte que al dividirlo del intestino no se contamine el área de la operación con el contenido intestinal, lo cual sucedería inevitablemente si se hiciera la sutura abierta. Para efectuar esta resección aséptica, se aplican firmemente unas pinzas a la extremidad del conducto fistuloso, en el preciso sitio donde se comunica con el intestino (Fig. 1,082), después de lo cual se corta el sobredicho conducto al ras con las pinzas, se cauterizan los bordes con fenol puro que se neutraliza luego con alcohol y se cierra la herida con una sutura que se hace según se ve en las figuras 1,083 y 1,084.

Caso que las circunstancias no permitieren el poner por obra el método aséptico, se hará entonces la sutura "abierta", en la cual es inevitable la contaminación (Figs. 1,085 y 1,086).

Sutura extraperitoneal simple.—Cuando el orificio intestinal de la fístula queda sobre la cara interna de la pared abdominal, y es pequeño, como sucede con las fistulas que se forman de resultas de alguna pe-

queña abertura para desagüe que no cicatriza espontáneamente, basta a veces la mera sutura para efectuar la curación. Se procede de la siguiente manera: se esterilizan los tejidos, se reavivan los bordes de la herida abdominal, incluso el orificio intestinal, y se cosen los labios con una sutura que se hace en la dirección que sea más conveniente.

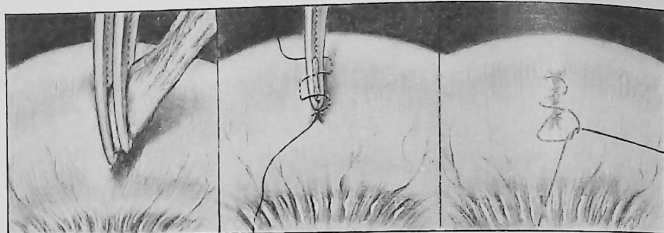


Fig. 1082

Fig. 1083

Fig. 1084

Fig. 1082.—Escisión de la fistula intestinal según el método cerrado; aplicación de las dos pinzas.

Fig. 1083.—Después de cortar el conducto fistuloso al ras con las pinzas inferiores, se hace la sutura.

Fig. 1084.—Anúdanse los cabos de la sutura.

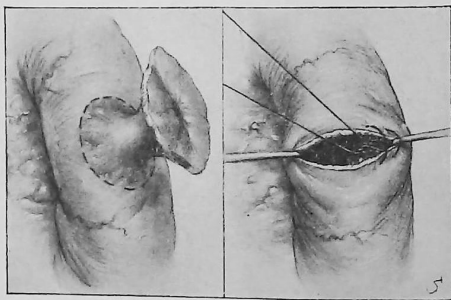


Fig. 1085

Fig. 1086

Fig. 1085.—Escisión de la fistula intestinal, según el método abierto.

Fig. 1086.—Se suturan los bordes de la pared intestinal.

La sutura se puede hacer con puntos de parte a parte de crin de Florencia, o bien con puntadas enterradas de catgut con puntos de tensión que se hacen con crin de Florencia. Hay una variación de esta técnica que consiste en despegar la pared intestinal en corto trecho y en todo el derredor (teniendo cuidado de no salirse de la región protegida por la pared de adherencias), y volver hacia dentro este borde de pared intestinal con una sutura independiente.

No ha de olvidarse que esta operación se lleva a efecto en una región infecta, y que cuanto mayor número de puntadas se hagan, tantas más probabilidades habrá de que se infecten y de que se abra la herida; en virtud de lo cual sólo se han de dar las puntadas enterradas necesarias para lograr la unión exacta de la pared intestinal de cada lado.

Sutura extraperitoneal transversal.—Algunas veces es muy grande la porción de tejido intestinal destruido y, por tanto, no es posible hacer la sutura según queda dicho. Esta destrucción de tejido suele comprender principalmente la porción de intestino más distante del mesenterio, en el cual caso queda intacto el borde mesentérico de la viscera. En tales circunstancias es a veces factible el recortar los labios de la herida intestinal y efectuar la sutura transversal de extremo a extremo, formando así un ángulo en el intestino, cuyo vértice está en el borde mesentérico. La sutura se hace de manera un tanto semejante a la enteroanastomosis términoterminal, siempre que lo permitan las circunstancias, pero sin salirse del área protegida por las adherencias. Esta sutura transversal no ocasiona constricción, ya que en hecho de verdad la abertura en cada porción de intestino es mayor que el diámetro normal de la viscera.

Supresión del "espolón" y sutura extraperitoneal.—Hay otra variedad de fístula postoperatoria en la cual, luego de efectuar la resección, se fijan los cabos intestinales a los bordes de la herida de la pared abdominal; en tales casos se forma un "espolón" en el sitio donde se unen dichos cabos.

El más eficaz método para suprimir el "espolón" es el que consiste en aplicar pinzas de ramas anchas, cuya presión ocasione la necrosis y la destrucción de los tejidos que forman el "espolón", de tal suerte que se restablezca la continuidad de la rama intestinal superior con la inferior. En algunas ocasiones se efectúa la cicatrización espontánea del ano artificial y otras veces es posible hacer la sutura transversal extraperitoneal, según queda dicho.

Si al efectuar la operación con la que se fijan las dos porciones de intestino a la pared abdominal, se tiene presente este método para efectuar la sutura, se dispondrán los cabos de manera, que se facilite y se haga más segura la subsecuente oclusión. De ordinario, cuando en la primera operación se fijan los cabos intestinales a la herida del abdomen, se unen como en la figura 1,059, *E*; de esta suerte, al venir luego la necrosis por presión de las pinzas, dicha necrosis comprenderá el mesenterio por donde pasan los vasos sanguíneos y los nervios. Sin embargo de ello, al unir y fijar los cabos de intestino y al fijarlos en la herida abdominal, se pueden colocar de arte que el "espolón" quede formado por la unión de porciones intestinales revestidas de peritoneo (Figs. 1,059, *A* y *B*), y entonces se podrá causar la subsecuente necrosis por presión en sitio más adecuado, lo cual disminuye los peligros y acrecienta las probabilidades de alcanzar buen éxito.

Anastomosis intraperitoneal distante.—Cuando no sea posible llevar al cabo la operación extraperitoneal, es preciso valerse del método intraperitoneal que, claro está, acarrea mayores peligros, pero que se disminuirán si la incisión para penetrar en la cavidad peritoneal se hace bien lejos de la zona infecta de la fístula, y se evita el romper las adherencias formadas alrededor de ella.

Luego de abrir la cavidad abdominal, según queda dicho, se hace la enteroanastomosis términoterminal o láterolateral, según se prefiera.

Los cabos de la porción intestinal excluida se cierran y se empujan hacia el orificio fistuloso, para facilitar su extirpación luego que se haya recuperado la paciente de la enteroanastomosis intraperitoneal.

Fístulas ciegas (senos) abdominales

Los senos, o fístulas ciegas que penetran en la cavidad abdominal y persisten después de alguna operación pélvica, son causados por la falta de absorción del material de sutura o ligadura, por tejido necroso, por la supuración persistente en algún resto de tejido, o bien por cuerpos extraños dejados inadvertidamente en la cavidad peritoneal. En las primicias de la cirugía abdominal era muy frecuente la fístula ciega de resultas de alguna ligadura de seda y, en realidad, esta complicación, sirvió de estímulo a las difíciles y largas investigaciones que se emprendieron y que culminaron en el descubrimiento del material absorbible para sutura. Así, pues, desde que se generalizó el catgut en cirugía, es muy raro el que se formen fístulas ciegas o senos postoperatorios.

Quando, a pesar del tratamiento adecuado, continuare supurando la fístula ciega, se pensará en que hay tejido necroso, algún cuerpo extraño, o bien una comunicación con alguna víscera, por lo común el intestino, lo cual se corroborará por medio de la radiografía, que se hará primero sin inyectar ninguna substancia opaca, a fin de descubrir cualquier cuerpo metálico, y luego introduciendo en el conducto una sonda de metal o inyectando lipiodol. A veces será necesario el estudio radiográfico en series, para mostrar la distribución de los intestinos contiguos, o la comunicación que con ellos tenga el conducto fistuloso.

Antes de poner en ejecución el tratamiento quirúrgico de los senos o fístulas ciegas, conviene esperar tiempo suficiente para dar lugar a que cicatricen por sí solas. Los riesgos y la técnica de la operación, son casi iguales a los de la operación para el tratamiento de las fístulas fecales.

Neoplasmas retroperitoneales

Después de la tumefacción de los ganglios linfáticos y de los neoplasmas secundarios, los lipomas son los tumores retroperitoneales más frecuentes, y si se descubren al ejecutar alguna operación abdominal, se puede hacer la enucleación de ellos por entre un corte que se hace en el

peritoneo, con cuidado para no dañar los vasos sanguíneos que pudieran estar comprimidos por el neoplasma. Además, se pondrá sumo cuidado en despegar el neoplasma de los tejidos profundos y en ligar todos los vasos sanguíneos que con él se comuniquen; hecho esto y efectuada la hemostasis, se cierra la incisión peritoneal.

De manera semejante se efectúa la extirpación de los fibromas. Conviene extirpar siempre cualquiera tumefacción retroperitoneal sospechosa, dada la posibilidad de que sea o que se vuelva sarcomatosa.

Los neoplasmas mesentéricos, sólidos o quísticos, han de ser extirpados teniendo debida cuenta con la irrigación sanguínea del intestino, y si por acaso al extirpar el neoplasma se dañare en gran manera dicha irrigación, se llevará a efecto la resección de la parte correspondiente de intestino.

Tuberculosis abdominal

La tuberculosis abdominal puede estar generalizada en el peritoneo, o más o menos localizada en una o más porciones de él. Se origina de la tuberculosis de los órganos pélvicos, o bien se presenta como complicación de los estados inflamatorios ordinarios de dichos órganos. Por razón de las tumefacciones que se forman a veces ocasionadas por la inflamación y las adherencias, se puede confundir con algún neoplasma.

Poco puede hacer la cirugía para la curación de la peritonitis tuberculosa, cuyo principal tratamiento es el higiénico, por más que algunas enfermas mejoran con sólo abrir la cavidad peritoneal y descubrir la mayor porción posible del peritoneo enfermo, al aire y a la luz, después de lo cual se sutura el abdomen sin hacer la canalización. En algunos casos ha sido útil la inyección de aire o de oxígeno en la cavidad abdominal. Se ejecuta también la operación para tratar la ascitis tuberculosa que causa distensión, con el fin de extraer el líquido ascítico, pues, aunque se forme nuevo líquido, se cree que éste posee ciertas propiedades antituberculosas. Si la infección preponderase en algún particular órgano, tal como las trompas uterinas o el apéndice, se extirparía según queda dicho en el propio lugar, luego que hubieran cedido los primeros síntomas febriles, pero antes de que se debilitara en extremo la enferma.

Hay dos variedades de tuberculosis intestinal: la *ulcerativa*, en la cual se presenta la caseación y la formación de úlceras crateriformes, y la *hiperplásica*, en la cual, como su nombre lo indica, acaece la hiperplasia fibrosa, acompañada de la hipertrofia de las tónicas de la pared intestinal, que en ocasiones da origen a la contracción y a la estrechez. Casi siempre se forman adherencias con los tejidos y órganos contiguos, en cuya virtud se palpa a veces un tumor semejante a un neoplasma.

La tuberculosis hiperplásica es más común en la región ileocecal, donde con bastante frecuencia se forma un abultamiento que bien pudiera confundirse con algún neoplasma, ora pélvico, ora abdominal.

Tratamiento.—El tratamiento es quirúrgico y va encaminado a corregir la oclusión, si la hubiere, y a extirpar el conglomerado de tejido enfermo. Sucede a veces que se ha mitigado el estado agudo hasta el punto que sólo quedan las adherencias, las cuales se dividen o se despegan y se dejan los órganos en su posición natural. Claro, es casi seguro que se forman nuevas adherencias, pero estando en cama la enferma, hay más probabilidades de que se adhieran dichos órganos en posición más normal y de que la paciente padezca menos molestias.

Cuando el ciego esté sobremanera dañado y parezca que el proceso morboso está circunscrito en dicha región, es a las veces acertado efectuar la cecectomía y extirpar la última porción del ciego (Figs. 1,069 a 1,074). Mas como pudiera no ser muy bueno el estado de la enferma, la magnitud de la operación dependerá de ello, conviene a saber: si son propicias las circunstancias, se lleva a término la cecectomía y la enteroanastomosis (ileocolostomía); en cambio, si no es muy bueno el estado de la paciente, se divide el intestino arriba y abajo de la porción dañada, se efectúa la anastomosis de los cabos proximal y distal y se exteriorizan los dos cabos de la porción dañada, formando así una "fístula bilateral"; la cual porción enferma se extirpará en tiempo más propicio. Otras veces ha de preferirse la enteroanastomosis para formar un "corto circuito".

Ascitis

La ascitis, o acumulación de líquido excesivo en la cavidad peritoneal, es de interés para el ginecólogo por las siguientes razones: en primer lugar, al hacer el diagnóstico diferencial entre ella y algún quiste del ovario, y en segundo lugar, por cuanto se encuentra a veces inesperadamente al ejecutar alguna operación, o porque simula o porque complica alguna enfermedad de los órganos pélvicos. De esto último trataremos en este capítulo.

El tratamiento de la ascitis depende de la causa, que puede ser: cirrosis hepática o alguna otra causa de obstrucción de la circulación porta, insuficiencia cardíaca, peritonitis crónica (infecciosa o tuberculosa), carcinoma, sífilis; cada una de las cuales enfermedades ha de ser tratada convenientemente. Ya antes hablamos de la peritonitis crónica y de la tuberculosis peritoneal; cuanto al carcinoma, cuando llega al punto de provocar ascitis, no es nada probable que se cure con ningún procedimiento quirúrgico; en cambio, se puede lograr algún alivio cuando la ascitis es ocasionada por la cirrosis hepática que por su parte causa obstrucción del sistema porta.

Lo que conviene en tales casos es fomentar la formación de nuevas comunicaciones venosas que descongestionen la región y eviten el que haya extravasación de líquido, para lo cual es a veces útil la formación de adherencias intraabdominales que se estimulan frotando con gasa la cara superior del hígado, con el fin de irritar la túnica serosa y provocar adherencias con el diafragma; frótase igualmente el peritoneo parietal

en la región de la herida y se sutura en un trecho bastante amplio el epiplón mayor a la cara interna de la pared abdominal. Las adherencias subsecuentes hacen que se formen anastomosis entre las venas del sistema mesentérico y las de la pared abdominal anterior, de tal suerte que la sangre de las venas abdominales es transportada a la vena cava inferior sin pasar por la vena porta. Se puede acrecentar este efecto llevando un borde del epiplón por entre la pared abdominal y fijándolo a la cara inferior de la capa muscular.

Hernia

El interés que la hernia tiene para el ginecólogo radica en la estrecha relación que aquélla guarda con la pelvis, y en la circunstancia de que algunas enfermedades de la pelvis se complican con la hernia, lo cual ha menester alguna operación quirúrgica combinada, o bien por razón de que a veces se presenta la hernia después de ejecutar alguna operación pélvica. En general, el tratamiento quirúrgico consiste en la escisión del saco, la ligadura de su cuello y la reparación del defecto, y es el método que ha de preferirse, a no ser que haya alguna circunstancia que lo contraindique.

Cuando está estrangulada la hernia, deberá determinar el cirujano si los tejidos pueden recuperar su estado normal y, por tanto, conviene el dejarlos, o si es menester efectuar su extirpación. No se dificulta tanto la decisión cuando sólo está dañado el epiplón, o un ovario, o una trompa uterina, ya que no acarrea ninguna grave consecuencia el cortar un pedazo del primero, o extirpar una trompa o un ovario, con tal que quede el otro sano. Mas cuando hay duda respecto del estado de la pared intestinal y se corre el riesgo de que sobrevenga la gangrena, ha de ejercitar el cirujano juicioso discernimiento: si sólo hay leve decoloración, sin pérdida del brillo, y recupera la víscera su aspecto natural luego de suprimir la constricción, no habrá ningún peligro en reponerla en la cavidad abdominal. Si es dudoso el estado de alguna porción intestinal, es bien reponerla en el abdomen y observarla por algunos minutos para ver si recupera su aspecto normal, a lo cual se ayudará aplicando compresas húmedas tibias, y si aun después de todo esto hubiere alguna duda, más valdrá hacer la resección y la enteroanastomosis inmediata (Figs. 1,023 a 1,059), o bien la exteriorización de los cabos intestinales (Fig. 1,059), según las circunstancias.

Estudiaremos las diversas variedades de hernias en el siguiente orden:

- Hernia postoperatoria.
- Hernia umbilical.
- Hernia inguinal.
- Hernia femoral.
- Hernia perineal.

Hernia postoperatoria.—Se presenta en cualquiera parte donde se haga alguna incisión quirúrgica; sus causas más comunes son: supuración postoperatoria en la pared abdominal, desagüe por medio de tubos por extremo grandes, sutura defectuosa de la herida, división de los nervios que inervan los músculos; la obesidad, la ascitis, los abultamientos o los neoplasmas intraabdominales, al causar distensión pueden debilitar la pared. Por lo común se diagnostica fácilmente.

La prevención de la hernia postoperatoria consiste en hacer de manera las incisiones, que se cause el menor daño posible a los tejidos, los nervios y la irrigación sanguínea; en suturar debidamente las diversas capas de tejidos, y en evitar la infección. Siempre que sea hacedero, se disociarán los músculos siguiendo la dirección de sus fibras. Al hacer la sutura se empleará catgut y sólo se harán con material inabsorbible las puntadas de tensión, que se puedan quitar fácilmente a su debido tiempo. La faja abdominal o las tiras de tela adhesiva convenientemente aplicadas, evitan el que la pared abdominal debilitada y los tejidos cicatrizantes sobrelleven tensión excesiva.

El tratamiento es quirúrgico siempre que sea posible, y semejante al que se describirá al hablar de la hernia umbilical.

La incisión vertical, como la que se hace cuando la hernia umbilical es pequeña, puede ser adecuada en iguales circunstancias, y al hacer la sutura de los tejidos profundos se hace meramente la unión de éstos, o bien la imbricación (Fig. 1,087), según se crea es más conveniente. Cuando es grande la hernia postoperatoria suele ser preferible la técnica de Mayo, consistente en sobreponer los colgajos de arriba abajo, según en el propio lugar se dirá (véase Hernia umbilical).

Hernia umbilical.—Esta variedad de hernia es más frecuente en la mujer que en el hombre, y las circunstancias predisponentes son la preñez, el trabajo fuerte y la obesidad. Cuando no ocasiona ninguna molestia, es bien aplicar algún braguero adecuado.

El tratamiento quirúrgico de la hernia umbilical pequeña consiste en hacer una incisión oval que rodee el ombligo, que abarque una buena porción de la pared arriba y abajo de él, y que llegue hasta la vaina aponeurótica del músculo recto del abdomen, después de lo cual se abre el saco, se vuelve su contenido a la cavidad abdominal, se extirpan el saco y los tejidos que quedan dentro de la incisión oval, se cierra el cuello de aquél con una sutura circular corrediza, se hace la sutura de la aponeurosis de ambos músculos rectos con puntadas en forma de U, y se cose la piel. Si se prefiere, se pueden sobreponer los tejidos profundos.

Para el tratamiento de las grandes hernias umbilicales es mejor la técnica de W. J. Mayo, de cuyo artículo (*Jour. Amer. Med. Ass.*, Vol. 48) copiamos la siguiente descripción:

“...Se hacen dos cortes elípticos transversales (Figs. 1,088 y 1,089), se descubren muy bien el cuello del saco hernial y la aponeurosis en un trecho de varios centímetros arriba y abajo; desembarázase el cuello

del saco hasta donde lleguen los tejidos aponeuróticos, se abre dicho saco y se vuelve a la cavidad abdominal cualquiera porción de intestino que en él se halle; caso que la hernia contuviere epiplón, se ligará en secciones al ras con el orificio abdominal, y se volverán las porciones ligadas a la cavidad peritoneal; a continuación y sin manipular más los tejidos, se corta y extirpa el saco, junto con todo el epiplón adherido y

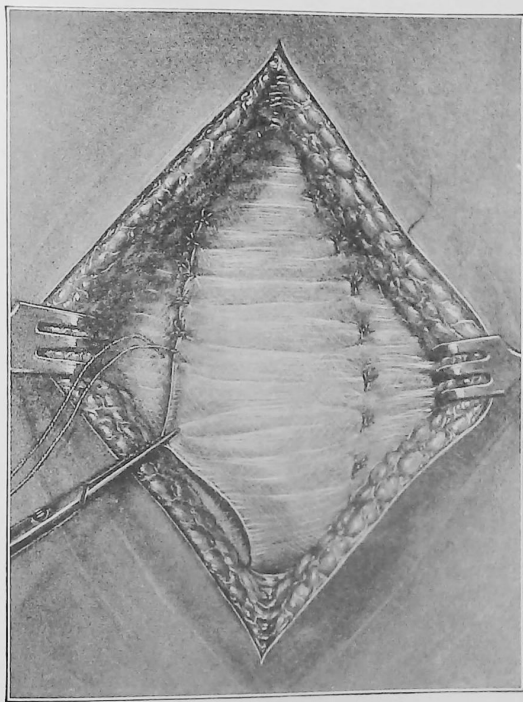


Fig. 1087.—Al efectuar la reparación de grandes hernias postoperatorias conviene hacer la imbricación lateral de la aponeurosis. (Watson: *Hernia*, The C. V. Mosby Co.)

la piel. Se pasa entonces una aguja curva y gruesa enhebrada con hilo de lino ("pagenstecher"), de fuera a dentro, por entre la aponeurosis y el peritoneo, a unos seis u ocho centímetros de distancia arriba del labio de la herida.

"Para proteger los tejidos intraperitoneales de la aguja, al penetrar ésta en la cavidad, es muy útil la concavidad de una cuchara grande de

mesa, según aconseja Monks. Se sacan luego el hilo y la aguja por la herida, y se da una firme puntada en forma de U por entre el borde del colgajo inferior, poco más o menos a unos seis milímetros del margen; vuélvese a pasar el hilo y la aguja por la herida, hacia la cavidad abdominal, y se introduce de dentro afuera, de suerte que salga la aguja a unos ocho milímetros de distancia y a un lado del sitio de entrada en el colgajo superior. Hácese a continuación una puntada semejante en cada lado de la primera, con catgut cromado grueso (Fig. 1,090), las cuales tres puntadas se aprietan, llevando de esta manera todo el espesor del colgajo inferior hacia abajo del colgajo superior (imbricación). Se levanta entonces el borde de dicho colgajo superior para descubrir el sitio de las puntadas,

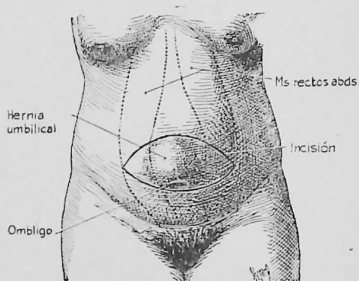


Fig. 1088

Fig. 1088.—Incisión que se hace para la herniorrafia umbilical.

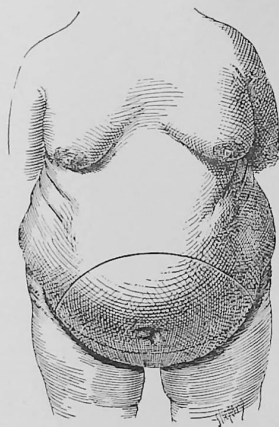


Fig. 1089

Fig. 1089.—Incisión para llevar a efecto la herniorrafia umbilical y la lipectomía. (Watson: *Hernia*.)

y si hay alguna abertura, se cierra con puntadas de catgut; hecho esto, se cose el colgajo superior a la cara superior de la aponeurosis del colgajo inferior, con puntadas continuas de catgut cromado (Fig. 1,091), y se suturan el tejido adiposo superficial y la piel. El encamamiento de la paciente ha de durar de doce a veinte días.

“Al Dr. A. J. Ochsner debo el perfeccionamiento de la técnica descrita, conviene a saber: tal como se ejecutaba al principio la operación, se cortaba lateralmente el orificio herniario, se despegaba el peritoneo del colgajo superior y se tiraba del colgajo inferior hasta colocarlo en uno como saco; los cuales tiempos son innecesarios. [Variación de Watson (Fig. 1,092).]”

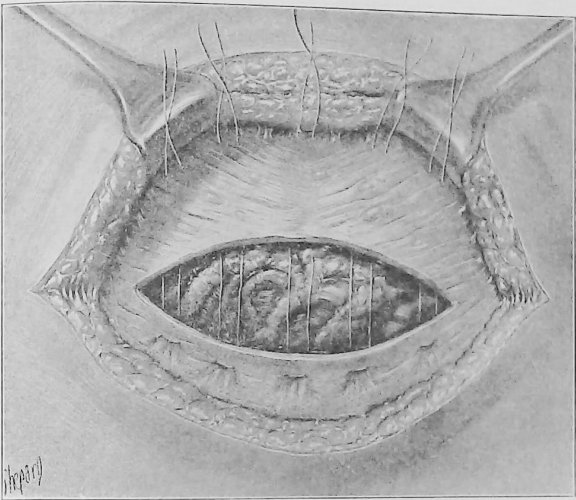


Fig. 1090.—Herniorrafia umbilical de Mayo. Watson: *Hernia*.)

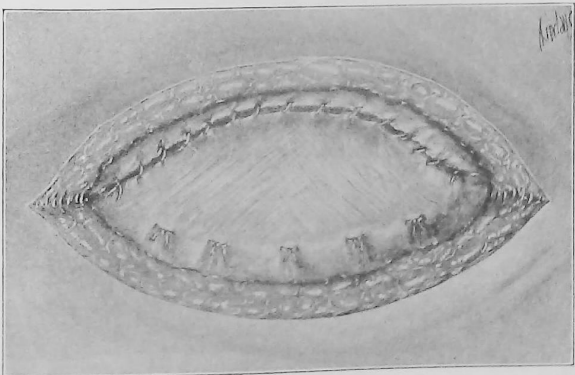


Fig. 1091.—Herniorrafia umbilical de Mayo ya terminada. (Watson: *Hernia*.)

Hernia inguinal.—El tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal se funda en la técnica de Bassini, perfeccionada por diversos cirujanos, entre otros Ferguson, cuya variación simplificada es muy conveniente para el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal en la mujer. Del libro titulado *Hernia*, de Watson (The C. V. Mosby Co.), copiamos la descripción de la técnica:

“Principiase la incisión sobre el ligamento inguinal (arco crural o ligamento de Poupart, A. T.), unos cuatro centímetros abajo de la espina iliaca ánterosuperior, se continúa hacia abajo y hacia dentro y termina sobre la hoz aponeurótica (tendón conjunto, A. T.), cerca del pubis (Fig. 1,093). Se despegan los bordes de la herida y se pone a la vista

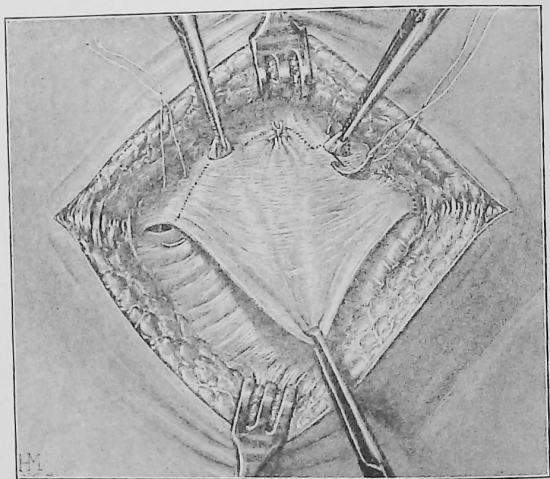


Fig. 1092.—Variación de Watson a la herniorrafia umbilical de Mayo. (Watson: *Hernia*.)

la aponeurosis del músculo oblicuo externo (oblicuo mayor u oblicuo interno, según la A. T.), cuyas fibras longitudinales (de la aponeurosis) se separan del músculo oblicuo interno (oblicuo menor o externo, A. T.) sobre un punto situado arriba del anillo inguinal abdominal (interno, A. T.) y a cierta distancia de él hacia un lado (Fig. 1,094). Se apartan los bordes de la aponeurosis para dejar a la vista el contenido del conducto inguinal y descubrir cualquiera irregularidad que hubiere en el origen del músculo oblicuo interno (menor) en el ligamento inguinal. Se despega el saco de los tejidos contiguos hasta el anillo inguinal abdominal (interno), se abre y se empuja su contenido hacia la cavidad del abdomen; se liga a continuación el cuello con una sutura

circular corrediza y se extirpa el saco arriba de la sutura-ligadura; al hacer esto, cae hacia la cavidad el cuello del saco, debajo del borde inferior del músculo oblicuo interno (menor). No se toca para nada el ligamento abdominal (interno), formado por la fascia transversalis; se suturan los músculos oblicuo interno (menor) y transversal al borde sobresaliente del ligamento inguinal (arco crural) (Fig. 1,095); se sobreponen y se suturan los bordes de la aponeurosis del oblicuo externo (mayor) (Figs. 1,096 y 1,097), después de lo cual se cosen los tejidos subcutáneos y la piel."

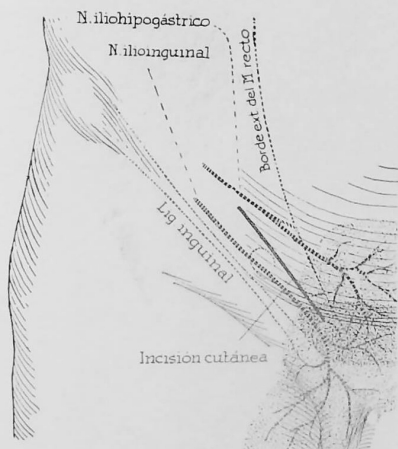


Fig. 1093.—Curso y distribución de los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal. (Watson: *Hernia*.)

Al hacer la incisión, ha de tenerse cuidado de no cortar el nervio ilioinguinal, que a menudo está adherido a la cara inferior de la aponeurosis del músculo oblicuo externo, poco más o menos tres centímetros arriba del anillo inguinal subcutáneo (externo) (Fig. 1,093). El nervio iliohipogástrico queda unos cuatro o cinco centímetros arriba del ilioinguinal. La rama genital del nervio génitofemoral acompaña al ligamento redondo. Si al hacer una ligadura se incluyesen en ella dichos nervios, se causaría una neuritis, y la división de ellos tendría como consecuencia la atrofia de los músculos, con la consiguiente debilidad de esa región y la tendencia a la recidiva de la hernia.

Al ejecutar alguna operación abdominal para tratar estados morbosos de la pelvis, se puede corregir la hernia inguinal pequeña por medio

de la *operación interna*, de la siguiente manera: se tira de la porción de intestino que forma la hernia, hacia dentro de la cavidad peritoneal y se cierra firmemente con puntadas de catgut crómico el anillo inguinal

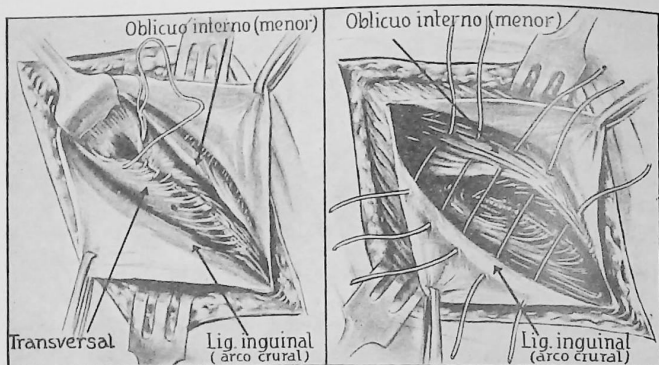


Fig. 1094

Fig. 1095

Fig. 1094.—Herniorrafia inguinal. (Remitimos al lector al libro *Técnica Quirúrgica en las Operaciones Abdominales*, del Dr. Julio L. Spivack, publicado por UTEHA, donde hallará en el capítulo XXIII una magnífica exposición de las diversas técnicas de la herniorrafia.)

Fig. 1095.—Herniorrafia inguinal. (Véase la nota de la figura 1094.)

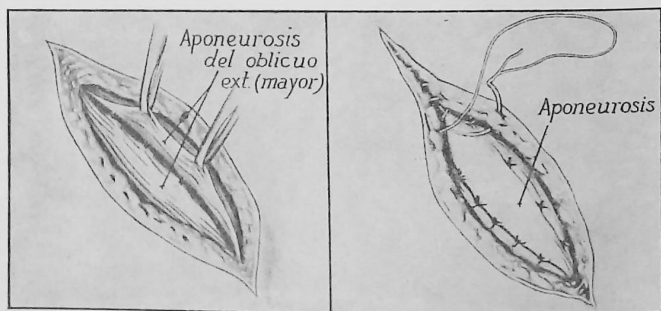


Fig. 1096

Fig. 1097

Fig. 1096.—Herniorrafia inguinal. (Véase la nota de la figura 1094.)

Fig. 1097.—Herniorrafia inguinal. (Véase la nota de la figura 1094.)

abdominal (interno), pero antes se escarifica el peritoneo parietal a efecto de que se forme fuerte cicatriz, y hasta conviene hacer las incisiones escarificantes por entre el peritoneo, a fin de lograr alguna unión de tejido

conjuntivo. En las primeras puntadas se incluirán los bordes fasciales del orificio de la hernia. Hecho esto, se sutura en todo el derredor el peritoneo para suprimir la flojedad y proteger aún más el orificio suturado de la hernia. Se procurará no dañar los vasos sanguíneos en el lado interno de dicho orificio (Fig. 1,098).

Hernia femoral.—La hernia femoral es la salida del peritoneo por entre el anillo femoral, donde forma un saco que contiene uno o más te-

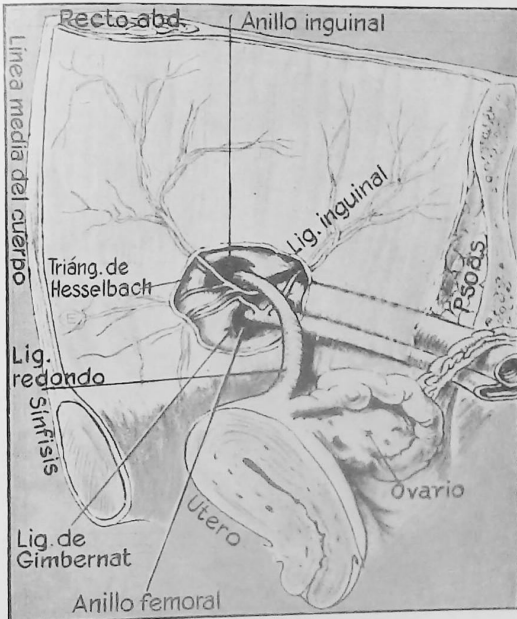


Fig. 1098.—Relaciones que guarda el anillo inguinal abdominal (interno) con los tejidos contiguos, vistos desde dentro. (Tomado, con algunas variaciones, de Kelly: *Operative Gynecology*, D. Appleton and Co.)

jidos y que está situado hacia dentro de la vena femoral y hacia fuera de la espina del pubis; arriba del saco se halla el ligamento o arco inguinal (Poupart), y detrás está el ligamento de Cooper. Es más frecuente la hernia femoral en la mujer que en el hombre, aunque no lo es tanto como la inguinal. Suele ser unilateral, y más frecuente en el lado derecho. A causa de la rigidez de los tejidos que forman el anillo femoral, es relativamente más frecuente la estrangulación.

Hay dos maneras de tratar por medio de la operación la hernia femoral: el método vertical o inferior (que se ejecuta debajo del arco inguinal), y el oblicuo o superior (que se lleva a efecto arriba de dicho arco o ligamento), de los cuales es de preferir el segundo, ya que permite el tratar cualquiera complicación visceral, como por ejemplo, el daño causado por la estrangulación; demás de esto, se pueden distinguir mejor los tejidos, es más fácil hacer la sutura y se liga más arriba el saco (Fig. 1,099).

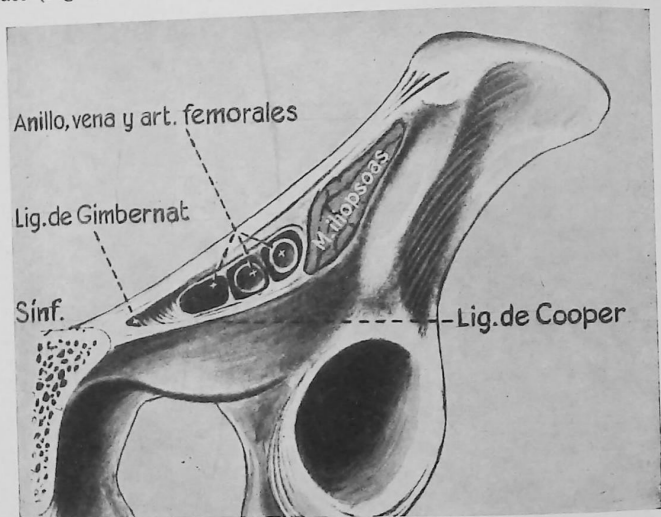


Fig. 1099.—Relaciones que guarda el anillo femoral con la vena femoral, el ligamento inguinal (arco crural o de Poupert), el ligamento de Cooper y el de Gimbernat. (Seelig: dibujo inédito.)

La técnica de la operación es la siguiente¹:

"*Vía femoral (operación de Bassini).*"

"*1er. tiempo.*—La incisión cutánea principia un centímetro y cuarto arriba del ligamento inguinal (Poupert), se hace hacia abajo, en un trecho de ocho a diez centímetros sobre el conducto femoral (crural), paralela-

¹ En lugar de la cita que hace el autor de la técnica descrita por Seelig y Tuholske (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Vol. 18, 1914), la cual descripción no me parece muy clara, y que sólo comprende la operación por vía inguinal, he preferido copiar la descripción que hacer el Prof. Spivack de ambas técnicas (por vía femoral y por vía inguinal), en su libro *Técnica Quirúrgica en las Operaciones Abdominales* (UTEHA, 1937), la cual descripción es breve y clara. (N. del T.)

mente a los vasos femorales. Se descubre bien el margen falciforme de la fascia lata.

"2º tiempo.—Se dividen la fascia cribosa (cribiforme) y la transversalis; se coge el saco y se despega del tejido adiposo que lo rodea. No hay que olvidar que la vena femoral está muy próxima al cuello del saco y hacia el lado externo de éste. La liberación del saco se hace desde el sitio donde

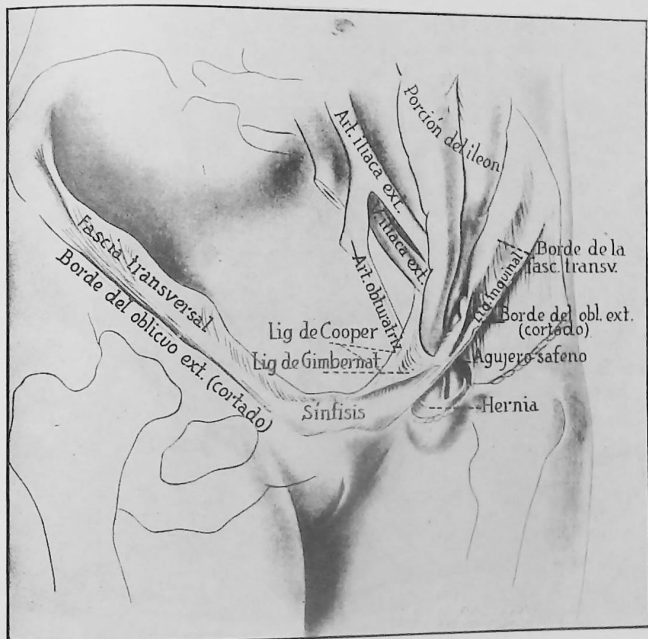


Fig. 1100.—Diseción de la pelvis femenina, con el propósito de poner a la vista las relaciones de la hernia femoral. La pelvis está un tanto inclinada hacia delante y se la ve desde el lado derecho de la paciente. (Seelig y Tuholske: *Surg., Gynec. and Obst.*)

comienza a dilatarse nuevamente en la cavidad peritoneal, sitio que se halla más abajo del cuello. Ahí se hace la transfixión del saco mencionado, con catgut cromado, y se corta la porción sobrante del mismo, arriba de la ligadura.

"3er. tiempo.—Se obliteran el conducto y el anillo femoral, del modo siguiente: con tres o cuatro puntadas de catgut cromado, se unen el ligamento de Cooper y el inguinal (Poupart), dando la puntada más interior

en un punto del ligamento de Cooper próximo a la espina del pubis; la otra se da un centímetro y cuarto más afuera, y la tercera a un centímetro y cuarto de distancia y hacia el lado interno de la vena femoral. Estas tres puntadas se dejan sin anudar. A continuación se dan otras tres o cuatro puntadas separadas que unan el margen del proceso falciforme con el ligamento de Cooper. Se anudan entonces los cabos de todas las

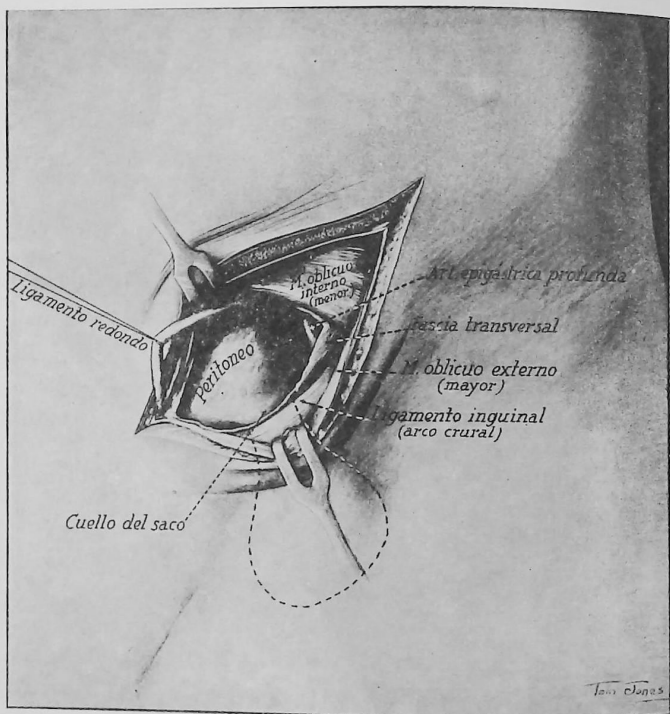


Fig. 1101.—Dividense sucesivamente la piel, el tejido subcutáneo, el músculo oblicuo externo (mayor) la fascia transversalis, y se apartan los bordes de la herida. (Seelig y Tuholske: Surg., Gynec. and Obst.)

suturas, comenzando en las superiores, esto es, las que unen el ligamento inguinal al ligamento de Cooper, siguiendo luego con las inferiores.

"4º tiempo.—Se hace la reconstrucción del tejido cutáneo. En vez de dar varias puntadas separadas, se pueden unir el ligamento inguinal

y el proceso falciforme, al ligamento de Cooper, por medio de una sutura circular corrediza. A esta maniobra se le da el nombre de método de Cushing y fué descrito en el año de 1888. Los efectos son idénticos a los del método de Bassini.

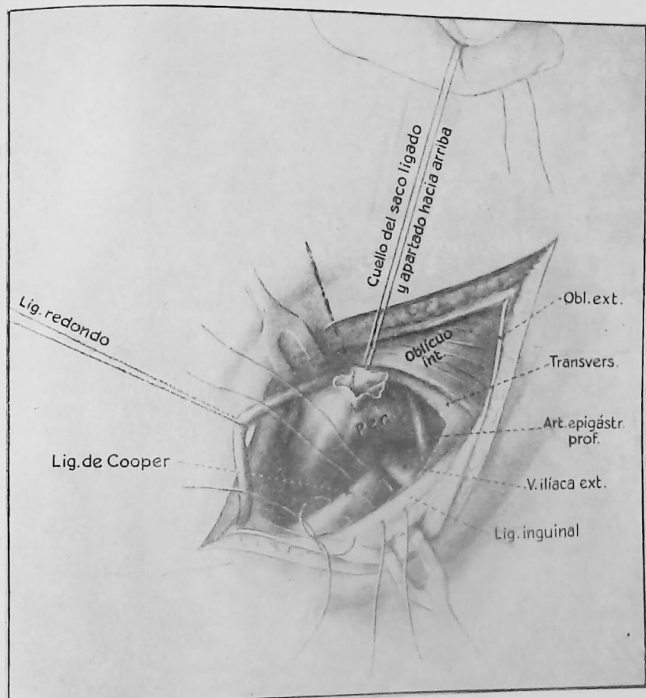


Fig. 1102.—Luego de exteriorizar el saco, se liga bien arriba y se corta; nótese las tres puntadas de catgut cromado para cerrar el anillo femoral. (Seelig y Tuholske: *Surg., Gynec. and Obst.*)

“Vía inguinal.

“*1er. tiempo.*—*Incisión de los tegumentos y descubrimiento del saco.*— Se hace una incisión de diez centímetros de longitud, semejante a la de la herniotomía inguinal, con la única diferencia de que el extremo superior queda un poco más abajo que en la segunda, y el inferior llega hasta la espina del pubis. Los colgajos aponeuróticos se despegan de los tejidos adyacentes, después de lo cual se descubre y se levanta el cordón espermiático (o el ligamento redondo). Por medio de separadores se apartan

hacia arriba y hacia dentro el labio superior de la aponeurosis del músculo oblicuo externo (mayor), el oblicuo interno (menor), la hoz aponeurótica inguinal (tendón conjunto) y el ligamento redondo. Se aparta hacia abajo y hacia fuera el labio inferior de la aponeurosis del músculo obli-

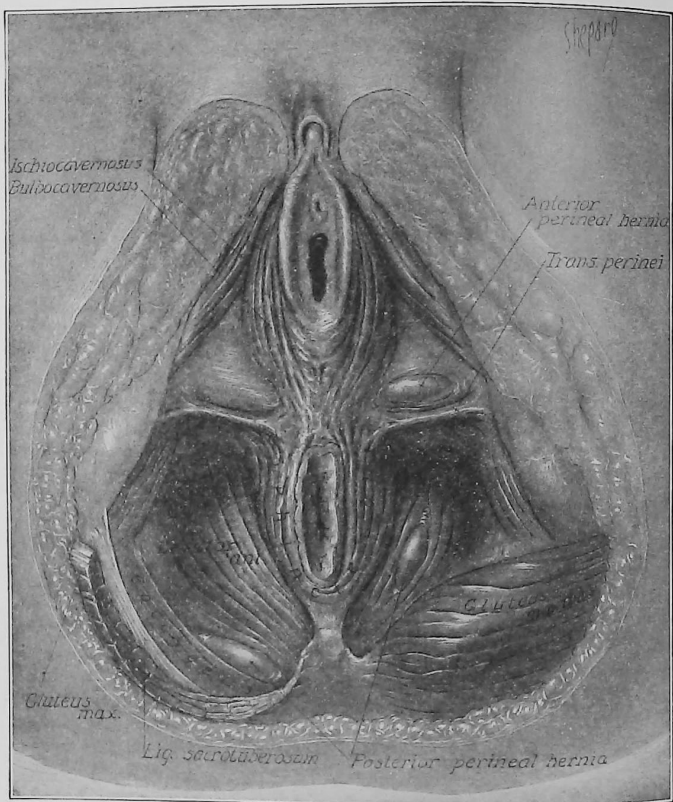


Fig. 1103.—Relaciones que guarda con los tejidos contiguos la hernia perineal, y distintos sitios donde puede formarse. (Watson: *Hernia*: The C. V. Mosby Co.)

cuo externo (mayor). Con la separación de estos tejidos queda visible la fascia transversalis, la cual se corta en el lado interno de los vasos epigástricos profundos y paralelamente a éstos. Los vasos se apartan hacia fuera. (Si dichos vasos se interpusieren en la trayectoria de la

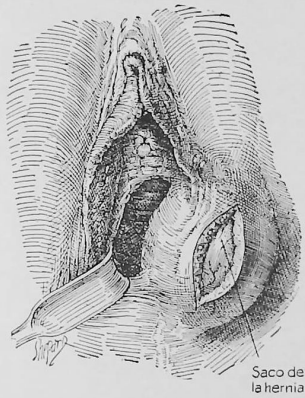


Fig. 1104.—Hernia perineal anterior; cuando sólo llega hasta la porción posterior del labio mayor, se le da el nombre de hernia "pudenda" o "vaginolabial". (Watson: *Hernia*.)

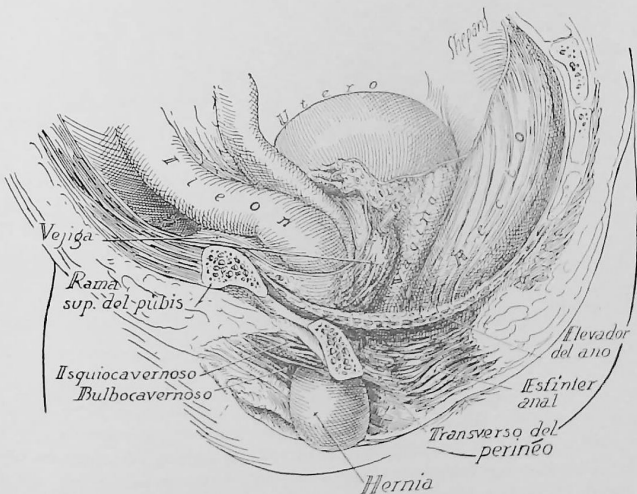


Fig. 1105.—Hernia perineal anterior representada en corte longitudinal en la línea media, para poner a la vista sus relaciones dentro y fuera de la pelvis. (Watson: *Hernia*.)

incisión, serán divididos entre dos ligaduras.) Con esta maniobra queda descubierto el peritoneo, así como su prolongación hacia el cuello del saco femoral.

"2º tiempo.—*Tratamiento del saco.*—Se abre el cuello del saco y se restituye su contenido a la cavidad peritoneal. Se introducen luego unas pinzas en dicho saco; se pellizca el fondo de éste con ellas y se tira de él para despegarlo de su lecho y volverlo hacia fuera. Se liga el cuello por

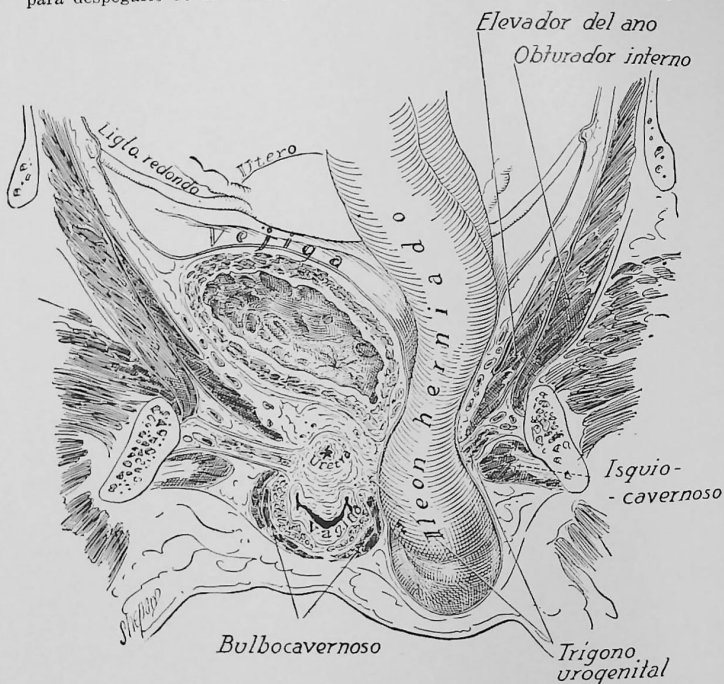


Fig. 1106.—Hernia perineal anterior representada en corte transversal, para hacer manifiestas sus relaciones con el labio mayor. (Watson: *Hernia.*)

transfixión con catgut cromado, y se corta el saco arriba de la ligadura. (Caso que no se pudiese volver hacia fuera el saco por haber adherencias entre éste y su lecho en el conducto femoral, hay que hacer una nueva incisión cutánea, siguiendo el curso del conducto mencionado, para descubrir el saco y despegarlo.)

"3er. tiempo.—*Obliteración del conducto femoral.*—Con hebra de catgut cromado N° 3, o de lino celoidinizado Pagenstecher N° 3, se sutura el

ligamento de Cooper al ligamento inguinal en un punto situado en el lado externo de la vena femoral o inmediato a ésta. Se dan otras dos o tres puntadas semejantes, en el lado interno de la primera, la última de las cuales incluye también el ligamento lagunar (Gimbernat). Todas las puntadas deben incluir los labios de la fascia transversalis. No hay que anudar los hilos sino hasta después de haber insertado todas las puntadas. Se pasa luego otra hilera de puntadas, que unan el músculo oblicuo interno (menor), la hoz inguinal (tendón conjunto) y la aponeurosis del oblicuo externo (mayor), con el ligamento inguinal, siguiendo una línea situada inmediatamente hacia fuera de la primera hilera. Se descansa luego el ligamento redondo sobre la pared posterior del conducto que se acaba de formar. Se sutura encima del ligamento redondo el labio inferior de la aponeurosis del músculo oblicuo externo, a la cara anterior del labio superior de dicha aponeurosis. Se hace la coaptación de los labios de la herida cutánea por medio de grapas de metal o de sutura dermal."

Cuando se lleve a efecto alguna operación pélvica por vía abdominal, se puede ejecutar la *operación interna* para corregir la hernia femoral, con tal que no se hallen adherencias que lo impidan, y siguiendo los mismos principios que la operación semejante para tratar la hernia inguinal (Fig. 1,098). Antes de hacer ninguna incisión profunda, por ejemplo, en el ligamento de Gimbernat o lagunar para suprimir alguna constricción, se cerciorará el cirujano de que no hay ningún vaso sanguíneo irregular o anómalo.

Hernia perineal.—Se emplea el término general "hernia perineal" para designar todas las hernias que se presentan por entre el estrecho pélvico inferior, en la región vaginal, de las cuales la más común es la de la excavación rectouterina (hernia del "*fondo de saco*"), que se forma entre la vagina y el recto, y que a veces ocasiona el descenso total de la excavación rectouterina ("*fondo de saco*" de Douglas), entre la vagina y el recto, hasta el perineo. En el capítulo IX (Figs. 625 a 637), al hablar del prolapso, con el cual está íntimamente relacionada esta variedad de hernia, tratamos del diagnóstico diferencial de ella y de la operación quirúrgica para corregirla.

Las hernias de esta clase que se forman en las porciones laterales, se clasifican en perineales anteriores y posteriores, según la relación que guarden con el músculo transverso del perineo (Figs. 1,103 a 1,106). La hernia perineal ha de ser diferenciada del lipoma de la pelvis y de los quistes profundos, lo cual se dificulta a veces, en particular cuando no hay síntomas intestinales característicos.

Tratamiento.—En el propio lugar hablamos ya del tratamiento de la hernia de la excavación rectouterina (Figs. 625 a 637); las demás variedades de hernias perineales son tan raras y variables, que cada una ha de ser estudiada y tratada según las particulares circunstancias del caso. Watson, en su libro sobre hernia antes mencionado, dice lo siguiente:

“Sólo se llevará a ejecución el tratamiento de la hernia perineal, cuando sea bueno el estado de la paciente y haya probabilidades razonables de que se pueda cerrar el orificio. En ocasiones es tan intenso el dolor y son tan grandes las molestias, que se hace imperiosa la operación quirúrgica, y si hubiere estrangulación se procederá en el acto a dicho tratamiento quirúrgico, para suprimir la constricción y procurar la obliteración del anillo herniario. Caso que, además de la hernia, haya prolapso del útero o del recto, se debe corregir dicho defecto luego de tratar la primera.

“Hay dos medios de ejecutar la herniotomía perineal, a saber: la vía abdominal y la vía parineal.

“De ordinario se prefiere la *vía abdominal*, que permite más fácilmente la reducción de hernias no estranguladas, y caso que hubiere estrangulación y gangrena se puede hacer la resección sin necesidad de efectuar otro corte, como sucedería si se emplease la vía perineal; demás de que es más fácil tratar el saco y hay mejores probabilidades de cerrar el orificio o anillo hernial.

“Se coloca a la paciente en posición de Trendelenburg, se hace un corte en la línea media debajo del ombligo, se pone a la vista el anillo herniario, se reduce la hernia y, cogiendo por dentro su extremo inferior con unas pinzas, y haciendo tracción, se invagina el saco. Si el orificio es pequeño, se extirpa el antedicho saco, se reavivan los bordes musculares y se unen; pero si es grande la hernia, se dobla sobre sí mismo el saco y se sutura sobre los músculos, para reforzar la obliteración del orificio. Algunas veces se extirpa la porción central del saco, dejando colgajos anterior y posterior, los cuales se sobreponen y suturan.

“Thomas operó a una paciente que tenía una gran hernia perineal que sobresalía por la vulva y llegaba hasta la mitad de los muslos. Luego de reducir la hernia, invaginó el saco y lo suturó a la pared abdominal, a la altura del ángulo inferior de la celiotomía; no hubo recaída. Grattan observó una hernia perineal anterior que llegaba hasta la porción superior del muslo y cuyo saco contenía todo el colon sigmoideo; la redujo fácilmente y no extirpó el saco; el «anillo» herniario tenía forma triangular y logró cerrarlo totalmente con puntadas en forma de U que reforzó suturando a él el ligamento ancho. Sutura el colon sigmoideo al músculo psoas izquierdo, para evitar que se volviera a desviar hacia la región del orificio herniario.

“Nunca debe recurrirse a la *operación perineal* cuando haya síntomas de estrangulación; no obstante el ser la vía perineal más directa y el dejar ver mejor la hernia que la vía abdominal, ofrece mayores dificultades la sutura del orificio interno.

“Por lo común se hace el corte cutáneo en el lado medial del músculo constrictor de la vagina y paralelo a él. Bottini propuso hacer la in-

cisión paralela a la rama ascendente del isquion. Por medio del despegamiento digital o con instrumento sin filo, se descubre la fosa isquio-rrrectal, y caso que el orificio del suelo pélvico fuere grande, se agrandará la incisión hacia atrás, hasta el músculo esfintérico y se dividirá el transversal del perineo. Es preciso abrir con mucho cuidado el saco, ya que a veces contiene la vejiga que en ocasiones queda fuera del peritoneo. Luego de reducir el contenido de la hernia, se dobla el saco sobre sí mismo con puntadas de parte a parte y se coloca en el orificio interno, para que sirva de tapón y para reforzar la costura; ejecútase a continuación una operación plástica en la cual se utilizan los músculos y la fascia (aponeurosis), y se cierra el orificio hernial lo más firmemente posible."

CAPÍTULO XVIII

LOS SÍNTOMAS NERVIOSOS Y MENTALES

EN RELACIÓN CON LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Tocante a este asunto, se ofrecen las siguientes preguntas:

- I. ¿Conviene la operación quirúrgica?
- II. Caso que conviniera, ¿cuándo ha de ejecutarse la operación, antes o después del tratamiento neurológico?
- III. Al llevar a efecto la operación, ¿ha de ser el cirujano más o menos conservador que si operara a una mujer cuyo sistema nervioso es normal?

I. ¿Conviene la operación?

Este es uno de los más difíciles problemas que tiene de resolver el ginecólogo, conviene a saber: el hacer la debida evaluación de los síntomas pélvicos en pacientes nerviosas (empleamos aquí el término "nerviosas" con el significado que de ordinario se da al vocablo). Tomemos, por ejemplo, una enferma que al parecer experimenta mayores perturbaciones que serían de esperar, dadas las circunstancias, y que quizás padezca alguna enfermedad de los órganos pélvicos, a la cual enfermedad, no obstante, no se le pueden achacar todos los trastornos nerviosos. En tales casos, es preciso determinar la causa de la inestabilidad del sistema nervioso, pues mientras no se averigüe ésta, será una circunstancia desconocida que acaso tenga importante relación con el padecimiento pélvico, o que quizás fuera de consecuencia tocante a la decisión de poner por obra el tratamiento quirúrgico.

Muchas veces la decisión de llevar a efecto dicho tratamiento quirúrgico se funda principalmente en los síntomas, a saber, las manifestaciones subjetivas que, según se cree, son causadas por la enfermedad, y sólo en contadas ocasiones se hace la decisión fundada tan sólo en las manifestaciones objetivas; de lo que es consiguiente inferir que las más de las veces se ve obligado el cirujano a interpretar los síntomas, cuya interpretación ha de servirle de guía.

Los síntomas son las manifestaciones externas, o el comportamiento del individuo, considerado como entidad, y, por tanto, la resultancia de las diversas fuerzas que obran sobre dicha entidad. Se tiene por cosa averiguada que algunas perturbaciones sintomáticas son ocasionadas en gran manera por ciertas alteraciones en la estructura, pero aun tales sín-

tomas dependen de mudables circunstancias que los hacen variar considerablemente en las diversas pacientes, siquiera padezcan la misma enfermedad orgánica; razón por la cual la sintomatología ha de tener muy presente las mudables manifestaciones subjetivas.

Por lo común las antedichas manifestaciones subjetivas (la enfermedad que dice padecer la paciente) guardan relación bastante uniforme con determinadas y precisas perturbaciones locales que, ora han progresado hasta convertirse en alteraciones de la estructura, o bien están aún ceñidas a la calidad de trastornos funcionales. Otras veces las manifestaciones subjetivas son por extremo mayores que las perturbaciones locales, lo cual ha de servir para indicarle al médico que hay alguna otra circunstancia con ellas relacionada; y por último, hay ocasiones en que se presentan violentas manifestaciones subjetivas sin ninguna perturbación local en la región donde son más intensos los síntomas. Vemos, pues, cómo varía la relación entre los síntomas locales y el estado morbozo local, desde casi la total dependencia en personas normales, hasta la total independencia en ciertos sujetos anormales.

Ahora bien, si en alguna mujer de este último grupo coincidiera el "dolor psíquico" con algún verdadero estado morbozo de los órganos pélvicos, tendrá el ginecólogo que resolver un complicado y peligroso problema. Es a saber: por un lado la paciente demanda alivio inmediato de sus dolencias; por otro, la enfermedad descubierta por el médico es de tal naturaleza que bien puede ocasionar dichos síntomas, y curarse por medio de una operación quirúrgica. En cambio, sucede tal vez que no hay relación alguna de causa y efecto entre el estado morbozo y los síntomas, que son tan sólo coincidentes. Huelga el decir que en tan dificultoso trance debe el cirujano conocer sin género de duda, cuáles son los síntomas que origina la particular enfermedad, demás de saber con gran certeza qué síntomas se pueden presentar en aquella particular región, provenientes de otras causas.

Los síntomas son señales que dan indicios de trastornos de la función, enviadas por un delicado sistema transmisor: el sistema nervioso, y cuya exactitud tocante a su veracidad y a su origen, según las recibe el médico, está subordinada al eficaz funcionamiento de los alambres y de las estaciones transmisoras. De lo que se sigue que, al justipreciar los síntomas para fundar en ellos el pro o el contra del tratamiento quirúrgico, decisión de graves consecuencias, se tendrán muy presentes posibles errores en la transmisión o la interpretación de ellos, ya que provienen de multitud de tejidos y órganos profundos, y trasladados al médico por la paciente según su propia interpretación.

El sistema nervioso en su notable facultad de gobernar todos los procesos y actividades relacionados con la vida, tiene a su cargo tres grandes funciones: la vegetativa, la sensoriomotriz y la psíquica, cada una de las cuales, en el orden mencionadas, es sucesivamente más compleja, más variable y más propensa a que se hagan de ella erróneas interpretaciones. El sistema nervioso vegetativo gobierna los procesos metabóli-

cos de la nutrición y del crecimiento, así como la involución y las actividades vitamínicas y endocrinas. Aunque complicadas, sus funciones son bastante estables y por lo común se pueden interpretar mediante el examen fisicofuncional y químico (métodos de laboratorio).

El sistema nervioso sensoriomotor suministra la debida relación proporcionada entre los diversos órganos sensorios y motores, a efecto de unificar y armonizar sus funciones con las del sistema vegetativo y con otras actividades orgánicas. Su estudio constituye lo que de ordinario se denomina con el término "neurología", e incluye las funciones y los trastornos de los sistemas nerviosos periférico y central; los síntomas que de ellos provienen son ocasionados por alteraciones morbosas que se pueden diagnosticar mediante experiencias objetivas y otros métodos de exploración.

Las manifestaciones psíquicas son aún más complejas y difíciles de interpretar; se relacionan con la adaptación del individuo al medio ambiente, lo cual encierra multitud de circunstancias, turbaciones del ánimo, ansias, alegrías y sobresaltos. Son dichas manifestaciones mentales las que esconden o desfiguran más intensamente la verdadera causa de los síntomas, y su interpretación apresurada o poco juiciosa conduce a menudo a graves errores que pueden ser de mucha consecuencia en cirugía.

Dejadas aparte las especulaciones y teorías acerca de este asunto, pasemos a tratar de algunos puntos de interés real que se relacionen con el tratamiento de estas enfermas. Cuando se le presente al médico alguna de estas pacientes "nerviosas" que padezca síntomas de trastornos pélvicos, ha de proceder de la siguiente manera:

1º Escribese con exactitud la anamnesia y hágase minuciosamente el examen, con el fin de indagar: (a) todas las molestias que experimente la enferma, y (b) el estado actual de los órganos pélvicos.

2º Procúrese cuanto es en sí el determinar hasta qué grado la enfermedad es la causa de los síntomas. En esta clase de pacientes se verá que muchos de ellos no pueden ser atribuídos al estado morbo.

3º Procúrese luego averiguar cuál pueda ser la causa de los síntomas no atribuibles directamente a la enfermedad de los órganos pélvicos, cerciorándose de si son ocasionados por perturbaciones de la nutrición, por hemorragia, por trastornos gástricos, por insomnio, dolor, perturbaciones endocrinas o vitamínicas, alergia. Los exámenes que se hagan llevarán puesta la mira en determinar si los antedichos síntomas tienen su origen en alguna otra enfermedad local o general relacionada con el sistema vegetativo, con manifestaciones psíquicas.

4º Puesto que, bien pudiera suceder que hubiera alguna enfermedad del sistema sensoriomotor, invéstiguese la parte de dicho sistema correspondiente a los órganos pélvicos, para cerciorarse de si hay perturbaciones dolorosas (neuralgia, neuritis) y parálisis local, las cuales deben tener parte en el diagnóstico y en el tratamiento. Hay además

ciertas enfermedades generales del sistema nervioso con manifestaciones pélvicas, que causan confusión en el diagnóstico.

Como es de suponer, el reconocimiento de tales enfermedades de los sistemas nerviosos periférico y central, depende del conocimiento que tenga el cirujano de las diversas manifestaciones de cada una de ellas, así como del estudio minucioso de los síntomas que diga experimentar la paciente; este asunto pertenece al diagnóstico diferencial y no podemos tratar de él pormenorizadamente. Baste tan sólo poner aquí de manifiesto esta clase de enfermas, respecto de las cuales debe el médico poner por obra especiales investigaciones del sistema nervioso.

5º Sucede a veces que la enferma padece neurosis o psicosis, cualquiera de las cuales puede tener relación causal con la enfermedad de los órganos pélvicos, como acontece en la psicosis tóxica ocasionada por infección aguda o subaguda de los órganos genitales femeninos. En tales circunstancias suele haber signos objetivos de inflamación pélvica.

Otras veces no hay ninguna lesión en los órganos genitales y el dolor que experimenta la enferma en esa región, es tan sólo de origen psíquico; tales molestias pueden ser constantes o periódicas, y provocadas por alguna circunstancia especial. Tocante a la naturaleza del dolor, es ora intenso, ora moderado, o bien una sensación de peso o de tracción o estiramiento.

Claro, para hacer la debida diferenciación, preciso es efectuar el examen minucioso de todos los órganos pélvicos y tejidos contiguos, con el fin de excluir del diagnóstico cualquier estado morbozo que pudiera ser causa de las molestias. Dicho examen ha de incluir las investigaciones endocrinas y de la alergia, así como el examen nervioso y psíquico. No pocas veces es menester suprimir alguna enfermedad local, con el fin de excluirla como causa, pues no siempre es posible diferenciar la índole del dolor sino hasta después de haber observado los efectos de la operación. Ni tampoco la mejoría postoperatoria excluye del diagnóstico la naturaleza psíquica de la enfermedad o del dolor, a menos que haya transcurrido tiempo suficiente para que se desvanezca todo efecto de la sugestión. Caso que el dolor sea de origen psíquico, volverá al cabo de cierto tiempo, después del alivio temporal, y si se extirpó el órgano al cual se le achacaba, se le atribuirá entonces a algún otro órgano o tejido pélvico, o a cualquiera otra región del cuerpo. Vamos a relatar el caso de una doliente que nos parece por extremo interesante:

Una mujer de cincuenta años de edad, que había pasado ya el período de la menopausia, se quejaba de molestia en la pelvis, cuya mayor intensidad estaba en la vagina y en el útero, y que llegaba hasta la vejiga y el recto. Sentía dolor molido pero continuo hasta los muslos y las rodillas, y la molestia antedicha consistía en sensación de peso o presión, de llenura, ardor, dolencia moderada e hiperestesia sexual. Al efectuar la exploración se halló retrodesviado el útero, el cual estaba en estado de involución y al parecer no era la causa de los síntomas. No descubrimos ningún signo de neoplasma ni tumefacción inflamatoria, ni tampoco ninguna otra circunstancia a qué atribuir los trastornos. Enviamos a la enferma una que se le hiciese el examen neurológico, y el informe del neurólogo fué en el

sentido de que no había enfermedad orgánica alguna del sistema nervioso central, pero que eran evidentes las notables perturbaciones mentales relacionadas con la molestia local, tanto así que la paciente pensaba suicidarse si no conseguía alivio. Se efectuaron los exámenes vesical y rectal y no se descubrió ningún estado morboso. Se hizo nuevamente la exploración de los órganos genitales y tampoco hallamos ninguna causa manifiesta de las antedichas perturbaciones, pues si bien el útero retrodesviado era un tanto cuanto doloroso a la presión, no se podía decir que lo fuera más de lo que suele serlo en esta clase de pacientes hipersensibles. Así, pues, optamos el tratamiento del sistema nervioso.

Agravóse sobremanera el estado de la paciente, hasta el punto de volverse desesperado. Hizose una vez más el examen pélvico, que resultó infructuoso, hasta que, por último, decidimos en junta de médicos llevar a efecto la división quirúrgica de las raíces posteriores de los nervios espinales, que ejecutó con gran maestría un cirujano de gran experiencia en esta rama de la cirugía.

La enferma tuvo una convalecencia sin incidentes, pero de resultas de la operación se presentó la parcial incontinencia rectal y vesical, sin que hubiese experimentado la paciente ningún efecto beneficioso permanente. Cierto, hubo algún alivio temporal, pero al cabo de algunos meses se había agravado de manera la enfermedad, que hubimos de meditar nuevamente y buscar con ahinco algún medio de aliviarla. A la sazón la molestia principal consistía en dolor presivo cuya mayor intensidad estaba en el recto y regiones contiguas, el cual dolor llegaba hasta las rodillas; quedaban aún algunas perturbaciones de la vejiga y del recto, que requerían el cateterismo para extraer la orina sobrante ("residual") un día sí y otro no. Los nuevos exámenes que se hicieron no arrojaron ninguna luz, sino que, a causa de que el útero retrodesviado hacía leve presión sobre el recto, no era posible excluir totalmente esta circunstancia como causa del dolor. Así, pues, luego de nuevas juntas de médicos determinamos efectuar la histerectomía y, al mismo tiempo, explorar la pelvis por si acaso hubiese algún estado morboso que no fuera posible diagnosticar por la palpación externa. La cual operación se llevó a efecto sin haber hallado ninguna otra lesión, y al recuperarse la enferma de la histerectomía experimentó poco más o menos las mismas molestias que primero.

Guardamos vivamente en la memoria el recuerdo de esta enferma, en especial porque a la postre le cogió ojeriza a todos sus médicos y llegó a odiarlos entrañablemente, pagando con esta moneda sus cuidados y su solícita diligencia. Acertó a ser esta dolienta la viuda de un médico; ministráronsele, pues, todos los auxilios que podía ofrecerle la medicina moderna y no se escatimó ningún esfuerzo por lograr su curación. Mas a despecho y pesar de todo cuanto se hizo, el remedio convirtiéndose en peor daño, pues no sólo se acrecentaron sus males sino que se le enconaron los ánimos en contra de todos aquellos que habían procurado asistirle, hasta el punto de aferrarse en la obsesión del suicidio, de tal suerte que hubo de tenérsela en continua y estrecha vigilancia para impedir que lo consumase.

El mayor gasto que tenga de hacer la enferma con motivo de los exámenes neurológicos, es asunto que no ha de pasarse inadvertido. Algunas pacientes que vislumbran la necesidad de tales exámenes, o que han sido informadas respecto de su enfermedad nerviosa, aprueban gustosas la proposición del ginecólogo de ser examinadas por un neurólogo; pero a otras no se les alcanza la razón de por qué han de consultar a dicho especialista, pues están convencidas de que su enfermedad es meramente de origen pélvico, o bien porque han tomado inútilmente medicinas para "los nervios". Por lo común se desvanecerán tales objeciones si el médico les hace la exposición clara de las circunstancias, y en especial si les trae

a la memoria el que han sido tratadas por muchos meses, o quizá por varios años, sin haber tenido ningún alivio, razón por la cual es ya tiempo de que se investigue debidamente su enfermedad hasta dar con la verdadera causa.

De cuando en cuando se topa el ginecólogo alguna paciente que rehúsa terminantemente el estudio neurológico, y en tales casos, si son muy señalados los síntomas nerviosos ha de negarse el facultativo a ejecutar ninguna operación quirúrgica, ya que con ella pudiera provocar gravísimos desequilibrios nerviosos. Por otra parte, son cabalmente estas pacientes que no quieren aceptar la razón, las que cifran grandes esperanzas en la operación quirúrgica creyendo que con ella sanarán del todo; y al fin y al cabo, si no experimentan todo el alivio que ellas esperan, quedan descontentas e insatisfechas, aun cuando los síntomas no tengan ninguna relación con la enfermedad que motivó el acto quirúrgico. Cuando en tales casos logramos reparar en ello, preferimos no tratar a la paciente.

Cuando la enferma al consultar con el ginecólogo ha hecho ya por sí propia el diagnóstico de su mal y no es posible convencerla de lo contrario, a pesar de las pruebas evidentes que se le presenten, debe el médico estar avisado y obrar con cautela, ya que las persistentes manifestaciones y la idea fija de que padezca alguna enfermedad pélvica, que en realidad no hay, pueden ser a causa de algún grave trastorno mental. Por otra parte, sucede a veces que tales manifestaciones imaginarias son nacidas del intento deliberado de engañar al médico, con el único propósito de obtener de él alguna opinión que sirva de evidencia confirmatoria en un litigio judicial de divorcio, o en alguna demanda de daños y perjuicios, o bien con la esperanza de que el facultativo ponga por obra algún tratamiento que provoque el aborto.

II. ¿Cuál es el tiempo más oportuno para ejecutar la operación quirúrgica?

Presupuesto el que sea menester la operación quirúrgica además del tratamiento adecuado para curar alguna perturbación nerviosa, debe el cirujano determinar si conviene la operación antes o después del tratamiento nervioso. En tales casos, se pondrá primero en ejecución el tratamiento más urgente, según lo requieran las circunstancias, y cuando no hubiere ninguna urgencia serán útiles los siguientes consejos:

Si es evidente que tarde o temprano será menester la operación, suele ser preferible operar primero y empezar el tratamiento nervioso poco después de la operación, de manera que se continúe mientras dura la convalecencia en el hospital; además, se prolongará el encamamiento todo el tiempo que sea necesario para que empiece a surtir buen efecto el tratamiento medicamentoso, el cual se puede continuar eficazmente en la casa de la enferma.

Si por acaso el estado morbozo tuviere dudosa relación causal con los síntomas, convendrá entonces llevar a efecto el tratamiento neurológico antes de la operación, pues sucede no pocas veces que cuando aquél va bien encaminado, experimenta la enferma tal alivio que es innecesario el tratamiento quirúrgico.

Tocante a esto, queremos encarecer la frase "tratamiento bien encaminado", ya que la experiencia nos enseña que multitud de veces las disposiciones terapéuticas para curar ciertas enfermedades nerviosas de la mujer son de todo en todo inadecuadas. Muchos médicos creen que el hacer el diagnóstico de neurastenia, y en particular de histeria, los excluye de toda responsabilidad, pues opinan que siendo el trastorno de origen "nervioso", la enferma tiene hasta cierto punto la culpa de su padecimiento y que puede curarse por sí sola cuando así lo desee. En hecho de verdad, el diagnóstico de neurastenia o de histeria ha de ser prueba más que suficiente para el médico, de que se haya frente a un problema de difícil situación, pues para aliviar a tales pacientes se requieren a menudo habilidad, pericia, maña, preparación, originalidad, discernimiento y energía, cualidades muy difíciles de hallar en la clase médica, y en comparación con las cuales son, por decirlo así, tortas y pan pintado la extirpación de un neoplasma o la escisión de tumores inflamatorios.

El tratamiento que requieren las pacientes neurasténicas o histéricas es tan real, tan enérgico y terminante como el que ha menester la tuberculosis o la fractura de algún miembro. Ciertamente, es de diversa índole y ha de ser aplicado previa comprensión de los intrincados problemas del sistema nervioso, y previa penetración hábil y artificiosa de las circunstancias especiales que concurren en cada particular enferma. Para las pacientes en quienes convenga probar el tratamiento neurológico, no basta prescribirles tónicos ordinarios interpolados con sedantes, a fin de mitigar los síntomas, sino es necesario seguir un plan bien trazado cuyos diversos períodos lleven puesta la mira en alcanzar determinado fin. El trazo y la ejecución de este proyecto por lo común los puede efectuar tan sólo el médico adiestrado especialmente, ora sea un especialista en enfermedades nerviosas, o bien el médico general que ha dedicado el tiempo y hecho los estudios necesarios para comprender debidamente este intrincado asunto. Nosotros seguimos la práctica de enviar todas nuestras pacientes a un neurólogo, quien toma a su cargo el tratamiento respectivo.

III. ¿Ha de ser el cirujano más o menos conservador?

Esta pregunta nos ha causado no pocas dificultades en la práctica por razón de que las pacientes cuyo sistema nervioso es inestable, no son propicias para las operaciones quirúrgicas conservadoras. Cualquier leve daño en el útero, las trompas o los ovarios, que en mujeres normales causarían pocos trastornos, en las pacientes hipersensibles son a veces causa de incapacidad crónica. Por otra parte, dichas enfermas son igualmente

desfavorables para las operaciones radicales, y es en tales pacientes en quienes la extirpación de ambos ovarios ocasiona de cuando en cuando el colapso total del sistema nervioso, que en algunos casos es irremediable. La condición errática de los síntomas y de las reacciones en general de la paciente, tienen gran semejanza con los efectos del tratamiento quirúrgico, ora sea conservador o radical; conviene a saber: son mejores o peores que las mujeres normales, rara vez alcanzan un término medio y por lo común tocan uno u otro extremo. Esta incertidumbre hace muy dificultoso el pronóstico y muy necesaria la cautela.

Al operar pacientes cuyo sistema nervioso es inestable seguimos en el día de hoy la siguiente regla: "método quirúrgico radical hasta llegar al segundo ovario, y de ahí en adelante métodos sumamente conservadores". Es preferible extirpar el ovario, la trompa o el útero dañado, ya que en la pelvis hipersensible es muy probable que cause trastornos persistentes. Por otra parte, la inestabilidad del sistema nervioso hace sumamente peligrosa la total supresión de las funciones ováricas y, por consiguiente, ha de procurarse cuanto es en sí conservar un ovario, o alguna porción de tejido ovárico funcionante. Claro está, el método radical se empleará teniendo en la memoria ciertas excepciones, verbigracia, pacientes muy jóvenes o que manifiestan grandes deseos de conservar la fecundidad o la menstruación.

Para hacer el diagnóstico diferencial del dolor causado por la psicosis es a veces útil la anestesia con fines diagnósticos, del plexo hipogástrico superior (véase en el capítulo XV lo relativo al dolor pélvico persistente).

CAPÍTULO XIX

PREPARACIÓN DE LAS OPERACIONES ABDOMINALES

Para efectuar el tratamiento de algunas enfermedades de la mujer es preciso penetrar en la cavidad peritoneal, invasión que ineludiblemente acarrea considerables peligros a la paciente. En la era preantiséptica era tan grande la mortandad, que rara vez se recurría a la operación quirúrgica; mas la antisepsia y la asepsia modernas han reducido dicha mortandad a un tanto por ciento muy pequeño; ello no obstante, no hemos de echar al olvido que de cuando en cuando las operaciones quirúrgicas ocasionan directamente la muerte.

El peligro varía en gran manera según las circunstancias y depende de la enfermedad que motive la operación, así como del estado en que se halle la paciente en el momento de ejecutarla, pero en todo caso hay ciertos peligros. No es por demás sacar a luz esta circunstancia, ya que al parecer algunos médicos la pasan inadvertida, o por lo menos no le conceden la debida importancia a la posibilidad de que fallezca la paciente, a pesar de ser el estado de las cosas por extremo propicias; razón por la cual ningún cirujano le puede asegurar la vida a ninguna paciente, y lo más que podrá decir en casos favorables es que el riesgo es muy leve y que, según todas las probabilidades, la enferma resistirá la operación y tendrá feliz convalecencia. Mas, por leve que sea el peligro no deja de haberlo, y ha de asumirlo la paciente o sus familiares, quienes estarán avisados de que los riesgos de la espera son mayores que los de la operación.

Se puede abrir la cavidad abdominal de dos diversas maneras: por medio de la incisión en la pared abdominal anterior, o por medio del corte en la pared vaginal (colpotomía). En este capítulo trataremos de la incisión abdominal, denominada también "celiotomía", "laparatomía"¹ y "sección o incisión suprapúbica"; los cuales términos denotan tan sólo la incisión que se hace en la pared abdominal para penetrar en la cavidad peritoneal, y no el acto quirúrgico que se lleve a efecto subsecuentemente.

¹ El término correcto es *celiotomía* (del griego *κοιλία*, abdomen, vientre y *τομή*, corte), esto es, el corte que se hace en la pared abdominal. El vocablo *laparatomía* (del griego *λαπάρα*, flanco y *τομή*, corte) denota la incisión o corte en el flanco y, por tanto, debe preferirse el primero para significar las operaciones quirúrgicas en que se penetra en la cavidad peritoneal por la pared anterior del abdomen, y reservar el segundo para las operaciones que se ejecutan en las paredes laterales, o flancos. (N. del T.)

El corte se hace en cualquiera parte de la antedicha pared abdominal, a saber: en la línea media o a los lados de ésta y sigue la dirección longitudinal, transversal, oblicua, o bien una combinación de ellas.

Luego de abrir la cavidad abdominal suelen efectuarse otros actos quirúrgicos, de los cuales por lo común se deriva el nombre de la operación total; así, por ejemplo, ooforectomía es la incisión abdominal y la extirpación del ovario, o de algún neoplasma ovárico; miomectomía es la incisión abdominal y la extirpación de un mioma uterino; histerectomía la incisión en la pared abdominal y la extirpación de la matriz.

INDICACIONES

Las enfermedades que más a menudo indican la conveniencia de ejecutar la operación abdominal en ginecología, son:

1. Neoplasmas del ovario.
2. Neoplasmas del ligamento ancho.
3. Miomas uterinos cuyos síntomas no ceden a las disposiciones conservadoras. En tales casos las operaciones que convienen son: miomectomía, histerectomía supravaginal e histerectomía total por vía vaginal.
4. Carcinoma del cuerpo uterino.
5. Preñez extrauterina.
6. Inflamación pélvica aguda que se disemina a pesar de otras disposiciones terapéuticas y que amenaza la vida de la paciente.
7. Inflamación pélvica crónica con acumulación de pus en las porciones superiores de la cavidad pélvica, como sucede en el piosálpinx.
8. Inflamación pélvica crónica con gran cantidad de exudado y trastornos persistentes.
9. Inflamación pélvica crónica sin exudado perceptible, cuando fracasan otros medios de tratamiento.
10. Retrodesviación adherente del útero que causa grandes molestias y que no se puede corregir con medios conservadores.
11. Tuberculosis pélvica, cuando no son provechosas otras disposiciones curativas.
12. Enfermedades dudosas de la cavidad pélvica que, a pesar de otros medios de tratamiento, ponen en peligro la vida o la salud general de la paciente (celiotomía exploradora).

CONTRAINDICACIONES

Las enfermedades más comunes que contraindican la celiotomía, son:

1. Nefritis grave, en especial la intersticial crónica.
2. Diabetes azucarada.

3. Carcinoma inoperable o tuberculosis pulmonar avanzada.
4. Cualquiera enfermedad crónica, general o local, que cause gran enflaquecimiento y disminuya las defensas de la paciente.
5. Cualquiera enfermedad aguda que pueda ser agravada por la operación.
6. Dermatitis en la región donde ha de hacerse el corte abdominal.

Todas estas contraindicaciones son tan sólo relativas, pues hay ocasiones en que es menester la operación quirúrgica, a despecho y pesar de cualesquier contraindicaciones, esto es, circunstancias en que el peligro de la dilación sería mayor que el riesgo de la operación inmediata. Con todo, cuando no haya extrema urgencia, conviene diferir la operación hasta suprimir las complicaciones y mejorar el estado general de la paciente cuanto sea posible.

La preñez aumenta sobremodo los peligros de la operación abdominal, pero a menudo no contraindica la conveniencia de ella, puesto que la enfermedad que ha menester el tratamiento quirúrgico (por ejemplo, algún gran neoplasma o absceso), excluye la probabilidad de que el feto haya alcanzado su total crecimiento, o hace que el peligro del progreso de la preñez sea mayor que el riesgo de la operación inmediata.

PELIGROS

Los peligros inmediatos de la celiotomía son tres:

1º La incapacidad de las fuerzas vitales para resistir el choque de la operación, el cual es ocasionado principalmente por: (a) la hemorragia, (b) la manipulación de los tejidos y órganos peritoneales, y (c) la anestesia.

2º La incapacidad de los órganos vitales (corazón, pulmones, riñones y conducto gastrointestinal), para ejecutar las funciones extraordinarias que deben efectuar los primeros días después de la operación.

3º La infección que dé origen a la peritonitis generalizada, o a la supuración localizada.

PREPARACION

Para reducir cuanto sea posible los riesgos de la operación, es preciso llevar a efecto la preparación minuciosa y diligente.

Siempre que sea factible, se ejecutará la operación en la sala de operaciones de algún buen hospital o sanatorio, aun cuando la enferma tenga de ser transportada a considerable distancia.

Estudiaremos en el siguiente orden los diversos tiempos de que consta la preparación:

- Preparación de la paciente.
- Preparación de los instrumentos y apósitos o hilas.
- Apercibimiento del cirujano y sus ayudantes.
- Algunas cosas relacionadas con la anestesia.

Preparación de la paciente

Luego de efectuar la exploración general minuciosa, que ha de incluir el análisis de orina y otras pruebas de laboratorio, para cerciorarse de que no hay nada que se oponga, se interna a la paciente en el hospital uno o dos días antes de la operación, a fin de prepararla debidamente. Por supuesto, hay ocasiones que demandan la operación inmediata, como sucede cuando se disemina rápidamente alguna inflamación pélvica, cuando hay hemorragia, traumatismos abdominales, etc., y en tales casos no ha de gastarse tiempo en la preparación minuciosa y sólo se hará la cuidadosa esterilización inmediatamente antes de abrir la cavidad abdominal. Mas cuando no haya urgencia, se pondrán en obra las debidas disposiciones preoperatorias, lo cual acrecienta en gran manera las probabilidades de que la enferma tenga feliz convalecencia.

Los fines a que se encamina dicha preparación, son los siguientes:

- a. Tonificar el sistema nervioso, a fin de que la paciente resista mejor la operación.
- b. Cerciorarse de que los riñones funcionan cabalmente, y prepara la orina para posibles cateterismos.
- c. Alimentar de suerte a la enferma, que se limite la descomposición intestinal, y vaciar los intestinos antes de la operación.
- d. Esterilizar la región donde haya de ejecutarse el acto quirúrgico.

Todo lo cual se logra apegándose poco más o menos al siguiente plan, presuponiendo que la operación haya de ejecutarse en las primeras horas de la mañana:

- a. *Sistema nervioso y disposiciones generales.*—Importa que duerma bien la enferma y para ello conviene prescribir bromuro de sodio o algún otro sedante, que suministre el debido reposo al sistema nervioso y evite el insomnio.

Los sedantes preoperatorios evitan la ansiedad que experimenta la enferma antes de la operación y reduce la cantidad de anestésico que se requiera para ejecutarla, por lo cual muchos cirujanos emplean la inyección de sulfato de morfina (gmo. 0.015) y de sulfato de atropina (gmo. 0.0005), administrada unos cuarenta y cinco minutos antes de la operación. Por algunos años nos hemos valido de la antestesia de morfina y escopolamina como sedante preoperatorio, la cual nos ha surtido muy buen efecto; es a saber: se inyectan quince miligramos de morfina y poco más o menos unos cuatro diezmiligramos de bromhidrato de escopolamina,

por vía hipodérmica, una hora y cuarenta y cinco minutos antes de la operación. Cuarenta y cinco minutos después de la primera inyección (esto es, una hora antes de la operación) se repite únicamente la escopolamina, y se deja a la paciente en una habitación quieta y oscura hasta el momento de llevarla a la sala de operaciones.

Esta analgesia evita la excitación preoperatoria y por lo común no advierte cuándo es conducida a la sala de operaciones, ni aun siquiera el comienzo de la anestesia, y muchas veces al despertar queda sorprendida de que ya haya terminado la operación. Por otra parte, es más fácil la anestesia y se requiere menos cantidad de anestésico, demás de que suele haber menos vómito postoperatorio. Es preciso proporcionar la dosis con el estado, y la complexión y la estatura de la paciente.

El luminal es muy útil como sedante preanestésico, en particular cuando la enferma padece hipertiroidismo, o algún otro estado morboso en el cual no convenga la aceleración del pulso que provoca la escopolamina. Los compuestos de amital y otros preparados similares son también útiles.

b. *Riñones y orina.*—Por medio de las pruebas y ensayos especiales, se averiguará si los riñones funcionan normalmente, y es bien administrar a todas las enfermas algún antiséptico urinario antes de la operación, por si acaso fuese menester efectuar el cateterismo.

En otro tiempo se acostumbraba “saturar” de agua a los pacientes, con el propósito de ayudar la función renal y disminuir la sed, pero se llegó al convencimiento de que este método tiene algunas inconveniencias, entre otras que impide el que los enfermos orinen espontáneamente, y ya es bien sabido que, siempre que sea posible, ha de evitarse el cateterismo, con tal que no se llene la vejiga antes de que la enferma recobre el conocimiento. En las pacientes “saturadas” de agua, los riñones secretan la orina tan rápidamente que a menudo se llena la vejiga antes de que la enferma pueda orinar espontáneamente. Con todo, cuando los riñones sean defectuosos quizás convenga este método.

Por algunos años hicimos a todas nuestras enfermas la prueba de la fenolsulfoneftaleína para determinar la función renal, pero recientemente hemos desechado aquélla y optado la dosificación del nitrógeno no protéinico de la sangre, que es más exacto en lo que respecta a la determinación de la excreción de urea. Caso que sea sospechosa la prueba, que se hace la víspera de la operación, diferimos ésta.

c. *Régimen alimenticio y laxantes.*—Se prescribirá un régimen alimenticio ligero hasta el mediodía de la víspera de la operación, y de ahí en adelante sólo ingerirá la enferma alimentos líquidos y agua en abundancia. Desde la medianoche se le dará únicamente agua, la cual puede beber hasta una hora antes de empezar el acto quirúrgico.

La noche antes y la mañana de la operación se hará una lavativa, con el fin de que el intestino esté tan normal como sea posible, y de evacuar únicamente la porción inferior de éste poco antes de la operación. La ex-

perencia enseña que con esta sencilla prevención la enferma se halla en mejor estado al ir a la mesa de operaciones, y hay menos trastornos postoperatorios que cuando se prescriben las dietas estrictas y prolongadas y los purgantes, tal como se acostumbraba en otros tiempos.

Si hay estreñimiento crónico, o cuando no han de evacuarse los intestinos por algún tiempo después de la operación, como sucede después de reparar desgarros totales del recto, conviene evacuar los intestinos desde varios días antes, pero se procurará evitar que la peristalsis excesiva de resultas del purgante continúe hasta el día de la operación.

d. *Esterilización del área operatoria.*—La preparación del área operatoria, así como la preparación del intestino, se han encaminado hacia la simplicidad, pues la experiencia nos enseña que las disposiciones que se acostumbraban en pasados tiempos, antes servían para irritar la piel y aumentar las probabilidades de la infección que para disminuirlas, lo cual sucedía en particular cuando se aplicaban potentes antisépticos por largos períodos antes de la operación. En lugar de las grandes cataplasmas de jabón y de los complicados burujos antisépticos, en el día de hoy se emplea el siguiente método:

Si hay flujo vaginal, se aplican irrigaciones vaginales antisépticas una o dos veces al día.

Cuando la operación se ha de ejecutar con motivo de alguna enfermedad de los órganos pélvicos, se ponen por obra así la preparación abdominal como la vaginal (a no ser que por alguna razón no convenga la segunda), ya que muchas veces además de la operación abdominal se requiere alguna operación vaginal (histerectomía total, escisión cónica, desgüe por medio de la colpotomía, etc.). Además de esto, al efectuar en la sala de operaciones la preparación usual, se hace también la de la vagina y se hace el sondeo vesical; a continuación se esteriliza la piel del abdomen, se coloca la ropa quirúrgica estéril y se procede a la operación.

La *preparación abdominal mediata* consiste en rasurar el abdomen hasta arriba de los bordes costales y las regiones púbica y vulvar. Por diez minutos se frota con gasa estéril, jabón y agua la piel abdominal, se lava el jabón con agua hervida, se aplica luego alcohol de 60 grados y se seca la piel con gasa esterilizada; hecho esto, se cubre toda la región con toallas estériles que se sostienen con una faja.

En otros tiempos, cuando empleábamos el ácido pícrico, embadurnábamos entonces la piel con solución de dicho ácido, pero a vista de que éste provocaba de cuando en cuando reacciones cutáneas intensas, desechamos este método y volvimos a la tintura de yodo.

Al efectuar la *preparación vaginal mediata*, se rasuran, como queda dicho, las regiones púbica y vulvar y se aplica una irrigación vaginal de solución de lisol al un cuarto por ciento, después de lo cual se inyectan en la vagina unos ocho centímetros cúbicos de solución al uno por ciento de acriflavina neutra en glicerina (solución "A-G") y se pone un apósito

perineal estéril. A la mañana siguiente, luego de arrojar el agua de la lavativa, se aplica otra inyección vaginal de acriflavina y se pone otro apósito estéril.

Cateterismo.—Mientras se esteriliza la piel en la sala de operaciones, momentos antes de comenzar el acto quirúrgico, es conveniente sondear a la enferma (o bien se puede hacer al efectuar la preparación vaginal), lo cual tiene la ventaja de vaciar la vejiga inmediatamente antes de la operación y evitar el que se perturbe a la paciente en su cuarto y se interrumpa la analgesia de escopolamina y morfina.

Preparación en la sala de operaciones.—Por lo común se lleva a efecto la final preparación de la piel del abdomen mientras se da principio a la anestesia, aunque de cuando en cuando es acertado terminar la dicha preparación antes de que empiece la anestesia, con el fin de acortar ésta algunos minutos. En tales casos, la analgesia preoperatoria de morfina y escopolamina basta para que se efectúe la preparación vaginal sin molestar a la paciente.

Se llevan las caderas de la enferma al borde de la mesa de operaciones y se abren las piernas con ayuda de las perneras; lávanse muy bien con agua tibia y jabón blando (jabón verde) la vulva y regiones contiguas, valiéndose para ello de bolas de algodón o compresas de gasa, después de lo cual se enjuagan con agua hervida y luego con solución de bicloruro o cianuro de mercurio.

Procédese luego a efectuar de manera aséptica el sondeo vesical, para lo cual se apartan con los dedos los labios y se limpia el orificio uretral externo. Conviene lubricar la sonda estéril, y se procurará no introducir en la vejiga partículas de jabón ni de algún antiséptico irritante.

Lávase entonces la vagina con agua y jabón blando, se enjuaga con agua hervida y luego con solución de bicloruro de mercurio. Si por acaso fuere muy pequeño el orificio vaginal y no se pudiere introducir el espéculo, se introducirá un dedo en él, al lado de las pinzas portacompresas (véase el capítulo XXII, Figs. 1,206 a 1,208).

Si se ha de efectuar la histerectomía total por vía abdominal, se aplica una poca solución de yodo a la bóveda vaginal, que se quita luego con alcohol, y si acaso hubiere flujo uterino infeccioso, se cogerá el cuello con pinzas erinas y se taponará la cavidad de la matriz con una tira de gasa de un centímetro de ancho impregnada en solución de yodo.

En terminando la preparación vaginal, se coloca a la enferma en la mesa en decúbito dorsal, se quitan las perneras y se prepara la piel del abdomen. Al hacer esta preparación, se cerciorará el ayudante de que los pliegues flexores de la rodilla corresponden con el sitio donde se dobla la mesa para lograr la posición de Trendelenburg.

Luego de disponer convenientemente los brazos y manos (Fig. 1,107), se embadurna la piel del abdomen con solución de yodo en una gran área

(Fig 1,108), teniendo particular cuidado de esterilizar bien la depresión de la cicatriz umbilical, de frotar la solución en la zona donde haya de hacerse la incisión y aplicar la tintura de yodo hasta el pubis (Fig. 1,108). Puesto que el yodo irrita la piel, hay que quitarlo luego con alcohol, y se tendrá especial diligencia de no dejar que se corra la tintura a regiones donde no se podría quitar, v. gr.: la espalda o los pliegues genitales; de igual manera se verá que no quede yodo en los bordes ni en ninguna otra parte, ya que algunas pacientes son muy susceptibles a dicho anti-séptico, y si queda una parte de él debajo de las tiras de tela adhesiva, pudiera provocarle dermatitis. La aplicación de la tintura de yodo se hará, claro está, con pinzas portacompresas y con una compresa de gasa impregnada de la solución.

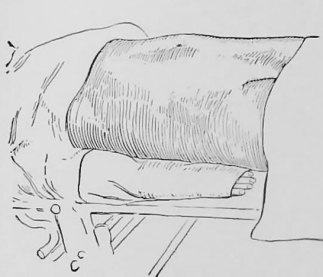


Fig. 1107

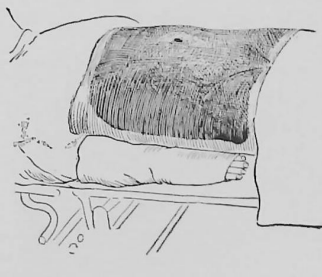


Fig. 1108

Fig. 1107.—Colocación de los brazos de la paciente que ha de preferirse para administrar la anestesia para operaciones abdominales.

Fig. 1108.—Esterilización del área de la operación con tintura de yodo al 7.5 por ciento, que se quita luego con alcohol (Crossen: *Gynecology for Nurses*.)

Al aplicar la solución yodada se tendrá presente que la incisión ha de llegar hasta la región púbica y se evitará contaminar la región de la línea media. Para ello es preciso tener algún método en cuya virtud no se haga ningún movimiento con la gasa impregnada de yodo, de las porciones no estériles a las que ya se esterilizaron, ni se haga ningún movimiento de la región púbica (que contiene multitud de folículos pilosos y muchedumbre de bacterias) hacia arriba. A primera vista parece que esto se puede lograr fácilmente, haciendo todos los movimientos de las pinzas, de la zona de la incisión hacia fuera, pero con ello se pierde mucho tiempo, y a no ser que se deseche la gasa al final de cada movimiento o pincelada, se contaminará la porción central con las bacterias de las porciones laterales. El siguiente método es sencillo y rápido, lo cual importa sobremedida cuando se necesita abreviar la anestesia:

Aplícase primero la solución de yodo en el ombligo y sus pliegues, y se desecha la compresa con que se aplicó; después, con movimientos circulares excéntricos que principien en el ombligo, se aplica la tintura de yodo a toda la porción central, hasta cerca de la región púbica (Fig. 1,109), para lo cual se emplea una o dos compresas, según sea necesario. A continuación, con movimientos o pinceladas hacia abajo y hacia los lados (hacia fuera) se embadurna la piel hasta la región púbica y porción superior de los muslos (Fig. 1,110); hecho esto, con una o dos compresas, se embadurnan las porciones laterales (Fig. 1,111), hasta que quede la piel según se ve en la figura 1,108. Este mismo método se sigue para quitar el yodo con alcohol, y por último se pasa una vez más la compresa impregnada de alcohol, desde el ombligo hasta el pubis.

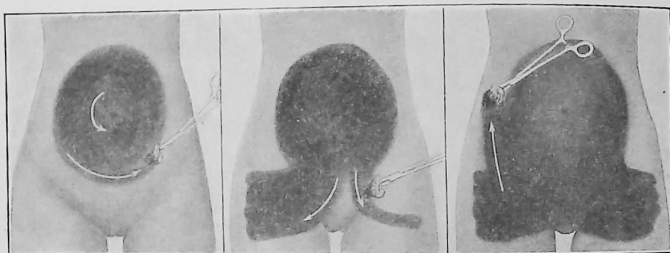


Fig. 1109

Fig. 1110

Fig. 1111

Figs. 1109 a 1111.—Esterilización del área operatoria. En estos grabados se encarece la necesidad de efectuar metódicamente dicha esterilización, con el fin de evitar el que vuelvan a contaminarse las regiones ya esterilizadas.

Fig. 1109.—Se termina el primer tiempo. Fig. 1110.—Segundo tiempo. Fig. 111.—Se comienza el tercer tiempo, que al ser terminado suministra el área estéril tal como se ve en la figura 1108.

En terminando la esterilización de la piel, se cubre ésta con la necesaria ropa quirúrgica, se coloca a la paciente en posición de Trendelenburg y se procede a la operación.

Antes de colocar la mesita de Mayo por sobre de la paciente, se dobla y se deja caer la parte de la mesa correspondiente a los pies y se coloca luego la mesita (Fig. 1,113). El descenso de los pies ha de ser muy leve, y tan sólo lo necesario para poder colocar la mesa de Mayo sin que estorben aquéllos, ya que si se doblasen mucho las rodillas, se acrecentaría la tensión de la pared abdominal, lo que ha de evitarse.

Todas las preparaciones que se efectúen después de anestesiar a la paciente, se ejecutarán con **presteza**, para no prolongar aquélla indebidamente, lo cual ha de repetirse de continuo a los ayudantes y enfermeras, pues cuanto más se prolongue la anestesia, tanto más peligrosa es y per-

judicial a la enferma. Todo esto se logrará si éstas y aquéllos trabajan metódicamente y de común acuerdo.

Preparación de compresas, instrumentos, etc.

Los instrumentos, guantes, batas de cirujano, compresas de gasa, etc., suelen prepararse de la siguiente manera:



Fig. 1112.—Preparación del área de la operación. Se colocó ya a la paciente en posición de Trendelenburg y se ve en su sitio la bolsa que contiene la compresa de gasa hecha de una sola tira. Adviértanse el banquillo donde ha de pararse el cirujano, así como el extremo de la tira larga de gasa situado en el *extremo púbico* del área de la operación, de manera que se lleve la tira hacia fuera y hacia dentro de la cavidad pélvica sobre la región pública, que no contiene ningunas pinzas. (Crossen: *Gynecology for Nurses*.)

I. Las compresas quirúrgicas de gasa, los apósitos, hilas, los cojinetes, etc., se esterilizan en el autoclave, y lo mismo se hace con los guantes de goma, las batas de cirujano, la ropa quirúrgica, los instrumentos, bandejas, recipientes, instrumentos y demás utensilios.

Compresa hecha de una sola tira.—Recomendamos con especial encarecimiento los méritos de la compresa de una sola tira para operaciones

abdominales, en lugar de las pequeñas compresas sueltas con las cuales se corre el riesgo de dejar alguna inadvertidamente en la cavidad abdominal, accidente que no es nada raro que acontezca.

El fin de la compresa de una sola tira es sacar automáticamente todas las compresas de gasa que se usen en la cavidad abdominal, y dar así al traste con los métodos inciertos de contarlas y cotejarlas antes de cerrar el vientre. Consiste este procedimiento en substituir las pequeñas compresas sueltas con una tira larga de gasa, cuya mayor parte está siem-

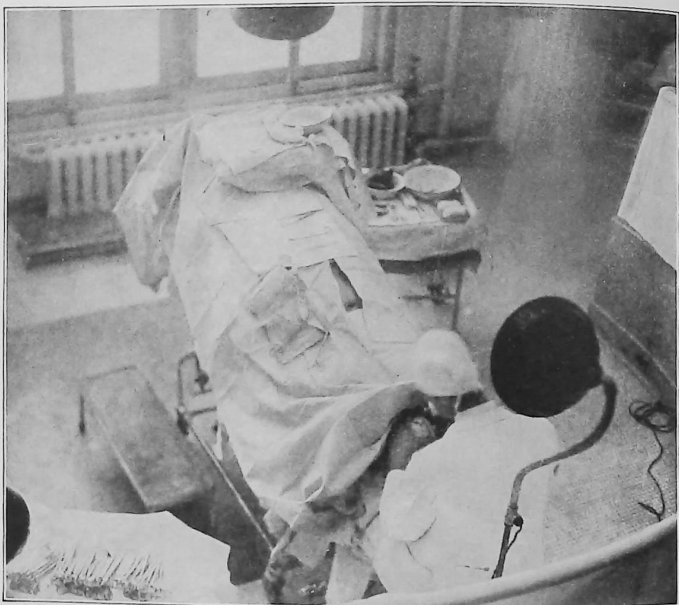


Fig. 1113.—Preparación del área operatoria, con la mesita de Mayo y la mesa de instrumentos en su sitio. (Crossen: *Gynecology for Nurses*.)

pre fuera de la cavidad peritoneal, y que tiene unos diez metros de largo. Se pueden hacer dos de estas tiras largas, cortando por mitad una pieza de gasa de un metro de ancho por diez metros de largo (Fig. 1,114), doblando longitudinalmente cada mitad en seis dobleces (Fig. 1,114, B a E). Por consiguiente, cada tira es poco más o menos de diez metros de largo, de unos ocho centímetros de ancho y tiene un espesor de seis capas de gasa (Fig. 1,116). Para protegerla y hacer fácil su manejo, se empaqueta en una pequeña bolsa de muselina (Figs. 1,115 y 1,116); se cose el ex-

tremo de la tira en el interior del compartimiento, cerca de la parte superior, y se empaqueta entonces en ésta de suerte, que se pueda ir tirando de ella poco a poco, según se va necesitando (Fig. 1,117). El compartimiento grande sirve para ir poniendo las porciones ya usadas de la tira de gasa, para evitar que se amontone en el área de la operación. Luego de empaquetar la tira en el compartimiento pequeño se dobla (Fig. 1,118) y queda dispuesta para ser envuelta, esterilizada y almacenada. Poco antes de empezar la operación quirúrgica se prende la bolsa a la sábana quirúrgica con que se cubre a la paciente, de tal manera que sea fácil sacar la tira para secar los tejidos según se vaya necesitando, y que se pueda meter luego la usada en el compartimiento grande (Figs. 1,115 a 1,119). Para cubrir y apartar los intestinos empleamos tela de goma (Fig. 1,118),

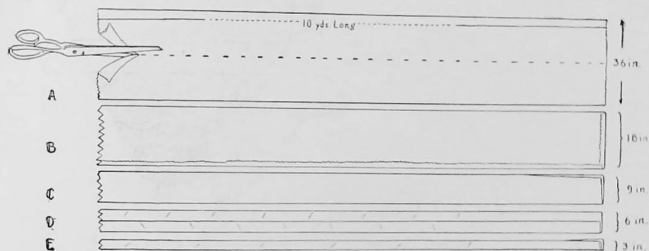


Fig. 1114.—Compresa de una sola tira. Córtese una tira de gasa de 10 metros de largo por 90 cms. de ancho; córtese a lo largo en dos, con lo cual se tendrán dos tiras de 10 metros por 45 cms. (A). Vuélvase hacia dentro los bordes deshilachados (B) y dóblese la tira (C). Dóblese entonces en tres (D y E) y costúrense los bordes.

Con esto se tiene una tira de 10 metros de largo por 7.5 cms. de ancho, con seis capas de gasa. Un extremo de la tira se fija a la bolsa y luego se mete aquella dentro de ésta, según se verá en el grabado 1117. Para esterilizarla se le pone doble envoltura.

y para ello, después de ensayar los diversos tamaños y pesos, determinamos emplear la tela de hule puro de 45 por 90 centímetros, del número 20, que se puede doblar según se necesite. Por lo común la doblamos en dos, pero si por acaso se necesitare un reparo más grueso y rígido, se doblará en cuatro, o aun en ocho.

De esta suerte se simplifica el "taponamiento abdominal", o separación de las vísceras para desembarazar el área o campo de la operación, ya que con la tela de goma se hacen a un lado los intestinos y se secan los tejidos con una sola tira larga, lo cual de sí propio excluye toda probabilidad de dejar alguna compresa en la cavidad abdominal (Figs. 1,114 a 1,123). Este método simplifica además la preparación del acto quirúrgico, ya que se substituyen la multitud de compresas de diversos tamaños con sola una tira larga (o dos tiras, si se desea). Las enfermeras

por lo común aceptan con beneplácito el nuevo método pues lo tienen por menos enfadoso que el coser cada compresa por separado, demás de que las excluye de la responsabilidad de contar y recontar las dichas compresas.

Claro, en algunas operaciones, tales como las de la uretra, de la vesícula biliar y del colédoco, se necesitan compresas muy pequeñas y en

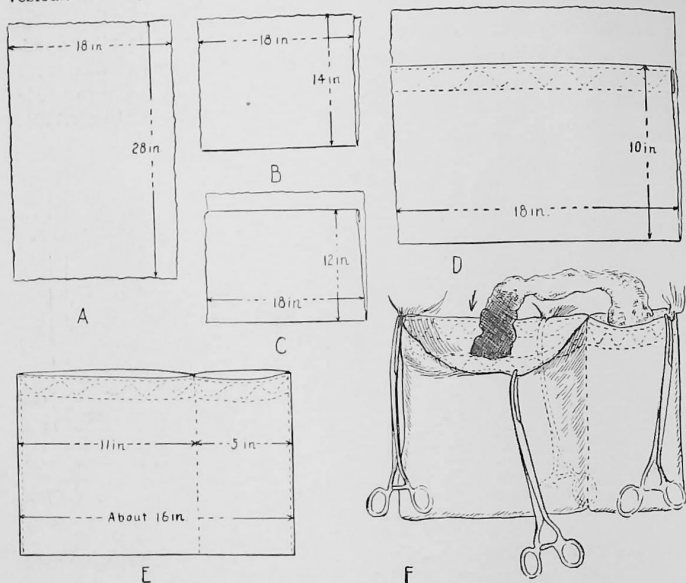


Fig. 1115.—Bolsa para colocar la compresa de una sola tira. Tómese un lienzo de muselina de 90 cms. (una yarda) de ancho por 70 cms. de largo y córtese transversalmente en el centro, con lo cual se tendrán dos lienzos de 45×70 cms. (18×28 pulgadas), con cada uno de los cuales se ha de hacer una bolsa. Dóblese el lienzo de 45×70 (A) a lo ancho, formando así un lienzo doble de 45×35 (18×14 pulgadas) (B). Hágase en uno de los bordes superiores un pliegue de unos 2 cms., y luego dóblese de igual manera tres veces más, con lo que se tendrá un pliegue de 2 cms. con cinco capas de gasa. Hágase una costura en los bordes superior e inferior del pliegue, y luego pásese una costura de colchoneta (D), para darle rigidez en la alforza. Hágase lo mismo con el otro borde. Cósanse los dos lados con una costura francesa (E), y con otra costura divídase la bolsa a unos 12 cms. (5 pulgadas) de uno de los lados, con lo cual se formarán dos compartimientos: el uno de unos 12×25 cms. (5×10 pulgadas), y el otro de unos 28×25 cms. (11×10 pulgadas) (E).

Según se dice en el texto, se cose un extremo de la tira larga de gasa en el compartimiento pequeño, cerca de la porción superior (Fig. 1117), y se empaqueta la gasa en dicho compartimiento, de manera que se pueda ir sacando poco a poco.

La bolsa se prende a la sábana quirúrgica en el sitio más conveniente, de suerte que: 1º, queden firmes los bordes del primer compartimiento para sacar la tira según se necesite; 2º, queden abiertos los bordes del compartimiento grande para ir colocando en él las porciones ya usadas de la tira. (Véanse las figuras 1115, F, y 1119.)

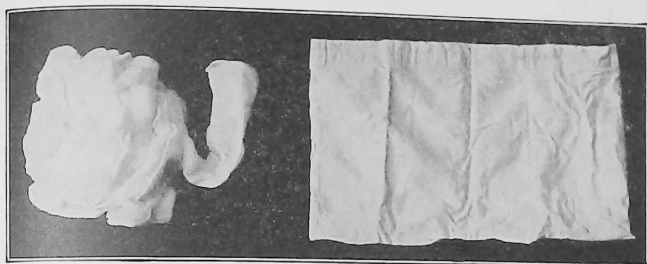
*A**B*

Fig. 1116.—Tira de gasa y bolsa (*A* y *B*, respectivamente). (Véase la descripción en las láminas 1114 y 1115.)

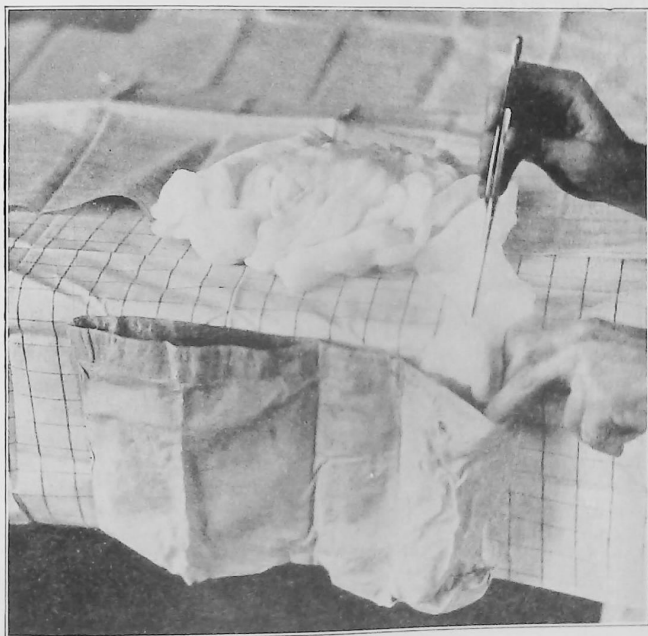
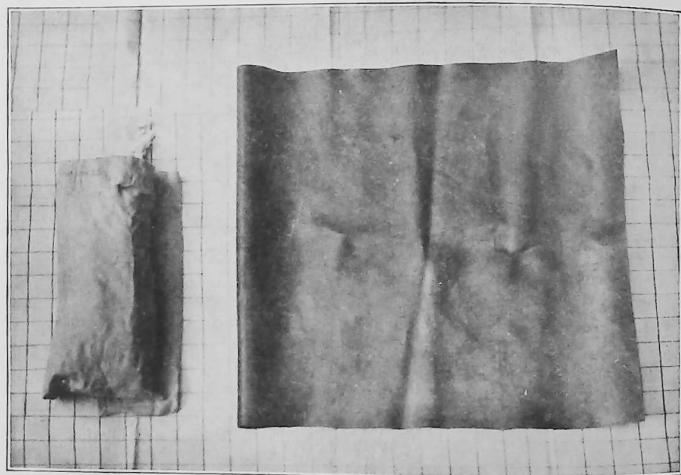


Fig. 1117.—Manera de doblar y colocar la tira de gasa en la bolsa. El extremo de aquélla se cose dentro de ésta en el pequeño compartimiento, y a continuación se coloca dentro la tira, según se ve en esta lámina. Al necesitarse la compresa se va sacando poco a poco y colocándola en el compartimiento grande.

tales casos se usarán bolas pequeñas de gasa sostenidas por pinzas puntiaguadas portacompresas.

Los siguientes pormenores serán de utilidad tocante al empleo de la compresa de una sola tira de gasa:

1º Colóquese la bolsa que contiene la tira cerca del *ángulo inferior* (ángulo púbico) de la incisión, de suerte que la tira éntre en la cavidad pélvica y salga de ella *siempre por la región púbica*, que por lo común no contiene pinzas que la estorben.



A

B

Fig. 1118.—A. Bolsa con la compresa de una sola tira, dispuesta para su envoltura, esterilización y almacenaje. B. Tela gruesa de goma para cubrir y apartar el intestino; ésta es de hule puro, Nº 20, de unos 45 × 90 cmts. No nos ha parecido conveniente la tela de hule más delgada.

2º No se corta nunca la tira en el curso de la operación, por razones obvias.

3º Al secar algún tejido en el área de la operación, sáquese de la bolsa la necesaria porción de gasa para que llegue hasta donde se necesite, sin ponerla en tensión (Fig. 1,119).

4º No se deje amontonar la porción usada de la tira cerca de la herida, sino váyase colocándola en el compartimiento grande, o déjesele colgar fuera de la herida (Fig. 1,120).

5º Cuando haya muchas pinzas en el área de la operación, hágase que un ayudante las sostenga de manera que no estorben y no se enre-

de con ellas la tira de gasa (Figs. 1,121 y 1,122); esto se logra por lo común si el ayudante coloca una mano sobre el grupo de pinzas.

En el capítulo XXIV, al hablar de los cuerpos extraños que se dejan accidentalmente en la cavidad abdominal, trataremos más pormenorizadamente de este asunto.

(Nota del Traductor.—El capítulo XXIV de que habla el párrafo antecedente será suprimido de la edición española por la siguiente razón:



Fig. 1119.—Manera de usar la compresa de una sola tira: la parte sucia de ésta se mete en el compartimiento grande de la bolsa; es muy conveniente colocar ésta según se ve en la lámina, es decir, en el lado contrario al cirujano y en el ángulo inferior de la incisión, de manera que la tira salga de la bolsa por el extremo púbico de la herida, donde no hay instrumentos.

en todo él se tocan los asuntos medicolegales relacionados con la cirugía según el criterio de las leyes norteamericanas, que se fundan principalmente en la ley consuetudinaria, esto es, en el precedente sentado por las sentencias dictadas con anterioridad, cosa que no sucede en los países de habla española, los cuales tienen sus códigos o leyes escritas; y puesto caso que los relatos que se hacen en dicho capítulo de diversos juicios seguidos en los tribunales de los Estados Unidos de Norteamérica, no

tienen ninguna aplicación en nuestros países y, por tanto, carecen de interés para el médico de habla española, preferimos suprimirlo por entero

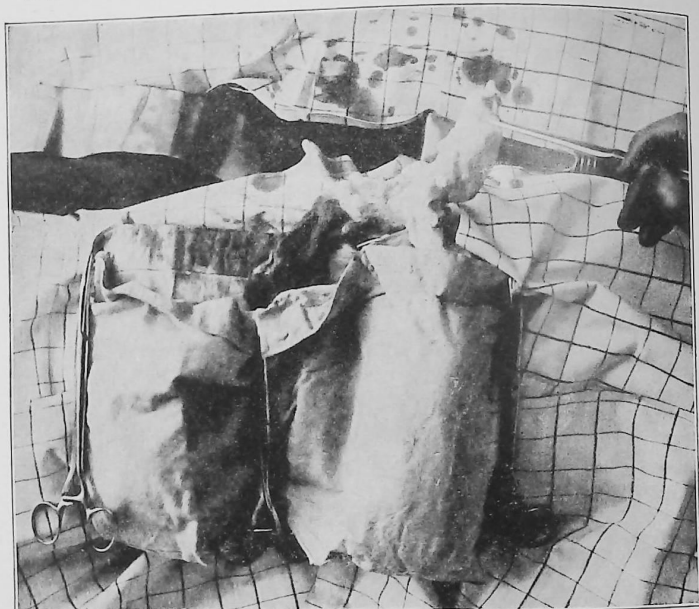


Fig. 1120.—Manera de emplear la tira larga de gasa: se metió ya en el compartimiento grande la porción ya usada de la gasa.



Fig. 1121.—Manera de emplear la compresa de gasa de una sola tira: nótese la acumulación de pinzas en la herida.

de esta traducción. Con todo, trasladamos a continuación y con tipo pequeño, la parte relativa a las compresas de gasa y los instrumentos que



Fig. 1122.—Manera de emplear la compresa de una sola tira: pinzas hemostáticas agrupadas y cubiertas por las manos del ayudante, para evitar que se enreden en ellas la tira de gasa y los hilos de las ligaduras y suturas.

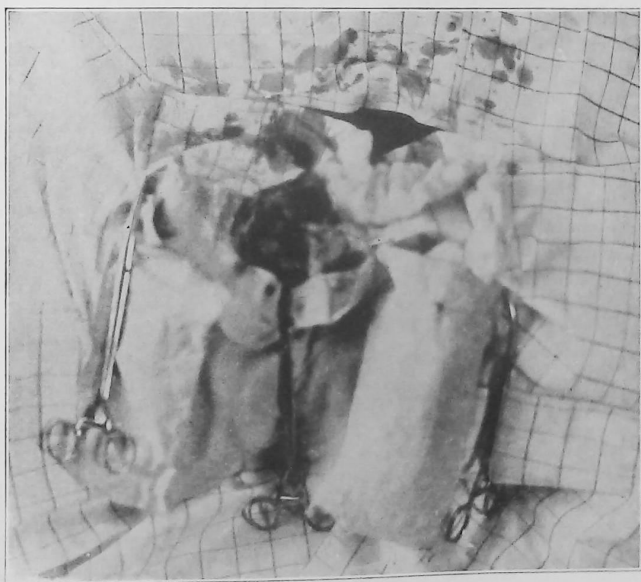


Fig. 1123.—Al terminar la operación queda la tira larga de gasa metida en el compartimiento grande, lo cual da al traste con el recuento de las compresas pequeñas.

accidentalmente se dejan en la cavidad abdominal que, dejado aparte el aspecto legal que, claro está, varía en cada país, sí tiene interés científico para todo facultativo que ejerza la cirugía.)

"Uno de los más deplorables accidentes que pueden acacerle al cirujano, es el dejar inadvertidamente alguna compresa en la cavidad abdominal. Esto no es nada nuevo y hasta la hora presente se ha escrito mucho acerca de ello, se han dado a conocer muchos accidentes y hecho muchas proposiciones para evitarlo. Sin embargo de ello, las circunstancias y vicisitudes de la cirugía han echado por tierra todas las proposiciones presentadas hasta hoy, según lo demuestra la experiencia. Así, pues, vienen muy a cuento las siguientes reflexiones:

"1º *Las compresas de gasa se extravían en la cavidad abdominal con más frecuencia que generalmente se cree*, y no ha de olvidarse que los accidentes publicados representan tan sólo una pequeña proporción de todos ellos, aun cuando sean reconocidos, pues lógico es suponer que no se den a la publicidad a no ser que haya razones especiales para ello. En cualquiera junta numerosa de cirujanos en que al hablar de la experiencia, cada quien expusiera francamente la suya, se sacaría a luz multitud de accidentes no publicados.

"Por otra parte, muchos de estos sucedidos quedan ignorados y ni siquiera se tiene de ellos la menor sospecha, aun cuando la paciente fallezca de peritonitis provocada por el cuerpo extraño que se dejó en la cavidad abdominal, ya que en tales casos, al no hacerse la autopsia, se atribuye la muerte a la peritonitis ordinaria. Esto se corrobora con la circunstancia de que en el veinte por ciento de los sucesos de esta índole publicados, se reparó en el descuido al efectuar la autopsia, cuando se halló la compresa de gasa, lo cual habría quedado en la ignorancia si no se hubiera hecho el examen postmortem.

"2º *Este accidente es de suma gravedad*. En gran número de informes allegados de la prensa médica, más de la cuarta parte de los pacientes fallecieron a consecuencia de él, y muchos de los que se restablecieron tuvieron largos meses de padecimientos.

"3º *Para las personas que no pertenecen a la clase médica, tal accidente es por entero inexcusable*. Dichas personas se explican fácilmente el que se presente cualquiera otra complicación, tal como la hemorragia, la infección o la insuficiencia renal, a pesar de todas las prevenciones; mas no se les alcanza el que haya ninguna razón para extravíar una compresa en la cavidad abdominal, pues a cualquiera que no esté familiarizado con el trabajo quirúrgico es increíble que el cirujano lleve a la antedicha cavidad cosa alguna que no pueda extraer con absoluta seguridad.

"El creciente conocimiento del público respecto de tales accidentes, y la opinión general tocante a la responsabilidad que recae sobre el cirujano, se manifiestan claramente en el número cada día mayor de litigios relacionados con este asunto.

"4º *Hasta la hora presente no conocemos ningún método preventivo que sea aplicable a todas las circunstancias*. La lista bastante larga de disposiciones preventivas que se han propuesto indican la importancia que se concede al hallazgo de algún medio que evite por entero dichos accidentes. Así, se han propuesto reglas sin número, perchas, cuelgacompresas y otros artificios costosos y complicados, mas ninguno de ellos ofrece seguridad absoluta, por la sencilla razón de que para ponerlo en obra, la extracción de todas las compresas que se introducen en la cavidad del abdomen tiene que depender de la atención cuidadosa del cirujano, o de la cooperación diligente de éste con los ayudantes y enfermeras, y si bien es cierto que esta cooperación es del todo factible en perfectas circunstancias y con personas perfectas, también lo es que no hay muchas probabilidades de que se logre en los diversos y variables altibajos de la cirugía abdominal. Es esta la razón de por qué muchas emergencias que se presentan en el curso de las operaciones abdominales, entre otras el cambio de ayudantes y de enfermeras, las operaciones apresuradas por la noche

cuando en el hospital no se tiene la necesaria ayuda, las operaciones en la casa de pacientes que es imposible conducir al hospital, etc.; es esta la razón, decimos, de por qué ciertas circunstancias imprevistas dan al traste con toda cuanta prevención de seguridad dependa de todo un sistema bien proporcionado de reglas y de cooperación, o del empleo de perchas, o cuelgacompresas engorrosas.

“La falta de lugar no nos permite analizar por menudo la manera cómo se han cometido estos errores, y baste decir que cuando el cirujano se fió en el recuento de las compresas, un número sorprendente de veces se dejó olvidada una por haber dividido precipitadamente en dos una de ellas, y haberse olvidado de la mitad, o por razón de que desde el principio se incluyó en uno de los paquetes una compresa de más en la cual no se reparó al hacer el recuento; o bien por haber obtenido una compresa extraordinaria en alguna emergencia que se presentó en el curso de la operación, o valerse de alguna tira suelta de gasa que no estaba destinada al uso intraperitoneal, que, estando cerca de la herida, cayó inadvertidamente en la cavidad, o por haber cometido error en el recuento final de las compresas. Es en verdad pasmoso el considerar cuán leve descuido puede ser causa de que se deje olvidado un pedazo de gasa que ocasione la muerte de la paciente.

“Probablemente el método más usual sea el de las compresas provistas de una cinta o tira, a cuyo extremo se prenden unas pinzas que por su parte quedan prendidas a la sábana. Con todo, este método ha sido causa de muchos accidentes, verbigracia, el desprenderse la cinta de la compresa, el olvidarse de prender las pinzas, o bien el defecto de éstas que ocasionó el que no se quedaran bien prendidas. Según reza un informe publicado, la compresa, la cinta y las pinzas quedaron extraviadas en la cavidad peritoneal.

“Son tantas las dificultades de prevenir absolutamente el extravío de alguna compresa, que este asunto se cuenta en la lista de las dificultades no solucionadas de la cirugía abdominal. Casi todos los autores que han escrito sobre el particular dicen que es imposible evitarlo, ni aun en los hospitales donde se siguen reglas estrictas y se dispone de aparatos especiales. Neugebauer, luego de hacer un estudio minucioso del asunto, llegó a la conclusión de que, hasta cierto punto, es inevitable el accidente. Schachner en un magnífico artículo dice: «En tanto que la cirugía continúa siendo un arte, continuarán los accidentes de dejar inadvertidamente cuerpos extraños en la cavidad abdominal». Findley escribe: «En lo pasado el cirujano se inquietaba por los bien fundados temores de la hemorragia secundaria y de la infección; mas la cirugía moderna ha logrado vencer en gran manera estas dificultades, de suerte que en la hora presente causan poca inquietud y se presentan rara vez. En cambio, hoy día es la consabida compresa la que nos perturba el sueño y la que acude al punto a nuestra imaginación, cuando el hospital nos informa de algún suceso desfavorable acaecido a nuestra enferma, pues ningún cirujano se escapa del gusanillo de la incertidumbre, pensando en la posibilidad de que haya dejado extraviado un pedazo de gasa». Muy bien expresó Findley el sentir de todos aquellos que han puesto la consideración en este asunto, y en particular de los cirujanos que han sabido por experiencia personal de tales accidentes y han visto ejemplificada la imperfección de nuestros métodos.

“El continuo acacamiento de este mortal suceso y el fracaso en general de los métodos preventivos, son razón más que suficiente para encarecer el que por muchos años hemos puesto en ejecución y que nos ha surtido muy buen efecto; conviene a saber: ofrece entera seguridad, es sencillo, incostoso y eficaz en cualesquier operaciones abdominales y en cualquiera circunstancia, así en las operaciones de emergencia que se ejecutan en distritos rurales, como en las operaciones metódicas y bien dispuestas que se hacen en el hospital. El fracaso de los métodos preventivos usuales es a causa de su dependencia de la constante atención a las compresas, cuando el cirujano tiene puesta su atención en otros pormenores del acto quirúrgico. Para que un método sea eficaz en cualesquiera circunstancia debe ser casi automático, y llevar consigo la seguridad de quitar todas las compresas de

gasa, sin que ni el cirujano ni sus ayudantes tengan que dedicarle particular atención

EL REMEDIO

“El fin primordial de este método es suprimir todas las compresas y bolas de gasa sueltas, y en lugar de ellas emplear tiras largas de gasa, cada una de las cuales se dispone en una bolsa de manera, que se saque poco a poco según se vaya necesitando.

“El autor hubo de hacer estudios especiales de este asunto y aceptar este método luego de tener una experiencia funesta. Apegándose a la técnica usual, operó por varios años sin accidente alguno, pero he ahí que cierto día se le quedó inadvertidamente una compresa de gasa en la cavidad abdominal de la paciente, lo que dió origen a supuración pélvica difusa que requirió vasta canalización, hasta que por suerte dos semanas después se descubrió y se extrajo la gasa por una de las aberturas hechas para el desagüe. La paciente se restableció y no hubo secuelas de consecuencias; mas la lección aprendida no fué echada en saco roto, y así, determinó idear algún método que evitase efectivamente tales accidentes y que estuviese por entero gobernado por el cirujano y el primer ayudante (cuanto más dividida la responsabilidad, tanto mayores son los peligros), y que no ocasionara ninguna dilación en el último tiempo quirúrgico de cerrar la cavidad abdominal.

(Describese entonces la manera cómo hacer las tiras de gasa, doblarlas, empaquetarlas, etc., etc., que es inútil repetir.)

“Este método excluye toda probabilidad de dejar alguna compresa en la cavidad abdominal, puesto que gran parte de la tira está siempre fuera de dicha cavidad y el extremo de aquélla está cosida a la bolsa. Un pormenor importante es que al quitar la gasa se hace casi *automáticamente*, y no se atiende el cirujano a la exactitud del recuento de las compresas hecho apresuradamente al final de la operación; ni tampoco es preciso prender unas pinzas hemostáticas en cada compresa antes de ponerla en la cavidad abdominal, ni es necesario estar vigilando atentamente las compresas que se meten y las que se sacan; y ya hemos visto el fracaso de los procedimientos cuya eficacia depende de la estricta observancia de reglas complicadas, o de la continua vigilancia del cirujano...

“Con el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica se ha excluido en gran manera el peligro de la hemorragia y la infección en las operaciones asépticas, y ha llegado el momento de dar al traste con esta seria amenaza en cirugía abdominal. Los pacientes tienen derecho a exigir —y lo están exigiendo, según lo demuestran la multitud de litigios judiciales— que se les *proteja eficazmente* de la posibilidad de dejar una compresa en la cavidad abdominal, y es nuestro deber el procurar cuanto es en sí se eviten tales accidentes.

“Para que un método sea seguro y tenga uso general, ha de cumplir los siguientes requisitos: 1º ser casi automático en lo tocante a la extracción de todas las compresas de gasa que se pongan en la cavidad abdominal; 2º, ser comparativamente incostoso; 3º, ha de ser bastante sencillo y conveniente, y 4º, que se pueda aplicar a todas las circunstancias y a los diversos medios, incluso las operaciones de emergencia en distritos rurales. El método arriba descrito satisface todas estas condiciones.

“*Pinzas.*—En poco más o menos la cuarta parte de los informes publicados de cuerpos extraños que se dejaron en la cavidad abdominal, éstos fueron pinzas, pedazos de instrumentos u otros objetos pequeños empleados en la operación, lo cual pone muy de manifiesto la necesidad de no usar instrumentos pequeños en las operaciones abdominales. Neugebauer desde mucho tiempo ha puso de manifiesto el peligro de los instrumentos pequeños, y aconsejó con encarecimiento el empleo privativo de *instrumentos largos* en cirugía abdominal.

"Muchos cirujanos han aceptado esta disposición preventiva, pero hay muchos otros que al parecer no le conceden importancia al asunto y siguen usando multitud de instrumentos pequeños, que son un peligro en estas operaciones quirúrgicas. Quizás en el día de hoy no sea posible el evitar del todo que se quede inadvertidamente algún artículo del instrumental quirúrgico en la cavidad del abdomen, pero sí es posible reducir a lo mínimo el peligro, usando únicamente instrumentos largos, y es nuestro sentir que todo médico que ejecute operaciones abdominales debe tener por guía la prudencia y seguir esta sencilla prevención. Los pormenores que observamos en nuestras operaciones quirúrgicas son los siguientes: todo instrumento que ha de emplearse en la herida abdominal es tan largo que una porción de él queda siempre fuera de la herida, y si por acaso alguno de tales instrumentos se resbalare hasta quedar por entero dentro de dicha cavidad, su gran longitud permite casi el que sea sentido por la mano cuando se introduce ésta en la cavidad para hacer la palpación y exploración final, antes de cerrar la herida. Todas las pinzas hemostáticas, de disección, erinas, para pedículo, así como las tijeras y los demás instrumentos que empleamos en el interior del vientre son de dieciséis a veinte centímetros de largo, y de dichos instrumentos los más cortos son las tijeras grandes para disección (de unos dieciséis centímetros). El instrumento más corto que se usa en cualquiera herida es el bisturí (quince centímetros), que se pone a un lado tan pronto como queda abierta la cavidad peritoneal. Los agujas y los botones de Murphy no se llevan cerca de la herida, a no ser que estén sostenidos por pinzas o enhebradas con hilo para sutura. Mientras permanece abierta la cavidad del abdomen no se permite nunca acercarse a la herida ninguna grapa de Michel (para sostener la tela de goma o la gasa en los bordes de la misma), ni ningún otro pequeño objeto suelto."

II.—Los instrumentos se esterilizan en el autoclave por diez o quince minutos, y si acaso se esterilizaren por medio de ebullición, se verá que estén totalmente cubiertos por el agua y que ésta hierva efectiva y vigorosamente cuando menos por diez minutos.

El material de sutura y ligadura, a saber: la seda y la crin de Florencia, se esterilizan junto con los instrumentos. El catgut se compra ya esterilizado y listo para su uso.

Los guantes de goma y la tela de hule se envuelven en un lienzo y se esterilizan junto con los instrumentos, o bien separadamente en el autoclave. La manera de disponer los guantes para que se conserven secos y estériles varía en los diversos hospitales.

Instrumentos que se requieren.—Según queda dicho, todos los instrumentos que se emplean en la cavidad abdominal han de ser largos. Los que se necesitan para las operaciones abdominales que se hacen con el fin de tratar alguna enfermedad de los órganos pélvicos, se pueden clasificar en tres grupos: juego ordinario de instrumentos, juego ordinario de agujas y de hilos para sutura, e instrumentos especiales.

Juego de instrumentos ordinarios para operaciones abdominales

(Fig. 1.124)

- 14 pinzas o grapas para compresas.
- 12 pinzas de Allis (a, Fig. 1.124).
- 2 bisturios de hojas intercambiables (b).
- 1 tijeras de Mayo grandes y curvas, para disección, de 15.5 cms. (c).

- 1 tijera grande y recta de Mayo, para disección de 15.5 cms.
- 1 tijera uterina curva de punta obtusa (*d*).
- 1 tijera uterina recta de punta obtusa (*e*).
- 1 tijera uterina curva puntiaguda (*f*).
- 3 pinzas para disección, de 20 cms., con dos o cuatro dientes en cada lado (*g*).
- 1 pinza para disección, de 20 cms., sin dientes (*h*).
- 2 pinzas para disección, de 15 cms., una con dientes (*i*) y otra sin ellos.
- 2 separadores abdominales dobles y grandes (*j*).
- 1 separador abdominal sencillo, ancho.
- 1 separador sencillo con hoja larga ("Jackson") (*k*).
- 2 separadores flexibles planos, uno angosto y otro ancho (*l*).
- 18 pinzas curvas, de unos 15.5 cms. de largo (*m*) ("pinzas pequeñas de Kelly").
- 32 pinzas curvas, de unos 18 cms. de largo (*n*) ("pinzas medianas de Kelly").
- 4 pinzas curvas de unos 20 cms. de largo (*o*) ("pinzas largas de Kelly", "pinzas para histerectomía").
- 24 pinzas hemostáticas.
- 32 pinzas rectas con dientes, de unos 18 cms. de largo (*p*) ("pinzas de Ochsner").
- 4 Portaagujas de Hegar, de 20 cms. de largo (*r*).
- 2 pinzas uterinas (*tenaculum*) de cuatro dientes, de 20 cms. de largo (*t*).
- 2 pinzas erinas de dos dientes (*x*).
- 2 pinzas uterinas (*tenaculum*) cortas.
- 1 sonda acanalada de punta roma (redonda) (*u*).
- 1 pinza para neoplasmas, con seis dientes (*v*).
- 1 sonda uterina (histerómetro).
- 1 explorador pequeño de alambre, con ojo de aguja.
- 2 trocares, mediano y grande, con sus tubos de hule.
Juego de aguja y material para sutura (Fig. 1,125).
Tela de puro hule N° 20, de 45 x 36 cms. (Fig. 1,118).
Tubos de goma para desagüe, de diversos diámetros.
Guantes de goma.

Pinzas o grapas para toallas (*pinzas de cuernos, pinzas erinas cruzadas, "pinzas para campo operatorio"*).—Éstas sirven para fijar las toallas o compresas quirúrgicas que se ponen alrededor de la herida, con el fin de delimitar el área de la operación. Sirven además para otros fines.

Pinzas de Allis.—Éstas (Fig. 1,124, *a*) son muy eficaces para prender compresas (toallas) a los bordes del peritoneo, pues se agarran firmemente a él sin que la compresión mortifique subsecuentemente los tejidos. No obstante que las pinzas ordinarias sirven bastante bien para este fin, causan mortificación por presión que algunas veces impide el que cicatrice la herida. Las pinzas de Allis son también útiles para asir tejidos cortados en el curso de la operación, particularmente tejidos difíciles de sostener, como por ejemplo, al extirpar el ovario o al ejecutar alguna operación plástica en las trompas uterinas.

Bisturíes.—El bisturí o escalpelo que se muestra en la figura 1,124, *b*, es el que se emplea de ordinario para hacer la incisión abdominal y cortar cualquier tejido interior. El que consta de un mango y hojas intercambiables, ofrece mayor seguridad cuanto al filo, que el bisturí de una sola pieza.

Se han ideado escalpelos especiales, por ejemplo, el bisturí corto, grueso, particularmente curvo, para hacer el corte transversal del cuello uterino al ejecutar la histerectomía supravaginal, pero estos instrumentos especiales no son absolutamente necesarios para las operaciones abdominales ordinarias, y acrecientan los de sí numerosos instrumentos que han de manejar las enfermeras y los ayudantes.

Tijeras.—Las tijeras han de ser afiladas y son estos los instrumentos más difíciles de conservar en buen estado. Las tijeras grandes y fuertes para disección, del tipo Mayo (Fig. 1,124, *c*), al parecer resisten mejor el uso que otros instrumentos de esta clase. Estas tijeras son sumamente útiles en las operaciones pélvicas, aun para los tejidos más profundos. La curva moderada y las hojas angostas son muy adecuadas para trabajar en el sitio estrecho que se halla detrás del cuello uterino. De cuando en cuando se tropieza el cirujano con alguna circunstancia en que es más fácil dividir los tejidos profundos con las tijeras uterinas largas (Fig. 1,124, *d*, *e*). Se pueden emplear también las antedichas tijeras uterinas combinadas con las otras cuando, por haberse contaminado las primeras, se desechan en algún período de la operación. Las puntiagudas (Fig. 1,124, *f*) son necesarias para las operaciones plásticas en trompas ocluidas, y para trabajos especiales.

Pinzas para disección.—Las pinzas para disección de 20 cmts. de largo y con tres o cuatro dientes pequeños en cada rama (Fig. 1,124, *g*) son las más usuales en las operaciones de la pelvis. Hay que evitar las pinzas para disección con dientes de ratón muy pequeños, que perforan y desgarran indebidamente los tejidos al levantarlos, así como las pinzas muy delgadas que no sostienen con firmeza los tejidos. Esta longitud es útil no tan sólo porque facilita el trabajo en los tejidos profundos de la pelvis, mas también porque es una garantía contra los accidentes de extrañar las pinzas en la cavidad peritoneal.

Puesto que es probable que se desechen algunas pinzas en el curso del acto quirúrgico, conviene tener a la mano cuatro de éstas, una de las cuales puede ser de quince centímetros de largo (Fig. 1,124, *i*), que se empleará al cerrar la herida y una de las tres más largas no tendrá dientes y ha de servir para manejar la pared intestinal y otros tejidos delicados. Si por acaso todas las pinzas que están a la mano tuvieren dientes, se pondrán pedazos de tubo de goma en los extremos, a manera de pinzas intestinales.

Separadores.—Hay muchas variedades de separadores abdominales, pero por suerte para el presupuesto del hospital no todos ellos son necesarios para las operaciones abdominales. El más usual es el separador

doble (Fig. 1,124, *j*) provisto de dos hojas separadoras de diferente tamaño, uno de cuyos extremos sirve convenientemente de mango mientras se usa el otro para separar los bordes de la incisión. En el juego de instrumentos se incluirán dos separadores dobles. De cuando en cuando se necesita el separador sencillo con hoja de diez centímetros de largo (Fig. 1,124, *k*), para apartar tejidos profundos, o para levantar la pared al inspeccionar los órganos abdominales superiores. Se pondrán también a la mano separadores planos flexibles (Fig. 1,124, *l*) de dos tamaños: de 5

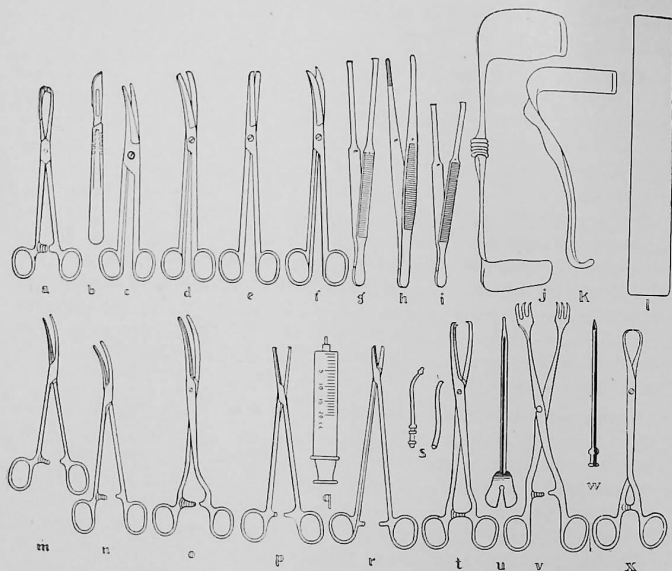


Fig. 1124.—Conveniente disposición de los instrumentos que se emplean para efectuar la celiotomía en el tratamiento de enfermedades pélvicas (véase la lista en el texto).

y de 3.5 centímetros de ancho. Además, bien será agregar al instrumental un separador abdominal de retención automática, si acaso se usare regularmente.

Pinzas.—Las pinzas moderadamente curvas, de unos 15.5 centímetros de largo, que suelen designarse con el nombre de “pinzas cortas de Kelly” (Fig. 1,124, *m*), son útiles para hacer la forcipresión de vasos sanguíneos en la incisión abdominal, así como para prender compresas (toallas) al peritoneo y para comprimir pedículos en la porción superior de la pelvis. El empleo de estas pinzas manuales para diversos fines, ayuda a simplificar la aparatosa colección de instrumentos para operacio-

nes abdominales, puesto que suprime las variedades innecesarias de pinzas. Para los pedículos más gruesos o más profundos convienen las pinzas curvas de 17.5 centímetros (Fig. 1,124, *n*), y además es oportuno tener unas cuantas pinzas curvas gruesas de ocho centímetros. Por ejemplo, para ejecutar la histerectomía se colocan unas pinzas grandes en cada lado del cuerpo uterino, las cuales son muy convenientes para hacer tracción y al mismo tiempo ocluyen el extremo uterino de los vasos sanguíneos, al dividir la porción superior de los ligamentos anchos, lo que es mucho más seguro para hacer tracción que coger el cuerpo del útero con pinzas uterinas de dientes gruesos, ya que éstos penetran a veces en la cavidad uterina y dan origen al rezumamiento de materias sépticas.

Para comprimir pedículos cortos importantes situados profundamente al lado del cuello uterino, se emplean las pinzas dentadas de Ochsner (Fig. 1,124, *p*) construídas de manera, que compriman estrechamente los tejidos sin resbalarse. Es conveniente que todas las pinzas dentadas sean rectas y curvas todas las sin dientes, a fin de que se puedan distribuir instantáneamente, pues de lo contrario fácil es aplicar una de ellas en algún sitio donde sean inoportunas.

Portaagujas.—En nuestro sentir son muy convenientes los portaagujas de Hegar, tanto para las operaciones abdominales como para las vaginales. Es de preferir la variedad antigua, de 20 centímetros de largo y ramas laterales gruesas y fuertes, que al cerrarlas quedan casi paralelas (Fig. 1,124, *r*). El modelo "perfeccionado" de bordes laterales separados y flexibles, nos parece menos adecuado para las operaciones pélvicas profundas. La longitud total es casi la misma, pero estos portaagujas están construídos de manera, que al cerrarlos quedan los dedos sobre el mango, más cerca de la caña, y de esta suerte se disminuye su longitud.

Algunos cirujanos prefieren otras variedades de portaagujas, de los cuales hay muchos.

Pinzas-tentáculo (*pinzas uterinas, pinzas de cuatro dientes de Museux*).—Conviene tener diversas clases de pinzas-tentáculo, de las cuales las de cuatro dientes (Fig. 1,124, *t*) son muy útiles para asir firmemente tejidos sin desgarrarlos. Algunas veces se necesitan las pinzas erinas de dos dientes (Fig. 1,124, *x*). Las "pinzas para neoplasmas" (Fig. 1,124, *v*) son adecuadas para agarrar miomas y facilitar su extracción por entre la incisión abdominal.

Variaciones en el instrumental.—El instrumental quirúrgico varía, claro está, en los diversos hospitales, pero la lista antecedente dará idea de los instrumentos más comúnmente usados.

Agujas y material para sutura (Fig. 1,125)

- 6 agujas grandes de punta cortante y de curva completa (*a*).
- 8 agujas medianas de Mayo, seis N^o 3 y dos N^o 4 (*b*).
- 2 agujas intestinales curvas delgadas (*c*).

- 2 agujas largas rectas con punta de trocar (*d*).
- 1 tubo de catgut cromado N° 1 para cuarenta días (*e*).
- 5 tubos de catgut N° 1 para veinte días (*f*).
- 2 tubos de catgut simple N° 00 (*g*).
- 1 tubo de catgut cromado N° 00 para cuarenta días.
- 1 metro de seda delgada (tamaño D), o de lino (*h*).
- 8 hebras de erin de Florencia gruesa (*i*).

Además se tendrá a la mano cualquiera otra clase de catgut, o de otro material de sutura que acostumbre usar el cirujano.

Agujas.—La aguja larga, de punta cortante, de curva completa (Fig. 1,125) es lo bastante grande para poder manejarla sin portaagujas y, por consiguiente, ahorra tiempo al suturar las diversas capas de las incisiones abdominales largas. La punta cortante es necesaria para que la aguja penetre en la piel al hacer las puntadas de retención, por más que de cuando en cuando ocasiona un pequeño hematoma en la pared abdominal.

Para suturas internas en la pelvis y en la porción inferior del abdomen, verbigracia, para ligar pedículos y para suturar y unir cabos de pedículos u otros tejidos, se emplean privativamente las agujas de punta redonda. Los antedichos tejidos son blandos y en ellos penetra fácilmente la aguja de punta redonda; en cambio, si se emplease en estos tejidos la aguja de bordes cortantes, bien pudiera penetrar en algún vaso sanguíneo y dar origen al hematoma de graves consecuencias. En la mayor parte de los tejidos que se manejan en la operación pélvica, es mucho más eficaz la aguja corta y gruesa de Mayo de tamaño mediano (Fig. 1,125) para suturar y ligar.

Algunos cirujanos emplean la aguja cortante de punta de trocar para suturar el cuello al hacer la histerectomía supravaginal, pero en nuestro sentir la aguja de Mayo es para ello muy eficaz y evita confusiones, ya que las dos agujas son muy parecidas y con frecuencia las confunde la enfermera.

Para suturar la pared intestinal, como se hace al efectuar la apendicectomía o la enteroanastomosis, debe emplearse la aguja intestinal delgada (Fig. 1,125), que sirve también para suturar el ovario y la trompa uterina cuando se ejecutan operaciones conservadoras en dichos órganos.

Para suturar la piel es conveniente la aguja recta larga con punta de trocar (Fig. 1,125), si bien algunos cirujanos prefieren la aguja curva larga.

Material para sutura.—En las diversas operaciones pélvicas que se ejecutan por el abdomen, se emplean muchos y diferentes clases y diámetros de catgut; mas para mayor simplicidad hemos aceptado en la práctica dos clases: el catgut N° 1 para veinte días y el catgut simple

Nº 00, y de cuando en cuando el catgut para cuarenta días, por alguna circunstancia especial. Los términos "cuarenta días" y "veinte días"

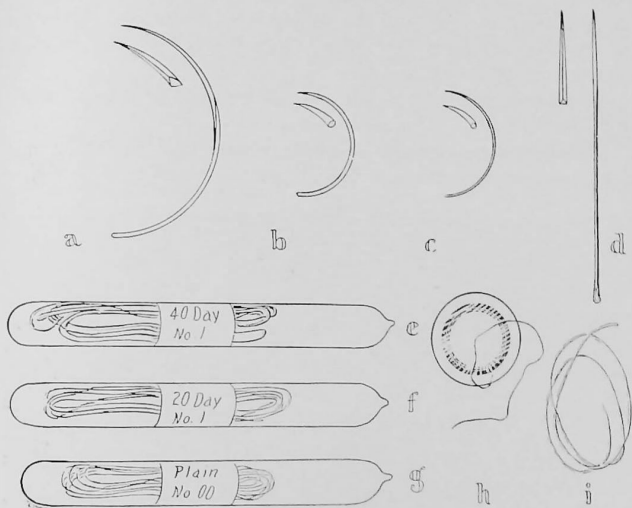


Fig. 1125.—Agujas y material para sutura que se emplean en las operaciones para el tratamiento de enfermedades de la pelvis; a, aguja larga curva completa; b, aguja de Mayo; c, aguja intestinal curva; d, aguja larga, recta, con punta de trocar; e, catgut cromado Nº 1 para 40 días; f, catgut Nº 1 para 20 días; g, catgut simple Nº 00; h, seda o lino delgado; i, crin de Florencia.

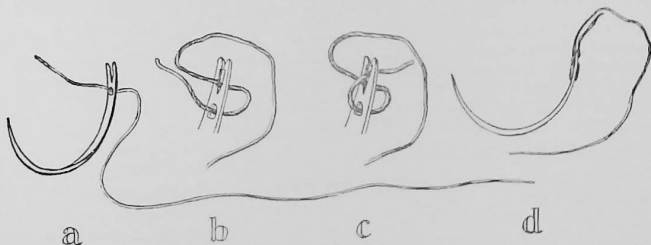


Fig. 1126.—Aguja de Allen de autorretención y manera de enhebrarla; a, primer tiempo; b, segundo tiempo; c, tercer tiempo; d, la aguja ya enhebrada.

indican el tiempo que dura el catgut en tejido conjuntivo, pero la duración de él es mucho menor en el peritoneo y particularmente en las membranas mucosas.

El catgut simple se usa enhebrado en delgadas agujas intestinales para efectuar la sutura, luego de hacer operaciones conservadoras en el ovario o en las trompas, para hacer la sutura-ligadura del mesoapéndice y de otros pequeños pedículos delicados, así como para ligar el cabo del apéndice antes de hacer la sutura de seda para la invaginación, y también para la sutura cutánea final.

El catgut de veinte días sirve para todas las capas de la pared abdominal, excepto la piel.

Disposición del material para suturas y ligaduras.—Se facilita mucho la operación cuando todo el material para sutura que haya de usarse

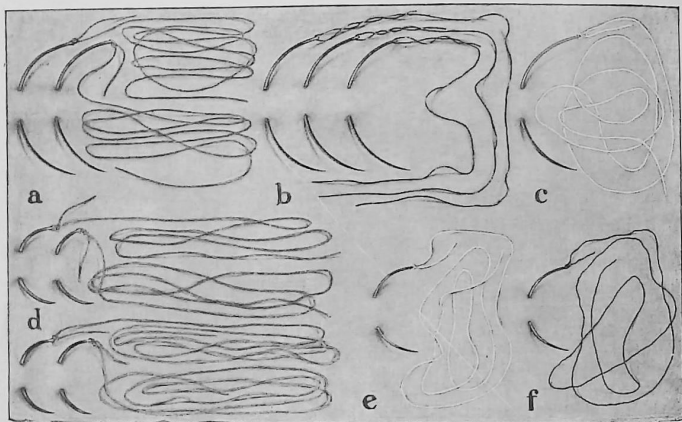


Fig. 1127.—Conveniente distribución de las agujas y del material de sutura: *a*, dos agujas largas de curva completa; *b*, tres agujas largas de curva completa; *c*, una aguja larga de curva completa; *d*, cuatro agujas pequeñas de Mayo; *e*, una aguja delgada de punta redonda para sutura intestinal; *f*, una aguja curva delgada para sutura intestinal (véase la descripción respectiva en el texto).

está enhebrado y dispuesto antes de hacer la incisión abdominal. Al preparar las operaciones abdominales ordinarias, conviene enhebrar las agujas de la siguiente manera:

Cuatro agujas de Mayo, enhebrada cada una con media hebra de catgut cromado N° 1, para veinte días. Es conveniente fijar el extremo de cada hebra de catgut al ojo de la aguja con medio nudo (una lazadilla simple) (Fig. 1.131). El catgut crómico es demasiado rígido y se debe ablandar remojándolo un minuto en agua, o pasándole una o dos veces una gasa húmeda. Estas son para pedículo o para suturas internas en general. Si se ha de ejecutar la histerectomía o la extirpación de algún neoplasma, se enhebrarán

otras dos agujas de Mayo, que darán un total de seis. El tubo de catgut para cuarenta días servirá para alguna sutura especial en la que el cirujano necesite catgut muy durable.

Una delgada aguja intestinal curva enhebrada con media hebra de catgut simple N° 00 (fijese el cabo al ojo de la aguja, según queda dicho arriba). Esta hebra sirve para ligar el muñón apendicular, ligar el mesoapéndice y hacer suturas en los ovarios y trompas.

Una delgada aguja intestinal curva enhebrada con una hebra de 30 emts. de seda delgada (D), o de hilo de lino (Pagenstecher), cuyo cabo se fija al ojo según queda dicho, y que sirve para hacer la sutura invaginante del muñón apendicular y para suturar cualquiera desgarradura intestinal.

Seis agujas grandes de curva completa, enhebrada cada una con una hebra de crin de Florencia gruesa, a la cual no se le hace el medio nudo en el ojo de la aguja sino se fija torciendo varias veces el cabo corto y el largo; para ello se pasa por el ojo de la aguja poco más o menos la cuarta parte de la

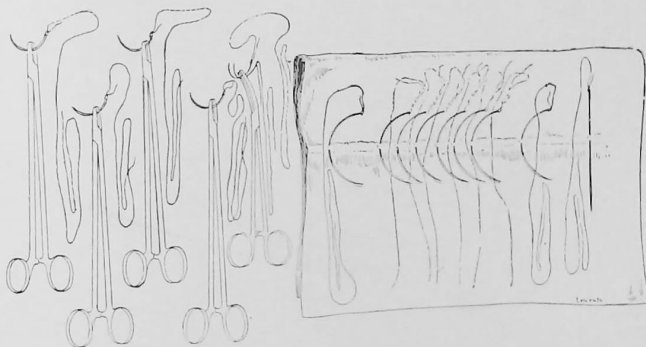


Fig. 1128.—Otra manera conveniente de disponer el material de sutura.

hebra y se tuerce con tres vueltas completas, ni más ni menos. Por lo común esto fija la crin de Florencia, de modo que al sacar la aguja de los tejidos no se desenhobre y, sin embargo de ello, sea fácil sacarla. La crin de Florencia se emplea para suturas de retención o de tensión y ha de emplearse la hebra gruesa. Las puntadas se hacen inmediatamente antes de suturar la aponeurosis.

Una aguja recta larga, con punta de trocar, enhebrada con media hebra de catgut simple N° 00, con el cabo corto hecho medio nudo en el ojo. Esta sirve para suturar la piel¹.

¹ Algunos cirujanos prefieren para suturar la piel, el hilo llamado "sutura dermal" (Bauer y Black), que viene en tres diámetros: gruesa, mediana y delgada; otros emplean la seda y hay muchos que prefieren las grapas de Michel. En verdad, son pocos los cirujanos que usan el catgut para coser el tejido cutáneo. (N. del T.)

Es acertado distribuir las agujas enhebradas, de tal manera que no se extravíen ni se enreden los hilos, y cuando la enfermera o el ayudante hayan de disponer apresuradamente el material de sutura, conviene colo-

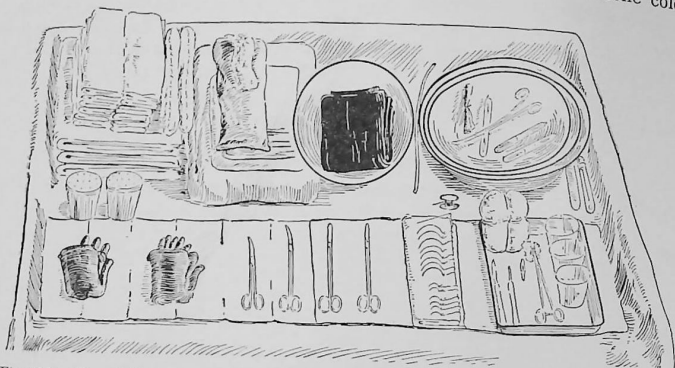


Fig. 1129.—Disposición de la mesa de la enfermera encargada de los instrumentos (véase el texto).

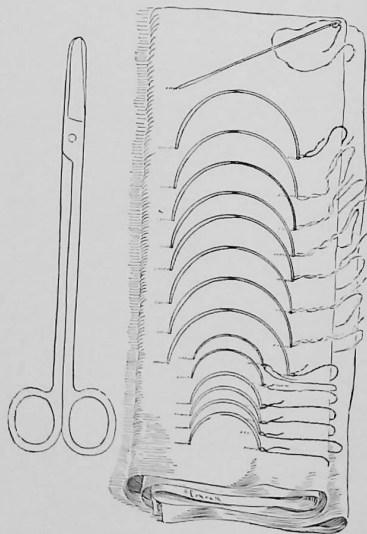


Fig. 1130

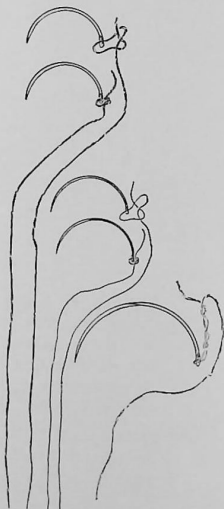


Fig. 1131

Fig. 1130.—Disposición de la mesa de la enfermera; ampliación de las agujas para que se vea claramente la manera cómo están dispuestas.

Fig. 1131.—Cómo fijar el cabo del hilo al ojo de la aguja.

car las agujas enhebradas con hilo fuerte para sutura-ligadura (catgut para veinte días en agujas de Mayo), se pueden colocar en el portaagujas, listas para su uso. El hilo para suturar el apéndice (catgut simple y seda delgada en agujas curvas delgadas), se pondrá en pinzas curvas hasta que se necesiten; las hebras con que ha de suturarse la pared abdominal se prenderán en una compresa en el orden en que se vayan a necesitar (Fig. 1,128). Cuando la enfermera tiene tiempo para disponer con calma su mesa, conviene la distribución de las láminas 1,129 y 1,130.

Instrumentos especiales (Fig. 1,132)

Hay algunos otros instrumentos que de cuando en cuando se usan en las operaciones pélvicas ejecutadas por el abdomen, ora porque lo de-

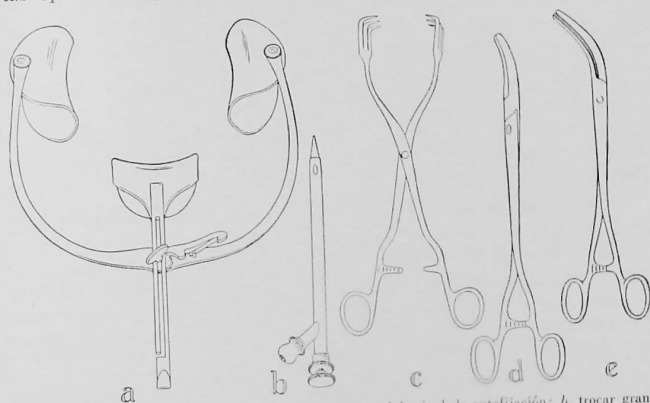


Fig. 1,132.—Instrumentos especiales: a, separador abdominal de autofijación; b, trocar grande; c, pinzas fuertes para neoplasmas; d, pinzas parametriales de Wertheim; e, pinzas vaginales de Wertheim.

manden las circunstancias, ora por predilección del cirujano. Con todo, las páginas de los catálogos de instrumentos quirúrgicos están llenas de artículos inútiles o que muy rara vez pueden ser útiles. Este complicado y nutrido instrumental es de todo en todo innecesario, además de ser costoso para el hospital o el cirujano y causar no poca confusión al principiante. La lámina 1,132 muestra los principales instrumentos especiales que se pueden necesitar.

Separador abdominal automático¹.—Este es un separador de autofijación (Fig. 1,132, a), particularmente útil para las operaciones pélvicas

¹ Esto es lo que algunos designan con el nombre de *laparostato* o *laparóstato*, término que, sobre ser incorrecto, viene a añadir una voz técnica (o pseudotécnica) más a la ya de sí complicadísima y copiosa terminología quirúrgica. Me parece término inútil y excusado. (N. del T.)

profundas, o cuando el cirujano tiene pocos ayudantes. Hay diversas variedades de separadores de autofijación.

Trocar (Fig. 1,132, *b*).—Cuando eran usuales los antiguos métodos para extirpar neoplasmas ováricos, era indispensable el trocar de gran diámetro para hacer la paracentesis de los quistes, pero desde que se reparó en la importancia de extirpar los quistes intactos, rara vez se utiliza dicho instrumento. La razón de por qué ha de evitarse la paracentesis del quiste antes de extirparlo, es que a las veces el flúido es infeccioso o contiene células neoplásicas malignas que pueden causar la recidiva. Con todo, hay ocasiones en que conviene hacer la paracentesis o punción del neoplasma quístico, por entre una incisioncita que se hace con anestesia local. Otras veces, antes de extirparlo, a causa de la tensión intraquística y de las muchas adherencias del neoplasma, es preciso extraer parte de su contenido líquido, o aun vaciarlo del todo y abrirlo.

Pinzas grandes para neoplasmas.—En circunstancias excepcionales es menester valerse de pinzas grandes para neoplasmas (Fig. 1,132, *c*), en particular cuando hay algún mioma grande y redondo enclavado en la pelvis, de manera que no es posible levantarlo con los dedos ni con pinzas pequeñas.

Pinzas parametrales (Fig. 1,132, *d*) y **pinzas vaginales de Wertheim** (Fig. 1,132, *e*).—Éstas eran útiles en las complicadas operaciones abdominales que antes se ejecutaban para el tratamiento del carcinoma del cuello uterino; mas desde el desenvolvimiento de la radioterapia, rara vez se ponen por obra dichas operaciones. Ello no obstante, las pinzas prestan utilidad en la nefrectomía, la esplenectomía, o siempre que sea menester comprimir pedículos profundos.

Tubos para desagüe.—Los tubos blandos de goma de diversos tamaños sirven muy bien para desagüe; han venido a suplantar a los tubos de vidrio o de hule vulcanizado (vulcanita) que antes se acostumbraban.

Apercibimiento del cirujano y los ayudantes

Todo aquello que se haya de poner en contacto con el área de la operación ha de ser esterilizado. Las manos y los antebrazos del cirujano y los ayudantes se desinfectarán cuanto sea posible y se cubrirán luego, a fin de que no haya probabilidades de que se ponga en contacto directo del campo de la operación con la piel de las manos o los antebrazos, ya que es cosa averiguada que la piel no se puede esterilizar totalmente. Además, tanto el cirujano como sus ayudantes deben estar bien cubiertos, de manera que el sitio de la operación esté protegido de la contaminación de partículas provenientes del cabello, los bigotes o la barba, o de partículas arojadas en el aliento.

El perfeccionamiento de esta técnica protectora ha sido objeto de largos y minuciosos estudios y experiencias. De igual manera, la técnica eficaz para la preparación del cirujano y demás disposiciones antisépticas y asépticas, se han alcanzado poco a poco y mejorado año tras año, pero todo ello es la consecuencia directa de los famosos descubrimientos de Pasteur y Lister. La preparación del cirujano y los ayudantes se efectúa de la siguiente manera:

1º Se arrollarán las mangas hasta muy arriba de los codos¹, y se recortarán y limpiarán minuciosamente las uñas².

2º A continuación se acepillarán cuidadosa y vigorosamente las manos y los antebrazos por diez o quince minutos, con un cepillo de cerdas rígidas y con agua tibia y jabón blando (verde) líquido. Al hacer esto se pondrá particular atención a las irregularidades de las uñas, de los nudillos y a los espacios interdigitales, en los pliegues que forma la unión de los dedos con la mano³. Cuando el cepillo cause excesiva irritación de la piel, es bien emplear un pedazo de gasa para frotar los antebrazos, pero se empleará el cepillo para las manos.

3º Se quitan luego las jabonaduras con agua esterilizada, y con ayuda de un pedazo de gasa se frotan las manos y los antebrazos con alcohol de 80°.

4º Hecho lo anterior, se frotan con solución al 1:2,000 de bicloruro de mercurio, también con gasa.

¹ En los hospitales modernos se sigue la costumbre de quitarse el cirujano y los ayudantes las ropas de calle, incluso la camisa, en alguna habitación contigua a la sala de operaciones, y ponerse en lugar de esta última, camisas o chaquetines sin mangas, o de mangas cortas que suministra el hospital. Esto se hace antes de comenzar la acepilladura y esterilización de las manos, y me parece mucho más propio que dejarse la camisa de calle y arrollarse tan sólo las mangas. (N. del T.)

² Algunos cirujanos emplean la técnica siguiente, que me parece muy buena: después de recortarse y limpiarse las uñas el cirujano y los ayudantes, remojan en tintura de yodo por unos cuantos segundos las puntas de los dedos (de manera que el yodo cubra la mayor parte de las últimas falanges); después de lo cual se hace la acepilladura, según se dirá en el siguiente tiempo, de suerte que al terminar ésta se ha desvanecido la mayor parte de la tintura de yodo. (N. del T.)

³ Al hacer esto, conviene tener algún método, en lugar de efectuar la acepilladura desordenada que por lo común se acostumbra. Así, por ejemplo, se hará primero la acepilladura vigorosa de las uñas de ambas manos con un cepillo esterilizado, frotando separadamente cada una. Terminada ésta, se desechará el cepillo, y con otro, también estéril, se procederá a frotar uno por uno cada dedo, empezando en el pulgar y terminando en el índice de cada mano; para ello, se acepillará primero una de las cuatro caras del dedo, luego la otra, y así sucesivamente hasta cubrir toda la circunferencia; continuarse después la acepilladura del dorso y de la palma de las manos, a continuación las muñecas y por último los antebrazos, para lo cual se puede usar otro cepillo; al enjuagarse las manos y los antebrazos para quitarse las jabonaduras, se colocarán de manera las extremidades debajo del chorro de agua, que ésta corra de las manos a los antebrazos y no de los antebrazos a las manos. De esta suerte se tendrá la seguridad de que no se dejó sin acepillar ninguna porción de la piel. (N. del T.)

5º A continuación se pondrán el cirujano y los ayudantes las batas, los gorros y las mascarillas estériles. Al ponerse los guantes de goma, las mangas o bordes superiores de éstos se ponen encima del borde inferior de la manga de la bata estéril, a fin de que se sostengan mejor¹. De esta manera quedan bien cubiertos el antebrazo y el brazo, de suerte que no haya probabilidad de que la piel desnuda de los cirujanos se ponga en contacto con la herida.

El antedicho método para desinfectar las manos fué ideado por Fürbringer, y se conoce con el nombre de "método del alcohol y el bicloruro", o con el nombre de su inventor.

En cualquier método de desinfección de las manos, el pormenor más importante es la minuciosa y prolongada acepilladura con jabón y agua, lo cual ha sido aprobado de tiempo atrás y en el día de hoy muchos cirujanos han desechado el bicloruro de mercurio y otros antisépticos irritantes y se atienen por entero a la acepilladura con jabón, seguida del frotamiento con alcohol. Esta práctica, cuando se pone debidamente en ejecución, es segura, eficaz y evita la irritación causada por el bicloruro. Sin embargo de ello, hay personas a quienes irrita más el alcohol que este último.

Hay *dos métodos de desinfección de las manos* que son muy usuales, pero en todos ellos se emplea la acepilladura con jabón blando y agua tibia, y sólo difieren en lo siguiente:

a. El método "del alcohol y el bicloruro" ya fué descrito.

b. El método "del permanganato y el ácido oxálico". Luego de acepillar las manos y los antebrazos, se remojan en solución caliente saturada de permanganato de potasio y se conservan ahí hasta que la piel se vuelva de color moreno obscuro, después de lo cual se remojan en solución saturada caliente de ácido oxálico, hasta que la piel recobre su color natural. El ácido oxálico se lava con agua hervida, o con agua esterilizada de sal.

La selección del método queda en gran manera a la discreción del cirujano, y cualquiera de ellos, si se ejecuta como es debido, desinfecta bastante eficazmente las manos; o por mejor decir, las manos y los antebrazos preparados de esta manera rara vez o nunca son causa de infec-

¹ Los guantes deben estar doblados de manera que al tomarlos el cirujano para ponérselos, no toque nunca con las manos sin guantes la cara exterior de ellos. Por lo común, en los hospitales modernos norteamericanos, la enfermera quirúrgica debidamente adiestrada ayuda al cirujano y sus ayudantes a ponerse los guantes; para ello, le hace un doblez a manera de puño doble de camisa a la boca del guante, debajo del cual doblez pone los dedos, abre entonces bien la boca del guante y el cirujano mete la mano respectiva, sin que la piel toque los guantes estériles de la enfermera. En caso de que el cirujano tenga que ponerse él mismo los guantes, debe seguir algún método conveniente para que, sin pérdida de tiempo, se los ponga sin tocar con la mano desenguantada la superficie exterior del guante. (N. del T.)

ción. No es, pues, tan importante la selección del método, como la *minuciosidad* con que se lleve a efecto.

Es imposible que con ningún método se logre la desinfección total de las manos y los antebrazos, ya que ésta ha de limitarse necesariamente a las capas superficiales de la epidermis, y es posible que en el curso de la operación las bacterias situadas en las capas profundas se abran camino hasta la superficie; de ahí la importancia de cubrir por entero las manos y los antebrazos desinfectados, con guantes de goma y mangas estériles, sin dejar descubierta ninguna porción de la piel.

CAPÍTULO XX

TÉCNICA DE LAS OPERACIONES ABDOMINALES

Es conveniente clasificar en dos grupos, a saber: tiempos ordinarios y pormenores especiales, las minucias relacionadas con la técnica quirúrgica de las operaciones abdominales. Por razón de la gran importancia que tiene la anestesia, la estudiaremos por separado en el capítulo XXIII.

TIEMPOS ORDINARIOS

Los tiempos ordinarios de toda operación quirúrgica ejecutada por vía abdominal para el tratamiento de las enfermedades de la mujer, son:

- 1º Incisión.
- 2º Exploración.
- 3º Corrección o supresión de estados morbosos.
- 4º Cuidados que han de tenerse con el peritoneo.
- 5º Sutura para cerrar la incisión.
- 6º Apósito.

1º Incisión

La celiotomía, o incisión de la pared abdominal anterior para el tratamiento quirúrgico de las enfermedades de la pelvis en la mujer, suele hacerse longitudinalmente en la línea media, con el cual corte se alcanza de ordinario cualquiera porción de la cavidad pélvica, y es bien sabido que casi siempre conviene la exploración minuciosa de ésta. Por lo común se empieza la incisión cerca del ombligo y se termina en la sínfisis del pubis, mas si hubiere algún neoplasma de gran tamaño se alargará el corte hacia arriba, si bien casi siempre es preferible hacer el corte del tamaño necesario para efectuar la exploración con una mano, esto es, de unos doce centímetros de largo. Si la pared abdominal es muy gruesa, se puede hacer más larga, pero si es muy delgada más vale hacerla corta. Cuanto más abajo quede la incisión, tanto más fácil será llegar a las porciones profundas de la cavidad pélvica, pero al alargarla hacia abajo ha de tenerse cuidado de no dañar la vejiga urinaria.

Al cortar la pared abdominal no es preciso llegar exactamente hasta el tejido tendinoso situado entre ambos músculos rectos del abdo-

men. Hace, pues, poca diferencia el que se efectúe el corte un tanto hacia un lado de la línea media tendinosa e incluya parte del músculo recto del lado correspondiente; por tanto, no se ha de gastar tiempo tratando de hacer cuidadosamente la "disección (?) exactamente en la línea media (*sic*).

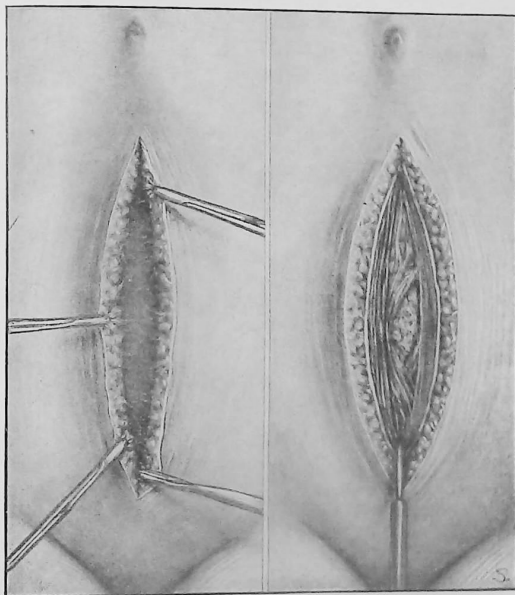


Fig. 1133

Fig. 1134

Fig. 1133.—Incisión abdominal; después de cortar la piel y los tejidos superficiales, se pone a la vista la aponeurosis. Las pinzas con que se tomaron los vasos sangrantes no comprimen ninguna porción del tejido cutáneo.

Fig. 1134.—Luego de dividir la aponeurosis, casi en la línea media, se efectúa la disociación del músculo recto abdominal derecho, del tabique intermuscular (a la derecha se ve el músculo y a la izquierda el tabique).

Se hace el corte por entre la piel, se desecha entonces el bisturí y con otro escalpelo aséptico se continúa por entre el tejido adiposo subcutáneo y la fascia (Fig. 1,133), después de lo cual se efectúa la forcipresión de los vasos sangrantes en el antedicho tejido adiposo. Prosiguese entonces el corte por entre el músculo recto del abdomen con su vaina

aponeurótica, hasta llegar al tejido adiposo subperitoneal (Figs. 1,134 y 1,135).

A continuación se divide la grasa subperitoneal y el peritoneo, cuyo primer cortecito ha de hacerse en el ángulo superior de la herida para no dañar la vejiga, que pudiera hallarse muy hacia arriba, a causa de la compresión del neoplasma o del tumor inflamatorio. Para ello, se coge

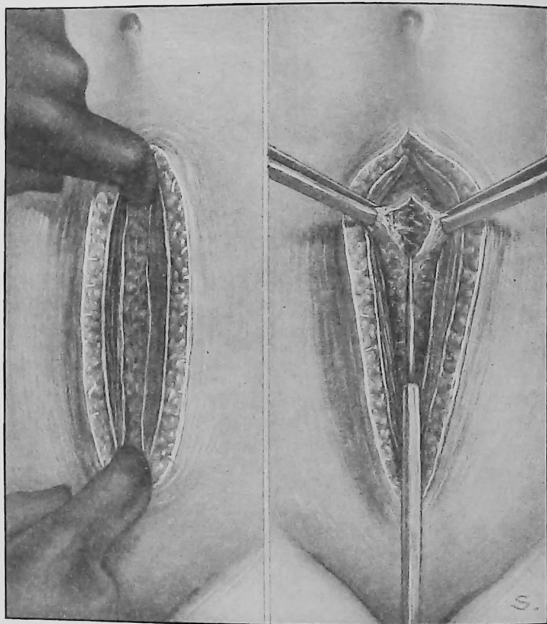


Fig. 1135

Fig. 1136

Fig. 1135.—Con los dos dedos índices que se mueven en dirección contraria desde el centro de la herida, se termina la disociación de las fibras musculares, lo que no siempre es necesario, pero a veces es útil.

Fig. 1136.—Se divide el tejido adiposo subperitoneal.

con dos pinzas de disección (una de las cuales sostiene el cirujano y la otra el ayudante, Trad.), se hace un cortecito; se vuelve entonces a coger de igual manera otra porción más profunda y se corta (Figs. 1,136 y 1,137), y así sucesivamente, procurando profundizarse hacia la cavidad abdominal y no hacia un lado, pues en este último caso se gastaría inútilmente el tiempo cortando la grasa sobre el peritoneo sin llegar a él; esto

puede suceder en particular cuando hay gran cantidad de tejido adiposo subperitoneal. En poniéndose a la vista el peritoneo (Fig. 1,137) se coge con pinzas y se levanta, primero con un solo instrumento y luego con ayuda de otras pinzas de disección (Fig. 1,138). Se sueltan entonces las primeras pinzas para soltar cualquiera porción de intestino que se pudiera haber cogido con ellas, y se agarra con las mismas otra porción del

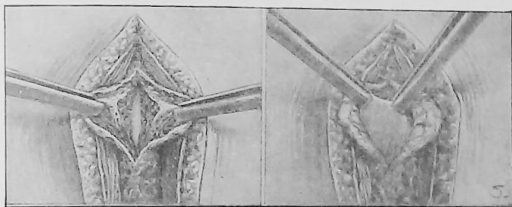


Fig. 1137

Fig. 1138

Fig. 1137.—Continúase la división del tejido adiposo subperitoneal: después de hacer un pequeño corte, se cogen con las pinzas y se dividen porciones más profundas, hasta llegar al peritoneo (véase el texto).

Fig. 1138.—Antes de cortar el peritoneo se levanta con dos pinzas de disección (véase el texto).

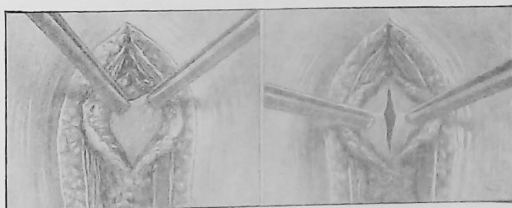


Fig. 1139

Fig. 1140

Fig. 1139.—Mientras se sostiene el peritoneo con las segundas pinzas, se quitan las primeras, de suerte que si hubiere alguna porción de intestino cogida con el instrumento, caiga por su propio peso, después de lo cual se vuelven a aplicar las segundas pinzas (véase el texto).

Fig. 1140.—Se divide el peritoneo en la porción superior de la herida abdominal para no lesionar la vejiga, caso que estuviere desviada por algún neoplasma o por adherencias.

peritoneo (Fig. 1,139). Así se continúa haciendo hasta que sea evidente que se tiene cogido tan sólo el peritoneo, sin ninguna porción de intestino debajo. Divídese entonces la sobredicha membrana serosa entre las dos pinzas de disección (Fig. 1,140) y con pinzas hemostáticas se cogen los bordes de la incisioncita (Fig. 1,141). Cuando hay inflamación en las porciones abdominales inferiores, bien puede suceder que haya adheren-

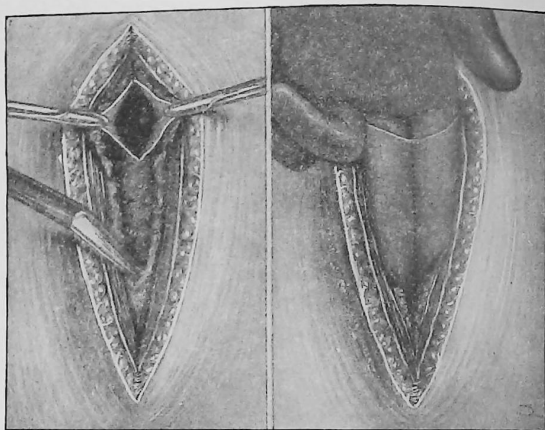


Fig. 1141

Fig. 1142

Fig. 1141.—Se divide hasta la sínfisis púbica el tejido adiposo subperitoneal, lo cual se logra fácilmente pasando las tijeras cerradas.

Fig. 1142.—Con los dedos se levanta el peritoneo antes de dividirlo.

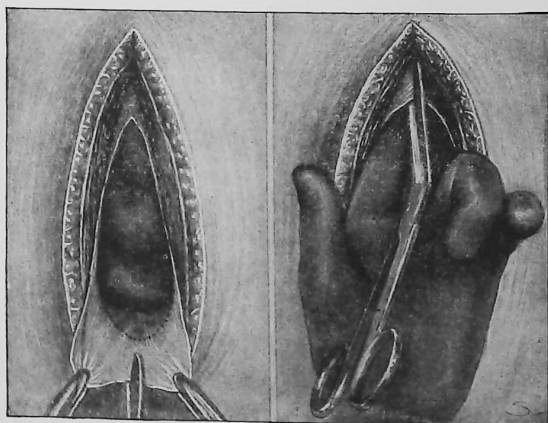


Fig. 1143

Fig. 1144

Fig. 1143.—Se corta el peritoneo hasta cerca de la vejiga (véase el texto).

Fig. 1144.—Con las tijeras se divide el peritoneo en el ángulo superior de la herida (véase el texto).

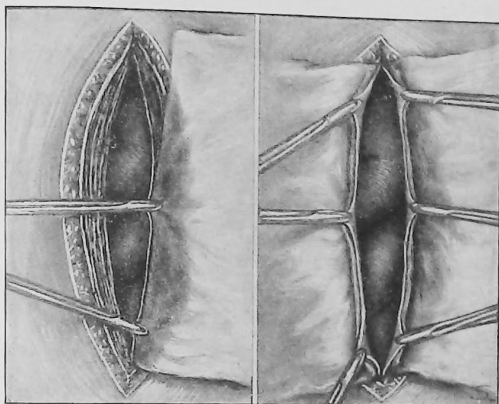


Fig. 1145

Fig. 1146

Fig. 1145.—Se prenden las compresas quirúrgicas en los bordes de la herida; para ello se pueden emplear pinzas ordinarias, o aun mejor, pinzas de Allis.

Fig. 1146.—Compresas quirúrgicas prendidas en cada borde de la incisión.

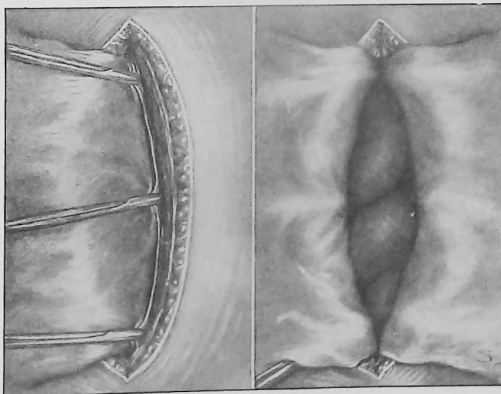


Fig. 1147

Fig. 1148

Fig. 1147.—Otra manera de prender las compresas quirúrgicas (véase el texto).

Fig. 1148.—Compresas quirúrgicas prendidas en ambos lados de la herida (véase el texto).

cias intestinales con el peritoneo, y en tal caso ha de ponerse particular cuidado en no cortar el intestino, peligro que se acrecienta cuando se ejecuta la operación quirúrgica por segunda vez, ya que entonces puede

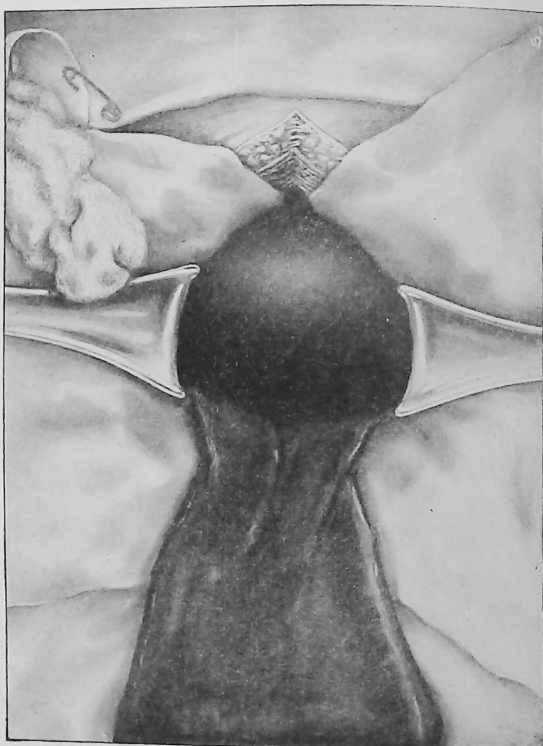


Fig. 1149.—Otra manera de disponer las compresas quirúrgicas para proteger los bordes de la herida abdominal (véase el texto). La paciente está en posición de Trendelenburg, y el grabado representa el área operatoria tal como se vería de detrás del anestésista. Se dejó al descubierto el ángulo inferior de la herida, para que se pueda identificar, pero debe quedar totalmente cubierto.

estar la víscera firmemente adherida al peritoneo en la zona donde se hace la incisión. En tales casos conviene descubrir lateralmente el peritoneo hasta donde sea necesario para hallar algún sitio donde no haya adherencias.

Procédase entonces a agrandar la porción profunda de la herida en toda la longitud del corte cutáneo, para lo cual es muy conveniente valerse de las tijeras de punta obtusa que se meten cerradas y se abren luego para apartar la grasa subperitoneal (Fig. 1,141); esto se logra

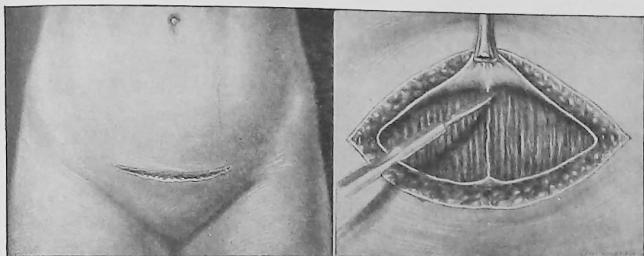


Fig. 1150

Fig. 1151

Fig. 1150.—Celiotomía transversal (véase su descripción en el texto).

Fig. 1151.—El corte transversal incluye el tejido adiposo, la fascia transversalis y la aponeurosis.

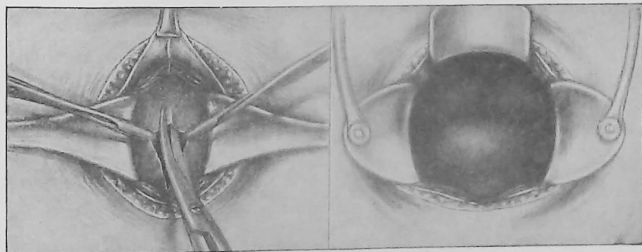


Fig. 1152

Fig. 1153

Fig. 1152.—Se aparta hacia arriba la aponeurosis, sepáranse hacia los lados los músculos rectos del abdomen y se hace la incisión longitudinal del peritoneo.

Fig. 1153.—Terminada la incisión se aplican los separadores.

muy bien con las tijeras angulares de punta roma, con las cuales se puede dividir rápidamente el tejido adiposo hasta la sínfisis, sin peligro de dañar la vejiga; introduciéndose entonces dos dedos por la incisioncita peritoneal, levántase el peritoneo y se divide con tijeras (Fig. 1,142, línea

punteada).¹ Se coge luego en cada lado el peritoneo dividido, en el ángulo inferior de la incisión y se saca un tanto (Fig. 1,143), con el fin de cerciorares dónde comienza la vejiga, la cual está señalada con la línea punteada en la lámina 1,143, hasta el cual sitio se puede dividir sin peligro el peritoneo. A continuación se corta la antedicha membrana serosa en el ángulo superior de la herida, mientras se protegen con los dedos los intestinos (Fig. 1,144)².

Antes de comenzar la operación en los tejidos internos se deben cubrir los labios de la herida con toallas o "compresas quirúrgicas", cuyos bordes se pueden fijar con pinzas hemostáticas al borde del peritoneo en cada lado (Figs. 1,145 y 1,146); o bien se fija el borde de la toalla o compresa al lado contrario de la herida (Fig. 1,147), y se vuelven luego las pinzas y la compresa hacia dicho lado (como se volvería la hoja de un libro), con lo cual quedan cubiertas las pinzas (Fig. 1,148). Hay aún otra manera de sostener las compresas quirúrgicas en los labios de la herida, a saber: se mete parte del lienzo de manera, que quede sobre la cara interna del labio de la herida, y se colocan sobre la compresa los separadores con que se ha de conservar abierta la incisión (Fig. 1,149).

Incisión en el músculo recto.—Algunos cirujanos prefieren hacer la incisión por entre la aponeurosis anterior del músculo recto de un lado, por lo común el derecho, y en este caso se puede hacer la incisión cutánea

¹ El corte del peritoneo hacia abajo se efectuaría fácilmente con las tijeras cogidas con la mano derecha (presupuesto el que sea manidextra la persona que lo hace), si el cirujano estuviese situado a la izquierda de la paciente, pero entonces, ¿con los dedos de qué mano levantaría el peritoneo sin hacer contorsiones con los brazos? En cambio, si estuviese situado a la derecha de la paciente —como se deduce lo está, por la lámina 1,142— y quisiera sostener las tijeras con la mano derecha para hacer el corte hacia abajo, tendría que mudar la posición del cuerpo y aun apartar a un lado al ayudante, a no ser que tenga adiestramiento especial y pueda manejar las tijeras con ambas manos, adiestramiento por demás conveniente, pero que no tienen todos los cirujanos. Mas aun suponiendo que pudiera hacer el corte con la mano izquierda, ¿con los dedos de qué mano levantaría el peritoneo sin hacer contorsiones? En tales casos, estando colocado el cirujano en el lado derecho de la paciente, para no mudar de posición ni perder el tiempo tratando de adaptar el cuerpo a posiciones difíciles, lo mejor es levantar el peritoneo con los dedos índice y medio de la mano izquierda (Fig. 1,142) y con el bisturí cortar dicha membrana serosa hacia abajo. Nótese en la lámina arriba citada que los dedos que sostienen el peritoneo son de la mano izquierda y, por tanto, lo más fácil para el cirujano es coger el bisturí con la derecha y hacer el corte. Si hubiere que alargar el corte hacia arriba, entonces sí vendrá bien valerse de las tijeras (Fig. 1,144) cogidas con la propia mano derecha, mientras con el índice y el dedo medio de la izquierda levanta el peritoneo. Estos son al parecer pormenores sin importancia de la técnica quirúrgica, pero que, en hecho de verdad, tienen enorme trascendencia, pues la técnica no es sino el conjunto metódico de movimientos, manipulaciones o tiempos debidamente estudiados, practicados y coordinados, cuya feliz ejecución redunde en la rapidez, la seguridad, la elegancia y la destreza del cirujano. Nada hay que cause mayor desagrado que el ver a un "operador" haciendo contorsiones, mudando de posición, apartando a sus ayudantes y poniendo en desorden las ropas estériles que cubren al paciente, para lograr alguna cosa que lograría fácilmente si tuviera bien estudiados sus movimientos. (N. del T.)

² Es muy conveniente que la incisión del peritoneo sea siempre un centímetro, poco más o menos, más corta en cada ángulo de la herida que el corte de la pared abdominal, pues de esta manera se facilita la sutura subsecuente de él. En verdad, conviene que el corte que se haga en cada capa de la pared del abdomen sea un tanto más corto que el de la inmediata superior. (N. del T.)

en la línea media, después de lo cual se apartan la piel y el tejido adiposo y se hace el corte en la aponeurosis a cierta distancia de la línea media. Hecho esto, se efectúa la disociación de las fibras de dicho músculo, o bien se aparta éste intacto, según se prefiera, y se penetra en la cavidad abdominal por entre una incisión que se hace inmediatamente debajo del corte de la aponeurosis anterior. Este método tiene en su abono el que deja interpuesta una capa de músculo entre las suturas inferior y superior.

En nuestro sentir, esta interposición de tejido muscular entre las suturas peritoneal y aponeurótica, se logra mejor haciendo la incisión en la línea media, dividiendo antes de cerrar la herida el tabique intermuscular, y uniendo los dos músculos en la línea media con una sutura no muy apretada (Figs. 1,160 a 1,162).

Incisión transversal.—La celiotomía transversal, conocida también con el nombre de incisión de Pfannenstiel, es, según algunos autores, la que ha de preferirse para las operaciones pélvicas. Se ejecuta de la siguiente manera:

1º Se hace por entre el tejido cutáneo y la grasa superficial un corte un tanto cuanto curvo, con la convexidad hacia abajo cuya porción central cruce la línea media poco más o menos unos cuatro centímetros arriba del pubis (Fig. 1,150), y cuya longitud sea de ocho a diez centímetros, de manera que la mayor parte de ella quede en la zona del vello púbico.

2º Se profundiza luego el corte hasta dividir la aponeurosis, pero sin cortar las músculos rectos del abdomen. Levántese entonces el labio o "colgajo" superior de la herida, que consta de piel, tejido adiposo y aponeurosis, para lo cual se divide con las tijeras o el bisturí el tabique fibroso intermuscular (Fig. 1,151), según sea necesario para levantar el "colgajo" hasta donde se necesite. Hecho esto, se aparta dicho "colgajo" con separadores.

3º Se separan a continuación los músculos en la línea media, y con un corte que se hace en dicha línea media se divide el peritoneo hasta donde sea necesario (Fig. 1,152).

4º Se apartan con separadores los labios de la herida (Fig. 1,153).

Es preferible hacer la incisión en la zona del vello púbico, sin salirse de ella cuando sea posible, y si fuere menester en el curso de la operación, se alargará hacia ambos lados cuanto fuere necesario. Algunas veces hay que hacer el corte transversal de los músculos rectos, para obtener mayor espacio; en verdad, algunos cirujanos hacen siempre el corte transversal de todo el espesor de la pared.

El "colgajo" superior se aparta con separadores, según queda dicho, o bien haciendo tracción de la aponeurosis por medio de pinzas o de una puntada. Cuando se dividen transversalmente todos los tejidos, se puede empujar la porción superior del peritoneo hacia arriba y hacia fuera, o bien se sutura temporalmente a la pared abdominal posterior, luego

de apartar los intestinos, con lo cual se conservan dichas vísceras fuera del área de la operación durante el acto quirúrgico.

La incisión transversal tiene en su abono lo siguiente: 1ª, toda la longitud de la incisión queda cerca de la pelvis, que es donde más se necesita; 2ª, evita la hernia postoperatoria, ya que las suturas no quedan una inmediatamente arriba de la otra, sino en ángulo recto, y 3ª, al crecer el vello púbico queda casi invisible la cicatriz. Sus desventajas son: 1ª, a causa del traumatismo que se causa a una región extensa de tejidos, se acrecienta el peligro de la infección, y hay más probabilidades de que sobrevenga hemorragia capilar y se forme el hematoma; 2ª, para descubrir bien los tejidos donde se opera es necesario efectuar fuerte separación de los bordes de la herida en tres direcciones, y 3ª, no es adecuada



Fig. 1154.—Se empieza la operación intraperitoneal, después de apartar como es debido los intestinos para desembarazar la pelvis; examínanse por medio de la inspección y la palpación el cuerpo uterino y los anexos (véase el texto).

para las operaciones difíciles en la región umbilical ni epigástrica que no pocas veces es necesario ejecutar y cuya necesidad sólo se hace manifiesta al abrir la cavidad abdominal.

2º Exploración

Luego de hacer la necesaria incisión, se introduce la mano en la cavidad peritoneal, se palpan los diversos órganos pélvicos y se determina con la mayor exactitud posible el estado morbozo. Para ello conviene hacer la exploración metódicamente.

En primer lugar, se desembarazará la porción inferior del abdomen de todas las asas intestinales a fin de poder ver y palpar los órganos pélvicos; esto se facilita colocando a la paciente en posición de Trende-

lenburg moderada, esto es, con los hombros mucho más bajos que la pelvis, después de lo cual se apartan los intestinos con la tira larga y ancha de gasa humedecida de solución salina normal (suero artificial). Caso

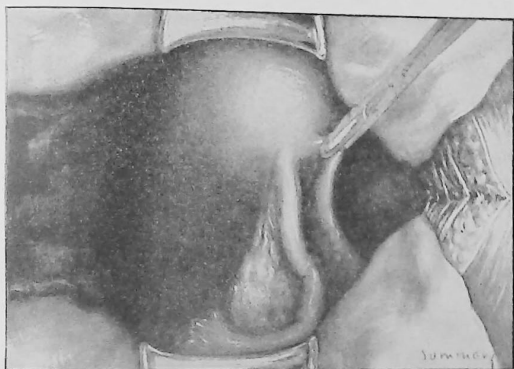


Fig. 1155.—Otra manera de poner a la vista los anexos. Se coge el ligamento redondo cerca del útero y se tira de él hacia arriba, levantando la matriz y los anexos. Hay que tener cuidado de no coger la trompa, pues con ello podría causársele daño.

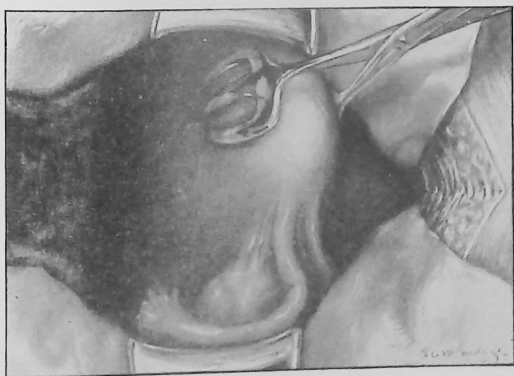


Fig. 1156.—Otro método para poner a la vista el útero y sus anexos.

que hubiere adherencias en la pelvis, habrá que despegarlas; a veces está adherido el epiplón, que cubre por entero todos los órganos; en tales casos, se despegará dicho tejido adherente y se apartará hacia arriba

(Figs. 47 y 48), o bien se cortará la porción adherida si por acaso estuviere muy aglutinado el borde.

Hecho lo anterior, se procede a explorar los órganos pélvicos, teniendo como guía el útero, que ocupa la porción central de la cavidad pélvica, y que si se identifica debidamente ayudará a reconocer los demás órganos, aun cuando estén sumamente desfigurados. Por lo común es fácil ver y palpar el cuerpo uterino esférico y advertir cualquiera notable anomalía o defecto. Si estuviere desviado hacia la concavidad del sacro, se llevará hacia delante para palparlo e inspeccionarlo.

Acto continuo, se hace la palpación e inspección de los anexos uterinos de ambos lados; el medio más conveniente de poner a la vista las trompas y los ovarios es introducir la mano, palpar los diversos tejidos y levantar luego con los dedos el ovario y la trompa de cada lado, primero en un lado y luego en el otro (Fig. 1,154).

Otra manera útil es coger el ligamento redondo con pinzas que se aplican cerca del útero y levantar dicho órgano junto con sus anexos

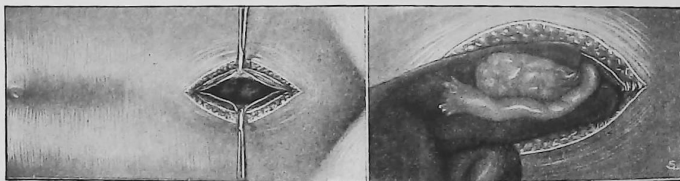


Fig. 1157

Fig. 1158

Figs. 1157 y 1158.—Método inseguro para ejecutar las operaciones en los órganos pélvicos: en otro tiempo se acostumbraba hacer la exploración por una incisión muy pequeña de la pared abdominal, se despegaban las adherencias y se exteriorizaban los anexos para ser extirpados.

Cuando se ejecuta la celiotomía, casi siempre el estado morbozo demanda la minuciosa exploración de casi todos los órganos, lo cual sólo se puede lograr haciendo incisiones grandes.

(Fig. 1,155), pero ha de tenerse cuidado de no coger la trompa en lugar del ligamento; o bien, se puede levantar el antedicho órgano agarrando el fondo uterino con pinzas o cucharas especiales (Fig. 1,156), lo cual requiere instrumentos especiales que hay que añadir al numeroso instrumental quirúrgico.

La exploración ha de incluir además los siguientes tejidos y órganos: el parametrio, la vejiga, los uréteres, los linfoganglios (cuando hay carcinoma), el recto, el colon sigmoideo, el apéndice, el ciego, el colon ascendente (seudomembranas constrictivas) y el íleon (por si acaso hubiere adherencias, angulaciones, etc.).

En tiempos pasados era muy usual el método, que por fortuna se ha desechado por entero hoy día, consistente en hacer una incisión muy pequeña (Fig. 1,157), por la cual se introducían dos dedos, se buscaban y exteriorizaban los anexos uterinos (Fig. 1,158). Este procedimiento era de todo en todo inadecuado, ya que casi siempre, cuando en verdad es

preciso efectuar la celiotomía, el estado morbozo demanda la minuciosa exploración de todos los órganos y tejidos pélvicos, lo cual es imposible lograr con solos dos dedos. Haciendo la incisión de tamaño conveniente, podrá el cirujano advertir y tratar con mayor exactitud cualquier estado morbozo de los antedichos órganos, y además se corre menos riesgo de dañar los órganos contiguos.

3º Corrección del estado morbozo

Luego de explorar debidamente la cavidad pélvica y la porción inferior del abdomen, procede el cirujano a tratar como convenga los órganos enfermos, según queda dicho en los capítulos precedentes.

No siempre es fácil determinar con certeza la magnitud y la índole de la operación que más conviene ejecutar en cada caso, lo cual muchas veces presenta arduos problemas de cuya acertada solución depende la futura salud y felicidad de la paciente. Entre otras cosas que se presentan a la consideración del cirujano, son de mencionar las siguientes: la extirpación de los ovarios dañados o la operación conservadora en dichos órganos; la conservación de la fecundidad, o de las probabilidades de ella a costa de dejar alguna porción de trompa uterina que pudiera subsecuentemente ocasionar nuevas molestias; la supresión de miomas uterinos por medio de la miomectomía, o de la histerectomía; la conservación del útero hipertrófico que padece inflamación crónica o que no es posible predecir con certeza si ha de ser beneficiosa o perjudicial; la operabilidad de algún neoplasma maligno (del útero o del ovario), teniendo cuenta con las probabilidades mediatas e inmediatas de curación y sin perder de la memoria la comodidad y el alivio temporal de la enferma; la conveniencia de deshacer adherencias a diestro y siniestro o, en lugar de ello, la extirpación del órgano o tejido que presente el estado morbozo más manifesto. A este tenor se podría continuar indefinidamente enumerando la multitud de problemas, pero bastan unos cuantos para hacer evidente la muchedumbre de trances dificultosos a que se halla expuesto el ginecólogo y cuyo feliz éxito depende de los conocimientos que éste tenga de la función, de las enfermedades, de las facultades reparadoras de los diversos órganos maleados, así como del buen entendimiento de las circunstancias y deseos de la enferma, y por último, del buen juicio del cirujano y de su claro discernimiento apoyados en el estudio, la observación y la experiencia, no menos que en su cabal concepto de las obligaciones morales que lo vinculan con su paciente.

Muchas de estas dificultades se resuelven presto y con entera satisfacción, pero hay algunas que no ha sido posible resolver, por más que al paso que progresan nuestros conocimientos se van sacando a luz las que, a despecho y pesar de nuestros esfuerzos, permanecen aún en la obscuridad.

Cómo proteger tejidos contiguos del rezumamiento de flúidos infecciosos.—Sucede a veces que algún tumor inflamatorio adherente, o un

quiste contiene pus u otros flúidos irritantes, como acontece con los quistes endometriales y los dermoides, y en tales casos es preciso hacer alguna disposición para evitar la contaminación peritoneal que ocasionaría el rezumamiento caso que se desgarrase el tumor al efectuar la enucleación. Lo primero que ha de hacerse es despegar el epiplón y los intestinos, para lo cual se separarán las adherencias menos resistentes, pero sin intentar el despegamiento de aquellas que probablemente ocasionarían el escape del flúido contenido en el tumor.

Se cubrirán luego los intestinos con tela de hule que se extenderá de manera, que proteja totalmente las vísceras, después de lo cual se extiende sobre el hule una toalla o compresa quirúrgica, uno de cuyos ángulos se deja fuera de la herida y se prende con pinzas a la sábana que cubre el abdomen. Valiéndose del aspirador eléctrico tan pronto como empiece el rezumamiento, se evitará la acumulación del flúido en la excavación pélvica. Además, cuando se palpa la acumulación de flúido en alguna cavidad anormal y es probable el escurrimiento, conviene a veces hacer la evacuación de ésta con un trocar conectado con el aspirador.

La extirpación del apéndice.—En ocasiones encuentra el ginecólogo estados morbosos en tejidos u órganos contiguos, ora de manera accidental en el curso de alguna operación, o bien por razón del diagnóstico erróneo en el cual se confundieron los síntomas de dichos estados morbosos con los de alguna enfermedad de los órganos pélvicos. Séase como se fuere, debe el ginecólogo estar preparado para tratar eficazmente cualquiera lesión ajena de los tejidos pélvicos que se topare. Tocante a esto, es de particular importancia el asunto de la extirpación del apéndice, el cual merece singular atención. Ya dijimos, al hablar de la apendicectomía, que hay divergencias de opiniones entre los cirujanos acerca de la conveniencia de extirpar siempre el apéndice aun cuando no esté dañado, y se podrían escribir páginas enteras en pro y en contra de este asunto. Dijimos asimismo que algunos opinan es imprudente el dejar dicho órgano rudimentario que bien pudiera ser causa de otra operación, cuando que, estando abierta la cavidad abdominal, se efectúa fácilmente su extirpación; otros, en cambio, creen inoportuno el abrir el conducto intestinal y correr el riesgo de provocar infección y aun peritonitis mortal, tan sólo por extirpar un tejido que no causa ninguna molestia. En el propio lugar especificamos las razones que nos mueven a efectuar la apendicectomía las cuales nos sirven de norma en tales casos; son a saber: extirpamos el apéndice tan sólo, 1º, cuando está muy enfermo; 2º, cuando la paciente ha padecido molestias que se puedan atribuir a enfermedad de dicho órgano; 3º, cuando queda dentro de la zona de la operación y hay probabilidades de que sea incluído en el exudado reparador, y 4º, cuando la paciente pide que se le extirpe.

Si el ciego y el apéndice son normalmente movibles, se pueden llevar fácilmente hacia la incisión en la línea media para efectuar la apendicectomía, pero si están adheridos es preciso entonces hacer la opera-

ción totalmente en el lado derecho y en ocasiones con no pocas dificultades. Colocando a la paciente en posición de Trendelenburg y empujando hacia la izquierda y hacia arriba el intestino delgado, se obtendrá mayor espacio donde operar.

Reparación de lesiones incidentales y accidentales.—Los estados morbosos de los órganos genitales de la mujer causan a veces daño a los tejidos contiguos, como sucede en particular cuando hay adherencias inflamatorias, endometriosis, grandes neoplasmas de la matriz o del ovario, los cuales pueden dañar el intestino, la vejiga o los uréteres; los neoplasmas malignos y la tuberculosis pélvica a menudo invaden la pared intestinal, que se desgarrará fácilmente al intentar la separación de adherencias.

En los capítulos XVI (Figs. 943 a 958) y XVII (Figs. 986 a 992 y 1,059) tocamos ya lo concerniente a la reparación de las lesiones traumáticas accidentales de la vejiga, de los uréteres y del intestino.

4º Cuidados del peritoneo

En efectuando totalmente la hemostasis, se sacan de la cavidad pélvica con compresas de gasa todos los coágulos y se seca la sangre; se cubren con peritoneo todas las superficies cruentas, se sacan todas las compresas que se hayan colocado en el abdomen, se deja que desciendan las asas intestinales a la excavación pélvica suprimida ya la posición de Trendelenburg, y se extiende el epiplón sobre dichas vísceras. Todos estos cuidados llevan la mira puesta en extraer cualesquier substancias dañinas, restablecer cuanto sea posible la normalidad de las relaciones anatómicas y prevenir adherencias.

La prevención de adherencias extensas es un problema que aun no ha sido resuelto del todo. Después de toda operación quirúrgica se forma exudado reparador en mayor o menor cantidad, que cubre los tejidos traumatizados y ayuda a la reparación de manera un tanto semejante al callo que se forma en el hueso fracturado. En circunstancias normales, se resorbe casi todo el antedicho exudado, mas sucede a las veces que queda una gran parte de él, el cual se organiza y forma adherencias que en ocasiones no dan molestia alguna, pero que pueden originar graves perturbaciones, entre otras, la oclusión intestinal.

Las disposiciones preventivas tienen dos fines: primero, el evitar cuanto sea posible la formación de todo género de adherencias, y segundo, el prevenir en particular que se formen aquellas que pueden causar graves trastornos. Lo primero se logra con la estricta observancia de la asepsia para evitar infecciones, con la manipulación mínima del peritoneo, con la protección del intestino por medio de compresas quirúrgicas húmedas, o aun mejor, por medio de tela de goma gruesa (Fig. 1,118), con la "peritonización" de todo tejido en carne viva y con la total extracción de toda substancia irritante de la cavidad peritoneal luego de terminada la operación.

Tocante a lo segundo, se ha podido averiguar que las adherencias del intestino delgado son las que ocasionan mayores dificultades y, por tanto, al aderezar debidamente el peritoneo antes de cerrar la herida, se pondrá particular cuidado en alejar dicha porción intestinal de las superficies serosas irritadas en las profundidades de la pelvis y de la sutura peritoneal en el sitio de la celiotomía. Para lo primero, se empujará hacia arriba el intestino delgado y se dejará que se junten por sobre de la pelvis el ciego y el colon sigmoideo (Fig. 149) todo cuanto sea posible. Cuando se ejecutan algunas complicadas operaciones es a veces factible valerse de algún colgajo peritoneal para separar la excavación pélvica de la cavidad abdominal, y de esa suerte excluir de la primera las asas intestinales; esta "peritonización" es de mucha entidad cuando se lleva a efecto la denudación de grandes porciones de tejidos pélvicos y merece detenido estudio y más general aplicación. Para evitar adherencias entre el intestino delgado y la sutura de la pared abdominal, se extiende el epiplón y se cubre con él dicha víscera en la zona de la celiotomía, ya que las adherencias del epiplón rara vez ocasionan molestias. Otras veces puede ser factible el valerse del antedicho tejido epiploico para apartar el intestino de la pelvis, si la longitud de aquél, que es muy variable, lo permite, pero se tendrá mucho cuidado de no dejarlo tenso al meterlo forzosamente en la pelvis, pues con ello se causarían molestias.

Se han hecho multitud de experiencias encaminadas a descubrir algún medio de evitar adherencias, valiéndose para ello de substancias extrañas introducidas en la cavidad peritoneal, tales como aceites, membranas, etc. Mas a pesar del calor con que han sido recibidas algunas de estas disposiciones preventivas, hasta la hora presente no se conoce ningún método seguro, si bien es de esperar que con el decurso del tiempo se descubra algún medio preventivo eficaz.

Muchos cirujanos emplean hoy día el licor amniótico, que se compra en ampollitas y se designa con el nombre de "amfetin", el cual, según se dice, no tan sólo mitiga la inflamación, mas también evita las adherencias. No es por demás aplicar dicha substancia cuando se hallen en la cavidad abdominal multitud de adherencias y sea imposible la total "peritonización" de tejidos en carne viva.

5º Sutura de la incisión

Para cerrar la herida de la pared abdominal se levantan con pinzas los bordes del peritoneo para desembarazarlos de porciones de intestino y epiplón, y se unen luego con una sutura continua ordinaria de catgut, cuyas puntadas se entrelazan con ciertos intervalos (Figs. 1,159 y 1,160: nótese en estas láminas que esta costura está hecha con puntadas continuas en ángulo recto, y no con la sutura continua ordinaria de que habla el texto, Trad.), teniendo cuidado al hacer la costura de que no se vuelvan hacia dentro los bordes peritoneales. [Con esta clase de costura (Fig. 1,159) es casi imposible volver hacia dentro los bordes, pues an-

tes al contrario, los vuelve hacia fuera. Sin embargo de ello, muchos cirujanos prefieren hacer en el peritoneo la costura ordinaria continua (el "surjet" de los franceses) o costura de guantero, en la cual se entrelaza una puntada sí y la otra no, o bien se da cada dos o tres puntadas una puntada hacia atrás. Trad.]. Para evitar esto, conviene sacar de la herida los dos bordes peritoneales, los cuales se juntan y se cosen luego pasando la aguja de un lado a otro por entre ambas hojas peritoneales simultáneamente. Con esto se hace la sutura continua en ángulo recto. No obstante, con un poco de cuidado se puede hacer la sutura continua ordi-

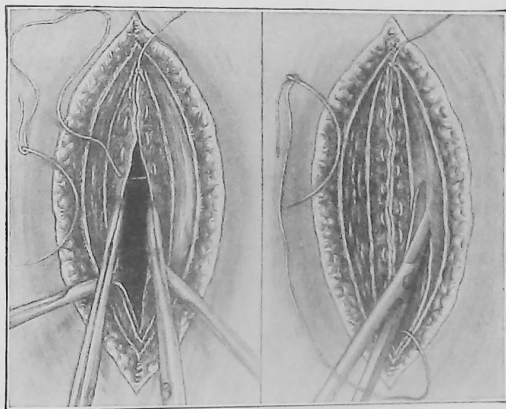


Fig. 1159

Fig. 1160

Fig. 1159.—Sutura de la incisión abdominal: con una sutura de puntos continuos en ángulo recto y una aguja grande, se está cosiendo el peritoneo; esta sutura impide que los bordes queden hacia dentro.

Fig. 1160.—Con las tijeras se corta el tabique intermuscular, para unir los dos músculos rectos; nótese la sutura continua en ángulo recto con que se cerró el peritoneo.

naría sin volver hacia dentro los bordes, en particular si de cuando en cuando se hace una puntada en ángulo recto, o de colchonero. Cuando hay mucha tensión y el peritoneo es delgado y frágil, es fácil que se desgarré al dar cada puntada, y cuanto más profunda se hagan éstas más se desgarrará aquél. Para contrarrestar esta dificultad, se coge en la primera hilera de puntadas una porción del músculo junto con el peritoneo. La costura peritoneal, lo mismo que todas las demás suturas de la pared abdominal, se suelen hacer con agujas grandes que se manejan sin dificultad con los dedos (sin portaagujas), y sólo se emplea dicho instrumento

cuando la herida es muy profunda a causa del gran espesor de la pared, y aun así, sólo de cuando en cuando ¹.

Luego de dividir el peritoneo, con las tijeras se divide el tabique intermuscular (Fig. 1,160), y se unen en la línea media los dos músculos rectos con una sutura continua que no se aprieta mucho. Se pueden hacer convenientemente con la misma hebra de hilo las dos suturas, primero la del peritoneo, de arriba abajo (Figs. 1,159 y 1,160), y luego la de los músculos, de abajo arriba (Figs. 1,161 y 1,162), después de lo cual se anuda el hilo con el cabo que se dejó adrede en el ángulo superior.

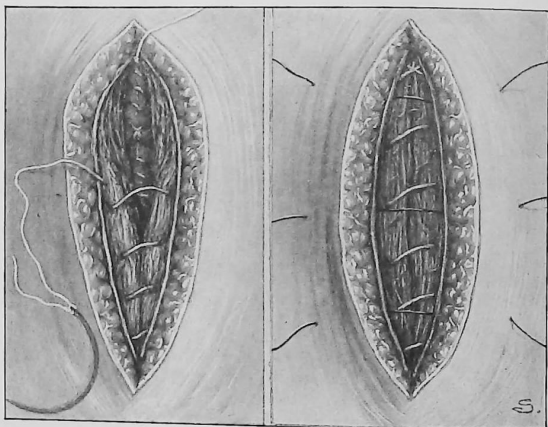


Fig. 1161

Fig. 1162

Fig. 1161.—Para unir los músculos rectos del abdomen en la línea media se puede emplear el resto del hilo con que se cosió el peritoneo, y al terminar se atan arriba los dos cabos, según se ve en la figura 1162 (véase el texto).

Fig. 1162.—Puntadas de tensión que se hacen con crin de Florencia (véase el texto).

Las puntadas de tensión con crin de Florencia se hacen de manera, que queden debajo de la aponeurosis y salga el hilo a unos dos centímetros,

¹ Al hacer la costura del peritoneo, es muy conveniente, empezarla en el ángulo superior de la herida (estando el cirujano colocado a la derecha de la paciente), de manera que se den las puntadas de arriba a bajo, esto es, de la porción de la herida más distante del cirujano a la porción más cercana a él. Además, se facilita mucho la sutura si se dan las puntadas —cuando se hace la sutura continua ordinaria, o costura de guantero ("surjet")— del lado del ayudante al lado del cirujano. Tocante a la sutura del peritoneo, dice el Prof. Spivack (*Técnica Quirúrgica en las Operaciones Abdominales*, UTEHA) que es necesario incluir en las puntadas peritoneales la aponeurosis posterior del músculo recto del abdomen, ya que si no se hace esto, es muy fácil excluir de la costura la fascia transversalis, que es el tejido de mayor importancia en la prevención de la hernia ventral postoperatoria. (N. del T.)

poco más o menos, del borde de la herida de cada lado (Fig. 1,162). Por lo común bastan tres de dichas puntadas, aunque cuando la incisión es muy larga pueden ser necesarias cuatro o cinco. Estos puntos sirven para evitar la indebida tensión en los labios cicatrizantes de la herida cuando la paciente haga algún esfuerzo con los músculos abdominales, y son muy útiles a causa de que al cabo de pocos días se ablandan las puntadas de catgut, y cualquier movimiento súbito, tal como el estornudar o el toser, podría ocasionar la separación en algún sitio profundo de los tejidos suturados, o bien la abertura de toda la herida. Este peligro, comprobado por la experiencia, se reducirá sobremanera si se hacen las puntadas de ten-

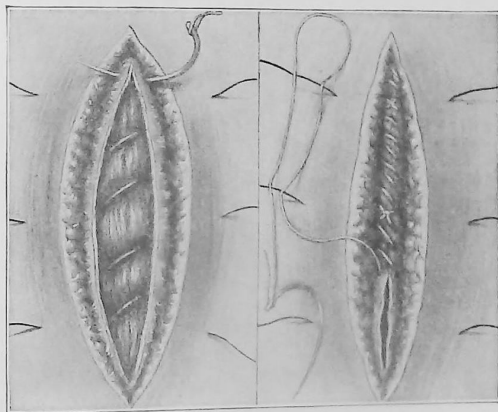


Fig. 1163

Fig. 1164

Fig. 1163.—Se empieza a coser la aponeurosis, lo cual es muy importante para prevenir la hernia (véase la nota del traductor de la página 1086).

Fig. 1164.—Casi terminada la costura de la aponeurosis (véase el texto).

sión y si, inmediatamente después de quitarlas, se substituyen con fuertes tiras adhesivas, que se conservarán hasta el final de la cuarta semana, con lo cual se le da adecuado sostén a los tejidos cicatrizados hasta que sea suficientemente resistente la unión.

Acto continuo se unen muy bien los bordes de la aponeurosis (Figs. 1,163 y 1,164) con una costura continua que se entrelaza cada cierto número de puntadas (Fig. 1,164), o bien con puntos separados en ángulo recto. Es muy importante el material que se emplee para hacer esta sutura, que ha de ser lo bastante durable para permitir que se efectúe la unión resistente, ya que de esto depende la integridad de la cicatriz y la pre-

vención de la hernia¹. Por lo común se emplea el catgut cromado para coser dicha aponeurosis, aunque se ha usado también el tendón de can-guro; muchos cirujanos prefieren el hilo de seda o de lino, y uno que otro opta la crin de Florencia o el alambre de plata. Estas suturas he-chas con material inabsorbible duran indefinidamente, pero si por acaso se presentare la infección será muy probable el que se formen senos o fistulas ciegas hasta que se quiten las puntadas. Esto sucedía con bastan-te frecuencia en tiempos pasados, cuando era muy usual el hilo de seda. En nuestro sentir, el mejor material es el absorbible pero que tiene larga duración, y por varios años hemos empleado con buen éxito el catgut para

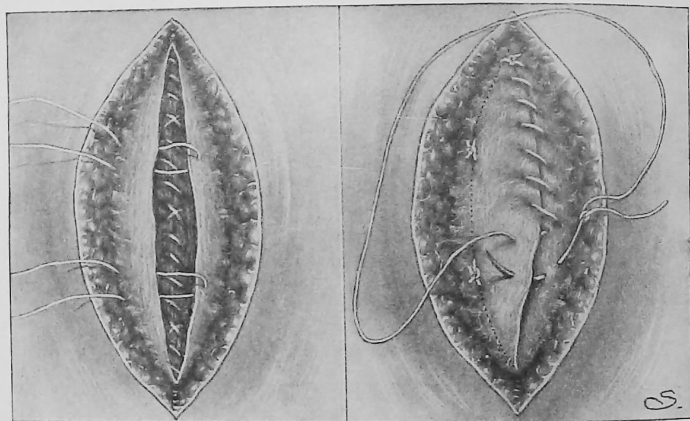


Fig. 1165

Fig. 1166

Figs. 1165 y 1166.—En pacientes propensas a la hernia (mujeres gordas con músculos rectos abdominales mal desarrollados y paredes abdominales delgadas y laxas), conviene hacer la imbricación de la aponeurosis.

Fig. 1165.—Manera de efectuar la dicha imbricación.

Fig. 1166.—Se cose la hoja aponeurótica superior sobre la inferior con catgut para 40 días (véase el texto).

veinte días. De este asunto hablamos ya más por menudo en el propio lugar (Figs. 1,124 y 1,125).

Si se desea precaverse aún más de la hernia postoperatoria, se puede hacer la imbricación de la aponeurosis (Figs. 1,165 y 1,166), lo cual es particularmente útil en pacientes cuya pared abdominal está muy rela-jada y son muy endebles los músculos rectos.

¹ De acuerdo con las doctrinas modernas, es la *fascia transversalis* el tejido de la pared abdominal más importante en la prevención de las hernias postopera-torias y, por tanto, según algunos autores, es de mucha entidad el que se cosa dicha fascia junto con el peritoneo, incluyendo para ello en la costura la aponeurosis pos-terior del músculo recto del abdomen. (N. del T.)

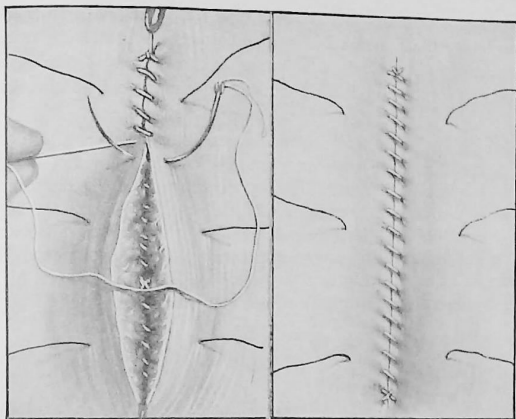


Fig. 1167

Fig. 1168

Figs. 1167 y 1168.—Se cierra la herida con catgut simple; esta sutura se hace muy convenientemente con una aguja curva larga que se puede coger con los dedos sin necesidad del portaagujas (véase el texto).

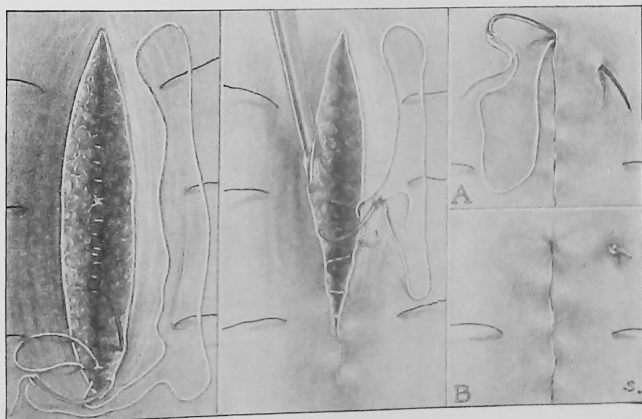


Fig. 1169

Fig. 1170

Fig. 1171

Figs. 1169, 1170 y 1171.—Sutura de la piel con puntadas subdermales (subcuticulares) (véase el texto). Este método de cerrar la herida es más complicado, no efectúa la hemostasis capilar y es más incierto. Después de ensayar diversos métodos, los autores llegaron a la conclusión de que el más eficaz es el que se ve en las figuras 1167 y 1168, esto es, la sutura continua simple o con puntos entrelazados.

Cuando la enferma padece diastasis de los antedichos músculos rectos es menester particular cuidado al efectuar la sutura. En tales casos se experimenta más dificultad al poner a la vista estos músculos, pero es de suma importancia el llevarlo a efecto; hecho lo cual, se hace la superposición, o bien se extirpa el exceso de aponeurosis.

Cada cirujano tiene su preferencia respecto de la costura del tejido cutáneo, la cual se hace ora con puntadas continuas, o bien con puntos separados de catgut, de seda o de lino. Si se prefiere, se hará la sutura abdominal (subcuticular), según se dirá más abajo, o se empleará el material inabsorbible, tal como la crin de Florencia, el alambre de plata o el hilo de lino parafinado, pero entonces hay que quitar los puntos después de cicatrizada la herida. Algunos cirujanos prefieren las grapas de Michel y otros hacen la unión del tejido cutáneo con tiras de tela adhesiva.

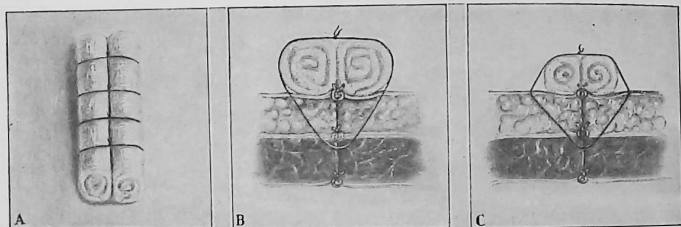


Fig. 1172

Fig. 1173

Fig. 1174

Figs. 1172, 1173 y 1174.—Aspecto general y efecto de los rollos de gasa sobre los cuales se atan los cabos de las puntadas de retención. Fig. 1172.—Los dos rollos de gasa en cada lado de la incisión suturada y las puntadas de crin de Florencia negra atadas sobre ellos. Fig. 1173.—Corte transversal que pone de manifiesto la manera cómo los rollos de gasa evitan que las puntas de tensión hagan tracción hacia dentro, corten la piel y causen irritación. Fig. 1174.—Efecto que producen los rollos cuando son muy pequeños: no evitan la tracción hacia dentro, de las puntadas de tensión y, por tanto, no impiden que se corte la piel.

Después de hacer muchas experiencias, hemos aceptado la sencilla costura continua con catgut simple (Fig. 1,167), del cual, el N° 0 se absorbe presto y no es preciso quitar los puntos, ya que las porciones exteriores del catgut se desprenden por sí solas. Esta costura se hace con aguja curva o recta grande, que se puede manejar fácilmente con los dedos sin necesidad del portaagujas (Figs. 1,167 y 1,168).

La sutura subdermal (subcuticular) se hace de la manera que muestran las láminas 1,169 a 1,171, y para ello se emplea ora el catgut, o bien el material inabsorbible, que ha de quitarse luego de efectuada la cicatrización, para lo cual se tira de uno de los extremos del hilo.

Incisión transversal.—La costura de la incisión transversal se hace de la misma manera que la longitudinal, sino que no son menester las puntadas de tensión.

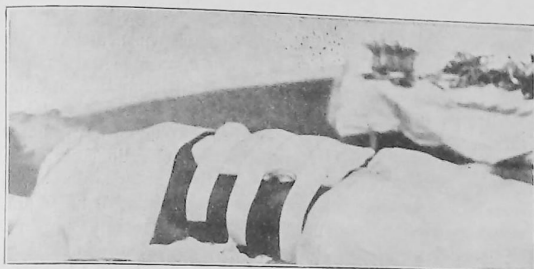


Fig. 1175.—Después de colocar el apósito y las tiras de tela adhesiva. Adviértase que hay bastante espacio entre dichas tiras, así como en la parte superior y en la inferior del apósito, para que pueda circular el aire y evaporarse la humedad, y no se ha de olvidar que cuanto más seca esté la herida, menor será la invasión bacteriana; así, pues, no se han de pegar muy cerca las unas de las otras estas tiras de tela adhesiva. Evítese además pegar la tira inferior sobre la región del vello púbico. (El color obscuro de la piel es a causa de la solución de ácido pícrico que a la sazón se empleaba como antiséptico preoperatorio.)

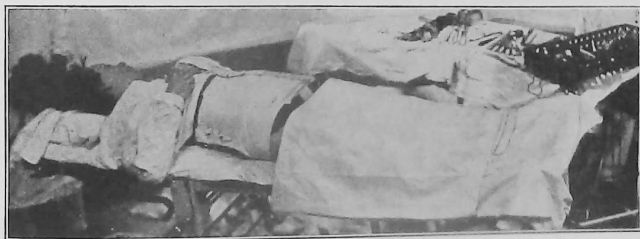


Fig. 1176.—Después de terminar la operación y aplicar la faja abdominal

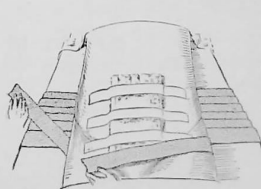


Fig. 1177

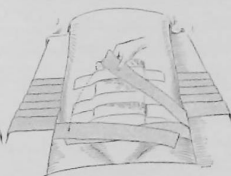


Fig. 1178

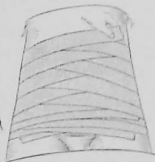


Fig. 1179

Figs. 1177, 1178 y 1179.—Faja abdominal de Scultetus. Fig. 1177.—Se aplican las primeras tiras. Fig. 1178.—Manera en que las primeras tiras han de cubrir la porción inferior del apósito; las demás tiras se van colocando sucesivamente. Fig. 1179.—Después de aplicar todas las tiras; el extremo de la última se mete debajo de la faja así formada, o bien se prende con un alfiler.

6º Apósito

Después de terminar la operación, se limpia con solución salina normal esterilizada (suero artificial) la piel contigua a la herida, para quitar la sangre seca o coagulada, y se aplica luego alcohol que se deja secar; se anudan las puntadas de tensión sobre dos rollos largos y delgados de gasa (Figs. 1,172 y 1,173), que se preparan enrollando apretadamente la gasa y cosiéndolo luego para que no se deshaga el rollo. Este apósito interno que consta de los dos rollos de gasa y las puntadas de tensión anudadas sobre ellos, tiene dos fines: primero, mantener firme y uniformemente el apósito, sin que se resbale, pues de lo contrario es muy fácil que se deslice hacia arriba la gasa y deje descubierta la porción inferior de la herida, y segundo, evitar que el hilo de las puntadas de tracción corte los tejidos hacia la línea media, a causa de la necrosis por presión. Para evitar esto es preciso que los rollos de gasa sean lo bastante gruesos para hacer que la tensión de los hilos sea hacia arriba y no hacia la línea media (Figs. 1,172 a 1,174); de esta suerte se pueden dejar las puntadas por diez días o dos semanas, sin que corten los tejidos.

Quando se hace el desagüe permanente o canalización, se anudan las puntadas de tensión por entre tubos de goma; para ello se corta un pedazo de tubo para cada puntada suficientemente largo para que cubra el espacio comprendido entre la entrada y la salida del hilo en la piel, y por entre el cual tubo se pasa la hebra antes de anudar los cabos. Dicho tubo ha de ser rígido para que la crin de Florencia no corte la piel.

Se pone luego la gasa suelta encima del primer apósito, la cual se sostiene con tiras de tela adhesiva que se pegan bien separadas las unas de las otras (Fig. 1,175), a fin de que circule aire por entre la gasa y se conserve seca. A continuación se pone una capa de algodón no absorbente que proteja la gasa de cualquier líquido que se pudiera derramar, y por último la faja (Fig. 1,176). Caso que se prefiera el vendaje de Scultetus, se aplicará según se ve en las láminas 1,177 a 1,179.

PORMENORES ESPECIALES

Hay multitud de pormenores especiales a los que ha de dar particular atención el cirujano que ejecuta operaciones abdominales; entre otros son de mencionar los siguientes:

- 1º Desagüe o "canalización".
- 2º Choque quirúrgico.
- 3º Lesiones traumáticas accidentales de órganos contiguos.
- 4º Escisión de tejido cicatrizal, o de alguna hernia umbilical.
- 5º Extirpación de tejido adiposo de la pared abdominal.

1º Desagüe o "canalización"

En las operaciones quirúrgicas del abdomen se sigue la regla general de no hacer el desagüe permanente o canalización ("drenaje") de la heri-

da, a no ser que haya alguna razón especial para ello, que ha de ser muy poderosa, pues la experiencia enseña que, excepto en circunstancias excepcionales, se logra mejor efecto si se cierra totalmente la cavidad peritoneal y se deja que la naturaleza efectúe el proceso de reparación, sin el embarazo de tubos, gasa ni otro material de desagüe

Indicaciones.—Las pocas veces en que conviene canalizar, son las siguientes:

a. Cuando hay inflamación que se disemina rápidamente en el peritoneo o peritonitis aguda generalizada. En tales casos conviene hacer liberalmente el entubamiento y por lo común será tanto mejor cuanto más abundante sea.

b. Cuando se efectúa la ruptura de algún absceso en la excavación pélvica. Este accidente acaece no pocas veces al hacer la enucleación de algún tumor inflamatorio que contiene pus, que en ocasiones no está circunscrito en ningún saco extirpable, sino que se abre camino en diversas direcciones por entre los órganos contiguos. En tales casos tan presto como se despegan las adherencias, se vierte el pus en la cavidad peritoneal.

c. Cuando hay abundante y persistente rezumamiento de alguna superficie cruenta que se dejó al hacer la enucleación de algún tumor inflamatorio. En estas circunstancias lo que se necesita es la presión y no el entubamiento o canalización, mas en virtud de que el extremo de la gasa que se pone para hacer el taponamiento apretado, debe salir por la herida abdominal, o por la vagina, se designa por lo común "mecha" o "tapón".

d. Cuando hay quistes endometriales del ovario con multitud de adherencias.

Métodos.—El método para efectuar el desagüe permanente o entubamiento depende un tanto de la magnitud de la inflamación y de otras circunstancias. Cuando la inflamación está circunscrita en la pelvis verdadera y se pone por obra la histerectomía, es preferible hacer el *desagüe por vía vaginal*, y si se extirpó el cuello uterino, queda en la vagina una abertura conveniente para ello. Caso que no se haya hecho la extirpación del cuello, se puede dividir ésta longitudinalmente en su cara posterior (Figs. 151 y 152). Si hubiere inflamación crónica y fuere menester un pequeño orificio de desagüe, será bien emplear rollitos de tela de goma que se puedan quitar al cabo de algunos días si fuere preciso ampliar el agujero. Cuando es aguda la inflamación se ponen desde luego tubos de goma de buen calibre, y se colocará de manera el tapón de gasa alrededor del tubo, que se pueda quitar aquél sin sacar ésta.

Cuando es grave y extenso el estado inflamatorio conviene a veces el desagüe por ambas vías, *abdominal y vaginal*; lo primero por medio de tubos de goma. Si se conserva la matriz suele ser preferible únicamente el desagüe abdominal.

Luego de aplicar el *tubo de goma* se corta el cabo bastante corto, se pone por entre él un alfiler de seguridad y se aplica luego el apósito con bastante gasa suelta que absorba el exudado. En el día de hoy nos valemos casi privativamente del tubo blando de hule, que no perturba la herida cuando el exudado no es infeccioso; y aun cuando lo fuere, no causará mayor contaminación que ocasionaría cualquier otro material, puesto que el pus es entonces tan abundante que contamina inevitablemente la herida.

2º Choque quirúrgico

Las principales circunstancias que dan origen al choque quirúrgico son: (a) la hemorragia, (b) la exteriorización, el descubrimiento y la manipulación de las vísceras abdominales y (c) la anestesia prolongada. De lo que consiguientemente se sigue que para evitar el choque se ha de prestar la debida atención a los siguientes pormenores:

a. La hemostasia cuidadosa, y para ello se hallarán y ligarán, o se comprimirán con pinzas todos los vasos antes de dividirlos. Al cortar cualquier tejido ligado previamente se tendrán prevenidas pinzas hemostáticas para comprimir cualquier vaso que hubiese escapado a la ligadura o en el que no hubiese quedado apretada ésta.

b. Evitar cuanto sea posible la manipulación y la exteriorización del contenido abdominal. Esto se logra en gran manera, colocando a la paciente en posición de Trendelenburg, en la cual los intestinos y el epiplón gravitan hacia la porción superior de la cavidad abdominal, lejos del área de la operación. Las porciones que, a pesar de esto, propenden a sobresalir hacia la pelvis, se apartan con gasa o con tela de goma que al mismo tiempo sirve a manera de pared para separar la pelvis, de la cavidad peritoneal. Cuando sea inevitable el que los intestinos queden por algún tiempo fuera del abdomen, se tendrán bien cubiertos con grandes compresas estériles empapadas en solución salina (suero artificial) tibia.

c. Procurar que la anestesia dure el menor tiempo posible. Para reducir la duración del acto quirúrgico y, por consiguiente, disminuir el período de anestesia, el cirujano ha de trabajar con presteza, pero sin que por la premura eche al olvido la seguridad y exactitud.

Tocante a esto, no es por demás el traer a la memoria que las enfermeras y los ayudantes pueden cooperar en gran manera a reducir la duración de la anestesia, si ejecutan con rapidez cada acto de la preparación después de anestesiada la paciente. La confianza que el cirujano y las enfermeras sepan captarse de la paciente, el orden y la quietud que reine en el hospital, así como los sedantes preanestésicos cooperan cada uno por su parte a calmar la excitación nerviosa de la enferma y, por tanto, ayudarán a suprimir el "choque psíquico".

3º Lesiones accidentales de órganos contiguos

En las operaciones dificultosas están particularmente expuestos a padecer lesiones traumáticas accidentales los uréteres, la vejiga y los intestinos. Por lo común el traumatismo causado a cualquiera de estos órganos en el curso de la operación, debe ser reparado al punto, o al terminar la operación, razón por la cual todo cirujano que ejecute operaciones pélvicas debe estar capacitado para tratar inmediatamente las antedichas lesiones accidentales (véanse capítulos XVI y XVII).

4º Escisión de tejido cicatrizal o supresión de hernias umbilicales

Cuando se haya de hacer una incisión en la línea media al lado de alguna cicatriz vieja, conviene hacerla bastante cerca de ésta a fin de cortar

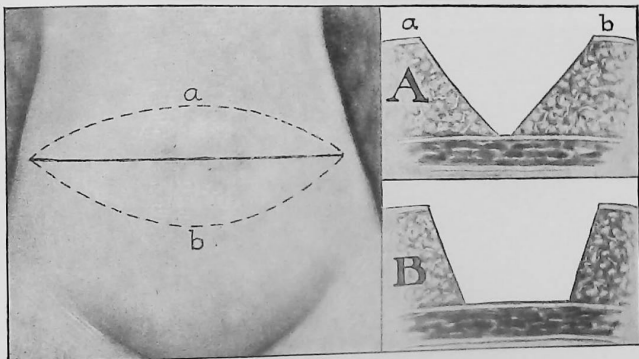


Fig. 1180

Fig. 1181

Figs. 1180 y 1181.—Lipectomía abdominal. Para extirpar porciones excesivas de tejido adiposo conviene hacer la primera incisión en el centro de la porción que haya de ser extirpada (línea negra) y después se palparán desde el fondo de la incisión los tejidos excesivos que haya arriba y abajo, los cuales se extirpan hasta las líneas punteadas. La figura 1181 A, muestra la manera incorrecta de extirpar el exceso de tejido adiposo; la 1181 B, el método correcto (véase el texto).

y desechar el tejido cicatrizal antes de hacer la costura de la piel. En tales casos, por lo común se lleva hacia la izquierda la porción profunda de la herida, de suerte que se abra el peritoneo a regular distancia de las adherencias causadas por la primera incisión. Al hacer la sutura se corta y se desecha el tejido cicatrizal y se cogen temporalmente los vasos sanguíneos con pinzas hemostáticas; con esto se logra que los bordes de la herida que se unen tengan mejor circulación sanguínea, lo cual favorece la cicatrización, además de reducir la anchura de la subsecuente cicatriz abdominal.

Algunas veces topa el ginecólogo una *hernia umbilical* pequeña, o debilidad de la pared en esa región, que conviene suprimir al coser la herida,

para lo cual, en terminando la operación intraperitoneal, se alarga hacia arriba por entre el ombligo y se suprime la porción defectuosa de la pared; hecho esto, se divide longitudinalmente la aponeurosis del músculo recto en ambos lados, con el fin de hacer una sutura inferior y otra superior, dejando los músculos unidos entre ellas.

Cuando se proyecte hacer la resección del ombligo, se cerciorará el cirujano de que los tejidos de la pared abdominal están lo bastante relajadas para poder unir bien las diversas capas. Sea como fuere, conviene extirpar tan sólo la porción estrictamente necesaria de tejido laxo, y sobreponer las porciones excesivas de él, lo cual es más fácil que tratar de unir dichos tejidos cuando son escasos, por más que se facilite esto si se hace la unión del peritoneo movable y de los tejidos subperitoneales a regular distancia hacia dentro de los bordes cutáneos.

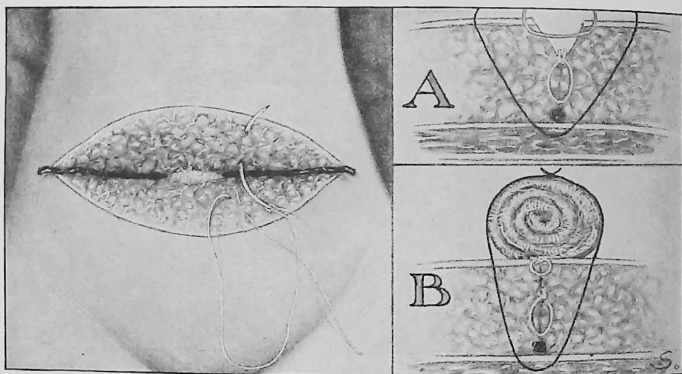


Fig. 1182

Fig. 1183

Figs. 1182 y 1183.—Sutura de la herida después de efectuar la lipectomía (véase el texto).

Extirpación de tejido adiposo de la pared abdominal

En determinadas ocasiones hay que extirpar alguna porción de tejido adiposo de la pared abdominal, por dos razones: (a) para hacer más accesibles los tejidos pélvicos profundos y facilitar la operación, y (b) para quitarle a la paciente este exceso de grasa. En los artículos de H. A. Kelly (*Surg., Gynec. and Obst.*, 1910) y de Francis Reder (*Amer. Jour. Obst.*, 1911) se hallarán interesantes pormenores sobre el particular.

El tejido adiposo es muy desgarrable y, por tanto, hay que manipularlo con especial cuidado, ya que cualquier traumatismo o infección leve que causaría muy poco trastorno en tejido muscular o conjuntivo, puede dar origen a la desintegración de gran parte de la grasa. Cuando se lleve

a efecto la escisión de porciones de dicho tejido adiposo, ha de tenerse en la memoria lo siguiente:

1º Es preferible extirpar el tejido graso por medio de incisiones transversales (Fig. 1,180).

2º La porción inferior del abdomen es donde por lo común se acumula la mayor cantidad de grasa y, en consecuencia, la escisión ha de hacerse principalmente debajo del ombligo (Fig. 1,180; nótese en esta lámina el contorno borroso de la cicatriz umbilical, un tanto abajo de la línea punteada superior). Claro, la situación del tejido adiposo varía sobremanera, pero si se estudia minuciosamente la pared abdominal respecto de los tres linderos naturales (espinas ilíacas ánterosuperiores, hueso pubis y ombligo), por lo común se verán poco más o menos las relaciones tal como se ven en la lámina. A menudo hay un señalado pliegue transversal un tanto arriba del pubis, que conviene seguir al hacer la incisión.

3º Es acertado hacer la primera incisión transversal por entre el centro del conjunto adiposo que se va a extirpar, según muestra la línea negra de la lámina 1,180, el cual corte dará idea exacta del espesor de la grasa, y luego de palparla el cirujano con los dedos, sabrá cuánto de dicho tejido debe extirpar en ambos lados de la incisión. De esta suerte se causará el menor traumatismo posible al hacer las incisiones superior e inferior señaladas con las líneas punteadas. Estos cortes se harán con bisturí muy afilado que divida nítidamente los tejidos.

4º Las incisiones superior e inferior se hacen siguiendo dirección oblicua, de manera que converjan en el fondo de la herida (Fig. 1,181, A). Reder pondera encarecidamente la importancia de no hacer el corte hacia abajo casi perpendicular (Fig. 1,181, B), con el propósito de resbalar la capa de tejido adiposo sobre la aponeurosis y efectuar la coaptación, pues está convencido de que la socavación de la grasa que es necesario hacer para efectuar el deslizamiento y la coaptación, trae consigo la esfacelación del tejido adiposo y la desintegración de la herida.

5º Al efectuar la hemostasis, sólo se cogerá con las pinzas el tejido estrictamente necesario. Algunos vasos sangrantes requieren la ligadura con catgut simple, pero hay otros que basta comprimir por algunos minutos.

Al secar los tejidos con compresas de gasa se tendrá cuidado de no frotarlos ni traumatizarlos. Antes de cerrar la herida se hará totalmente la hemostasis.

6º Luego de cortar la necesaria porción cuneiforme de grasa, se protegerán con compresas húmedas de gasa los bordes de tejido adiposo, mientras se abre la cavidad abdominal y se lleva a término la operación quirúrgica en ella.

7º Después de cerrar la pared abdominal de la manera acostumbrada, hasta la capa de tejido adiposo, se ponen las puntadas de tensión de crin de Florencia por entre la piel, la grasa y la aponeurosis, y luego,

en dirección contraria (aponeurosis, grasa, piel) en el otro, con intervalos de tres a cinco centímetros, las cuales se dejan sin anudar hasta que se cosa la piel.

8º Se deja una tira delgada de tela de goma que sirva para desagüe, en cada ángulo de la herida, cuyo extremo interior llegue casi hasta el centro de la herida (Fig. 1,182).

9º Si los bordes de la capa adiposa fueren tan irregulares que no se lograre la buena coaptación de ellos, se hará la sutura de ellos de trecho en trecho, según se ve en la lámina 1,182, o aun mejor, se coserán los tabiques fibrosos ("trabéculas") en lugar de la grasa, si esto fuere factible. Sin embargo de lo dicho, por lo común las puntadas profundas de tensión bastan para lograr la cabal coaptación, tal como se hace con la incisión longitudinal en mujeres gordas.

10º Se cosen entonces los labios del tejido cutáneo según costumbre (Fig. 1,183, A y B).

11º Anúdanse los puntos de tensión sobre un gran rollo de gasa (Fig. 1,183, B), pero sin apretarla demasiado, ya que la irrigación sanguínea del tejido adiposo es muy exigua, y la tensión, agravada por la reacción inflamatoria reparadora, podría causar necrosis por presión.

12º Se aplica un apósito seco, o húmedo si se prefiere. Al cabo de cuarenta y ocho horas se quitan las tiras de tela de goma que se pusieron para desagüe, y el tratamiento postoperatorio es idéntico al de las heridas abdominales ordinarias.

CAPÍTULO XXI

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO EN LAS OPERACIONES ABDOMINALES

Dividiremos para su estudio las minucias del tratamiento que ha de darse a las pacientes a quienes se hace alguna operación abdominal, de la siguiente manera: A, tratamiento postoperatorio ordinario, y B, tratamiento postoperatorio especial.

A. TRATAMIENTO POSTOPERATORIO ORDINARIO

El día de la operación.—Mientras se lleva a efecto la operación, se calentará la cama que ha de ocupar la paciente, por medio de bolsas de agua caliente colocadas debajo de las colchas, y al acostar a la enferma se distribuirán las bolsas alrededor de ella, a fin de conservar el calor y disminuir el choque. Ha de ponerse cuidado en que no se salga el agua de las bolsas, y que medie entre éstas y la piel una frazada gruesa, pues las quemaduras accidentales causarían molestias y aun quemaduras graves, que en diversas ocasiones han dado origen a litigios judiciales contra la enfermera, el hospital o el médico.

Para reducir cuanto sea posible la náusea y el vómito, se colocará la cabeza de la enferma más baja que el tronco y por varias horas no se le pondrá almohada. Conviene asimismo tener levantadas las patas de la cama correspondientes a los pies de la paciente, hasta que ésta se recupere de la anestesia. Los primeros tres o cuatro días se procurará que no hable la enferma sino que tenga los ojos cerrados la mayor parte del tiempo y procure dormir. Caso que se le permita tener visita, será sólo por unos minutos y con la condición de que no hable. Cuando se le dé agua por primera vez, es preferible que ésta sea tibia, en dosis de una cucharada repetida con frecuencia, por más que algunas enfermas retienen bien el agua fría.

Si vomita, se la volverá bien hacia un lado para que el vómito salga de la garganta y no pase a la laringe y la sofoque. Para ello, más vale que se acueste en decúbito lateral y se le pongan almohadas para que se quede en esa posición, en lugar de hacerla que vuelva únicamente la cabeza. Para mitigar la sed (cuando esté despierta) se mojará el interior de la boca con una bola de algodón o de gasa empapada en agua fría, simple o acidulada con unas cuantas gotas de jugo de limón o de vinagre.

Las órdenes que por lo común se dan para el día de la operación, son las siguientes:

Inmediatamente después de volver a su cama a la enferma, inyéctense por vía subcutánea 1,500 centímetros cúbicos de solución salina normal (suero artificial).

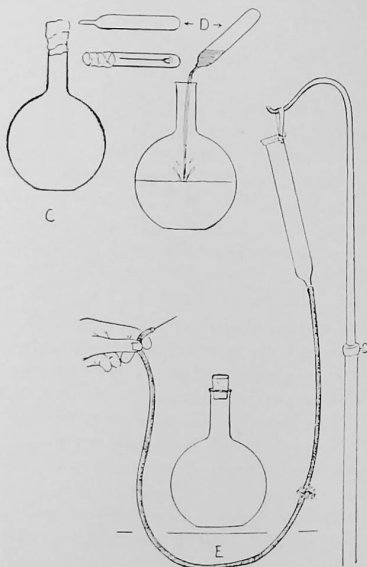
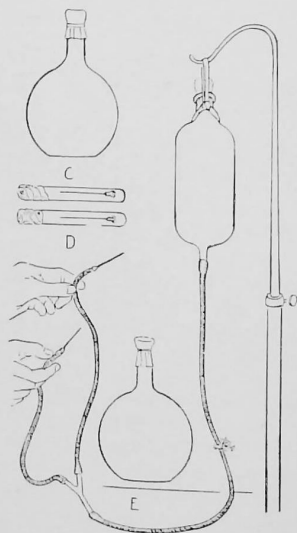
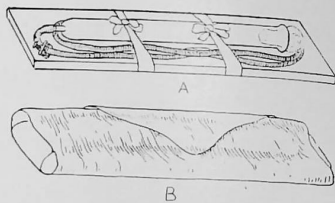
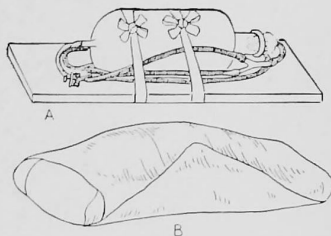


Fig. 1184

Fig. 1185

Fig. 1184.—A. Depósito y tubo de goma para administrar la solución salina por vía hipodérmica, antes de envolverlo. B. Los mismos después de hacer la envoltura doble con muselina, y dispuestos para su esterilización y almacenaje. C. Solución salina normal (suero fisiológico) dispuesta para su esterilización y almacenaje. D. Agujas esterilizadas. E. Aparato con dos agujas, para efectuar rápidamente la hipodermoclisis.

Fig. 1185.—A. Probeta para la solución de glucosa, y tubo de goma. B. Los mismos envueltos en muselina. C y D. Solución de glucosa y aguja. E. Aparato dispuesto para la fleboclisis. (Crossen: *Gynecology for Nurses*.)

Elévese la parte de la cama que corresponde a los pies, a no ser que se haya hecho la canalización.

Inyección hipodérmica de gmo. 0.05 de codeína cada dos horas, cuando esté despierta. Si luego de administrar dos o tres dosis no se duerme, inyétese un centígrado de morfina por vía hipodérmica y continúese la codeína como primero, esto es, cada dos horas mientras esté despierta. La morfina no ha de substituir a la codeína, sino tan sólo se empleará como coadyuvante de ella, cuando sea necesario para que se duerma la paciente.

Tan pronto como lo desee la enferma, désele agua por la boca, tibia o fría, según la tolere mejor, pero sólo en pequeñas cantidades, aunque con frecuencia, a no ser que haya vómito persistente.



Fig. 1186.—Paciente encamada después de la operación. Nótese la almohada que se coloca debajo de las rodillas, para disminuir la tensión de la pared abdominal y darle alguna comodidad a la paciente. Cuando se deja en la vejiga una sonda permanente, se conecta ésta con un tubo para que desague la orina en un frasco que se cuelga a un lado de la cama. (Crossen: *Gynecology for Nurses*.)

Para orinar, bien se puede inclinarla, y caso que no pudiese orinar se pondrán por obra las disposiciones usuales (agua caliente a los órganos genitales, presión sobre la vejiga, etc.), o bien se hará el sondeo vesical cada ocho horas, o más a menudo si fuere menester. Se prescribirá algún antiséptico urinario por vía bucal o intravenosa.

Cuando fuere necesario hacer el sondeo, luego que empiece a orinar la enferma por sí sola, se pondrá la sonda una vez al día para extraer el residuo urinario ("orina residual"), a no ser que éste sea en cantidad menor de diez centímetros cúbicos. Después del cateterismo se irrigará siempre la vejiga con solución boricada al cuatro por ciento, y se instalarán luego diez centímetros cúbicos de solución al uno por ciento de protargol, o al diez por ciento de argirol.

Cuando se deje la sonda de retención, irrigaráse la vejiga dos veces al día con solución boricada al dos por ciento y se instilarán diez centímetros cúbicos de solución al uno por ciento de protargol un día sí y el otro no.

La inyección de suero artificial tibio se hace por vía hipodérmica, para lo cual se introduce la aguja en el tejido laxo debajo de la axila, a bastante distancia del pecho, con el aparato que se ve en la figura 1,184, y se deja que corra la solución tan rápidamente como la absorban los tejidos.

La solución de glucosa se administra por vía endovenosa, con el aparato de la figura 1,185, a razón de 500 centímetros cúbicos cada media hora. Para que la solución llegue a la vena a la temperatura del cuerpo, se deja que parte del tubo de goma descansa sobre una vasija que contenga agua a la temperatura de 80° C.

Si se deja en la vejiga la sonda de retención o permanente, se conecta ésta con un frasco o recipiente que se cuelga de la cama (Fig. 1,186).

Para estimular los centros respiratorios en pacientes cuya respiración es muy superficial después de la anestesia, lo que provoca cianosis a causa de la defectuosa aireación pulmonar, se prescribe la administración de CO₂ cada cierto período, por algún tiempo después de la operación.

Por lo común no es preciso que la paciente permanezca en decúbito dorsal, y si al cabo de algunas horas se siente muy cansada, se la puede volver a uno u otro lado. Con todo, no se le permitirá el que esté mudando constantemente posición procurando hallar postura cómoda, ya que ninguna puede serlo en tales circunstancias y el mudar frecuentemente postura acrecienta la incomodidad.

Sedantes.—Se procurará calmar a la doliente cuanto sea posible sin darle ningún medicamento, a fin de evitar la administración de sedantes, o por lo menos limitar éstos a la dosis mínima. Procurará la enfermera darle cierta comodidad disponiendo convenientemente la cama y requiriéndola a menudo para que tenga los ojos cerrados y dormite, sin darle conversación, antes haciéndole ver la necesidad de que descanse y permanezca quieta, lo cual redundará en bien de la pronta convalecencia.

Tocante a *medicamentos*, creemos que es preferible administrar con frecuencia dosis moderadas de sedantes, y no esperar hasta que haya dolor intenso y administrar entonces grandes dosis de morfina, lo que probablemente ocasione náusea y vómito aun después de que se alivie el dolor. Esta es la razón de por qué prescribimos la inyección de codeína cada dos horas, según queda dicho. Con todo, si luego de transcurridas las dos horas continúa dormida la enferma, diferimos la inyección hasta que despierte, sin esperar que se queje de dolor. Si por acaso fuere insuficiente la codeína, se añadirá —tan sólo como coadyuvante y no como sustituto de ésta— alguna dosis moderada de morfina.

Si experimenta náuseas o no produce suficiente efecto sedante la codeína o la morfina, se puede administrar el luminal por la boca o por inyección hipodérmica.

Otro sedante muy útil es el amital en dosis de gmo. 0.20 a 0.40 por vía rectal, disuelto en cinco centímetros cúbicos de agua.

Por lo común permitimos que tome agua en pequeñas dosis tan pronto como lo desea, lo cual sirve para mitigar la sed y suministrar al organismo el flúido necesario. En algunas ocasiones no es dañoso el vómito, antes beneficioso, pues ayuda a despejar las vías respiratorias del moco impregnado de éter, cuya retención acrecienta la irritación y los trastornos gástricos.

Primero y segundo días después de la operación.—Las órdenes antecedentes se continúan en el primero y segundo días después de la operación, a no ser que haya razones especiales para variarlas. Podrá entonces tomar agua la enferma más a menudo y en mayor cantidad, y se empezará la alimentación líquida que se irá aumentando poco a poco según la tolerancia del estómago. Para ello se dará cualquier alimento líquido, excepto la leche; caldos, agua de albúmina, jugos de frutas, té, etc., según mejor convenga.

Si es preciso hacer el cateterismo vesical conviene prescribir algún método antiséptico que disminuya el peligro de la cistitis. Para contrarrestar el meteorismo se introduce una sonda rectal, y si la operación hubo de efectuarse con urgencia y no hubo lugar para preparar el intestino, es a veces acertado evacuarlo dentro de las segundas veinticuatro horas por medio de una enema que contenga 30 gramos de sulfato de magnesia, 60 gramos de glicerina y 120 de agua. Esta lavativa bien puede darse también cuando la sonda rectal no alivie los dolores ni la distensión causada por el meteorismo.

Cuando se deje la sonda de retención se quitará por lo común el segundo o tercer día, y de ahí en adelante se hará el cateterismo vesical para extraer el residuo urinario una o dos veces al día, según la cantidad de éste, hasta que sea menos de diez centímetros cúbicos. Después de cada sondeo se instilarán diez centímetros cúbicos de solución al uno por ciento de protargol o al 10 por ciento de argirol, y si por acaso hubiere 100 centímetros cúbicos de residuo urinario, más valdrá poner de nuevo la sonda permanente, para evitar el que se distienda en exceso la vejiga y ocasione la parálisis parcial de los músculos vesicales.

Si hubiere vómito persistente, y en particular cuando haya de continuo dolor epigástrico, conviene introducir en el estómago una sonda gástrica por la nariz y lavar dicha víscera con un litro de solución salina normal (suero artificial). Este lavado gástrico es sumamente importante en el tratamiento postoperatorio y el único medio de contrarrestar la grave complicación de la dilatación gástrica aguda; además de esto, cuando hay irritación gástrica pertinaz, al suprimir las substancias irritantes el lavado del estómago da cierta comodidad a la paciente.

La sonda gástrica que se introduce por la nariz es más conveniente que el tubo gástrico grueso que comúnmente se emplea, pues la enferma la traga sin mucha dificultad, y cuando hay vómito persistente y dilatación gástrica se puede dejar en el estómago y lavar el estómago cada hora, hasta que se empiece éste a vaciar por sí solo. Siempre que así convenga, ha de hacerse presto el lavado gástrico y, dada la facilidad con que se introduce la sonda delgada, es de esperar que cese el vómito al cabo de unas cuantas horas tal como si se empleara el tubo gástrico grueso (Figs. 1,198 a 1,200).

Tercer día después de la operación.—Al comenzar el tercer día se empezará el régimen laxante que damos a continuación, con el fin de evacuar los intestinos una vez en las veinticuatro horas.

Las órdenes para este día son poco más o menos las siguientes:

Por la mañana en ayunas, 60 gramos de citrato de magnesia; repítase al cabo de dos horas, si no hay evacuación luego de transcurrir cuatro horas, póngase la lavativa de sulfato de magnesia y glicerina.

Caso que hubiese habido vómito persistente o distensión, quizás fuera más eficaz la cáscara sagrada que el citrato de magnesia.

Continúese la administración de antisépticos urinarios.

Si fuere necesario, continúese la inyección de codeína.

Se tendrá muy presente que no ha de administrarse ningún purgante hasta que haya cesado el vómito y se hayan arrojado los gases intestinales, por medio de la sonda rectal, o de lavativas, pues el vómito pertinaz y la distensión que no ceden al tratamiento son siempre indicios de que hay oclusión, o acaso sea causada por parálisis intestinal, o bien por alguna obstrucción mecánica, tal como la torcedura del intestino, adherencias, etc.

La solución salina normal y la glucosa se suspenderán tan pronto como la enferma esté tomando suficiente cantidad de flúidos por la boca, según lo indique la cantidad total de orina.

Cuarto día después de la operación.—De ordinario ya para entonces hubo ya una o dos buenas evacuaciones y la enferma se siente bastante bien. De ahí en adelante se pueden dar todos los medicamentos por la boca, y si fuere necesario se enderezará a la enferma para que orine, si no lo ha hecho por sí propia. Se añadirá al régimen alimenticio algún alimento sólido (flan, cereales, tostadas, galletas, pan, etc.). Por lo común ya para entonces no son necesarios los sedantes, salvo una que otra dosis de bromuro de sodio cuando la enferma esté muy inquieta por la noche. Conviene comenzar la administración de algún buen reconstituyente, ya que estas pacientes suelen estar anémicas.

Las órdenes que se den este día se pueden seguir aplicando mientras la enferma permanezca en el hospital, a no ser que se varíen por razones especiales. Son poco más o menos las siguientes:

Régimen alimenticio ligero, con algunos alimentos extraordinarios. Requírase a la enferma para que coma. Dense agua en abundancia y alimentos líquidos. Si se desea, agréguese algunos alimentos del régimen ordinario.

Continúese la administración de preparados de hierro.

Continúense los antisépticos urinarios.

Dense laxantes suaves (aceite mineral, fenoltaleína o cáscara sagrada) por la noche, según sea necesario. Póngase una lavativa cuando no haya evacuación en las veinticuatro horas.

Ordenes subsecuentes.—El *cuidado de la vejiga* es un pormenor importante después de las operaciones pélvicas. Se continuarán los antisépti-

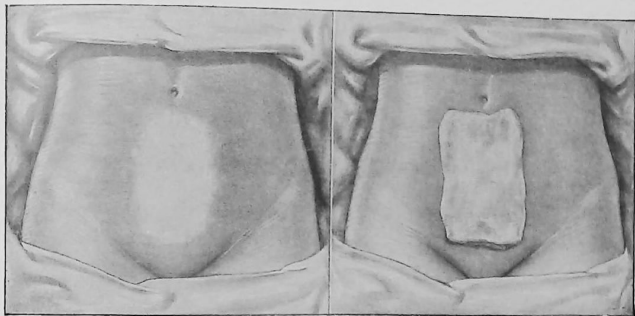


Fig. 1187

Fig. 1188

Fig. 1187.—Después de quitar las puntadas y aplicar bastante polvo de ácido bórico, que evita la humedad, el prurito y la irritación.

Fig. 1188.—Luego de aplicar la gasa y antes de poner las tiras de tela adhesiva.

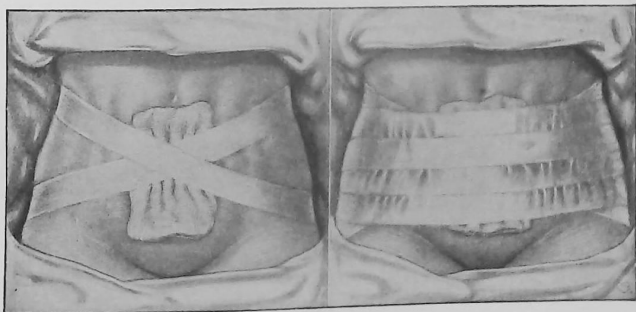


Fig. 1189

Fig. 1190

Fig. 1189.—Se aplican las dos tiras de tela adhesiva de cinco centímetros de ancho, en dirección diagonal. Estas deben ser lo bastante largas para poderlas pegar a los lados sin que se aflojen: han de quedar bastante tensas.

Fig. 1190.—Después de aplicar las tiras transversales, que también han de ser suficientemente largas. Esta capa de tiras de tela adhesiva sirve de protección a la herida y, por tanto, ha de ponerse particular cuidado al aplicarla de manera que quede bien firme.

cos urinarios hasta que se haya desvanecido todo peligro de infección de las vías urinarias (por lo común hasta una semana después de que la vejiga empiece a evacuar espontáneamente. Curtis (*Jour. Amer. Med. Assoc.*,

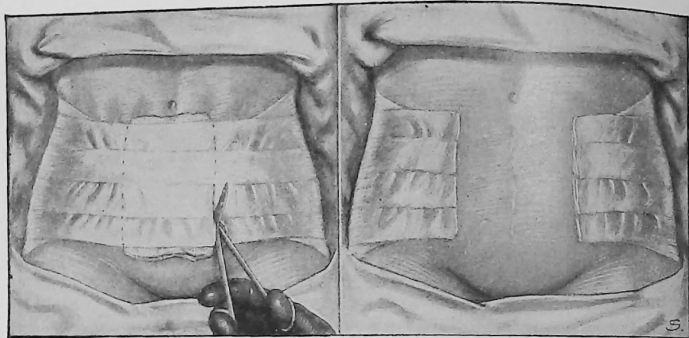


Fig. 1191

Fig. 1192

Figs. 1191 y 1192.—Curaciones subsiguientes: se cortan las tiras de tela adhesiva en ambos bordes del apósito de gasa, el cual se quita y se deja descubierta la herida, tal como se ve en la figura 1192. Después de la necesaria curación se pone gasa limpia y se pegan las tiras nuevas de tela adhesiva sobre las viejas, con lo cual se evita el estar quitando constantemente y despegando las tiras, que ocasiona muchas molestias a la paciente. De esta manera se pueden pegar tres o cuatro veces nuevas tiras.

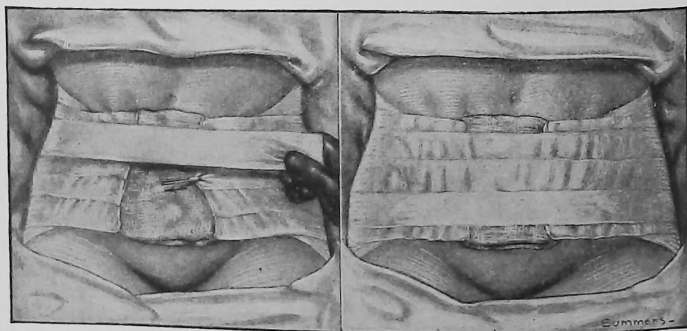


Fig. 1193

Fig. 1194

Fig. 1193.—Después de poner el nuevo apósito y pegar las nuevas tiras de tela adhesiva sobre las viejas. Al pegarlas se verá que queden bien tensas.

Fig. 1194.—El nuevo apósito ya terminado.

Vol. 70) demostró que el residuo urinario no sospechado es la causa más común de la cistitis postoperatoria. Cuando sea menester efectuar el cate-
terismo vesical después de la operación, se continuará éste, así como la ins-

tilación subsecuente por lo menos una vez al día, inmediatamente después de orinar, hasta que el residuo urinario sea menos de quince centímetros cúbicos. Si por acaso se presentare la infección, se administrarán antisépticos urinarios.

El *régimen alimenticio* se acrecentará poco a poco hasta que la paciente pueda tomar los alimentos ordinarios y algunos extraordinarios, y se continuará dándole alimentos líquidos entre las comidas. Si en la convalecencia no toma la enferma, o no digiere suficiente cantidad de alimentos, es posible aumentar la facultad digestiva por medio del amasamiento, de los movimientos pasivos y los movimientos "con resistencia" (?), ejecutados por una enfermera competente. Son también de mucha entidad los diligentes cuidados ministrados por la enfermera (incluso el baño matinal de esponja todos los días y la frotación de alcohol por la noche), lo cual coopera a la comodidad y al descanso de la enferma y a la vez mejora la función digestiva. Si hubiere señalados trastornos digestivos se hará el tratamiento adecuado.

Cuándo han de quitarse las puntadas.—A no ser que haya signos de irritación en la herida, no se tocará el apósito por diez días, al cabo de los cuales se quitarán así éste como las puntadas, pues ya para entonces estará cicatrizada la herida. Hecho esto, se espolvorea alrededor de la herida ácido bórico en polvo (Fig. 1,187), se coloca sobre la cicatriz una compresa plana de gasa (Fig. 1,188) y se pegan varias tiras de tela adhesiva de cinco centímetros de ancho, de manera que no haya tensión en la cicatriz (Figs. 1,189 y 1,190); para ello se requieren cinco o seis tiras, y se aplica encima la faja hasta otro día, cuando ya la tela adhesiva habrá pegado bien, y se podrá entonces quitar la faja.

Es muy importante el que se "faje" firmemente a la paciente con las tiras de tela adhesiva, pues si bien no hay ningún peligro de que se abra la herida mientras no se quitan los puntos de tensión, luego de quitarlos, cualquier esfuerzo violento, tal como el vomitar, el toser o estornudar, pudiera hacer que se abriese la herida recién cicatrizada y se saliesen por ella los intestinos.

Tal parece que muchos cirujanos le prestan muy poca atención a la posibilidad de que sobrevenga este accidente, y de ahí que a veces se pongan tiras delgadas de tela adhesiva tan sólo para sostener el apósito, en lugar de las tiras anchas que sirven para proteger la herida cicatrizada de los esfuerzos violentos. En las primeras operaciones ejecutadas por uno de nosotros, se presentó en dos ocasiones este desgraciado accidente, luego de aplicar el apósito ordinario que se acostumbraba en aquel entonces; en ambos casos se volvieron inmediatamente los intestinos a la cavidad abdominal y se suturó nuevamente la herida: una de las enfermas se restableció, pero la otra murió a consecuencia de la eventración, y desde entonces hemos puesto particular empeño en fijar firmemente las tiras anchas de tela adhesiva para evitar dicho accidente.

Las tiras arriba mencionadas han de llegar hasta las paredes laterales del abdomen para que queden bien pegadas (Figs. 1,189 y 1,190), y

cuando sea gorda la paciente o tenga abdomen péndulo, se pondrán algunas tiras más.

Al poner este, lo mismo que los demás apósitos, se procurará que el aire pueda circular por entre la gasa para que se conserve seca. Puesto que el primer apósito sólo sirve para cubrir la herida y las tiras de tela adhesiva para sostener la gasa, ya que los puntos de tensión suministran el necesario sostén de la pared abdominal, sólo se necesitan tres tiras (Fig. 1,175); mas al poner el apósito después de quitar las puntadas de tensión, es menester que las tiras queden lo bastante firmes para sostener los tejidos y proteger la herida; por consiguiente, sólo se dejarán arriba y abajo los necesarios espacios para que circule el aire, según se ve en las porciones sobresalientes de la gasa del apósito (Fig. 1,190).

Estas porciones sobresalientes, además de permitir la entrada y la salida del aire, facilitan el espolvorear polvo de talco debajo del apósito, para conservar en buen estado la piel. Una o dos veces al día se levantará un tanto la porción superior de la gasa y se pondrá un poco de polvo de talco debajo de ella, desde donde se extenderá por toda la piel cubierta por el apósito.

Por lo común se dejan sin tocar estas tiras de tela adhesiva hasta que la enferma está dispuesta para salir del hospital, a menos que haya alguna parte no cicatrizada de la herida que requiera tratamiento especial. Si acaso fuere menester cambiar el apósito por uno nuevo, se cortarán las tiras de tela adhesiva en los bordes de la gasa (Fig. 1,191), se quita la gasa para descubrir la herida y la piel contigua (Fig. 1,192), se hace la curación necesaria, se pone otra compresa plana de gasa y se ponen nuevas tiras adhesivas sobre las viejas (Figs. 1,193 y 1,194). De esta suerte se puede quitar el apósito para ver la herida cuantas veces sea necesario, sin causarle a la paciente las molestias de despegar cada vez las tiras. Al cortar éstas se tendrá buen cuidado de despegar con los dedos la piel en el sitio donde se vaya a efectuar el corte, pues de lo contrario bien pudiera cortarse la piel junto con la tela.

Poco antes de salir la enferma del hospital se muda el apósito según queda dicho, y el nuevo vendaje adhesivo se deja por diez días o dos semanas, ya que suministra a la herida recién cicatrizada mejor protección que cualquiera faja abdominal quitable.

Pocos días antes de quitar el vendaje adhesivo se hará o dispondrá la paciente una fuerte faja abdominal, para que se la ponga tan presto como se despeguen las tiras. Para ajustar debidamente la faja, se la pondrá unas cuantas horas todos los días sobre el apósito, antes de quitar éste, y luego de quitarlo, la usará por dos o tres meses cuando esté en pie, y se la quitará para dormir. Si por acaso se sintiere molesta la enferma sin la faja, se pondrá por la noche una faja de muselina o elástica.

Algunos cirujanos sostienen que transcurridos los primeros días después de la operación, no es menester ninguna faja ni vendaje, pero en nuestra opinión bien valido lo vale el precaverse de cualquier suceso desgra-

ciado y usar la faja por dos o tres meses. Además, es sin género de duda beneficiosa para algunas pacientes, particularmente cuando el abdomen está relajado y protuberante, sirve para recordarles su operación, lo cual las abstiene de hacer ejercicios excesivos, y si se evita la constricción de la cintura, no es nunca perjudicial. Aun más, si la paciente padece enteroptosis o relajación de la pared abdominal, conviene que continúe usando la faja por mucho tiempo, ya que tales mujeres están expuestas a la subsecuente dilatación de la cicatriz.

Cuándo ha de sentarse y caminar la paciente.—Salvo que haya especiales razones para apresurar el momento en que ha de sentarse, permanecerá tranquilamente en la posición horizontal por algunos días. Luego de evacuar bien los intestinos se la requerirá para que se mueva en la cama y enderece el cuerpo cuando lo desee, aunque poco a poco, según transcurran los días, de manera que para el final de la primera semana se siente en el lecho; ya para el octavo día se podrá sentar en el borde de éste (con los pies en el suelo) y se pondrá en pie para el décimo día. El provecho que acarrearán estos movimientos en la cama desde los primeros días, así como el levantarse pronto, es que se mejora la circulación (causa menos flaqueza el encamamiento) y, por tanto, cicatriza más presto la herida, es mejor la cicatrización y más rápido el restablecimiento de la cabal salud.

Con todo, no conviene que se levante demasiado pronto, cuando el organismo está totalmente ocupado en la reparación de los primeros días. Por lo común, la mejor guía para esto es la manera como se sienta la enferma. El método antecedente es muy de preferir al levantamiento apresurado dentro de uno o dos días que tuvo mucha aceptación en otros tiempos. Más aún, si se tiene por cosa cierta que se beneficiará la enferma con un reposo más largo, no se ha de poner ningún reparo a que continúe encamada por dos semanas, o aun más tiempo. Sucede muchas veces que la doliente está sumamente débil y agotada a causa de la infección crónica, o de los largos meses de padecimientos, o bien por las continuas labores extenuantes relacionadas con el hogar y con los hijos. En todos estos casos, el encamamiento prolongado ayudará en gran manera al restablecimiento de la salud.

Cuando la pared abdominal está flácida y atónica, como sucede muy a menudo, ejecutará metódicamente por la mañana y por la noche los ejercicios para fortalecer los músculos abdominales, por varios meses después de la operación, los cuales será bien comenzar antes de que salga del hospital, o tan pronto como pueda hacerlo sin fatigarse.

Después de que la enferma vuelva a su casa, continuará tomando los reconstituyentes y seguirá el régimen alimenticio por un período de tres a seis meses, según sea necesario para que recupere la buena salud.

RESUMEN

Día de la operación:

1,500 c.c. de solución salina normal, vía hipodérmica, desde el momento que vuelva a su cuarto la paciente.

Codeína, gmo. 0.05, vía hipodérmica, cada dos horas, mientras esté despierta. Si es necesario, añádase morfina.

Hielo picado y traguitos de agua, cuando cese la náusea.

Primer día después de la operación:

Sedantes, según queda dicho.

Hielo picado y agua en abundancia.

Alimentos líquidos (sin leche ni jugos de frutas), tales como caldos, té caliente, leche acidulada con ácido láctico, galletas de soda, etc.

Tercer día postoperatorio:

A los alimentos líquidos arriba mencionados se añadirán jugos de frutas (este es el primer día que se dan dichos jugos).

A las 6.30 a. m., 60 c.c. de citrato de magnesia.

A las 7.00 a. m., o más tarde si la paciente tiene náuseas, otros 60 c.c. de citrato de magnesia.

A las 2 p. m., o antes si fuere necesario, lavativa de sulfato de magnesia, glicerina y agua.

Se puede mover la paciente en la cama.

Régimen alimenticio blando.

Cuarto día postoperatorio:

30 c.c. de aceite mineral dos veces al día.

Bromuro de sodio tres veces al día, según sea necesario.

Lavativa de agua de jabón todas las mañanas, si es necesario.

Régimen alimenticio ligero, que se aumentará poco a poco hasta dar los alimentos ordinarios.

Séptimo día postoperatorio:

Quítense todos los tubos de canalización vaginal (excepto el pesario de tallo).

Se pueden empezar las irrigaciones vaginales (si hubiere flujo, se empezarán desde antes).

Décimo día postoperatorio:

Se cambiará el apósito y se quitarán las puntadas de tensión.

Se aplicarán las tiras de tela adhesiva, según queda dicho.

Puede levantarse la paciente por media hora, y de ahí en adelante por períodos más largos.

Décimocuarto a vigésimo días postoperatorios (según el estado de la enferma).

Sale la paciente del hospital.

Hágase exploración vaginal y anótense los hallazgos.

Cámbiese el apósito por uno nuevo y aplíquense nuevamente tiras de tela adhesiva.

Ordénese a la paciente lo que ha de hacer en su casa.

B. TRATAMIENTO POSTOPERATORIO ESPECIAL

Estudiaremos a continuación las siguientes circunstancias especiales:

- 1º Canalización.
- 2º Retrodesviación uterina.
- 3º Choque intenso.
- 4º Hemorragia interna.
- 5º Vómito persistente.
- 6º Acidosis y alcalosis.
- 7º Dilatación aguda del estómago.
- 8º Insuficiencia renal.
- 9º Distensión y parálisis intestinales.
- 10º Oclusión intestinal.
- 11º Peritonitis.
- 12º Supuración local.
- 13º Flebitis.
- 14º Dolor en la convalecencia.
- 15º Perturbaciones subsecuentes.

1º Canalización.—Una vez al día se levantará un tanto y se hará girar levemente el tubo de desagüe, a fin de evitar que haga presión dañosa en el recto (que pudiera ser causa de úlcera perforante), y para evitar que el epiplón, el intestino o los exudados ocluyan los agujeros de aquél.

La frecuencia con que se cambia el apósito por otro limpio varía según la cantidad de exudado. Por lo común en los estados crónicos es muy poca la supuración. Conviene poner gasa limpia alrededor del tubo dentro de las tres a las seis horas siguientes, y de ahí en adelante dependerán los intervalos de la abundancia o escasez del derrame, aunque por lo común basta hacerlo cada doce horas los dos primeros días y cada veinticuatro horas los siguientes.

El tubo se quita después de que cesa la salida de exudados, lo cual sucede en un período de dos a cinco días. Cuando hay supuración, claro está, continúa por tiempo ilimitado, y en tales casos se dejará el tubo hasta que cedan los síntomas del estado agudo y se forme alrededor del tubo una pared de adherencias que lo separe de la cavidad peritoneal. Por lo común se puede quitar al cabo de cuatro a seis días, y en lugar de él poner un tubo delgado, o introducir en el conducto una tira de gasa para conservar el orificio externo hasta que cicatrice la herida por granulación desde el fondo. El tratamiento de esta herida consiste en el aseo (diario o menos frecuente) con peróxido de hidrógeno, en conservar abierto por medio de una mecha el orificio externo y en protegerla de infección secundaria, por medio de un apósito antiséptico; conviene además espolvorear algún polvo sedante antiséptico (tal como el ácido bórico) en la herida,

alrededor del tubo de desagüe. Si no hay mucha supuración, esto evita la necesidad de lavar el conducto.

Cuando es muy copiosa la supuración intraperitoneal, conviene poner desde luego a la paciente en posición moderada de Fowler, para lo cual se eleva la cabecera de la cama (Fig. 1,195), y luego que se haya recuperado bastante del anestésico, en la posición ordinaria de Fowler (Fig. 1,196).

2º Retrodesviación uterina.—El pormenor más importante en el tratamiento postoperatorio de pacientes a quienes se hizo la fijación del útero y los anexos hacia delante, es vigilar que no se distienda la vejiga

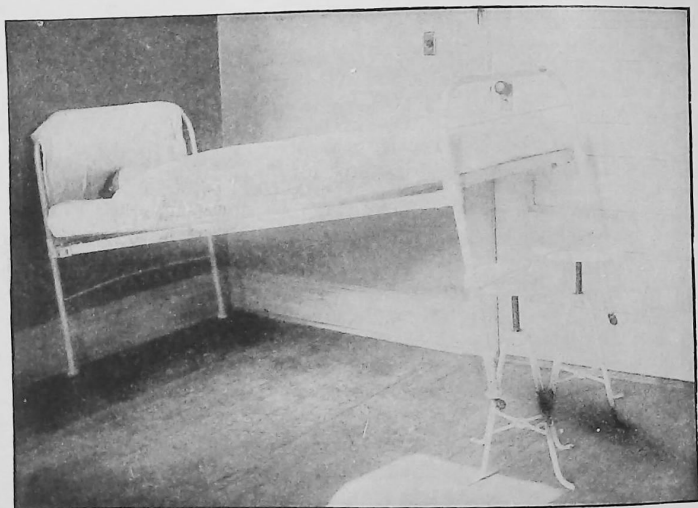


Fig. 1195.—Elevación de la porción superior del tronco para facilitar el desagüe de la pelvis, inmediatamente después de la operación, o cuando la paciente esté muy débil y no pueda estar en la posición de Fowler. La parte de la cama correspondiente a la cabeza de la enferma se levanta de 45 a 60 cms.

hasta el grado de forzar hacia atrás el útero, los primeros días después de la operación. Si no puede la paciente orinar por sí sola, se hace el sondo vesical con la necesaria frecuencia.

3º Choque intenso.—Cuando la enferma se halla en estado de choque intenso, es necesario bajar la cabecera de la cama, elevando para ello unos sesenta centímetros la parte correspondiente a los pies (Fig. 1,197), a no ser que haya peligro de diseminar el pus de la pelvis hacia la porción superior no contaminada de la cavidad peritoneal.



Fig. 1196.—Posición de Fowler (formando ángulo de 30 a 40 grados).

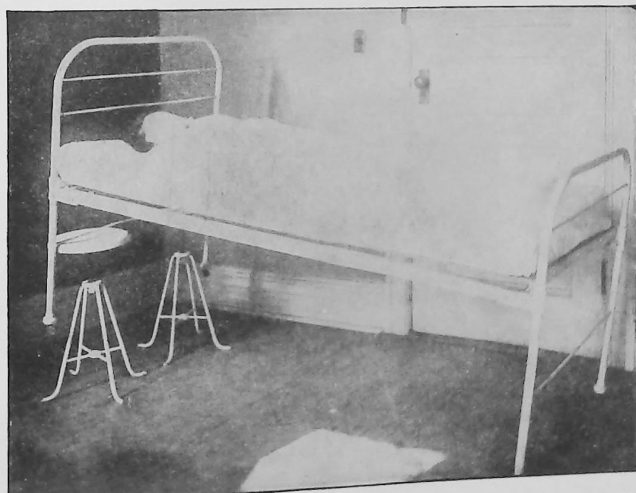


Fig. 1197.—Elevación de los pies para el tratamiento del choque. La parte de la cama correspondiente a los pies de la paciente se levanta de 45 a 60 cms.

Se administrarán estimulantes rápidos junto con la inyección intravenosa de glucosa y la subcutánea de solución salina normal. Si la causa principal del choque quirúrgico fué la hemorragia, se hará la transfusión sanguínea. Cuando la respiración es muy superficial, es útil la administración de bióxido de carbono.

4º Hemorragia interna.—La hemorragia interna copiosa se manifiesta en la rapidez y debilidad del pulso, en el aumento del dolor en el abdomen y la temperatura subnormal. Es rara después de las primeras doce horas y suele presentarse dentro de las primeras seis. Cuando se hace el desagüe por la herida abdominal o por la vagina, hay a veces escurrimiento abundante de exudado sanguinolento, o si se dejó algún tubo de desagüe, bien puede suceder que salga por él la sangre.

El tratamiento de la hemorragia leve es: 1º, levantar la parte de la cama que corresponde a los pies, a fin de elevar la pelvis; 2º, poner una bolsa de hielo en la región pélvica, sobre el apósito; 3º, hacer que se esté muy quieta la enferma en posición horizontal, y 4º, administrar algún sedante (codeína) si fuere necesario para aquietarla. Además de esto, se suspenderá la administración hipodérmica o intravenosa de solución salina o de glucosa. No se administrará ningún estimulante ni se hará nada que pueda acrecentar la tensión arterial. En tales casos ha de ponerse la esperanza en que la poca tensión sanguínea haga que cese la hemorragia en unas cuantas horas, que bastarán para que se forme el coágulo en la zona hemorrágica y se cohíba permanentemente la extravasación sanguínea. Al cabo de veinticuatro horas el antedicho coágulo será tan firme, que haya muy pocas probabilidades de que continúe la hemorragia. La administración de cuatro a ocho centímetros cúbicos de fibrógeno en agua helada por vía bucal, ayuda a disminuir el tiempo de coagulación. Cuando la enferma no pueda ingerir flúidos, se hará la inyección intramuscular.

Si por acaso hubiere signos de que continúa la hemorragia, se abrirá presto la cavidad peritoneal (si es que el cirujano llega a tiempo) y se ligarán los vasos sangrantes.

5º Vómito pertinaz.—El vómito pertinaz ha menester el lavado gástrico, y si continuare aún después de esto, se hará la succión gastrointestinal continua.

Lavado gástrico y succión intestinal.—Estas dos disposiciones terapéuticas son sumamente eficaces para contrarrestar el vómito, la irritación gástrica persistente, la dilatación aguda del estómago, la distensión abdominal y la regurgitación ocasionada por la peristalsis contraria a causa de la parálisis intestinal y de otras variedades de oclusión del intestino. Con la succión continua se pueden curar algunas oclusiones intestinales, y aun cuando a la postre fuere menester la operación quirúrgica, se aliviará con la primera el dolor y se contrarrestará en gran manera la toxemia, con lo cual estará el paciente en mejor estado para la operación. También es muy útil la dicha succión continua en el tratamiento postoperatorio, cuando se presenta alguno de los trastornos arriba enumerados y, por tanto, conviene tener dispuestos los utensilios necesarios para llevarla a efecto

en cualquier momento, y es necesario que las enfermeras conozcan todos los pormenores del procedimiento.

Lavado gástrico

Para efectuar el lavado gástrico se introducen por una de las fosas nasales la sonda gástrica delgada, se irriga el estómago con solución de bicarbonato de sodio o de cloruro de sodio (solución normal) y se extrae luego la sonda, a no ser que haya alguna razón para dejarla. Sirve para contrarrestar el vómito persistente, la náusea continua (que no es causada por medicamento ni por la acidosis), la irritación gástrica pertinaz y la distensión abdominal que no se alivia luego de hacer lavativas.

El vómito que se presenta después de la operación puede ser causado por la irritación del anestésico o por los sedantes administrados antes de la operación, pero cuando continúa vomitando la paciente, y en particular si hay de continuo náusea y molestia en el epigastrio, suele haber irritación gástrica que ha de tratarse por medio del lavado según queda dicho; el cual se ha de llevar a efecto oportunamente antes de que se intensifiquen la irritación y la emesis, y sea menester la succión continua.

Succión intestinal continua

Cuando no se logra ningún alivio con el lavado gástrico simple, y continúa el vómito, se hace la succión gastrointestinal continua, que es de inapreciable utilidad en el tratamiento de la parálisis intestinal y en otras variedades de oclusión postoperatoria acompañada de peristaltismo contrario y vómito.

La sonda gástrica le da salida a los gases que de otra suerte se acumularían en el estómago, ya que el aire puede salir por ella tan presto como lo traga la enferma; además, cuando dicho tubo pasa gradualmente por el píloro hasta el duodeno, deja salir el contenido líquido y los gases acumulados en el intestino delgado y de esta manera disminuye poco a poco la distensión y los dolores, al mismo tiempo que impide la absorción de sustancias tóxicas que ocasionarían toxemia. Cuando hay oclusión paralítica del intestino u otras variedades pasajeras de oclusión, muchas veces basta este tratamiento, esto es, la succión continua que mitiga los síntomas del estado agudo, hasta que ceda por entero la causa del mal, ora sea la parálisis de la viscera, el edema ocasionado por adherencias, torcedura parcial o invaginación.

Ocioso es el decir que cuando hay estrangulación de alguna porción intestinal es preciso ejecutar la operación quirúrgica. Por otra parte, no hay que olvidar que la succión sólo alcanza hasta la válvula ileocecal y, por consiguiente, no tiene efecto alguno en la distensión del colon.

Método.—Por medio de una bolsa de lona se cuelga un frasco graduado, de manera que se vean las marcas (Fig. 1,198). Se pone en el suelo el otro frasco que se ve en el grabado. El frasco colgado y puesto al revés está provisto de un tapón de hule con dos agujeros: uno de éstos contiene

un tubo corto de vidrio y el otro uno largo; del primero (el tubo corto) sale un tubo de goma que llega hasta el fondo del frasco inferior (el que está en el suelo) destinado a recibir el agua; del tubo largo de vidrio sale otro tubo de goma que va a un tercer frasco (que no se ve en la lámina 1,198,

Aparato de succión para ciertas obstrucciones intestinales

Universidad de Minnesota

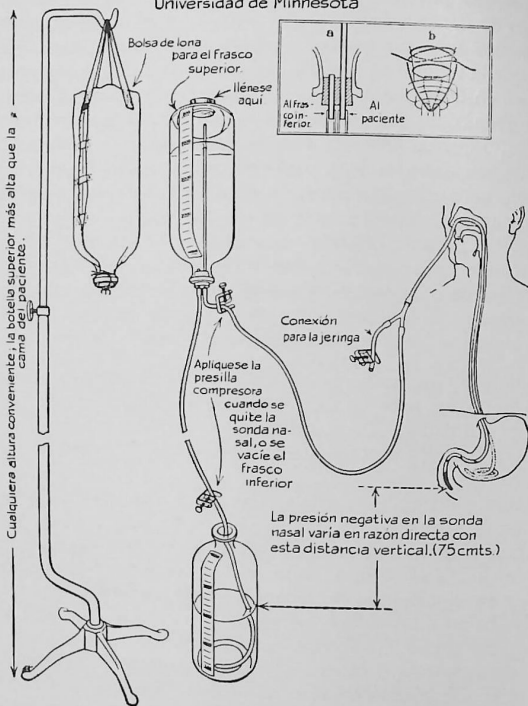


Fig. 1198.—Aparato para efectuar la succión gastrointestinal continua. El depósito superior cuelga de una bolsa de lona; el frasco inferior descansa en el suelo. La conexión en forma de Y permite lavar el estómago por medio de una jeringa, cuando esto sea necesario. (Wangenstein y Paine: *Jour. Amer. Med. Ass.*)

En este grabado se muestra la primitiva disposición y representa los principios de este magnífico aparato. Se ha visto que es muy conveniente la añadidura del tercer frasco que se ve en la figura 1199.

pero que se muestra en la 1,199) que se pone también en el suelo, y que ha de recibir el fluido extraído del estómago.

Para empezar la succión se llena totalmente con agua corriente el frasco superior y se ponen el tapón con sus tubos de vidrio y los tubos

de goma correspondientes, pero sin conectar todavía el que va al otro frasco. Es preciso fijar bien el tapón del frasco superior, para que no se salga con el peso del agua. Se cierran con grapas o abrazaderas automáticas ambos tubos y se cuelga el frasco a unos dos metros del suelo. Se introduce el extremo del tubo de goma que pende del tubo corto de vidrio, en el frasco colocado en el suelo (Fig. 1,198), y se pone en éste suficiente agua para cubrir dicho extremo. De esta suerte se obtiene un

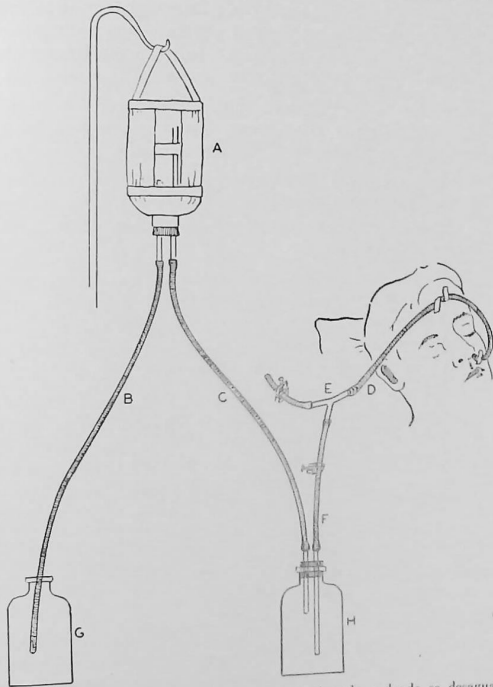


Fig. 1199.—El tercer frasco (H), que se coloca en el suelo y donde se desagua el contenido gastrointestinal por medio del tubo que viene del paciente. Por medio de otro tubo se comunica este frasco con el depósito superior, en el cual se efectúa de continuo la succión. Este al mantenerse en él un vacío parcial, que hace la succión del contenido gastrointestinal. Este perfeccionamiento tiene dos ventajas: en primer lugar, hace que el fluido intestinal se desague de manera, que no pueda verlo el paciente, y en segundo lugar, disminuye las probabilidades de que haya corriente contraria a causa de alguna imperfección en el aparato.

A. Depósito de vidrio con capacidad para cuatro litros, colgado por medio de una bolsa de lona que deja ver el nivel del agua. B y C, tubos de goma poco más o menos de metro y medio de largo cada uno; D, sonda duodenal; E, tubo de vidrio en forma de Y; F, tubo de goma de unos 75 cms. de largo, que desemboca en el frasco H; G, frasco en el que se vierte el agua del frasco A, para formar el vacío en este último; adviértase que no tiene tapón. (Brookes: *Textbook of Surgical Nursing*, The C. V. Mosby Co.)

sistema totalmente cerrado que impide la entrada de aire y efectúa succión continúa. Se quitan entonces los broches o abrazaderas de los tubos de goma, y se tapa con un dedo el extremo del tubo que se ha de conectar con la paciente. Si no empieza la succión, inyéctense unos cuantos centímetros cúbicos de agua con una jeringa por el extremo del tubo de goma que va al tubo largo de vidrio del frasco colgante, con lo cual se arrojará el aire del tubo. Se introduce entonces por la nariz hasta el estómago una sonda gástrica Levin N^o 14 ó 16 (medida francesa), que pase poco a poco al duodeno. Se le pueden hacer algunos agujeros más a dicha sonda para que haya succión continua; se puede fijar la sonda con tiras de tela adhesiva a la cara de la paciente (Fig. 1,199).



Fig. 1200.—Succión gastrointestinal continua. La sonda nasal se fija por medio de tiras de tela adhesiva. Nótese que el tubo se sostiene recto en algún trecho al salir de la nariz, a fin de evitar que haga presión en el ala nasal. Esta sonda ha de ser lo bastante larga para que se pueda mover la paciente. Adviértase asimismo la conexión con el codo de vidrio, que sirve para irrigar el estómago en caso necesario. (Tomado, con algunas variaciones, de Paine y Phillips: *Amer. Jour. Nursing*.)

Principio mecánico.—Al correr el agua del frasco superior al inferior, forma vacío en el primero cuya presión negativa pasa por el tubo largo de vidrio a la sonda gástrica y chupa los flúidos o los gases que contenga el estómago. La presión negativa se mide por la diferencia en la altura de las dos columnas de agua: la una que va desde el nivel del flúido en el frasco inferior hasta el nivel del agua en el frasco superior; la otra que va desde el nivel del extremo distal del tubo del paciente hasta el nivel del extremo superior del tubo largo de vidrio en el frasco superior (*sic*).

La presión negativa varía al paso que varían los niveles del agua en los frascos, pero la succión continúa mientras haya agua en el frasco superior. Para vaciar éste se necesita la succión de cuatro mil centímetros cúbicos de gas. De lo que se sigue que, para calcular la cantidad de

gas aspirado, se sustrae el nivel del agua en el frasco superior del nivel del agua en el frasco inferior, menos la cantidad de agua que se puso desde el principio en el frasco inferior para dar principio a la succión. Cuando sea necesario, se vacía el frasco inferior y se llena el superior, lo que por lo común se hace cada doce horas, y entonces se anota la cantidad de líquido vaciado.

Anotaciones.—Para suplir los flúidos y las sales que se extraen por medio de la succión continua, es necesario hacer la hipodermoclisis o la fleboclisis, y además se dará por la boca alguna cantidad de agua, lo cual tiene tres efectos beneficiosos: (a) el efecto mental que produce en la paciente, (b) evita la parotiditis y (c) mitiga la sed.

Si acaso hubiere oclusión intestinal se suprimirá la administración de agua por la boca, pero se le permitirá a la paciente que chupe un limón o que mastique chicle para evitar la parotiditis.

Cuando la paciente está muy deshidratada y hay peligro inminente de acidosis, es muy útil la inyección intravenosa de solución de glucosa cada doce o veinticuatro horas, según más abajo se dirá.

6º Acidosis y alcalosis.—Este trastorno de la regulación química de los flúidos orgánicos se presenta poco a poco y sus síntomas quedan a veces encubiertos por otras perturbaciones más evidentes. Por tanto, debe el ginecólogo estar capacitado para reconocer este desequilibrio de la proporción ácidobásica y tratarla eficazmente, ya que de lo contrario podría ocasionar la muerte de la enferma.

Acidosis.—Es muy probable que se presente la acidosis en las pacientes que no pueden tomar alimentos, a no ser que se pongan por obra las disposiciones encaminadas a evitarla, y puesto que los signos de ella no se presentan sino hasta cuando ya está muy avanzada, sólo tenemos los análisis de laboratorio para hacer el diagnóstico oportuno.

Los primeros días después de la operación deben hacerse análisis diarios de orina, para determinar su contenido de acetona y ácido diacético, los cuales se hallan en la orina en los primeros períodos de la enfermedad, pero pueden no hallarse en los períodos avanzados. Los cloruros urinarios son normales o están aumentados en cantidad. Hay además disminución en el poder de la sangre para combinar el bióxido de carbono, así como menor pH y acrecentamiento en los cloruros del plasma.

Los síntomas son: debilidad y agotamiento sin causa manifiesta, náusea persistente y vómitos; la enferma experimenta a menudo temor exagerado, la respiración se vuelve a veces profunda y rápida, y en ocasiones se percibe en el aliento el olor de la acetona.

El tratamiento de la acidosis consiste en suministrar las necesarias calorías al organismo, así como flúidos y sales, para lo cual se inyectan una o dos veces al día 500 ó 1,000 centímetros cúbicos de solución al diez por ciento de glucosa por vía endovenosa. Para evitar reacciones intensas ocasionadas por la antedicha solución, es necesario: primero, que la glucosa sea químicamente pura y aséptica, y que el agua sea recién destilada; se-

gundo, que al llegar la solución a la vena esté a la temperatura del cuerpo (véase atrás), y tercero, que se haga lentamente la inyección (500 c.c. han de inyectarse en no menos de tres cuartos de hora).

Las sales se suministran por medio de la solución salina normal, o aun mejor, de la solución de Hartmann, según más abajo se dirá, en dosis de 1,500 a 2,000 centímetros cúbicos una o dos veces al día. Además, tan pronto como pueda tomar flúidos la paciente, se le darán jugos de frutas.

Alcalosis.—Se presenta la alcalosis cuando el vómito persistente ocasiona al organismo gran pérdida del jugo gástrico que contiene el ácido clorhídrico que normalmente se combina con las bases en el organismo, de lo cual resulta el exceso de estas últimas.

De igual manera que en la acidosis, la orina es ácida y de cuando en cuando contiene acetona, pero en la alcalosis no contiene cloruros (los cuales son normales en la primera, o bien hay aumento de ellos). Por otra parte, se aumentan el poder de la sangre de combinar el bióxido de carbono, y el pH y se disminuyen los cloruros del plasma.

La enferma experimenta debilidad como en la acidosis, pero la respiración es lenta y superficial.

Lo que se ha de hacer para combatir la alcalosis es contrarrestar primero los síntomas más urgentes y suprimir luego la causa. Para lo primero, se administrarán inhalaciones de bióxido de carbono que vaya a suplir las necesidades del organismo.

La inyección intravenosa de un cuarto de centímetro cúbico de solución al cinco por ciento de cloruro de calcio por cada kilogramo de peso, tiene efectos rápidos y duraderos.

Para suprimir la causa de la acidosis, que es la pérdida de los flúidos orgánicos, se hace la inyección de solución de cloruro de sodio o de glucosa, y para substituir el ácido clorhídrico perdido, se darán diez gotas de éste en medio vaso de agua cada cuatro horas.

Hartmann propuso la solución que lleva su nombre y que sirve para prevenir la acidosis y la alcalosis, con lo cual se hace innecesario el análisis químico de la sangre; al mismo tiempo suministra al cuerpo la necesaria cantidad de flúidos que impida la deshidratación. Se puede administrar tanto por la vía subcutánea como por la endovenosa. La casa Eli Lilly & Co., la vende en ampollas de 10 centímetros cúbicos, con el nombre de "*Physiological buffer salts*" (Hartmann); cada ampolleta se disuelve en veinticinco veces su volumen de agua destilada esterilizada, o de solución al cinco por ciento de glucosa, caso que sea menester esta última, y se hace la hipodermoclasia de un litro a litro y medio de dicha solución una o dos veces al día, según sea necesario. Para evitar las reacciones que ocasiona la solución de glucosa cuando se administra por la vena, es preferible hacer la inyección subcutánea de solución al cinco por ciento.

7º *Dilatación aguda del estómago.*—Esta es una grave complicación que se presenta en cualquier momento después de la operación, pero en

particular dentro de las primeras sesenta horas. La enferma se queja de dolor tenaz en el epigastrio, el cual se distiende en mayor o menor grado, se vuelve rápido y débil el pulso sin que haya causa manifiesta; suele haber náusea y vómito, pero el signo más constante y característico es el dolor epigástrico persistente y la debilidad del pulso. La alteración anatómica consiste en la distensión excesiva del estómago ocasionada por los gases y cuya causa varía en las diversas pacientes. Las más de las veces es causada por alguna desviación del estómago y torcedura u oclusión del píloro y, puesto que no tiene salida el gas, su acumulación continua adquiere graves caracteres y en varias ocasiones ha causado la muerte.

El tratamiento de la dilatación aguda es la introducción oportuna de la sonda gástrica para dar salida a los gases, y la irrigación del estómago con solución salina normal, a fin de extraer las sustancias en descomposición y evitar que se sigan acumulando gases; para ello se efectuará la evacuación continua por medio de la succión, cuando fuere necesario. Es menester observar a todas las pacientes, de manera que al presentarse la antedicha complicación se reconozca oportunamente y se introduzca por la nariz la sonda gástrica, antes de que alcance el estado suma gravedad. Cuando vuelve la complicación, es preciso hacer varios lavados gástricos y mudar la posición de la enferma, con el fin de contrarrestar la desviación de la viscera y la tracción de sus tejidos de sostén. Algunas veces el colocar a la paciente en decúbito ventral alivia presto el estado morboso.

8º Insuficiencia renal.—Ésta se evita más fácilmente que se cura. La disposición preventiva consiste en cerciorarse de que los riñones funcionan bien antes de ejecutar la operación. El tratamiento de la insuficiencia renal postoperatoria estriba en la eliminación por medio de copiosas evacuaciones intestinales, "empaquetaduras" diaforéticas y las demás disposiciones terapéuticas que se emplean en el tratamiento de la uremia.

Si por acaso se presentare la *acidosis*, se hará la fleboclisis de solución de glucosa, se propinarán sustancias alcalinas en abundancia y en el entretanto se hará que la paciente tome alimentos por la boca.

9º Distensión y parálisis intestinal.—Cuando los laxantes, según se mencionaron al hablar del tratamiento postoperatorio general, no logran evacuar el intestino, es probable que la pérdida de la función sea causada por la simple parálisis temporal del intestino, o bien por la oclusión intestinal, o por la peritonitis incipiente. En tales casos, a no ser que haya signos evidentes de oclusión mecánica, se colegirá que la parálisis del intestino es pasajera (ileo adinámico) y se dará principio al tratamiento adecuado de ella, la cual es una de las complicaciones postoperatorias más graves, causada por la parálisis de una porción del intestino delgado que por razón de la falta de peristalsis impide el paso del contenido intestinal; la consecuencia de ello es la misma que de la oclusión provocada por torcedura, adherencias, etc.; hay vómito persistente que en los períodos tardíos empieza a ser fecal; la distensión no se mitiga con los remedios

usuales y luego se presenta la toxemia a que provoca la absorción de sustancias tóxicas del intestino distendido. Es fácil excluir del diagnóstico la peritonitis desde los primeros períodos, pero la parálisis se puede confundir con la oclusión de otro origen y dificultar el diagnóstico diferencial. A veces son útiles los exámenes con los rayos X.

El tratamiento consiste en lavar repetidas veces el estómago y es entonces muy provechosa la sonda duodenal permanente para efectuar la succión continua; además, se darán enemas repetidas, tales como las de sulfato de magnesia (véase atrás), o las lavativas con agua de jabón a la que se le añaden unos cuatro a ocho gramos de aguarrás, o bien las de solución saturada de sulfato de magnesia (180 gmos.), sola o con aceite de olivas (180 gmos.).

Luego de excluir la posibilidad de que haya oclusión mecánica, se administrará la "pitresina" (pituirina quirúrgica), que a menudo provoca peristalsis intestinal y ayuda a desalojar los gases del intestino. Cuando ni los lavados gástricos ni las lavativas son eficaces para expulsar los gases y suprimir la distensión, y se empeora el estado de la paciente a pesar de la administración de "pitresina", lo probable es que haya oclusión mecánica que requiera la operación abdominal; mas antes de decidir ésta o el anestésico que ha de emplearse, conviene efectuar la anestesia intrarraquídea, ya que ésta por sí sola corrige a veces el íleo paralítico y hace innecesaria la operación. Y si fuere menester, ésta podrá ejecutarse con anestesia local y consistirá en la enterostomía (Figs. 1,020 a 1,022), cerciorándose debidamente de que se incluye en ella una porción distendida de intestino.

10º Oclusión intestinal.—Se manifiesta en el vómito persistente a pesar de los lavados gástricos continuos, en la falta de evacuaciones intestinales, a despecho de los purgantes y de las disposiciones terapéuticas antes mencionadas, así como en cólicos intensos que se presentan cada pocos minutos, en la aceleración del pulso y en la falta de calentura que por lo común acompaña la peritonitis cuando es lo bastante intensa para ocasionar otros trastornos. Algún tiempo después se presenta el vómito fecal.

El tratamiento depende de la variedad de la obstrucción: si por acaso hubiere estrangulación intestinal (parálisis de una porción de la viscera, adherencias, presión y edema, torcedura parcial), por lo común basta la succión gastrointestinal continua para contrarrestar el mal; mas si continuaren los síntomas, se recurrirá presto al tratamiento quirúrgico, ya que de lo contrario se presentará la gangrena intestinal por falta de circulación sanguínea.

11º Peritonitis.—Ésta se hace manifiesta en un conjunto de síntomas, a saber: calentura, que principia o se aumenta después del segundo día; vómito persistente, que continúa en el cuarto y quinto días; aceleración grave del pulso; dolor abdominal constante, sin los cólicos que experimenta la enferma con grave oclusión intestinal; acrecentamiento del dolor al hacer la palpación y rigidez en la porción inferior del abdo-

men, que poco a poco se propaga a la región abdominal superior. Por lo común los movimientos intestinales son lentos (parálisis intestinal parcial), pero no hay la falta total de peristalsis, como sucede en la oclusión del intestino.

La calentura que se presenta dentro de las primeras veinticuatro horas después de la operación no es de grave consecuencia, pues no po-

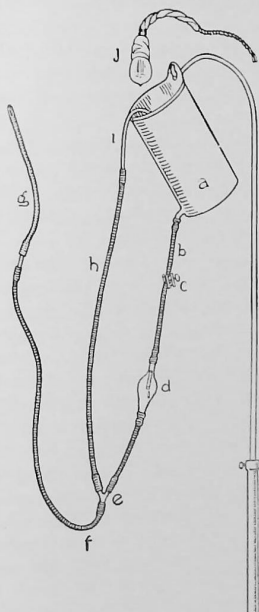


Fig. 1201

Fig. 1201.—Aparato para hacer la proctocolitis: *a*, receptáculo para la solución salina normal (suero artificial); *b*, tubo que va del antedicho receptáculo al gotero; *d*, gotero; *c*, tubo de vidrio en forma de Y; *f*, tubo que va de una rama de la Y a la sonda rectal (*g*); *h*, tubo que da salida a los gases y líquidos cuando hay presión contraria; *i*, tubo de metal o de vidrio en forma de gancho, que se cuelga del receptáculo; *j*, bombilla eléctrica debidamente protegida contra la humedad, para conservar tibia la solución salina; una enfermera debe ver continuamente que no se caliente demasiado la solución, pues se han registrado algunos accidentes por esta causa.

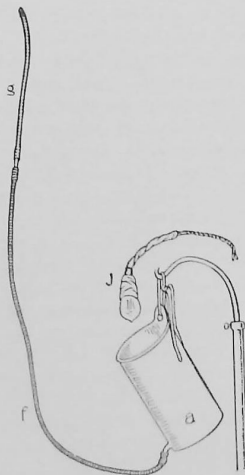


Fig. 1202

Fig. 1202.—Aparato de un solo tubo para hacer la proctocolitis: *a*, receptáculo para la solución; *f*, tubo que va del receptáculo a la sonda rectal; *g*, sonda rectal; *j*, bombilla eléctrica. Puesto que en este tubo no se hace ninguna provisión para que salgan los gases del intestino, o los fluidos en caso que haya presión contraria, estos últimos regresan al receptáculo *a* y, por tanto, no debe haber ninguna obstrucción en el tubo *f* y se regulará la corriente del líquido por medio de la altura de dicho receptáculo. La sobredicha corriente ha de graduarse de acuerdo con la capacidad del intestino para absorber el líquido; por lo común hasta una corriente de 100 a 150 gotas por minuto, esto es, poco más o menos medio litro por hora.

cas veces después de operaciones complicadas en las que se invaden extensas superficies peritoneales o de tejido conectivo, hay calentura (de 39 a 39.6° C.), dentro de las primeras veinticuatro horas, que cede en el segundo o tercer día, sin que haya mayores trastornos. A falta de alguna explicación más lógica, es de suponer que esta "calentura aséptica", sea causada por la "resorción de los fermentos sanguíneos". Mas cuando la calentura acomete después del segundo día suele indicar alguna perturbación desusada.

El tratamiento de la peritonitis postoperatoria es semejante al de la peritonitis en cualesquier otras circunstancias: además del desagüe (canalización) de las regiones infectas y de la succión intestinal continua, se suministrarán flúidos y sales al organismo, por medio de la fleboclisis de solución de glucosa, o de la hipodermocclisis de solución salina normal, o de solución de Hartmann, hasta que pueda la paciente empezar a tomar alimentos por la boca. Pueden también ser útiles las transfusiones sanguíneas, así como la administración de sulfanilamido (prontosil) cuando hay infección causada por el estreptococo hemolítico.

Proctocclisis.—En tiempos pasados se acostumbraba la administración rectal de flúidos por medio de la gota continua, método que era imponderable cuando no se conocían otros medios de suministrar al organismo grandes cantidades de flúidos. Aun en la hora presente se puede emplear con provecho la proctocclisis en circunstancias especiales, como por ejemplo, cuando no se dispone de soluciones adecuadas para administración intravenosa, o como coadyuvante de la hipodermocclisis y de la fleboclisis, para evitar el dolor causado por la aguja, o con el fin de reservar las venas para alguna emergencia imprevista.

Para lograr la absorción continua del flúido que se administre por el recto, es necesario que éste se mantenga de continuo a la temperatura de 38° C., que penetre lentamente (gota a gota) en el recto, poco más o menos a razón de un litro por hora, y por último, que no haya ninguna obstrucción en el tubo que impida la salida de gases provenientes del recto o la regurgitación del flúido.

No es necesario ningún aparato complicado para efectuar la proctocclisis. El Dr. J. B. Murphy, inventor del método que lleva su nombre, se valía tan sólo de un irrigador ordinario dispuesto convenientemente. Con todo, si se tuviere a la mano algún aparato especial se podrá llevar a efecto la proctocclisis con más exactitud (Figs. 1,201 y 1,202).

12° Supuración localizada.—Las manifestaciones de ésta son: calentura que se presenta después del sexto día, aceleración moderada del pulso y dolor localizado. Si la supuración se efectúa en las *porciones profundas de la pelvis*, se queja la enferma de dolor profundo y por lo común de dolor de espaldas, o de dolor que se propaga a los muslos. Si el centro inflamatorio está situado en la porción posterior de la pelvis, la evacuación del intestino o las lavativas ocasionan dolor. Al efectuar la exploración vaginal se haya una tumefacción blanda, muy dolorosa al tacto. El tratamiento de los estados inflamatorios sépticos localizados consiste en la

evacuación del intestino, en administrar sedantes, acrecentar las defensas orgánicas y esperar que se efectúe la formación del absceso, y tan pronto como sea perceptible la fluctuación en el examen vaginal, se abrirá por esta vía y se canalizará el absceso. En raras ocasiones conviene abrir un tumor no fluctuante (proceso inflamatorio sin fluctuación), o bien abrir la excavación rectouterina con el fin de efectuar el desagüe pélvico general. La administración de bacterinas, o de bactericidas, tales como el sulfanilamido son a veces muy útiles para contrarrestar la infección.

Cuando acaece la supuración en la *herida abdominal*, hay dolor creciente en la incisión, que ha menester la exploración de la herida. La inflamación en ese sitio se manifiesta en los signos cardinales, a saber: dolor, calor, rubor y tumor, localizados en algún sitio de la herida, o que abarcan toda ella. Si la inflamación es leve bastará la aplicación de un apósito antiséptico húmedo, caliente, que se cambiará cada veinticuatro horas, mas si fuere manifiesta la celulitis en algún sitio de la herida, se abrirá ésta superficialmente y se pondrá una mecha de gasa o un tubo de desagüe y se aplicarán fomentos antisépticos. Cuando sea posible, es preferible no quitar las puntadas de tensión, con tal que se pueda hacer eficazmente el desagüe de la región infecta. En algunas ocasiones el proceso inflamatorio está circunscrito en el tejido subcutáneo, y en tales casos no es preciso quitar las puntadas profundas. Lo que importa en tales circunstancias es lograr buen desagüe de los tejidos infectados y evitar la resorción de los exudados sépticos. Cuando toda la herida está infectada se hace la canalización de toda ella, y entonces es muy probable que se abra totalmente, excepto el peritoneo. Tan pronto como haya cedido la supuración y la absorción de materias tóxicas, se unirán los bordes de la herida con tela adhesiva, y cada veinticuatro o cuarenta y ocho horas (según la abundancia del exudado) se manifestará la herida y se limpiará con peróxido de hidrógeno. Después, si se creyere conveniente, se reavivará por medio de la raspadura con la cuchilla las superficies granulantes, después de la cual se unirán con puntadas los bordes de la herida, con el fin de procurar la cicatrización por segunda intención. Sin embargo de lo dicho, basta por lo común la unión firme de los labios de la herida con tiras de tela adhesiva.

13º Flebitis.—Se ha vuelto rara la flebitis desde que se permite levantar a la paciente pocos días después de la operación, y cuando se presenta es por lo común en la tercera semana, luego de transcurrir el tiempo en que suelen manifestarse las complicaciones postoperatorias comunes, y cuando la enferma cree estar en vías de restablecimiento.

Experimenta primero dolor unilateral en la ingle y en la porción superior del muslo, sube poco a poco la temperatura hasta 39 ó 39.5° C.; no siempre hay tumefacción en el pie ni en la pierna, pero sí hay siempre dolor a la presión en los vasos femorales, un poco arriba del arco inguinal (arco crural o ligamento de Poupart), que algunas veces se propaga en un trecho bastante grande hacia abajo del muslo, así como hacia arriba, a lo largo de los vasos ilíacos.

El tratamiento de la flebitis es la elevación inmediata de la extremidad enferma por medio de almohadas y la posición de decúbito dorsal de la paciente, que se mantendrá por varios días. Si la flebitis es leve esto suele mitigar el dolor, si bien en los estados graves es preciso administrar sedantes para calmarlo.

La paciente se estará en la antedicha posición la mayor parte del tiempo, por una semana o más, según la gravedad del mal y la rapidez de la mejoría. Cuando se pone por obra inmediatamente el tratamiento y se continúa como es debido, se evitan a menudo graves complicaciones; en cambio si caminar la enferma se acrecentará su padecimiento, se prolongará el encamamiento y habrá peligro de embolia, al desprenderse partículas del trombo venoso, que sean transportadas al cerebro, al corazón o a los pulmones. A causa de este peligro, no se permitirá el amasamiento ni la frotación de la región enferma, sino hasta que hayan cedido todos los síntomas del estado agudo.

En nuestra práctica quirúrgica, levantando a la paciente al cabo de la primera semana hemos logrado suprimir casi totalmente esta complicación que era bastante frecuente en pasados tiempos (en el dos por ciento de las pacientes operadas, cuando el encamamiento postoperatorio duraba unas tres semanas).

14º Dolor en la convalecencia.—Además de las antedichas complicaciones y de la natural sensibilidad de los tejidos recién cicatrizados, el dolor que se presenta en la convalecencia suele ser a causa de perturbaciones gástricas o intestinales que den origen a meteorismo y a la peristalsis intestinal dolorosa. El tratamiento consiste en suprimir las substancias irritantes del conducto intestinal por medio de lavativas y laxantes, y si fuere necesario, prescribir algún medicamento para contrarrestar la indigestión gástrica o intestinal. Claro, las pacientes operadas experimentan dolores neurálgicos o de origen nervioso (neurastenia), lo mismo que cualesquiera otras, los cuales probablemente sean más intensos en el período menstrual.

Las operaciones abdominales hacen a menudo que se adelante la menstruación, y no pocas veces hay leve flujo uterino sanguinolento que no tiene relación alguna con el menstruo, el cual se presenta unos cuantos días después de la operación. Esto no ha de causar inquietud, ya que se quita en corto tiempo.

15º Perturbaciones subsecuentes.—Cuando la enferma empieza a caminar, hay alguna "dolencia" o sensación dolorosa leve por algún tiempo, hasta que se desvanece la hiperemia de los tejidos cicatrizantes y queda firme el tejido conectivo recién formado.

Cuando se hace la canalización, persiste a veces una pequeña fístula ciega, que puede ser a causa del tejido necroso, o en proceso de mortificación, o de alguna ligadura. En estos casos, por lo común se desintegra el tejido esfacelado o el catgut, y es expulsado en el decurso de unas cuantas semanas. En el entretanto, se conservará muy limpio el conducto fistuloso, lavándolo con peróxido de hidrógeno (cada veinticuatro o cuarenta y ocho

horas, según sea necesario). La enferma puede hacerse las curaciones en su casa, si se le muestra cómo.

Si en el fondo de la fístula ciega hay una hebra de seda, bien puede suceder que salga por sí sola al cabo de algunas semanas, o varios meses, pero a veces es preciso extraerla, valiéndose para ello de algún instrumento fino, o ejecutando una operación quirúrgica. Rara vez la causa de la fístula es alguna compresa de gasa, o unas pinzas que se dejaron en la herida.

De cuando en cuando se forma la **fístula** intestinal después de las operaciones abdominales. De ordinario tales fístulas han de tratarse tan sólo con la limpieza, por algún tiempo, pues multitud de veces cierra por sí sola dentro de algunas semanas. Si persiste indefinidamente, requiere el tratamiento quirúrgico, que no ha de mirarse con desinterés, ya que en ocasiones es muy difícil y peligroso.

La **hernia** postoperatoria en la incisión indica cicatrización defec-tuosa, y por lo común es causada por el entubamiento, que evitó la unión de los labios de la herida. Cuando es pequeña, bien puede reducirse por medio de una faja abdominal, mas si es grande, o, siendo pequeña causa muchas molestias, requiere el tratamiento quirúrgico.

Las **perturbaciones nerviosas** que se presentan después de efectuar la ooforectomía, a semejanza de las que acompañan a la menopausia natural, son de dos clases: trastornos vasomotores causados por la perturbación endocrina, y psiconeurosis incidental. Los trastornos vasomotores son: "llamaradas", vértigos, frialdad de las extremidades, etc., que son enfadosos pero no de mayores consecuencias; su causa es la suspensión de la secreción interna del ovario, que coincide a menudo con la insuficiente función de la glándula tiroides, todo lo cual requiere tratamiento endocrino adecuado.

Las **psiconeurosis** no son precisamente ocasionadas por la falta de los ovarios, sino por el estado general del sistema nervioso y en particular por el agotamiento de resultas de la larga duración de la enfermedad. Por lo común la operación quirúrgica tiene efectos beneficiosos por cuanto suprime la causa del agotamiento, mas en algunas ocasiones el choque quirúrgico agrava temporalmente los síntomas nerviosos, en particular si se presenta algún estado doloroso persistente y prolongado, o cuando hay alguna influencia sugestiva en pacientes impresionables. Tales perturbaciones requieren el tratamiento psiconeurótico como si no hubiera ninguna relación con la enfermedad o con la operación pélvica. El delirio y otras variedades de trastornos mentales pueden ser ocasionados por la intoxicación, y además en ocasiones se presenta la neuritis generalizada con perturbaciones mentales, ora a causa de la infección o de origen tóxico (alcoholismo, medicamentos, etc.).

CAPÍTULO XXII

OPERACIONES VAGINALES

Las operaciones quirúrgicas que se ejecutan por vía vaginal son: el legrado uterino o raspadura de la cavidad del útero; la escisión cónica del cuello de la matriz; la reparación del suelo pélvico (perineorrafia); el tratamiento quirúrgico del cistocele, del rectocele, de la fístula vésciovaginal y de varios otros estados morbosos del orificio vaginal; ciertas operaciones para corregir la retrodesviación uterina; la extirpación del útero (histerectomía) y de otros tejidos por vía vaginal.

PREPARACIÓN

Dividiremos para su estudio la preparación en: preparación mediata de la paciente, disposición de instrumentos y apósitos, apercebimiento del cirujano y sus ayudantes y preparación inmediata del área de la operación.

Preparación mediata de la paciente

Preparación general.—Ésta es muy semejante a la que se hace antes de ejecutar alguna operación abdominal.

Preparación local.—Se hacen de una a tres irrigaciones vaginales antisépticas diarias, lo cual depende de la cantidad y del carácter del flujo. En la tarde o la noche antes de la operación se rasuran los órganos genitales externos y regiones contiguas; esto es preferible hacerlo la víspera y no momentos antes de la operación, cuando las enfermeras están ocupadas en otras cosas, y evita el tener que despertar temprano a la paciente. Después de la rasurada se inyectan y se dejan en la cavidad vaginal unos ocho centímetros cúbicos de solución al uno por ciento de acriflavina neutra en glicerina, la cual inyección se repite a la mañana siguiente.

Disposición de instrumentos y apósitos

La esterilización de los instrumentos quirúrgicos, del material para sutura, de las batas, los apósitos, ropa, etc., es idéntica a la que se hace antes de las operaciones abdominales (q. v.).

Para las operaciones vaginales se requieren multitud de compresas pequeñas de gasa de "diez" y de "veinte", así como bolas de algodón, en particular cuando haya de hacerse la raspadura uterina. (Los términos "diez" y "veinte" son convencionales en los hospitales norteamerica-

nos, y sirven para designar los dos tamaños de compresas pequeñas, de las cuales las mayores se ponen en paquetes de diez y las menores en paquetes de veinte.) En nuestro libro *Gynecology for Nurses* (Ginecología para Enfermeras) especificamos por menudo la manera de preparar estas compresas, así como los demás artículos semejantes que se necesitan en la sala de operaciones. Para la histerectomía y la colpotomía se ten-

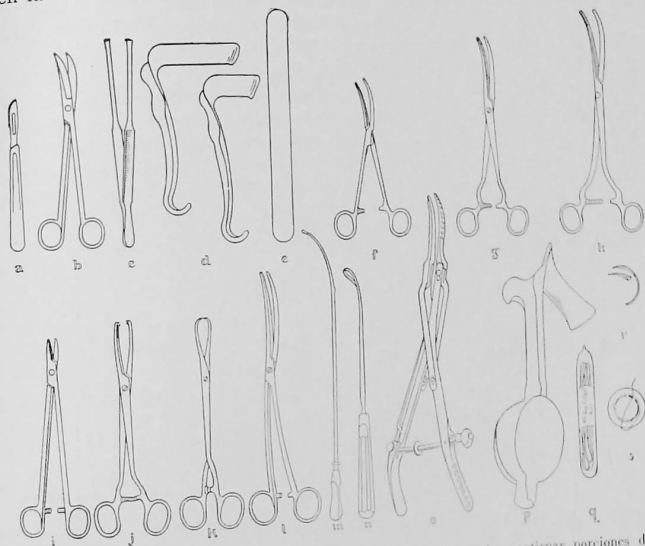


Fig. 1203.—Lista A de instrumentos para hacer el legrado uterino, extirpar porciones de tejido para la biopsia o aplicar el radium. (Véanse las especificaciones y el nombre de los instrumentos en el texto: lista A.)

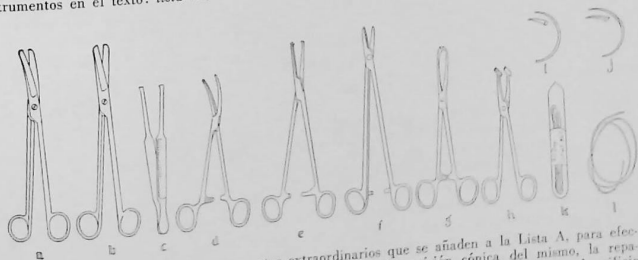


Fig. 1204.—Lista B de instrumentos extraordinarios que se añaden a la Lista A, para efectuar la reparación del cuello uterino (traquelorrafia), la escisión cónica del mismo, la reparación del suelo pélvico (perineorrafia), o cualquiera otra operación plástica en el orificio vaginal. (Véanse las especificaciones en el texto.)

drán a la mano una o dos compresas grandes de gasa provistas de una cinta larga (las llamadas "compresas quirúrgicas" o "compresas para laparotomía" pequeñas), que sirven para introducir las en la pelvis y apartar los intestinos.

Es conveniente tener tres juegos de instrumentos para las operaciones vaginales: lista A, lista B y lista C.

La lista A comprende los instrumentos necesarios para la raspadura uterina, la escisión de tejido cervical para la biopsia y las aplicaciones de radium al cuello o al cuerpo uterino. La lista B incluye los demás instrumentos que han de agregarse a la lista A para efectuar la escisión del cuello, la reparación del suelo pélvico y las operaciones plásticas en el orificio vaginal. La lista C especifica los instrumentos que se han de agregar a las dos antecedentes para efectuar la histerectomía vaginal. Damos a continuación dichas listas y representamos la mayor parte de los instrumentos en las láminas 1,203 a 1,205. La valva o separador vaginal con pesa de plomo (Fig. 1,203) es conveniente cuando el cirujano tiene pocos ayudantes.

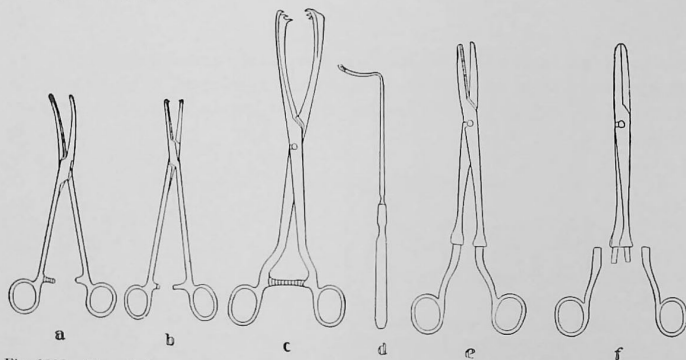


Fig. 1205.—Lista C. Instrumentos que se agregan a las Listas A y B, para hacer la colpotomía con la histerectomía vaginal. (Véanse las especificaciones en el texto.)

Lista A (Fig. 1,203)

INSTRUMENTOS PARA LA RASPADURA UTERINA, LA BIOPSIA Y LA APLICACIÓN DE RADIUM

- 2 bisturíes de hojas sustituibles (a).
- 1 tijeras curvas de Mayo, de 16 cms. de largo.
- 1 tijeras rectas de Mayo, de igual longitud.
- 1 tijeras uterinas curvas de punta roma.
- 1 tijeras uterinas curvas puntiagudas (b).
- 2 pinzas para disección de 20 cms. de largo (c).
- 3 separadores angulares, grande, mediano y pequeño (d).
- 2 separadores planos flexibles, de 2.5 cms. de ancho (e).
- 6 pinzas curvas pequeñas, de 15.5 cms. (f).
- 4 portaagujas de Hegar (i).
- 2 pinzas de Museux (tenáculo) de cuatro dientes (j).

- 2 pinzas erinas de dos dientes (*k*).
- 2 pinzas para curaciones uterinas (*l*).
- 2 sondas uterinas (histerómetros) (*m*).
- 3 cucharillas uterinas, pequeña, mediana y grande (*n*).
- 1 dilatador uterino fuerte (*o*).
- 1 valva vaginal con pesa de plomo, si se desea (*p*).
- 1 tubo de catgut No. 1 para cuarenta días (*q*).
- 6 agujas fuertes con punta de trocar, dos No. 2, dos No. 3 y dos No. 4 (*r*).
- 2 agujas de Mayo No. 3
- 1 metro de hilo fuerte para atar el radium en sus tubos.

Algunos cirujanos emplean aún las sondas dilatadoras de Hegar, que vienen en juegos de diez sondas dobles, pero creemos que es de preferir el dilatador de ramas (tal como el de Goodell, el de Palmer, el de Wylie, o el de Sims, de tres ramas), que efectúa la dilatación sin aumentar la presión intrauterina. Cuando es muy estrecho el conducto cervical, se puede empezar la dilatación con las pinzas para curaciones uterinas que se introducen cerradas y se abren luego. No cabe duda de que al introducir las sondas dilatadoras en el cuello para hacer la dilatación, se acrecienta la presión intrauterina y es posible de esta manera forzar algunas partículas de materia infectada por entre las trompas hasta la cavidad peritoneal. Sampson cree que esto puede ser una de las causas de la endometriosis pélvica.

Lista B (Fig. 1,204)

INSTRUMENTOS QUE SE HAN DE AGREGAR A LA LISTA PARA LA ESCISIÓN CÓNICA DEL CUELLO
(CON EL ALAMBRE ELÉCTRICO O CON EL BISTURÍ), REPARACIÓN DEL SUELO PÉLVICO,
U OTRAS OPERACIONES VAGINALES PLÁSTICAS

- 1 tijeras uterinas rectas de punta obtusa (*b*).
 - 1 pinzas para disección de 15 cms. (*c*).
 - 6 pinzas curvas pequeñas de 15.5 cms. (*d*).
 - 12 pinzas rectas con dientes (Ochsner) de 17.5 cms. (*e*).
 - 6 pinzas de Allis (*f*).
 - 4 pinzas peritoneales de Allis (*g*).
 - 6 pinzas pequeñas en forma de T (*h*).
 - 6 agujas de Mayo medianas y pequeñas (*i*).
 - 4 aguas intestinales curvas Nos. 4 y 2
 - 6 tubos de catgut para 40 días (*j*).
 - 3 electrodos para escisión cónica del cuello, con cordón esterilizable y aparato de diatermia quirúrgica, si se ha de efectuar la escisión eléctrica.
 - 24 pinzas hemostáticas, que pueden necesitarse para alguna operación plástica.
- Agujas especiales, material de sutura, etc., para cerrar fistulas vésico-vaginales, etc.
- Al efectuar cualquiera operación especial, se cerciorará la enfermera de que tiene todo lo necesario.

Lista C (Fig. 1,205)

INSTRUMENTOS QUE SE AÑADIRÁN A LAS LISTAS A Y B, PARA LA HISTERECTOMÍA VAGINAL

- 18 pinzas curvas de 17.5 cms. (a).
- 18 pinzas rectas dentadas (Ochsner) (b).
- 1 pinzas fuertes de Museux de seis dientes (c).
- 2 aguas para aneurismas (de Reverdin), izquierda y derecha (d).
- 6 pinzas de Pryor para histerectomía, de mango separable (e, f).
- 4 pinzas curvas para histerectomía, de 22 cms.
- 4 agujas de Mayo de punta roma, No. 3.

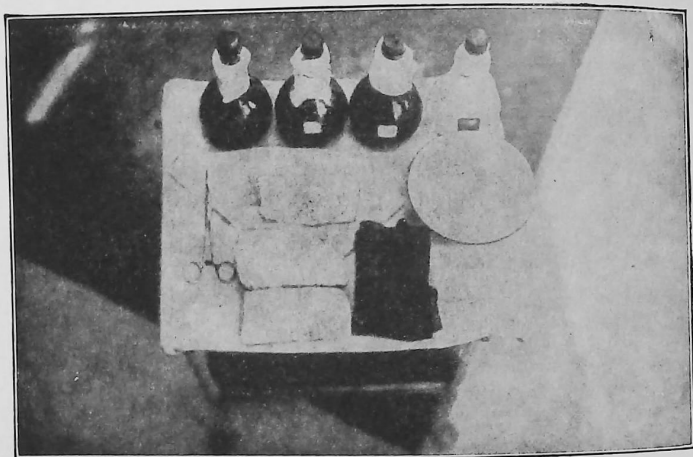


Fig. 1206.—Preparación del área de la operación: solución de yodo, jabón líquido, alcohol, toallas estériles, guantes, pinzas y compresas de gasa. En la parte inferior de la mesa se coloca una palangana que contenga una sonda esterilizada, toallas, un espéculo vaginal y pinzas vaginales (véase la figura 1207). Por lo común esta palangana se coloca hoy día en otra mesa.

Apercibimiento del cirujano y sus ayudantes

La preparación del cirujano y sus ayudantes se efectúa según queda dicho en el anterior capítulo.

Preparación inmediata del área de la operación

Por lo común se efectúa la preparación de la paciente en la sala de operaciones, después de anestesiarla y colocarla en posición quirúrgica, si bien se puede llevar al cabo antes de empezar la anestesia (véase en el capítulo XIX lo relativo a "Preparación en la sala de operaciones").

Se doblan los brazos de la paciente sobre el abdomen, se ata cada muñeca con una tira de muselina cuyo otro extremo se ata en algún sitio

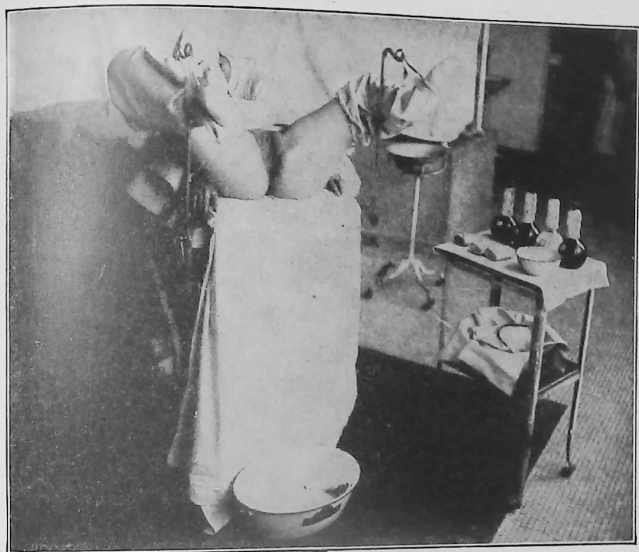


Fig. 1207.—Reparación del área quirúrgica. Paciente en posición de litotomía. Nótese la mesita con los útiles necesarios cerca de la mesa de operaciones.



Fig. 1208.—Preparación de la paciente después de aplicar la solución de ácido pícrico y colocar el espéculo vaginal. En la hora presente hemos desechado la antedicha solución, en vista de que algunas pacientes son susceptibles al ácido pícrico.



Fig. 1209.—Preparación del campo operatorio. Los pies levantados de esta manera permiten el que los ayudantes se coloquen al lado de la enferma y ayuden eficazmente al cirujano.

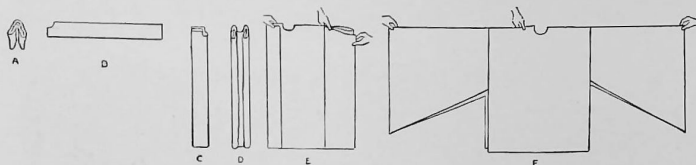


Fig. 1210.—Manera de desdoblar la sábana estéril de combinación con que se arropa a la paciente en las operaciones vaginales: la enfermera toma la sábana de forma que se abra ésta con su parte inferior hacia ella (la enfermera) (A). Al desdoblarla se ve el borde del agujero central (B); se coge entonces ese extremo del paquete y se deja caer el otro extremo (C). La enfermera toma ese paquete largo de suerte que se abra hacia ella (D). Con la mano izquierda coge la mitad izquierda del paquete (E), y con la mano derecha pasa la otra mitad al médico (E). Al retirarse el médico de la enfermera y poner en tensión la mitad derecha, la enfermera, con la mano izquierda, toma la porción izquierda cerca del agujero central, para sostener la parte central de la sábana, mientras camina hacia la izquierda haciendo tensión en esa dirección. Cuando la sábana está suficientemente tensa, se toma por los ángulos, según se ve en la figura 1211, B.



Fig. 1211.—Manera de colocar la sábana de combinación. Después de desdoblarla según queda dicho, se sostiene por los ángulos (a); se levanta entonces por cada lado la porción central (b) y se tira hacia arriba la parte colgante (c), antes de levantar la sábana sobre los pies de la paciente, según se ve en las láminas 1214 y 1215. (Crossen: *Gynecology for Nurses*.)

conveniente en el otro lado de la mesa (en el lado contrario, esto es, la tira de la mano izquierda se ata en el lado derecho, y viceversa), con lo cual se inmovilizan los brazos y se impide el que se caigan éstos.



Fig. 1212.—Colocación de la sábana para combinación. Después de abrir la sábana, según queda dicho; al hacer esto ha de tenerse cuidado de que no arrastre ni toque la mesa.



Fig. 1213.—Se coloca la sábana de combinación. El médico y la enfermera toman la porción central de la misma.

Con la pelvis de la paciente en el borde de la mesa y apartadas las extremidades inferiores por medio de las perneras (Fig. 1,207), se lava muy bien la vulva con agua hervida y jabón verde (blando), con ayuda

de una compresa de gasa o de algodón, se enjuaga luego con agua hervida y luego con solución de bicloruro o de cianuro de mercurio.

Se hace entonces el sondeo aséptico, para lo cual se apartan los labios y se limpia muy bien el orificio uretral externo, según queda dicho

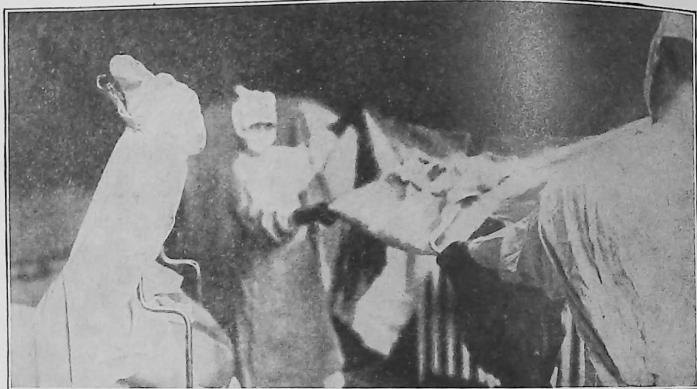


Fig. 1214.—Colocación de la sábana. Después de tirar hacia arriba la porción colgante.



Fig. 1215.—Se levanta la sábana sobre los pies de la enferma.

en el capítulo XIX, después de lo cual se lava la vagina primero con agua y jabón, y luego con solución de bicloruro de mercurio.

Por lo común esta preparación basta para el legrado uterino, y se puede llevar a efecto antes de principiar la anestesia, con el solo efecto

analgésico de la morfina y la escopolamina, con tal que no se apliquen soluciones irritantes a la pared vaginal. Para otras operaciones en que hay que cortar los tejidos, se aplica a la bóveda y las paredes vaginales solución de yodo al 3.5 por ciento. Igual cosa se hace cuando ha de ejecutarse la histerectomía vaginal.



Fig. 1216.—La paciente ya arropada, y dispuesta el área de la operación.

En terminando la desinfección vaginal, se quitan las compresas y el cojinete, se levantan los pies y las piernas para que no estorben a los ayudantes, se coloca el electrodo plano debajo de la paciente, si es que se va a emplear la diatermia (Fig. 1,209).

Después de colocar a la paciente en la posición quirúrgica, se la arroja con la sábana de combinación (Figs. 1,210 a 1,216), se pone un cubo en sitio conveniente para que recoja la sangre y las compresas sucias, se dispone el banquillo del cirujano en el sitio adecuado, se acerca la mesita de instrumentos y se colocan en sus puestos los ayudantes (Fig. 1,217).

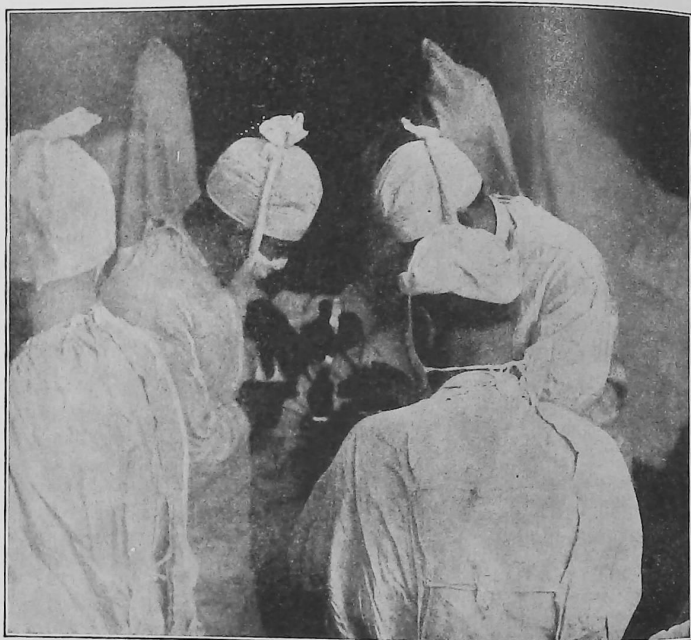


Fig. 1217.—Grupo de cirujanos y ayudantes: los pies de la enferma no estorban a estos últimos, quienes pueden ver bien el área de la operación y ayudar eficazmente al cirujano. La enfermera (a la izquierda de éste) está situada al lado de su mesa de instrumentos, lista para pasar lo necesario.

TECNICA E INDICACIONES

Al describir las diversas operaciones tratamos de la técnica y las indicaciones de las operaciones vaginales (Figs. 420 a 426: legrado; Figs. 393 a 399: biopsia; 659 a 672 y 681 a 698: reparación del suelo pélvico; 393 a 412: reparación del cuello uterino. Capítulos VIII: retrodesviación uterina; IX: prolapso; V: mioma y carcinoma VI; XII: fístula vaginal).

COLPOTOMIA ¹

No es por demás tratar por menudo de la incisión vaginal o colpotomía, para poner de manifiesto sus ventajas y desventajas en comparación con la celiotomía o incisión abdominal.

La colpotomía es la incisión que se hace en las paredes vaginales y por la cual se puede llegar a la cavidad peritoneal. Cuando se hace el corte delante del cuello uterino, se denomina colpotomía anterior, y cuando se hace detrás de él se apellida colpotomía posterior.

Tiempos

Los tiempos quirúrgicos son esencialmente semejantes a los de la celiotomía, a saber:

- 1º Descubrimiento del área de la operación por medio de separadores adecuados.
- 2º Incisión y entrada en la cavidad peritoneal.
- 3º Exploración.
- 4º Corrección de estados morbosos.
- 5º Restauración de los tejidos a lo que se parezca más a su natural estado.
- 6º Sutura de la incisión o canalización de la misma, según convenga.

Ventajas

Las ventajas que le lleva la colpotomía a la celiotomía, son:

1ª Acarrea menos peligro, pues se descubren menos las vísceras y se hacen menos manipulaciones del intestino y el peritoneo. En la colpotomía, casi todas las manipulaciones se efectúan en la excavación pélvica, y en cambio, en la operación abdominal se invade la porción central de la gran cavidad del abdomen; por consiguiente, hay en la primera menos choque quirúrgico y menos peligro de peritonitis generalizada que en la segunda. Por otra parte, si por acaso se presentase la infección después de la colpotomía, habría muchas probabilidades de que estuviese circunscrita y separada por adherencias de la cavidad peritoneal general y, por tanto, que causara tan sólo supuración localizada, siendo que cuando la infección se presenta después de la celiotomía, es muy probable que siga el curso de la peritonitis aguda generalizada.

2ª La evacuación del pus sin contaminar las superficies peritoneales, que es una de las circunstancias de mayor peso en abono de la colpotomía, cuando se ejecuta en casos adecuados. Por lo común, cuando hay gran

¹ Algunos autores llaman incorrectamente *celiotomía vaginal*, a la incisión que se hace por la vagina para penetrar en la cavidad peritoneal, término que me parece por demás incorrecto y del todo excusado, ya que tenemos el vocablo *colpotomía*, que denota la incisión o el corte de la pared vaginal para cualquier fin, de la misma manera que *celiotomía* significa el corte de la pared abdominal para ejecutar cualquiera operación en la cavidad peritoneal o pélvica. (N. del T.)

acumulación de pus que se puede alcanzar por la vía vaginal, debe preferirse ésta para hacer la evacuación, lo cual es particularmente importante cuando el pus es de origen reciente, pues en tales casos importa evitar la contaminación de las superficies peritoneales con el fluido infeccioso, y esto se logra haciendo la evacuación por la vagina.

Aun más, en muchas supuraciones pélvicas, la excavación de la pelvis que contiene el absceso está totalmente separada de la cavidad peritoneal general por una pared de exudado inflamatorio, que adhiere los tejidos pélvicos superiores; por manera que, al efectuar la colpotomía, todas las manipulaciones se hacen debajo de dicha pared y de las adherencias que protegen de la contaminación a la cavidad abdominal.

3º Es más eficaz la canalización y el desagüe, puesto que en la colpotomía se efectúa aquélla en la porción más baja de la cavidad pélvica, que es el sitio más a propósito para la canalización.

4º Es más rápida la convalecencia, se causan menos perturbaciones en los tejidos intraabdominales, es más pequeña la herida, está mejor protegida por los tejidos contiguos, y no hay muchas probabilidades de que vaya sucedida de la hernia.

5º No se deja cicatriz visible, lo cual es de cierta importancia, pues no es muy agradable para la paciente tener una gran cicatriz que le trae siempre a la memoria el recuerdo de su enfermedad. Por esta razón, conviene evitar tal cicatriz cuando otros métodos sean igualmente eficaces.

6º La colpotomía se combina fácilmente con ciertas operaciones plásticas que conviene a veces ejecutar al mismo tiempo.

Desventajas

Las desventajas de la colpotomía son:

1ª Espacio limitado en el campo de la operación, lo cual es causa de que se restrinjan las manipulaciones, y que se ejecuten éstas con menos certeza de lograr buenos efectos.

2ª Exploración insuficiente de la pelvis y de la porción inferior del abdomen, puesto que es dificultoso el llegar hasta los tejidos pélvicos y es imposible alcanzar eficazmente los órganos abdominales inferiores (apéndice, etc.). Además de esto, la determinación del estado en que se hallen los tejidos accesibles, ha de efectuarse casi privativamente por el sentido del tacto, ya que tan sólo es posible poner parcialmente a la vista dichos tejidos.

3ª Es inevitable el dejar restos de tejidos morbosos, como sucede cuando hay muchas adherencias, que hacen la operación imperfecta, a no ser que se extirpe el útero, lo cual muchas veces es inoportuno.

4ª Hay menos probabilidades de averiguar si el proceso morboso es propicio para la operación conservadora en los ovarios o en las trompas uterinas, y aun cuando convenga la operación, por lo común no se puede ejecutar tan convenientemente.

5º No es posible tratar como es debido las enfermedades del apéndice, y no hay que perder de la memoria que en muchas pacientes que padecen enfermedades pélvicas, está enfermo el apéndice y ha de ser extirpado.

Selección de las pacientes

Los casos en que creemos **ha de preferirse la operación vaginal** a la celiotomía, son:

1º Cuando hay infección aguda en la pelvis que no se ha propagado a la cavidad abdominal. Esta grave peritonitis pélvica aguda se presenta principalmente en las infecciones postpárum o postabórtum. Cuando hay peritonitis generalizada, es preferible la celiotomía.

2º Cuando hay acumulación de pus en la porción inferior de la pelvis, que está al alcance de los dedos, en particular si hay probabilidades de que la cavidad abdominal esté bien protegida por una pared de adherencias.

3º Cuando haya de hacerse la exploración de la pelvis, en aquellos casos dudosos en que es evidente que se obtendrán todos los informes necesarios por la vía vaginal.

Los casos en que consideramos **preferible la celiotomía** a la colpomotomía, son:

1º Los estados inflamatorios crónicos, con supuración o sin ella.

2º Cuando el útero está retrodesviado y adherente.

3º Cuando probablemente sea menester alguna operación conservadora en los ovarios o en las trompas uterinas.

4º Cuando haya neoplasmas ováricos, del ligamento ancho, o del útero (excepto cierta variedad de miomas que se pueden extirpar convenientemente por la vía vaginal).

5º En la preñez extrauterina (excepto cuando sólo queda un hematocoe bien circunscrito, o encapsulado).

6º Cuando haya probabilidad o certeza de que hay complicaciones apendiculares.

7º En los casos oscuros, cuando se requiere la exploración minuciosa de la pelvis y de la porción inferior del abdomen.

TRATAMIENTO DESPUÉS DE LA COLPOTOMÍA

El tratamiento general que ha de ponerse en ejecución después de la colpomotomía, es casi idéntico al que se lleva a efecto después de las operaciones abdominales.

Al cabo de tres o cuatro días se quita la mecha de gasa con que se canalizó la cavidad peritoneal (ya dijimos en el propio lugar que cuando hay algún absceso, es preferible hacer el desagüe por medio de un

tubo de goma: Figs. 39 a 41). Luego de quitar la mecha, se hace una irrigación vaginal con solución normal de cloruro de sodio, o bien con alguna solución antiséptica, una o dos veces al día, según la abundancia del flujo. Si se abrió la cavidad peritoneal ha de tenerse cuidado de que el agua de la irrigación vaginal no tenga presión excesiva, y de que el líquido pueda salir con facilidad por la vagina.

Después de ejecutar cualquiera operación vaginal o peritoneal, se conservarán cubiertas la vulva y las partes contiguas, con un apósito antiséptico, de la misma manera que se hace con cualquiera otra herida; mas en estos casos, se tendrá presente la necesidad de evacuar el intestino y la vejiga, lo cual hace un tanto más dificultosa la protección de la herida; en tal virtud, es preciso cambiar el apósito varias veces al día, lo cual acrecienta el peligro de la contaminación.

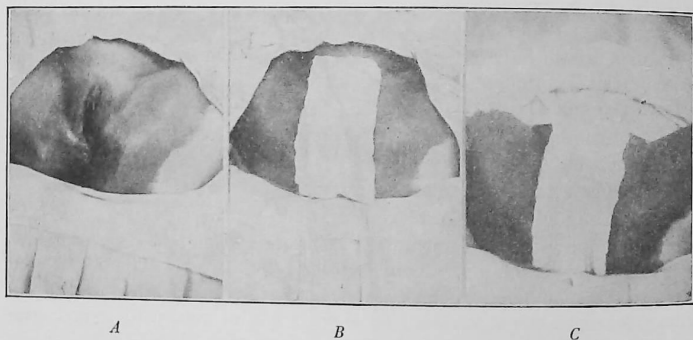


Fig. 1218.—El apósito que se coloca después de la operación vaginal. *A.* Después de terminar la operación se limpia todo el campo. *B.* Después de aplicar el apósito. *C.* Vendaje en forma de T, que ha de ser lo bastante ancho para sostener el apósito, y que se fija de tal manera que no se resbale éste.

Cuando haya de cambiarse el apósito, la enfermera se desinfectará las manos, y esterilizará luego el sitio donde se hizo la operación, con alguna solución antiséptica (verbigracia, la solución al 1:5,000 de permanganato de potasio). La limpieza se hace convenientemente con una jarra de pico. Después del aseo se pondrá un apósito esterilizado y se aplicará de nuevo el vendaje en forma de T (Fig. 1,218).

Cuando la enferma puede orinar espontáneamente, por lo común se le permite que lo haga, sea cual fuere la naturaleza de la operación vaginal que se ejecutó, pues hay más probabilidades de que el cateterismo cause mayores daños que el orinar, particularmente cuando se hace después el aseo de los órganos genitales externos. Para facilitarle a la enferma

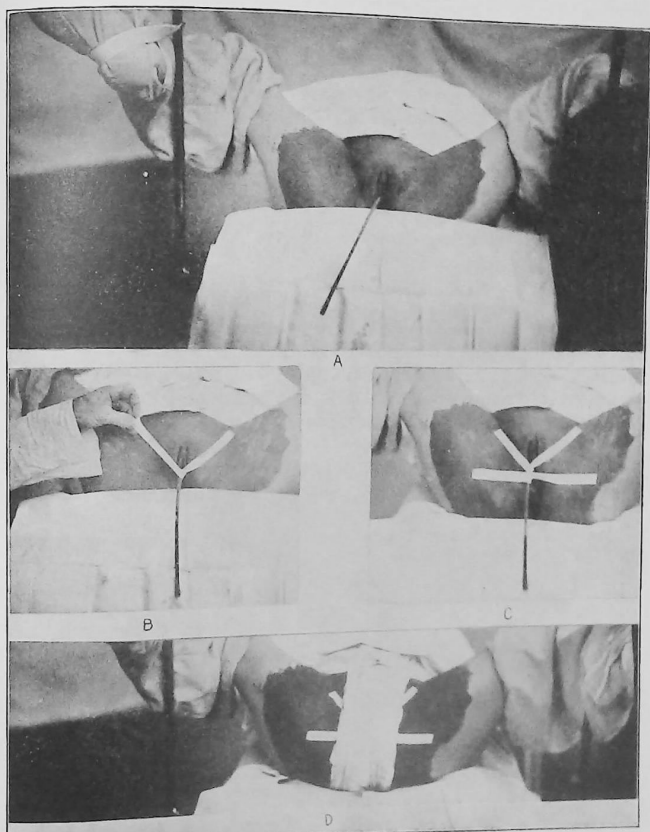


Fig. 1219.—Fijación de la sonda permanente en cuatro puntos. *A.* Luego de introducir la sonda y antes de fijarla. *B.* Después de fijar a la piel en el lado izquierdo de la adhesiva, y de pasarla alrededor de la sonda para pegarla a la piel del lado derecho de la paciente. *C.* Luego de fijar la segunda tira de tela adhesiva (tira inferior), de manera semejante. *D.* Apósito y venda en forma de T con la sonda sobresaliente. Después de acostar en su cama a la enferma se conecta la sonda con un tubo de goma para que pase la orina a un frasco que se pone en el suelo. Esta paciente fué preparada con solución de ácido pírico, la cual hemos desechado.

la micción espontánea se le enderezará el tronco, se aplicarán fomentos calientes a la vulva, se hará presión firme sobre la vejiga mientras hace ella esfuerzos por orinar y, por último, si no hubiere ningún inconveniente, se le hará una irrigación vaginal caliente.

A pesar de lo antes dicho, hay muchas ocasiones en que no puede orinar la paciente los primeros dos o tres días, y en tal caso es preciso efectuar el cateterismo con todo linaje de precauciones antisépticas: se hervirá la sonda, se desinfectará las manos la enfermera, hará la desinfección del vestíbulo y del orificio uretral externo con alguna solución antiséptica, y luego de separar los labios los conservará separados, de manera que no haya nueva contaminación en los tejidos contiguos al orificio uretral, hasta que se introduzca la sonda. Ha de ponerse cuidado en no tocar la porción de la sonda que penetra en la vejiga, y para ello se tomará con los dedos muy atrás de dicha porción. Para evitar la cistitis conviene administrar algún buen antiséptico urinario externo, no tan sólo por el tiempo en que sea menester el cateterismo, mas también algunos días después de que la enferma empiece a orinar espontáneamente. Es oportuno además hacer la irrigación vesical con solución de ácido bórico al tres por ciento una o dos veces al día mientras sea necesario el sondeo. Luego que empieza a orinar espontáneamente la enferma, se continuará éste una vez al día inmediatamente después de orinar, hasta que no quede ningún residuo urinario. Si es preciso dejar la sonda permanente (de retención), se fijará según se ve en la lámina 1,219.

En los respectivos capítulos especificamos los pormenores especiales del tratamiento postoperatorio de las pacientes en quienes se ejecuten las diversas operaciones vaginales.

CAPÍTULO XXIII

ANESTESIA

EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA

POR H. S. BROOKES, JR., DR. EN MED.

La multitud de métodos anestésicos eficaces que se conocen en el día de hoy, le permite al cirujano escoger el que más le convenga a la paciente, y operar a determinadas enfermas con menos riesgos que en lo pasado. Hay algunas cosas de que conviene tratar antes de describir por menudo los diversos métodos.

En primer lugar, es pertinente decir que no porque un método sea nuevo, es necesariamente mejor, y antes de aceptarlo como tal ha de hacerse con él la debida experiencia y determinar con precisión cuáles sean sus indicaciones y limitaciones. Dichas experiencias deben ser llevadas a efecto por algún anestésista experto, que esté capacitado para determinar cualesquier peligros que pueda ofrecer el nuevo anestésico en diversas circunstancias. Ni tampoco está exento de peligros este período de prueba, aun cuando estén encomendados los experimentos a persona idónea y, por tanto, sería una imprudencia delegar tal responsabilidad a cirujanos o anestésistas que no poseen ni los conocimientos ni la experiencia necesarios.

Además de lo que va dicho, al hacer la selección entre la anestesia general y la regional (anestesia local por infiltración, anestesia regional por conducción, anestesia regional intrarraquídea), ha de procurarse el cirujano delimitar las posibilidades del particular método, teniendo cuenta con las especiales circunstancias de cada caso. Por ejemplo, en la hora presente, cuando se ha vuelto a popularizar la anestesia intrarraquídea y se ha perfeccionado la técnica, en cuya virtud resulta ser el procedimiento más adecuado para determinadas pacientes, hay a veces la inclinación a valerse de esta clase de anestesia en circunstancias en que fuera más acertado el administrar por breve tiempo el protóxido de nitrógeno o el éter, los cuales se eliminan presto del organismo y a la postre acarrear menos peligro que la inyección de una substancia extraña en el sistema nervioso central.

La seguridad de cualquier anestésico depende no tan sólo de la droga, mas también del discernimiento y la habilidad con que se aplique, los cuales han de fundarse en el minucioso estudio de las muy diversas circunstancias relacionadas con su administración y en las enseñanzas su-

ministradas por la experiencia. El frecuente cambio de uno a otro anestésico de los muchos que han salido a luz en los últimos años, sin género de duda menoscaba la seguridad y la eficacia de cualquier método. O por mejor decir, ninguno de ellos alcanza su total madurez ni su mayor eficacia, por razón del poco tiempo que a cada uno de ellos se dedica y de

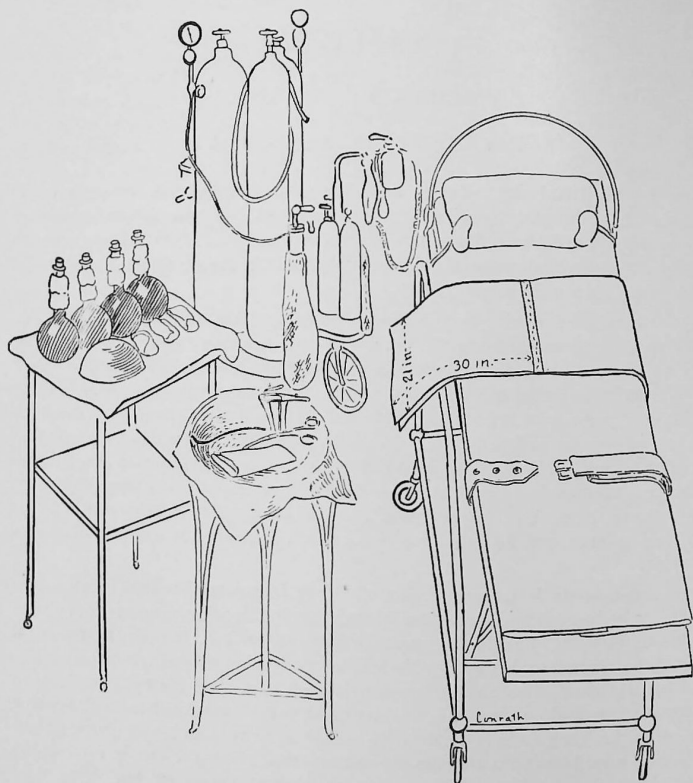


Fig. 1220.—Aparatos y útiles necesarios para administrar anestésicos generales y esterilizar el área de la operación. (Grossen: *Gynecology for Nurses*.)

la escasa experiencia que adquieren así el cirujano como el anestésista; de lo cual resulta que algunos anestésicos se hallan aún en su período experimental. Así, por ejemplo, es cosa averiguada que en la hora presente no se administra el éter con la misma pericia ni con igual eficacia que se administraba en lo pasado. Esto es a causa de que por dedicarse los



Fig. 1221.—Posición peligrosa de los brazos durante la anestesia, que ha causado muchas veces la parálisis de una o de ambas extremidades, a causa de perturbaciones causadas al plexo braquial por la presión continua y prolongada.

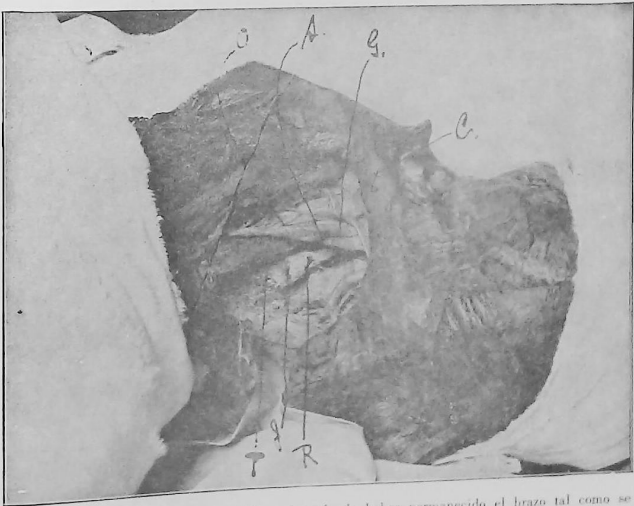


Fig. 1222.—Disección en el cadáver, después de haber permanecido el brazo tal como se ve en la figura 1221: C, clavícula; R, primera costilla; T, apófisis transversa de la primera vértebra dorsal; S, tronco lateral del plexo braquial; S, cabo del nervio supraescapular; C, surco de compresión que hizo la clavícula cuando el brazo estaba arriba de la cabeza.

anestésistas a ensayar tan gran número de nuevos anestésicos, han perdido su eficacia los anestésicos consagrados de antaño (el protóxido de nitrógeno y el éter), todo lo cual redundaba en la inseguridad y en el deseo constante de hallar alguna nueva droga. Si en vez de ensayar tanto nuevo anestésico, dedicaran los cirujanos y los anestésistas en general, parte de su tiempo y de sus esfuerzos a perfeccionar su técnica y acrecentar su experiencia en la aplicación de dos o tres métodos ya bien conocidos y experimentados, alcanzaría la anestesia quirúrgica mucho mayor perfección. La enorme importancia de este asunto merece el que se le

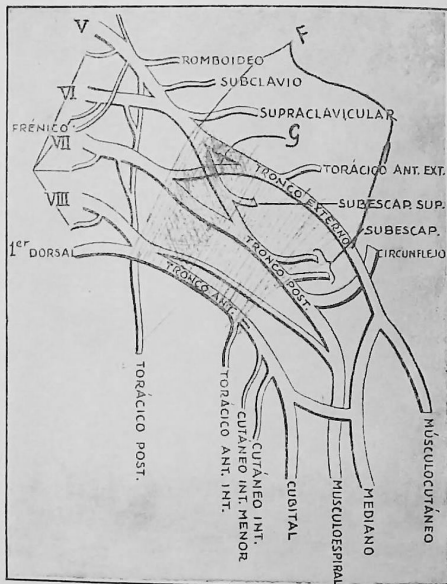


Fig. 1223.—Diagrama del plexo braquial izquierdo, según Gray: F, sitio donde probablemente acaecería la lesión que daría origen a los síntomas de parálisis. G, Sitio donde estaba la zona de compresión en el cadáver en que se hizo la disección.

preste la debida atención en las sociedades médicas y las escuelas de medicina.

No intentaremos en este capítulo tratar en general del tema de la anestesia, sino tocaremos tan sólo aquella que sea más adecuada para las operaciones pélvicas y de la porción inferior del abdomen. Vistas y pesadas las antedichas circunstancias, nos parece acertado el concentrar nuestra atención en uno o dos de los métodos mejor conocidos de cada una de las diversas variedades de anestesia. Por consiguiente, omitiremos algunos de los procedimientos más comunes, y si fuere menester, trata-

remos de él más adelante. Esta omisión es a causa: 1º, de que en nuestro sentir no se ha tenido con ellos suficiente experiencia; 2º, porque no llevan ninguna ventaja a los métodos mejor conocidos, o 3º, por razón de que acarrean ciertos peligros u ofrecen algunas desventajas que nulifican cualesquier ventajas que se alegen en su abono.

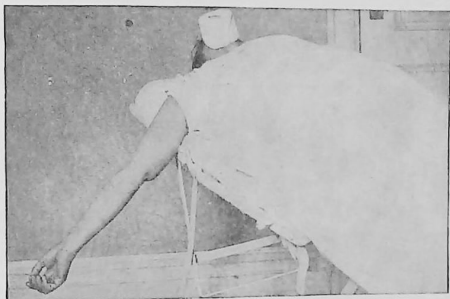


Fig. 1224.—Otra posición peligrosa del brazo, que bien puede ocasionar la parálisis periférica a causa de la presión que hace el borde de la mesa sobre el nervio músculoespiral.



Fig. 1225.—Posición adecuada de los brazos durante la anestesia.

Se divide la anestesia en dos grupos: general y local. La *anestesia general* ocasiona la pérdida del conocimiento; la droga se suele administrar por inhalación, con menos frecuencia por vía rectal, o por otros medios, tales como la inyección intravenosa o la administración por la boca. La *anestesia local* causa la insensibilidad al dolor en el sitio de la operación,

sin que la paciente pierda el conocimiento; esto se logra, ora por medio de la difusión de la droga aplicada a la superficie o inyectada debajo de la piel, o bien por medio de la inyección que se hace directamente en el tronco nervioso que inerva determinada región y que causa la parálisis del nervio y, por tanto, la pérdida de la sensibilidad. La *anestesia intrarraquídea* no ocasiona pérdida del conocimiento y, consiguientemente, es una variedad de anestesia local, si bien la región anestesiada suele ser más extensa que la que en verdad se requiere para efectuar el acto quirúrgico. En virtud de ella se causa la insensibilidad al dolor en ciertas regiones del cuerpo, de arriba abajo, para lo cual se inyecta directamente la droga en el conducto espinal. Los términos "anestesia ligera" o "anestesia profunda" designan tan sólo el grado o período de la anestesia.

La *analgesia* se distingue de la anestesia en que sólo disminuye la sensibilidad al dolor, al inyectar la droga. Su efecto es más general que el de la anestesia local, pero por lo común el dolor más intenso o la *conversación despierta* a la paciente.

Para que un anestésico sea adecuado, debe ser asimilado fácilmente por el organismo, ha de acarrear peligro mínimo respecto de la vida de la paciente y producir efecto máximo tocante a la supresión del dolor, del choque y de las molestias postoperatorias, y a la vez ha de ocasionar la necesaria relajación muscular (véanse las láminas 1,107, 1,220, 1,221, 1,224 y 1,225).

Agruparemos para su estudio los diversos métodos de anestesia aplicados a la cirugía pélvica, de la siguiente manera:

Anestesia local por infiltración.

Anestesia local o regional por conducción.

Anestesia presacra.

Anestesia transsacra.

Anestesia presacra.

Anestesia intrarraquídea.

Anestesia general por inhalación.

Anestesia general por medio del protóxido de nitrógeno.

Anestesia general por medio del éter.

ANESTESIA LOCAL POR INFILTRACIÓN

Para llevar a efecto la anestesia local por infiltración son menester: jeringas, agujas hipodérmicas y las necesarias soluciones.

Jeringas.—Conviene tener a la mano dos jeringas de vidrio de diez centímetros cúbicos con agarraderas de metal (Fig. 1,226), de suerte que se pueda sostener con los dedos pulgar, índice y medio, y manejarla convenientemente. Cada jeringa ha de tener embocadura de metal en la que se ajuste firmemente la aguja, de manera que no haya peligro de que se salga al hacer la inyección.

Agujas.—Han de ser afiladas, inoxidables y lo bastante largas para inyectar la solución en el sitio donde se desee, con el menor número de punturas; se emplearán siempre las agujas más delgadas que sea posible, a fin de causar el menor daño a los tejidos y mínimo dolor a la paciente. Para hacer inyecciones superficiales se emplea por lo común la de calibre 26 (medida americana) de tres a cinco centímetros de longitud. Para inyecciones profundas se necesitan agujas más gruesas y largas, a saber: calibre 22 (medida americana), de seis a ocho centímetros de largo.

Soluciones.—Se emplean diversas drogas para este fin, pero todas ellas tienen sus limitaciones y sus peligros.

La *cocaína* es la más eficaz para efectuar la anestesia superficial (anestesia local tópica) de las membranas mucosas, y para ello se emplea la solución al veinte por ciento, y se aplica con una bolita de algodón que se deja en contacto con la membrana por un período de diez a veinte minutos. Aplicado de esta manera no ofrece la cocaína peligro alguno, pero en cambio es muy peligrosa cuando se hace con ella la anestesia por infiltración.

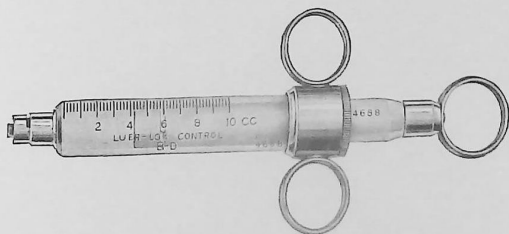


Fig. 1226.—Jeringa con aditamento para sostenerla con una sola mano. (Becton, Dickinson and Co.)

Clorhidrato de quinina y urea: se emplea mucho hoy día para efectuar la anestesia local por infiltración, y a causa de su efecto prolongado, en particular cuando se hace la inyección subcutánea, es el anestésico que se prefiere para el tratamiento del prurito del ano y de la vulva, así como para inyección de los troncos nerviosos en la neuralgia y la ciática; en tales casos se logran a veces efectos curativos permanentes.

Al descubrirse la *novocaína* se halló una droga no sólo tan eficaz como las otras, la mayor parte de las veces, sino también de muy poca toxicidad. Con todo, la novocaína no sirve para efectuar la anestesia superficial de las membranas mucosas, si bien cuando se inyecta es tan eficaz como la cocaína y tiene mucho menos toxicidad. Por tanto, casi siempre es el anestésico que se prefiere al hacer la anestesia por infiltración. Sucede de cuando en cuando que no se logra con ella el necesario grado de anestesia, lo que quizá sea a causa de algún error en la técnica; en muy pocas personas se presentan reacciones adversas, y si bien es cierto

que se tienen noticias de algunos fallecimientos acaecidos después de inyectar dicha droga, también lo es que muchos de esos pacientes padecían alguna enfermedad concomitante que probablemente haya sido en gran manera la circunstancia causal de la muerte. Hertzler (*Local Anesthesia*) dice: "en muchos millares de operaciones de cirugía mayor y menor, no he visto otros signos graves de intoxicación que la pérdida del conocimiento, la fijación de la mandíbula y las contracciones leves de los músculos faciales, las cuales se han presentado dos o tres veces, y siempre al ejecutar alguna operación en la garganta o en la boca".

Se cree que un gramo de novocaína no ofrece ningún peligro, pero se han inyectado dosis mucho mayores sin causar ningún efecto adverso. Los síntomas de intoxicación por dicha droga son bastante variables, a saber: convulsiones generales y cianosis, movimientos convulsivos de la cabeza, dilatación y fijación de las pupilas, etc. Se cree que la muerte es causada por parálisis respiratoria. Algunos pacientes padecen desmayo al efectuar la inyección, o aun antes de inyectar el anestésico, de igual manera que hay personas que se desmayan antes de inyectar cualquiera otra droga, o aun al hacer la inyección de agua simple. En tales casos hay empaldecimiento y sudor copioso, pero no se observan los movimientos convulsivos característicos del envenenamiento con novocaína. Algunos pacientes tienen predisposición a ciertas drogas, y si al hacer la inyección se notare algún síntoma, se suspenderá en el acto.

Por lo común se emplea la novocaína con buen éxito en solución al medio por ciento, y la adidura de una gota de adrenalina (solución al 1:1,000) o de efedrina por cada diez centímetros cúbicos de la solución anestésica, prolonga el efecto de ésta y ayuda a cohibir la hemorragia. Si luego de inyectar la droga en la región sensitiva se hace presión sobre ella, se acelera el comienzo de la anestesia, lo mismo que si se inyecta directamente en el tronco nervioso. En cambio, cuando se hace la inyección en las cercanías del nervio, no se logra la anestesia eficaz sino hasta después de transcurridos quince o veinte minutos.

Cuando haya de efectuarse la anestesia por infiltración, se prepararán unos 120 centímetros cúbicos de la solución, que se tendrán en la mano para llenar fácilmente las jeringas; además se colocará en la mesa de instrumentos la solución de adrenalina o de efedrina. Se puede hervir la novocaína sin alterar sus propiedades anestésicas. Después de inyectar la antedicha droga no sobreviene la infiltración celular ni se notan signos de irritación, como tampoco se retarda la cicatrización de la herida, y después de que pasan sus efectos hay alguna dilatación capilar, lo cual pudiera dar origen a la hemorragia postoperatoria.

Algunos cirujanos se valen del aire comprimido para inyectar el anestésico, lo cual tiene sus ventajas pero no siempre es necesario, y algunas veces puede ser inconveniente.

En determinadas circunstancias hay que combinar las anestias local y general, como sucede cuando se ejecuta alguna operación larga y complicada, en el curso de la cual se desvanece el efecto de la novocaína,

o bien sucede a veces que después de abrir la cavidad abdominal se hace imposible el continuar la operación sin anestesia general.

El término "anestesia local por infiltración" comprende toda inyección que se hace de la droga anestésica, ora en el área de la operación, bien en el sitio preciso donde ha de efectuarse el corte (con el fin de paralizar los filamentos nerviosos terminales), o bien en los tejidos intraabdominales al paso que se va llegando a ellos.

Describiremos a continuación la técnica en el siguiente orden: operaciones abdominales, operaciones vaginales, operaciones rectales y herniotomías.

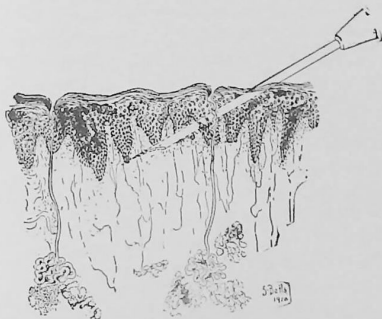


Fig. 1227.—Infiltración intradérmica. La aguja sólo penetra hasta la capa profunda de la dermis. (Hertzler: *Local Anesthesia*, The C. V. Mosby Co.)



Fig. 1228.—Infiltración hipodérmica. La aguja penetra en los tejidos subcutáneos. (Hertzler: *Local Anesthesia*.)

Operaciones abdominales

Para su estudio se puede dividir la técnica en dos partes: anestesia de la pared abdominal y anestesia de los tejidos intraabdominales.

Anestesia de la pared abdominal.—Se inyecta el anestésico ora en el propio sitio donde ha de hacerse el corte (celiotomía), o bien en una zona elíptica alrededor del sitio de la inyección. Es de preferir lo primero, ya que requiere menos tiempo y menor cantidad de solución.

Se pellizca la piel con el pulgar y el índice, hasta causar cierto grado de anemia y amortecer un tanto la sensibilidad, de manera que no sea tan

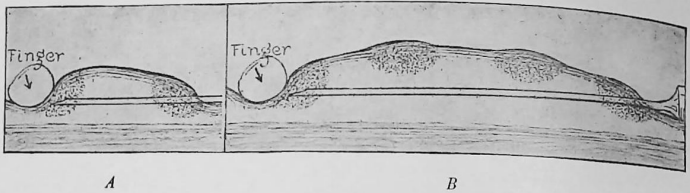


Fig. 1229.—A. Después de hacer la primera inyección intradérmica, se introduce la aguja por entre el tejido subcutáneo, y a corta distancia de la primera inyección, se comprime con el dedo la dermis, en la cual se introduce la aguja y se hace otra inyección. B. Esto mismo se continúa hasta donde sea necesario. (*Finger*, dedo.)

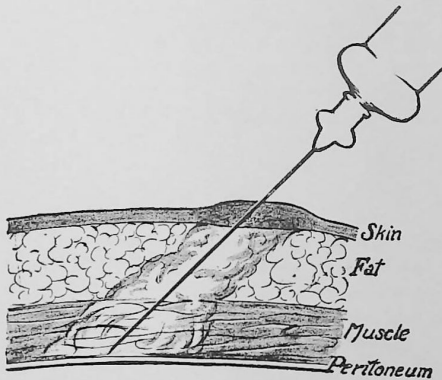


Fig. 1230.—Infiltración profunda de la pared abdominal, que se hace en todo el curso que ha de seguir la incisión. (Hertzler: *Local Anesthesia*.) (*Skin*, piel; *Fat*, grasa; *Muscle*, músculo.)

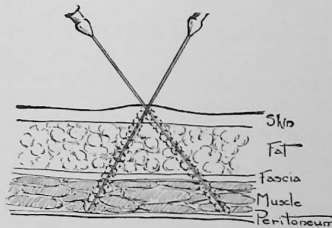


Fig. 1231.—Manera de anestesiarse los tejidos profundos de la pared abdominal y el peritoneo a los lados de la incisión. (Hertzler: *Local Anesthesia*.) (*Skin*, piel; *Fat*, grasa; *Muscle*, músculo.)

dolorosa la picadura de la aguja. Tan pronto como se inserta la punta de la aguja en el tejido, se inyectan unas cuantas gotas de la solución, hasta formar una roncha (inyección intradérmica, Fig. 1,227); sin sacar la aguja, se continúa introduciéndola en la línea que ha de seguir la inyección, inyectando el anestésico según avanza la aguja; se saca entonces ésta y se vuelve a insertar en el sitio hasta donde alcanzó la infiltración previa, y de esta suerte se continúa hasta inyectar toda la línea de corte cutáneo (Fig. 1,228).

Para abreviar tiempo se puede hacer la mayor parte de la inyección intradérmica sin sacar la aguja (Fig. 1,229); para ello se hace la primera roncha según arriba se dijo, se introduce luego la aguja hasta el tejido

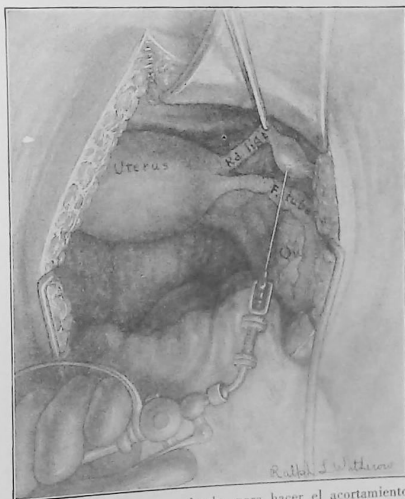


Fig. 1232.—Infiltración de los ligamentos redondos para hacer el acortamiento de éstos, o bien la histerectomía. (Farr; *Practical Local Anesthesia*, Lea and Febiger.)
(Rd. lig., lig. redondo; F. tube, trompa.)

subdermal, se avanza luego por debajo de la piel en un trecho de un centímetro poco más o menos, y se vuelve entonces a introducir en la dermis, la cual se oprime con el dedo (Fig. 1,229, A). Hecho esto, se vuelve a deprimir la piel un poco más adelante y se hace otra inyección intradérmica de la misma manera que la anterior, hasta introducir toda la aguja (Fig. 1,229, B). Con esta serie de inyecciones intradérmicas se infiltran lo bastante los tejidos subcutáneos, para proceder en el acto a la inyección profunda.

Para inyectar las capas más profundas de tejido se introduce la aguja en dirección oblicua por entre la región previamente anestesiada. Al

infiltrar el tejido muscular se anestesian también la fascia profunda y el peritoneo, ya que la inervación de éstos procede del tejido muscular. De este modo se repite la inyección, hasta anestesiarse todo el espesor de la pared en la línea de la incisión (Figs. 1,230 y 1,231). Con la infiltración del tejido peritoneal queda anestesiado el peritoneo, y caso que hubiere adherencias, será menester infiltrar una región más extensa debajo de dicha membrana serosa.

Todas estas manipulaciones se harán con la mayor delicadeza posible.

Anestesia de los tejidos intraperitoneales.—Luego de colocar a la enferma en posición de Trendelenburg y de anestesiarse la pared abdominal,

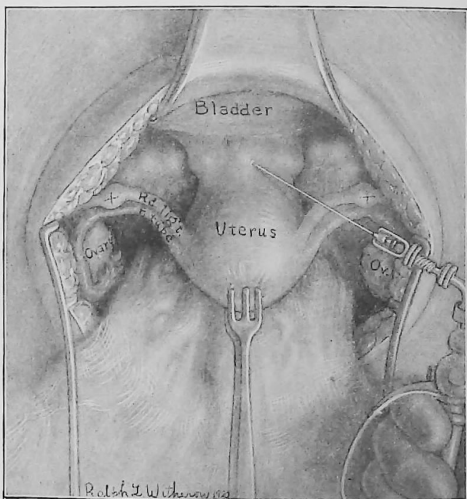


Fig. 1233.—Anestesia por infiltración para la histerectomía abdominal. En general se anestesian los sitios donde han de hacerse las incisiones. (Farr: *Practical Local Anesthesia*.)
(Bladder, vejiga; Rd. lgt., lig. redondo; F. tube, trompa.)

se abre la cavidad peritoneal, y se apartan los intestinos con compresas quirúrgicas, con la mayor delicadeza posible. Si fuere preciso acortar los *ligamentos redondos* haciendo un pliegue en ellos, se levanta con cuidado cada ligamento y se introduce la aguja cerca de su extremo lateral; hecho esto se inyecta la solución anestésica debajo de la membrana serosa y en toda su circunferencia (Fig. 1,232). Si para acortar los ligamentos se han de fijar éstos al fondo uterino, se infiltra con la solución anestésica el área fúndica correspondiente. Después de inyectar el ligamento redondo y el mesosálpinx, se puede llevar a efecto la *salpingectomía*. Para efectuar la *ooforectomía* se inyecta el anestésico en el pedículo ovárico, para lo cual,

si hay algún gran quiste del ovario puede ser preciso hacer la paracentesis de éste y extraer su contenido.

Algunos *miomas* pequeños del fondo uterino se pueden extirpar con anestesia local, y los de mayor tamaño que tienen pedículo largo se extirpan después de infiltrar su pedículo. Antes de levantar el neoplasma y si fuere necesario hacer tracción considerable, se inyectarán los ligamentos ancho y redondo. Cuando no es posible llegar hasta el pedículo a causa del gran tamaño del neoplasma, es preciso valerse de la anestesia general.

Para hacer la *histerectomía* supravaginal se anestesian los ligamentos redondos y anchos y se inyecta el anestésico en toda la circunferencia del cuello uterino, debajo de la túnica serosa (Fig. 1,233). Para efectuar la histerectomía total se hace la infiltración según queda dicho y se inyectan además los tejidos situados entre la vejiga y el cuello, y entre éste y el recto, para lo cual se inserta la aguja cerca de la pared uterina, y siguiendo dicha pared se introduce hacia abajo la aguja inyectando al mismo tiempo el anestésico; de esta suerte, se apartan la vejiga y el recto del cuello uterino, con lo cual se corre menos riesgo al hacer la histerectomía. De igual manera se inyectan los tejidos situados en cada lado del cuello.

Por lo común es de preferir la anestesia local para hacer la *apendicectomía*, a causa de las dificultades que se presentan a veces y de la posibilidad de que haya adherencias e inflamación; mas si hubiere alguna circunstancia que contraindique la anestesia general, después de abrir el vientre se cogerá con pinzas el apéndice y se inyectará la solución en el mesoapéndice, debajo de la túnica serosa, después de lo cual se procederá a efectuar la apendicectomía. Cuando se tropiece con alguna dificultad para exteriorizar el ciego y el apéndice, es preciso hacer la operación sin sacar dichos tejidos, para no hacer tracción dolorosa de ellos.

Cuando hay supuración intraabdominal se hace únicamente la infiltración de la pared del abdomen, se evacua el absceso y se difiere la apendicectomía para mejor ocasión.

La aplicación de la anestesia local por infiltración a las operaciones *intestinales* depende de las circunstancias y del acto quirúrgico que sea necesario ejecutar. Cuando hay distensión, adherencias, etc., es preciso combinar la anestesia por infiltración con la anestesia general. En cambio, cuando no hay dichas complicaciones se puede emplear tan sólo la anestesia local, y si se añade la anestesia esplácnica anterior, se acrecienta su eficacia. DeTakat aconseja se haga la inyección en la base del mesenterio, de veinte a cuarenta centímetros de solución al medio por ciento de novocaína, para efectuar la resección del intestino o la enteroanastomosis en el intestino delgado.

De igual manera se puede llevar a efecto la colostomía y entonces sólo es necesario infiltrar en dos sitios la pared abdominal para hacer la colostomía permanente, cuando se hace primero la celiotomía exploradora.

Cuando hay oclusión intestinal, se puede efectuar la enterostomía y el desagüe, a no ser que sea excesiva la distensión del intestino. Algunos cirujanos han llevado a feliz término la reducción del intestino invaginado, con anestesia local, sin que hayan tenido necesidad de hacer ninguna operación en la víscera.

Operaciones vaginales

En las operaciones vaginales, la anestesia local por infiltración varía según la índole del acto quirúrgico, conviene a saber: 1º, infiltración superficial para operaciones plásticas, tales como la reparación del suelo pélvico y la colpografía anterior; 2º, infiltración profunda al lado del útero, tal como se hace para la histerectomía, al acortamiento de los ligamentos redondos o las operaciones en el cuello uterino, y 3º, infiltración especial en regiones reducidas, para tratar ciertos tejidos sensibles, tal como se hace, por ejemplo, cuando se efectúa la operación por interposición, la histerectomía, la ooforectomía o la salpingectomía.

1º Infiltración superficial.—Para efectuar la *reparación del suelo pélvico* se anestesia el orificio vaginal según se ve en la lámina 1,234. La infiltración debajo de la pared vaginal posterior se efectúa tal como se ve en el diagrama de la figura 1,235. La infiltración peritoneal se empieza como se muestra en la lámina 1,236 y se continúa hacia arriba en cada lado (1,237). No siempre es necesario llegar hasta donde se indica en el grabado, si bien es mentester anestesiar todos los tejidos que hayan de ser comprimidos por las pinzas o separados por la fuerza. En pacientes hipersensibles es a veces necesario hacer la inyección lo bastante hacia fuera para anestesiar el nervio pudendo (Fig. 1,237).

Cuando se haga la infiltración debajo de la pared abdominal inferior, importa distender los tejidos adelante de la aguja, al ser introducida ésta, con el fin de separar las paredes vaginal y rectal y tener suficiente espacio donde avance dicha aguja, sin peligro de perforar el recto. Para ello se inyectará suficiente cantidad de líquido antes de empujar la aguja (Fig. 1,238). Para reparar el suelo pélvico se termina la anestesia local infiltrando la región de los músculos elevadores del ano de cada lado, y si por acaso al ejecutar la operación se encontrare algún tejido sensible, se inyectará más solución anestésica.

La infiltración que se requiere para corregir la *estenosis del orificio vaginal* es casi igual a la que se hace para reparar el suelo pélvico.

La escisión de quistes o de fistulas ciegas de las *glándulas vulvovaginales* ha menester la inyección muy profunda de líquido anestésico, y aun así, puede experimentar alguna molestia la paciente, a causa de la profundidad de la fistula; en tales casos se inyectará mayor cantidad de solución. Para evacuar grandes abscesos agudos de las glándulas vulvo-

vaginales, es de preferir la anestesia por congelación que se logra aplicando el cloruro de etilo, en lugar de la anestesia por infiltración.

La *colporrafia anterior*, cuando el cistocele es pequeño, se efectúa después de hacer la infiltración según indica la figura 1,239, pero si es grande que se representa en el grabado 1,240. En tales casos es necesario hacer además la infiltración alrededor del útero, según arriba queda dicho.

2º **Infiltración profunda al lado del útero.**—Ésta se efectúa en cada lado del cuello uterino, así como adelante y atrás de éste, para ejecutar

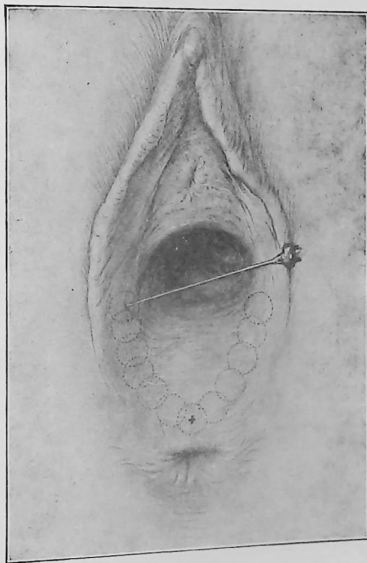


Fig. 1234.—Infiltración perineal para hacer la reparación del suelo pélvico. Se empezó en el sitio marcado con la cruz. (Hertzer: *Local Anesthesia*.)

la histerectomía, las operaciones cervicales, el tratamiento quirúrgico del prolapso (acortamiento de los ligamentos anchos, elevación y reparación de la fascia úteropúbica).

Se introduce la aguja según se ve en la figura 1,241 y se inyectan en cada lado del cuello unos diez centímetros cúbicos de solución. Para hacer la histerectomía puede ser necesario introducir la aguja a mayor profundidad e inyectar otros cuatro o cinco centímetros más del anestésico.

Para mayor seguridad, se emplea aquí el mismo método que al hacer la inyección entre las paredes vaginal y rectal, conviene a saber: se introduce poco a poco la aguja, inyectando delante de ella alguna cantidad del anestésico, con el fin de ir apartando la pared vesical, el uréter y los vasos sanguíneos. Igual cosa se hace delante del cuello, para apartar la vejiga. Es conveniente hacer dos o tres inyecciones de pequeña cantidad de anestésico delante del cuello (Fig. 1,241), así como detrás de éste, y esperar unos cinco minutos para que haga efecto el anestésico.

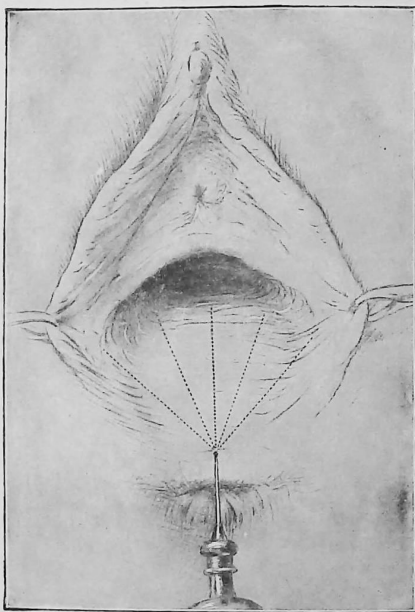


Fig. 1235.—Infiltración debajo de la pared vaginal posterior. (Hertzler: *Local Anesthesia*.)

En el entretanto, se llevará a efecto la inyección superficial de cualquier otro tejido que sea necesario anestésiar. Si la operación es para corregir el prolapso se pone por obra el método de la figura 1,240 y se hace luego la infiltración del suelo pélvico (Figs. 1,234 a 1,238). Para hacer la histerectomía o cualquiera otra operación en la cual sea preciso estirar considerablemente el orificio vaginal, conviene hacer la infiltración superficial del suelo pélvico, aun cuando no haya de hacerse la reparación de éste, pues de lo contrario sería muy incómoda para la paciente la dilatación del orificio vaginal.

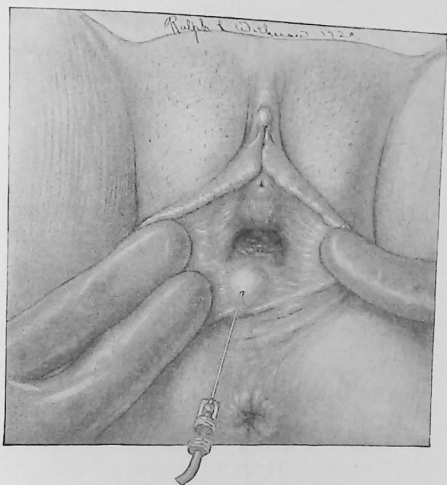


Fig. 1236.—Se empieza la infiltración perineal. (Farr: *Practical Local Anesthesia*.)

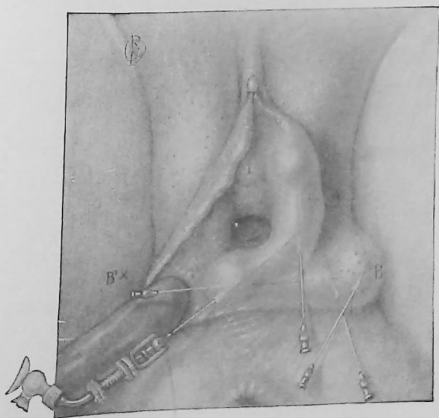


Fig. 1237.—Anestesia local para operaciones en el suelo pélvico. A. Infiltración labial e hipodérmica. B y B'. Sitios donde se hace la anestesia por conducción del nervio pudendo. (Farr: *Practical Local Anesthesia*.)

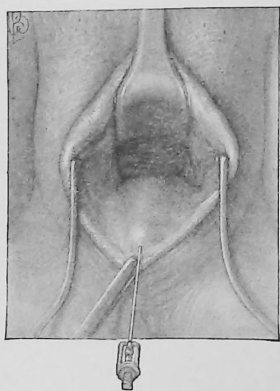


Fig. 1238.—Se empieza la infiltración en la pared vaginal posterior, y al paso que progresa la aguja se va inyectando el anestésico de manera que se vaya levantando la membrana mucosa y separándose de la pared rectal, con lo cual queda un espacio seguro entre esta última y la pared vaginal. (Farr. *Practical Local Anesthesia*.)

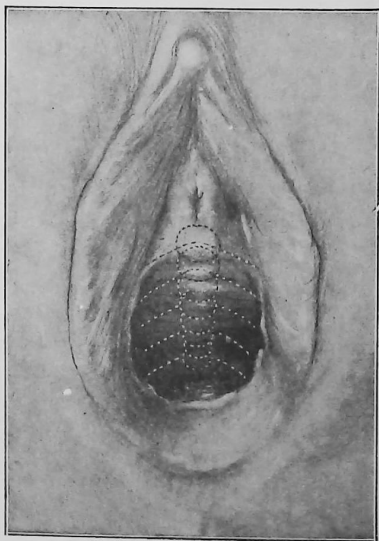


Fig. 1239.—Infiltración de la pared vaginal anterior para efectuar la colporrafia anterior. (Hertzer: *Local Anesthesia*.)

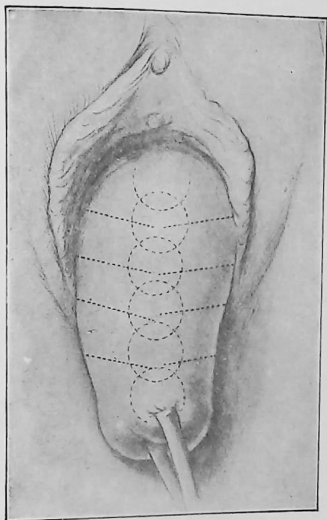


Fig. 1240.—Infiltración de la pared anterior cuando hay prolapso del útero y la vejiga. (Hertzer: *Local Anesthesia*.)

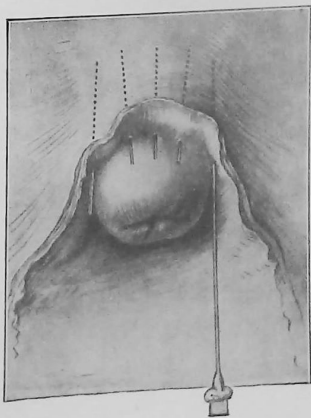


Fig. 1241.—Infiltración profunda alrededor del cuello uterino para efectuar operaciones cervicales o la histerectomía vaginal, según se dice en el texto. (Hertzer: *Local Anesthesia*.)

3º **Infiltración especial.**—Al paso que progresa la operación quirúrgica y alcanza los tejidos profundos, se encuentran a veces tejidos sensibles, y en tales casos ha de hacerse la inyección inmediata de la cantidad necesaria de anestésico.

Estas regiones dolorosas se hallan a menudo al llegar al peritoneo, en un sitio bastante alejado de la región donde se hicieron las primeras inyecciones profundas, como sucede, por ejemplo, en la operación con interposición de tejidos para corregir el prolapso uterino, o en la histerectomía. Al ligar los tejidos laterales del útero, en esta última operación, si la paciente se queja de dolor se hace la infiltración de los tejidos superiores. Ocioso es el decir que el cirujano procurará siempre no hacer tracción indebida, ya que con ello ocasionaría dolor en los tejidos inaccesibles; antes de extirpar el ovario se inyectará el pedículo.

Operaciones rectales

Muchas operaciones rectales requieren tan sólo un corto período de anestesia que a menudo se logra mejor con algún anestésico general; éste suele ser más eficaz en las operaciones que requieren la divulsión de los esfínteres, si bien es igualmente adecuada la anestesia sacra, sino que ésta acarrea el peligro de la infección. Hay ocasiones en que es de preferir la anestesia local por infiltración.

Prurito del ano.—La inyección intradérmica de solución al uno por ciento de clorhidrato de quinina y urea (Fig. 1,242), con frecuencia suministra alivio temporal, y algunas veces permanente a la enferma. Yeomans propone se haga la inyección subcutánea de *benacol* para tratar el prurito, y dice que ha obtenido buenos efectos en el noventa por ciento de las pacientes (véase el capítulo XVII).

En los estados crónicos, cuando está engrosada la piel y hay tejido fibroso que comprime las terminaciones nerviosas, se hace la inyección de solución de novocaína al medio por ciento en los tejidos subcutáneos para efectuar la división subcutánea de los nervios (véase el capítulo XVII).

Fisuras.—Cuando es necesario hacer la divulsión de los esfínteres para el tratamiento de fisuras superficiales, conviene aplicar la anestesia general; en cambio, si se ha de hacer la incisión o la escisión, se puede emplear la anestesia por infiltración, para lo cual se inyecta el anestésico en una área elíptica alrededor de la úlcera, y poco más o menos a un centímetro de distancia de ella, después de lo cual se hace la inyección profunda en toda la región del esfínter externo que ha de ser dividido. Si fuere menester la dilatación con anestesia local, se hará la inyección circular en la piel hasta el borde del ano, y luego de infiltrar la piel, se introduce la aguja en ángulo recto, y en dirección paralela a la pared rectal, con el fin de formar un cerco alrededor del recto, en una profundidad de tres a cinco centímetros (Figs. 1,249 a 1,251).

Fístulas.—Por razón de la posibilidad de que se encuentren varios conductos fistulosos, sería de preferir la anestesia sacra si no fuera por el peligro de infectar el conducto sacro. En estos casos, la anestesia por infiltración requeriría mucho más tiempo que la anestesia general.

Cuando sólo hay un conducto fistuloso que se puede seguir fácilmente, se puede hacer la anestesia por infiltración circular (Figs. 1,243 y 1,244).

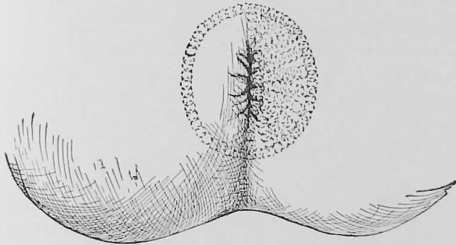


Fig. 1242.—Inyección en la piel de clorhidrato de quinina y urea para el tratamiento del prurito del ano. (Hertzler: *Local Anesthesia*.)

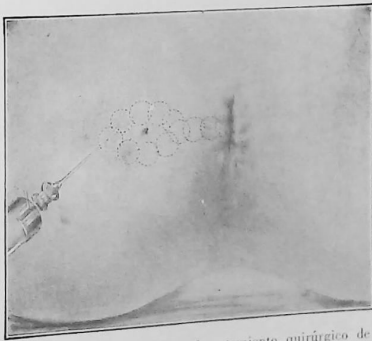


Fig. 1243.—Infiltración de la piel para hacer el tratamiento quirúrgico de la fisura del ano. (Hertzler: *Local Anesthesia*.)

Hemorroides.—Para extirpar almorranas externas basta la infiltración del tejido cutáneo alrededor de la base. Cuando hay trombosis en la hemorroide externa, se hace la incisión lineal según se ve en la lámina 1,245, lo cual basta para hacer la incisión y extraer el trombo. Las almorranas mucocutáneas inflamadas requieren la infiltración circular alrededor de ella (Fig. 1,246), después de lo cual se inyecta el anestésico en el cuello de la almorrana (Fig. 1,247).

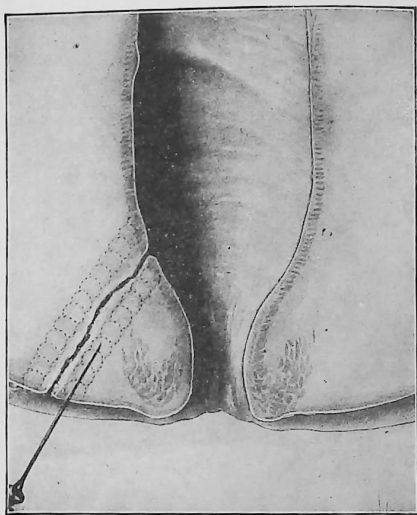


Fig. 1244.—Se inyectan todos los tejidos alrededor de la fistula, hasta el orificio fistuloso interno. (Hertzler: *Local Anesthesia*.)

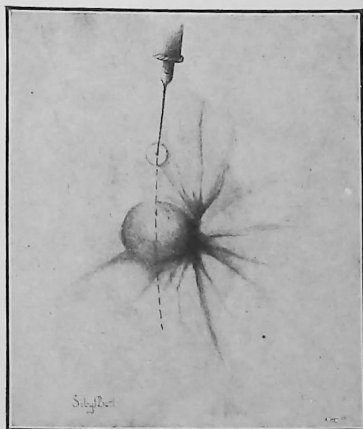


Fig. 1245.—Infiltración superficial de una almorrana externa. (Hertzler: *Local Anesthesia*.)

Hertzler (*Local Anesthesia*, The C. V. Mosby Co.) describe la anestesia por infiltración para efectuar la hemorroidectomía, de la siguiente manera:

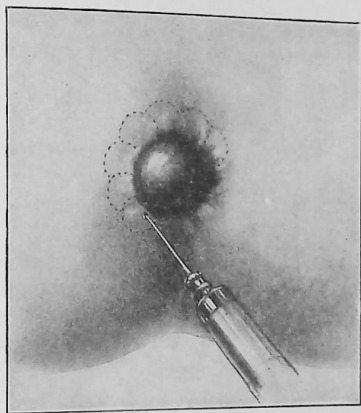


Fig. 1246.—Infiltración de la piel normal alrededor de una hemorroide mucocutánea inflamada. (Hertzler: *Local Anesthesia*.)

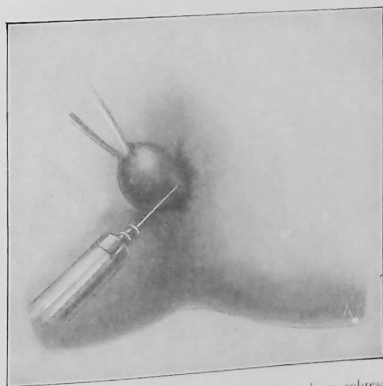


Fig. 1247.—Infiltración de la base de una hemorroide inflamada y sobresaliente. Se hizo la infiltración en la piel, según se ve en la figura 1246. (Hertzler: *Local Anesthesia*.)

“Para dilatar el esfínter es preciso anestesiarlo, y para ello ha de inyectarse primero la piel (Fig. 1,248). Empezando en el sitio más conveniente, se hace un semicírculo en un lado y luego, principiando nueva-

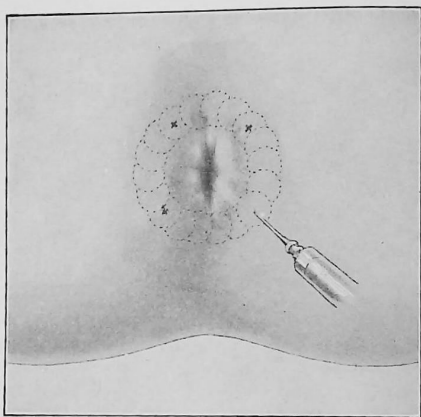


Fig. 1248.—Infiltración alrededor de los bordes del ano para la hemorroidectomía interna. (Hertzer: *Local Anesthesia*.)

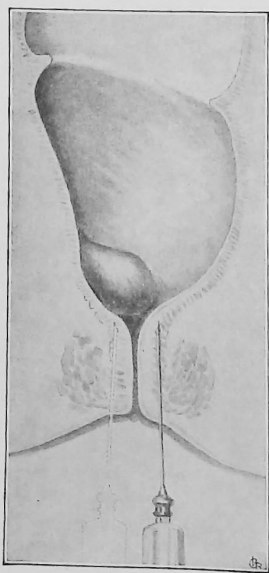


Fig. 1249

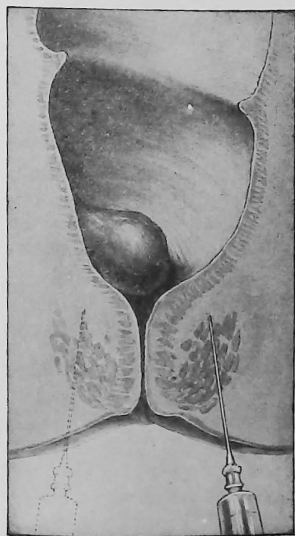


Fig. 1250

Fig. 1249.—Anestesia de los tejidos profundos para la hemorroidectomía interna.

Fig. 1250.—Introducción de la aguja para infiltrar el esfínter externo, cuando es necesaria su dilatación. (Hertzer: *Local Anesthesia*.)

mente en la primera puntura, se hace la inyección semejante en el otro lado, para lo cual se emplea una aguja suficientemente larga para que llegue hasta el músculo. Se inserta entonces la aguja entre la pared rectal y el esfínter externo (Fig. 1,249) y luego de infiltrar la membrana mucosa se relaja el esfínter lo bastante para poder ejecutar la operación. Si por alguna causa fuere menester paralizar el esfínter, como sucede cuando muscular (Fig. 1,250). Introduciendo un dedo en el ano, sirve éste de guía a la aguja (Fig. 1,251).

Gangliectomía linfática ilioinguinal

EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE LA VULVA

El tratamiento del carcinoma de la vulva requiere, además de la extirpación del neoplasma maligno, la total linfogangliectomía bilateral, que a las veces es preciso efectuar en dos o tres operaciones distintas. Por

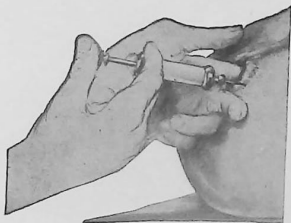


Fig. 1251.—Con el dedo se guía la aguja hacia los tejidos profundos. (Hertzler: *Local Anesthesia*.)

tal motivo, es de todo punto necesario hacer la debida selección de la anestesia, y puesto caso que la repetición de la anestesia general o intrarraquídea pudiera acarrear ciertos peligros, conviene a veces valerse de la anestesia local en uno o más actos quirúrgicos.

Se inyecta una parte de la solución anestésica hasta formar una roncha, poco más o menos a cuatro centímetros de distancia, y hacia dentro (hacia el lado medial) de la espina ilíaca ánterosuperior e insertando la aguja por entre la roncha se hacen inyecciones profundas para anestesiar los nervios iliohipogástricos e ilioinguinal (Figs. 1,252 y 1,253). Se avanza entonces verticalmente la aguja por entre la aponeurosis y los tejidos profundos (músculos y nervios) los cuales se infiltran. Desde la misma roncha primera, se inyectan los tejidos profundos hacia la espina ilíaca, mudando la dirección de la aguja según sea necesario, hasta llegar al hueso; cada vez que se muda la dirección, se hace una pequeña inyección subaponeurótica. Para hacer una inyección profunda se necesitan de quince a veinte centímetros cúbicos de solución de novocaína. Se introduce entonces la aguja en cada lado de la línea que haya de seguir la incisión y

se hacen infiltraciones subcutáneas y subaponeuróticas (Fig. 1,252), inyectando de quince a veinte centímetros cúbicos de solución. Antes de adelantar la aguja se inyecta una pequeña cantidad del anestésico, con lo cual se separan un tanto los tejidos, se apartan los pequeños vasos sanguíneos y se anestesian los tejidos antes de que llegue a ellos la punta de la aguja.

Se hacen inyecciones semejantes desde una roncha que se forma en el tubérculo del pubis (Fig. 1,253). Las inyecciones profundas se hacen en forma de abanico, hasta llegar al hueso púbico, y después se inyectan

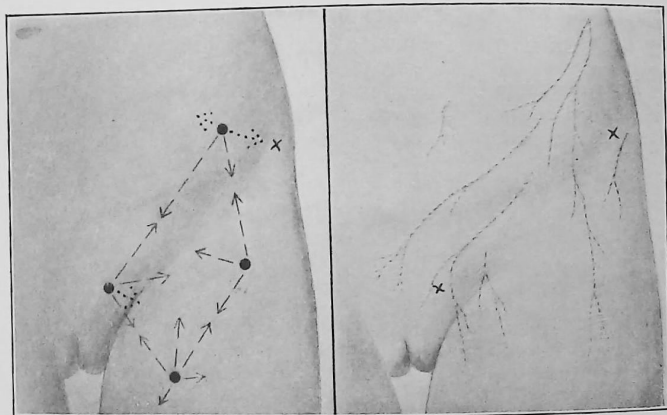


Fig. 1252

Fig. 1253

Fig. 1252.—Anestesia local para efectuar la linfogangliectomía inguinal en el tratamiento quirúrgico del carcinoma de la vulva; nótese las ronchas que se hicieron cerca de la espina ilíaca y en el tubérculo púbico, por entre las cuales se anestesian las porciones superiores, por medio de inyecciones profundas y superficiales, según se explica en el texto; adviértase además la situación de cada una de las dos ronchas en el muslo, desde donde se inyectan las porciones inferiores del área operatoria. (Tomado, con algunas variaciones, de De Takats: *Local Anesthesia*, W. B. Saunders Co.)

Fig. 1253.—Nervios de la región inguiofemoral que han de ser anestesiados por medio de las inyecciones que se hacen, según se ve en la figura 1252. (Modificado de Hertzler: *Local Anesthesia*, C. V. Mosby Co.)

los tejidos subcutáneos y subaponeuróticos, adelantando la aguja hacia arriba en cada lado de la línea donde se intente hacer la incisión, hasta llegar al sitio donde se hicieron las inyecciones superiores. Han de evitarse las inyecciones profundas cerca de los grandes vasos. Toda esta infiltración, que es semejante a la que se hace para efectuar la herniotomía inguinal, requiere de sesenta a ochenta centímetros cúbicos de solución, y con ello se anestesia toda la región inguinal.

Para anestesiarse la región femoral se hacen inyecciones subcutáneas desde las ronchas superiores situadas en el muslo (Fig. 1,252), desde

cada una de las cuales se dirige la aguja por debajo de la piel, siguiendo los bordes del área femoral, hasta encontrarse con la región previamente infiltrada; para esto se necesitan unos diez centímetros cúbicos en la inyección de cada una de las dos ronchas.

La solución de novocaína que se emplea para estas inyecciones es al medio por ciento, a la cual se agregan dos o tres gotas de solución de adrenalina por cada treinta centímetros cúbicos de la primera. La cantidad de solución varía un tanto y se requiere alguna cantidad menor cuando es muy gorda la paciente: en total bastan unos ochenta o cien centímetros cúbicos, incluso las pequeñas cantidades de solución que puede ser necesario inyectar en determinado sitio. No conviene emplear mayor cantidad de la que sea necesaria, ya que la infiltración excesiva y el consiguiente edema pueden dificultar la identificación de los diversos tejidos. Si luego de esperar algunos minutos fuere aún sensible el sitio donde ha de hacerse la incisión, se inyectarán algunas pequeñas cantidades más debajo de la piel (Fig. 1,229), y si al levantar la aponeurosis dividida y poner a la vista el nervio inguinal, son dolorosos los tejidos en esa región, se puede inyectar un poco de la solución directamente en el nervio, en el ángulo superior de la herida. Además puede ser necesario hacer otras pequeñas inyecciones en algunos otros sitios según progresa la operación.

Herniotomía

Las *hernias postoperatorias* y *umbilical* requieren la infiltración de la pared abdominal; la cantidad de anestésico depende del tamaño de la región que haya de anesthesiarse y de la índole del acto quirúrgico. Por razón del peligro que hay de perforar el contenido de la hernia y contaminar el área de la operación, es acertado infiltrar los tejidos apenas lo bastante profundamente para descubrir el saco, y luego de ponerlo a la vista y protegerlo debidamente, se puede efectuar la infiltración profunda.

Farr (*Practical Local Anesthesia*, Lea and Febiger) da la siguiente técnica para la *herniotomía inguinal*: "Se hace la primera roncha en el extremo lateral (externo) de la incisión que haya de hacerse, y de ahí se efectúa la infiltración subdermal siguiendo la línea de la incisión. Al llegar a la región del anillo inguinal subcutáneo (externo), se continúa la inyección hacia el labio, donde se inyectan de cinco a diez centímetros cúbicos de la solución. Empezando nuevamente en la primera roncha, se introduce luego la aguja hasta un punto situado hacia dentro de la espina ilíaca ánterosuperior, y de ahí se forma otra roncha, inyectando para ello la solución *por debajo* de los tejidos, y desde esa roncha se inyecta el resto del anestésico. Se introduce verticalmente la aguja, hasta que se sienta que se ha perforado la aponeurosis del músculo oblicuo externo (mayor), y en ese sitio se inyectan unos treinta centímetros de la solución. Los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal están situados entre el músculo oblicuo interno (menor), y al inyectar la solución entre estas dos capas, quedan anestesiados dichos nervios. A continuación se infiltra el peritoneo, con lo cual se anestesian las terminaciones de los nervios dorsales (torácicos)

undécimo y duodécimo, que corren de arriba abajo. Para hacer esta inyección se pasa la aguja hacia abajo por entre el músculo oblicuo interno, al mismo tiempo que se inyecta la solución; con esto se forma una barrera transversal desde el arco inguinal (arco crural) hasta el borde del músculo recto. Por lo común se requieren de sesenta a noventa centímetros cúbicos de solución de novocaína."

Para poner por obra la *herniotomía femoral*, se infiltra, según queda dicho, la línea que ha de seguir la incisión, y se hace luego la infiltración transversal hasta el peritoneo, casi a la altura del anillo inguinal subcutáneo (externo). Para anestesiar las ramas del nervio femoral se hace la infiltración profunda hasta el conducto femoral.

Inyectando el anillo herniario y los tejidos contiguos, se puede efectuar *por de dentro* la escisión de alguna pequeña hernia inguinal o femoral concomitante con alguna enfermedad de los órganos pélvicos que requiera la operación abdominal.

ANESTESIA REGIONAL POR CONDUCCIÓN

Cuando se emplea la anestesia por conducción en las operaciones pélvicas, lo cual es raro, se ciñe por lo común a aquellas que se ejecutan en la porción inferior de la pelvis, y se logra por medio de la paralización de los nervios sacros, los cuales inervan la vagina, el perineo, el cuello uterino, la uretra, el ano y las porciones inferiores de la vejiga y del recto. En tales casos se obtiene la anestesia de tres diversas maneras: por las vías sacra, transsacra y presacra.

Anestesia sacra.—La anestesia sacra, llamada también anestesia caudal, o de la cola de caballo, y anestesia epidural, se efectúa en la siguiente forma: se coloca a la paciente en decúbito lateral izquierdo, con los muslos en flexión; puesto que el anestésico ha de inyectarse en el hiato sacro (orificio inferior del conducto sacro, denominado también hiato sacrococcígeo, Trad.), por entre la membrana sacrococcígea (?), se determina la situación de dicho orificio pasando los dedos por sobre las apófisis espinosas del sacro, de arriba abajo, hasta palpar la membrana (Figs. 1,254 y 1,255). Se emplean como guía agujas de punta roma, de calibre 17 a 21 (medida americana), para pasar por el conducto sacro, de manera que no se cause daño a los vasos. Antes de insertar la aguja en la piel se anestesian los tejidos subcutáneos sobre la articulación sacrococcígea, y se hace un pequeño corte en la piel, con el fin de facilitar la introducción de la aguja roma. Algunos cirujanos emplean un trocar puntiagudo con la aguja roma, el cual extraen luego que la aguja atraviesa la membrana. En lográndose esto se habrá penetrado en el conducto sacro, y se introduce entonces la aguja hasta una profundidad de unos cinco centímetros. Hay poca probabilidad de perforar la duramadre, ya que la curva del conducto sacro hace que la aguja tropiece con su pared posterior antes de alcanzar la duramadre. Para no perforar las raíces nerviosas, se dirige el extremo de la aguja hacia el cuerpo de la paciente luego de atravesar

la membrana, de suerte que la aguja avance hacia arriba y hacia la pared posterior (Figs. 1,256 y 1,257.).

Hecho lo anterior, se inyectan de veinte a cincuenta centímetros cúbicos de solución al medio o al uno por ciento de novocaína, por más que

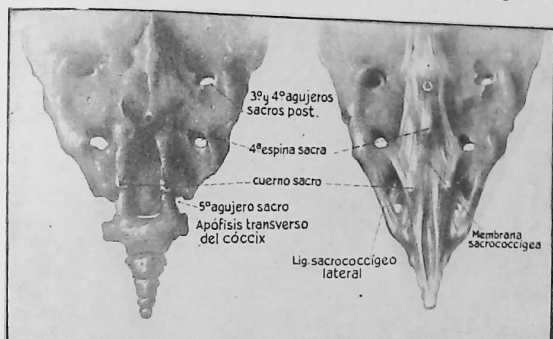


Fig. 1254.—Linderos óseos que marcan los orificios que van al conducto sacro, y situación de la membrana por entre la cual se pasa la aguja. (Meeker y Frazer, *Surg., Gynec. and Obst.*)



Fig. 1255.—Aguja introducida en el conducto sacro. (Hertzer: *Local Anesthesia.*)

algunos cirujanos aconsejan inyectar mayores cantidades. El grado de anestesia, así como la altura a que se anestesian los tejidos varía en gran manera, y hay que esperar de quince a veinte minutos para que se produzca el efecto anestésico, el cual dura de cuarenta minutos a dos horas.

Hertzler cree que esta clase de anestesia regional es sumamente útil en las operaciones quirúrgicas que se ejecutan en el perineo, y si bien ha tenido algunas veces que ayudarse de la anestesia local por infiltración, nunca se ha visto precisado a recurrir a la anestesia general. Esto

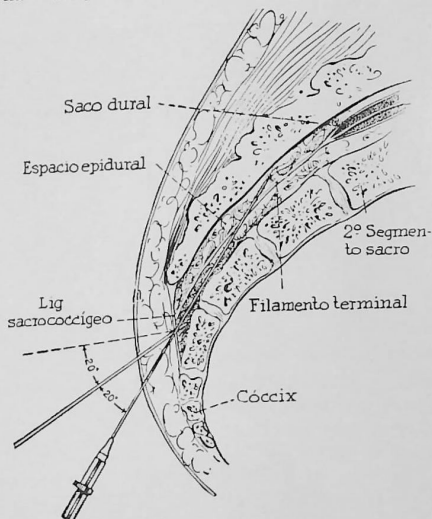


Fig. 1256.—Manera de descender el mango de la aguja para que penetre la punta en el conducto sacro, sin lesionar los tejidos en la pared anterior. (Mecker y Frazer: *Surg., Gynec. and Obst.*)

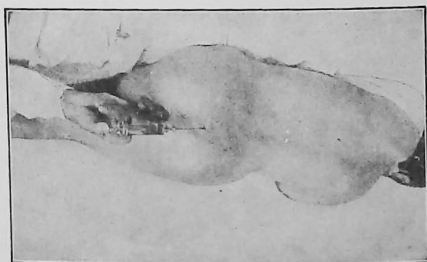


Fig. 1257.—Posición de la paciente para hacer la anestesia sacra. (Hertzler: *Local Anesthesia.*)

es probablemente a causa de la técnica correcta y de la selección de las pacientes.

Anestesia Transsacra.—Ésta consiste en anestesiar los troncos nerviosos a su salida de los agujeros sacros (Figs. 1,258 y 1,259). Su técnica

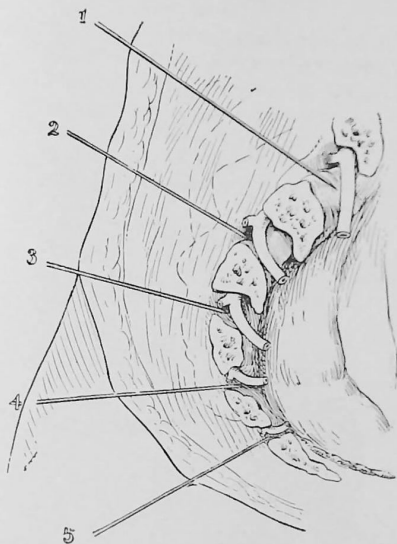


Fig. 1258.—Anestesia transsacra. La aguja llega hasta el nervio en su sitio de salida. (Hertzier: *Local Anesthesia.*)

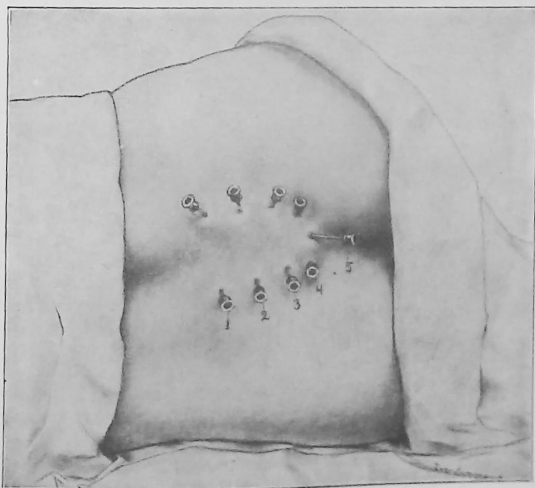


Fig. 1259.—Anestesia transsacra. (Hertzier: *Local Anesthesia.*)

Hertzler cree que esta clase de anestesia regional es sumamente útil en las operaciones quirúrgicas que se ejecutan en el perineo, y si bien ha tenido algunas veces que ayudarse de la anestesia local por infiltración, nunca se ha visto precisado a recurrir a la anestesia general. Esto

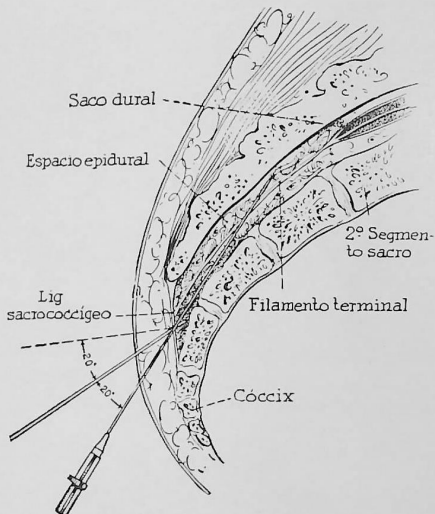


Fig. 1256.—Manera de descender el mango de la aguja para que penetre la punta en el conducto sacro, sin lesionar los tejidos en la pared anterior. (Meeker y Frazer: *Surg., Gynec. and Obst.*)

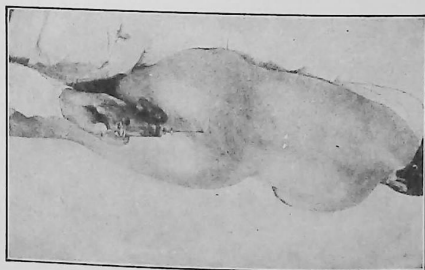


Fig. 1257.—Posición de la paciente para hacer la anestesia sacra. (Hertzler: *Local Anesthesia.*)

es probablemente a causa de la técnica correcta y de la selección de las pacientes.

Anestesia Transsacra.—Ésta consiste en anestesiar los troncos nerviosos a su salida de los agujeros sacros (Figs. 1,258 y 1,259). Su técnica

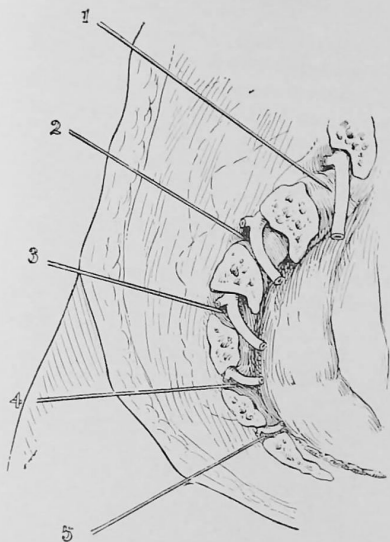


Fig. 1258.—Anestesia transsacra. La aguja llega hasta el nervio en su sitio de salida. (Hertzler: *Local Anesthesia.*)

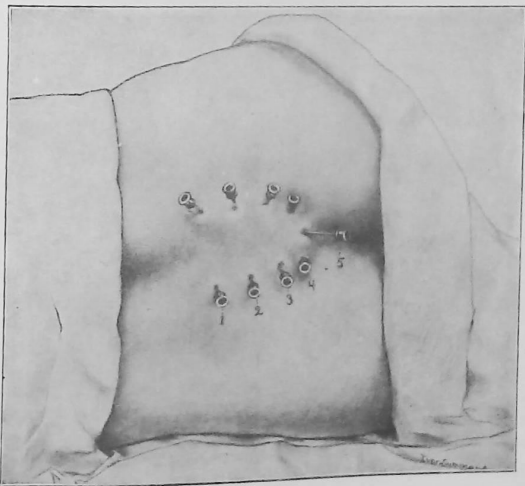


Fig. 1259.—Anestesia transsacra. (Hertzler: *Local Anesthesia.*)

es tediosa, difícil y requiere mucho tiempo (véase el artículo de Meeker y Frazer, *Surgery Gynecology and Obstetrics*, Vol. 35).

Anestesia presacra.—Consiste en anestesiar los troncos nerviosos a su salida por los agujeros sacros anteriores, para lo cual es menester inyectar la solución en cada agujero y en ambos lados, con el fin de paralizar los ocho nervios. Por lo común es muy ineficaz y requiere la inyección de 180 a 200 centímetros cúbicos de solución de novocaína.

INYECCIÓN INTRARRAQUÍDEA

Este método fué empleado desde 1885, pero se desechó poco después a causa de los grandes peligros que acarrea. En la hora presente, con

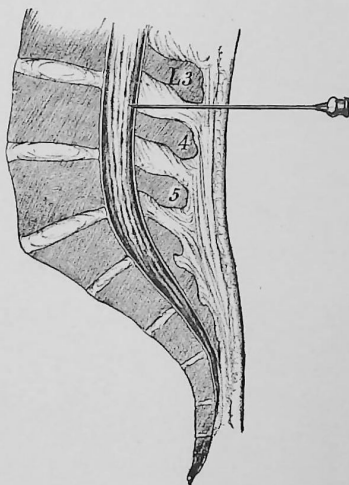


Fig. 1260.—Anestesia intraespinal. Relación de la aguja con la columna vertebral y el conducto espinal. (Hertzler: *Local Anesthesia*.)

el perfeccionamiento de la técnica y las drogas menos tóxicas que se conocen, se ha generalizado rápidamente, ya que le lleva algunas ventajas a la anestesia general por inhalación (Figs. 1,260 a 1,262).

No obstante los excelentes informes publicados acerca de esta clase de anestesia, es preciso tener en la memoria que aun se halla en su período de desenvolvimiento y que quizás no esté exenta de peligros; así, pues, sólo debe ser aplicada por persona experta y capacitada para contrarrestar sus complicaciones.

Multitud de accidentes han sido a causa de la falta de conocimientos y la impreparación del anestésista, y no cabe duda que algunas muertes habrían podido evitarse si se hubiera empleado otra clase de anestesia.

Por otra parte, se ha empleado el método intrarraquídeo en pacientes a quienes hubiera sido demasiado arriesgado el administrar otros anestésicos.

La droga que ha surtido mejor efecto y que acarrea menos riesgo es la novocaína, la cual es absorbida rápidamente por el tejido nervioso y paraliza los estímulos sensorios y motores. Ocasiona descenso de la pre-

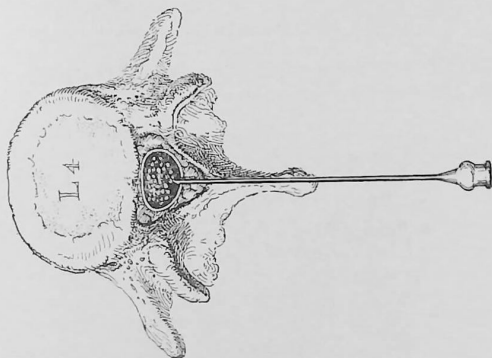


Fig. 1261.—Otro aspecto de la relación de la aguja con la columna vertebral y el conducto espinal. (Hertzler: *Local Anesthesia*.)

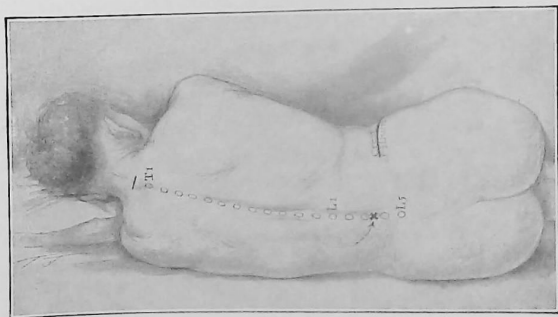


Fig. 1262.—Situación correcta de la aguja para hacer la anestesia intrarraquídea. (Hertzler: *Local Anesthesia*.)

sión sanguínea, la cual depende del grado de parálisis simpática, que por su parte está subordinada al grado de anestesia. Para evitar la anemia cerebral ocasionada por la disminución de la presión sanguínea, conviene colocar a la paciente en posición de Trendelenburg, excepto cuando hay alguna enfermedad del miocardio. Se usó en un tiempo la adrenalina a manera de estimulante, pero sus efectos tienen poca duración y hay que

inyectarla repetidas veces. En 1927, Ockerblad y Dillon introdujeron la efedrina, que ha venido a reducir en gran manera el peligro de la anestesia intrarraquídea.

La altura a que se anestesien los tejidos depende de varias circunstancias, a saber: del grado de difusión de la novocaína en el líquido céfalorraquídeo, así como del grado de absorción en los tejidos nerviosos; la magnitud de la zona anestesada está en relación directa con la cantidad de líquido inyectado, con la rapidez con que se haga la inyección y con el peso específico de la solución anestésica, y está en razón contraria a la presión del líquido céfalorraquídeo. A causa de la diferencia en el peso específico, la posición de la paciente hace variar la altura a que se anestesian los tejidos; así, si se la coloca en posición de Trendelenburg inmediatamente después de la inyección, se aumenta la difusión hacia arriba en virtud del peso específico del líquido inyectado, y en cambio la posición de Fowler la retarda, por igual razón.

Al efectuar la anestesia intrarraquídea, se pondrá particular atención a lo siguiente: (a) la reacción que ocasione el anestésico, (b) la disminución en la presión sanguínea, así como la náusea y el vómito en el curso del acto quirúrgico y después de él, (c) la altura a que es menester anestesiar los tejidos, (d) el tiempo que ha de durar la operación. La reacción y el descenso de la presión sanguínea se evitan o se aminoran administrando la dosis adecuada de efedrina. Lo tercero se gobierna por la dosis de novocaína, la cantidad de líquido que se inyecta y la rapidez de la inyección, y lo último depende de la cantidad del anestésico, si bien la duración es variable (de cuarenta y cinco a noventa minutos).

Aparato

Se dispondrá en la mesa de instrumentos lo siguiente:

- 1 Pinza de quince centímetros de largo.
- Ampolletas de 100, 200 y 300 miligramos de novocaína en polvo (con su correspondiente lima para abrir las ampolletas).
- 2 Ampolletas de solución de efedrina.
- 2 Ampolletas de solución de adrenalina.
- 2 Agujas hipodérmicas de cinco centímetros de largo.
- 2 Jeringas hipodérmicas de 2 centímetros cúbicos.
- 2 Jeringas de tres centímetros cúbicos.
- 1 Receptáculo pequeño con solución salina normal.
- 1 Receptáculo con tintura de yodo.
- 1 Par de guantes estériles.
- 4 Compresas quirúrgicas estériles.

Técnica

Las dos técnicas más conocidas son las de Stout y la de Pitkin. En nuestra opinión es más eficaz el método de Stout, que describiremos primero.

Método de Stout.—Tomamos la siguiente descripción del artículo de Stout (*Am. Jour. Surg., New Series, Vol. 7, 1929*):

“*Preparación del paciente.* Dieta líquida en abundancia por veinticuatro horas antes de la operación. Lavativa la noche antes. Gmo. 0.5 de barbital (veronal) sódico por la boca hora y media antes de la operación.

“Inyección hipodérmica de pantopón de gmo. 0.02, con gmo. 0.0005 de escopolamina media hora antes de la operación.

“*Técnica.*

“1. Se tomará la presión sanguínea cada poco tiempo.

“2. Se prepara el área de la operación.

“3. Colócase al paciente en posición de decúbito lateral, con los muslos y el cuello en flexión, de manera que quede bien arqueada la espalda, en la cual porción lo sostiene un ayudante. Se esteriliza la piel con tintura de yodo.

“4. Inyección intramuscular de gmo. 0.03 a 0.05 de efedrina.

“5. Se palpa el segundo o tercer espacio intervertebral lumbar, donde se hace presión con la uña unos cuantos segundos. Se inserta rápidamente en dicho espacio la aguja para inyección intrarraquídea (calibre 22, medida americana, con punta en ángulo de 45 grado), hasta atravesar el ligamento interespinoso y penetrar en el conducto espinal.

“6. Se saca el obturador de la aguja para ver si sale por ella el fluido céfalorraquídeo, y se conecta entonces la aguja con la jeringa, con la cual se extraen dos o tres centímetros cúbicos de dicho fluido, según sea necesario, después de lo cual se vuelve a colocar el obturador; se le pone una aguja delgada a la jeringa, se inyecta el fluido cerebroespinal en la ampolleta que contiene la novocaína, se disuelve ésta y se vuelve a aspirar la solución en la jeringa.

“7. Cinco minutos después de la inyección de efedrina se saca el obturador (“mandril”) de la aguja, se conecta y se inyecta la solución a razón de un centímetro cúbico cada cinco segundos.

“8. Se extrae la aguja intrarraquídea sin separar la jeringa y se hace presión en el sitio de la puntura con una compresa de gasa aséptica, después de lo cual se coloca a la paciente en la posición quirúrgica.

9. “Cinco minutos después de inyectar el anestésico se determina la altura a que fueron anestesiados los tejidos y se puede entonces, transcurridos diez minutos, mudar la posición de la mesa según se requiera para el acto quirúrgico.

“La dosis de novocaína y efedrina se aumenta o se disminuye según el tamaño de la paciente.”

Para prevenir los efectos tóxicos de la novocaína se administra el barbital (veronal) sódico, y caso que hubiere colapso se inyectarán por vía intravenosa de tres a cinco gotas de solución de adrenalina. Se tendrán además a la mano ampolletas de adrenalina y efedrina, por si acaso se necesitare la inyección hipodérmica a causa del descenso considerable de la presión sanguínea.

Método de Pitkin.— (*Am. Jour. Surg., New Series, Vol. 5, 1928*).— Pitkin emplea la "*spinocain*" para anestesia intrarraquídea; dicha substancia consta de lo siguiente: novocaína, gmo. 0.2; sulfato de estriquina, gmo. 0.0025; pasta de almidón gmo. 0.15; alcohol, gmo. 0.325, y solución salina normal, c. b. para 2.00 c.c. El peso específico de esta solución es menor que el del fluido céfalorraquídeo y, por tanto, debe inyectarse con la paciente en posición horizontal.

Pitkin describe la técnica de la siguiente manera:

"Estando la paciente en posición de decúbito lateral, con los muslos en flexión y la cabeza doblada hacia el tórax, se baja la parte de la mesa correspondiente a la cabeza de la enferma, hasta ponerla en la posición de Trendelenburg de 5 grados; se esteriliza la piel, se halla el segundo o tercer espacio lumbar intervertebral y se hace presión firme con la uña; se inyecta a continuación medio centímetro cúbico de solución anestésica (novocaína, 10 gms., efedrina 50 gms., agua c. b. para 1 c.c.), de manera que se forme una roncha. Se introduce entonces la aguja en el ligamento interespinoso, inyectando otro medio centímetro cúbico al paso que avanza la aguja. Hecho esto, se inserta la aguja intrarraquídea en el centro de la roncha, y al atravesar la duramadre, se extrae el obturador: si la aguja penetró en el conducto espinal, saldrá líquido céfalorraquídeo; se conecta entonces la jeringa que contiene la solución de *spinocain* y se inyecta su contenido en el conducto espinal. Para anestesiar la región perineal, se inyecta un centímetro cúbico de la antedicha solución, y se coloca a la paciente en posición de Trendelenburg de 15 grados. Para anestesiar la región abdominal inferior hasta el ombligo, se inyectan dos centímetros cúbicos de *spinocain*, si la operación es corta, o 2.5 a 3 cmts. cúbicos para operaciones largas. Luego de conectar la jeringa que contiene la *spinocain*, se aspira 1 c.c. de fluido céfalorraquídeo y se inyecta la mitad de su contenido (2 c.c.); se aspiran luego 2 c.c. del fluido céfalorraquídeo y se vuelve a inyectar la mitad. Este último tiempo se repite y se inyecta entonces todo el contenido de la aguja. Se extrae luego la aguja intrarraquídea y se coloca a la paciente en posición de Trendelenburg."

Indicaciones de la anestesia intrarraquídea.—Conviene particularmente cuando hay complicaciones pulmonares, cardíacas, renales y linfáticas. La hipotensión no contraindica el empleo de la efedrina y algunos cirujanos la usan en todas sus anestias intrarraquídeas.

Efectos beneficiosos de la misma.—Se logra mejor relajación de la pared abdominal y la contracción de los intestinos, con lo cual se obtiene mayor espacio en la cavidad peritoneal. Hay poca náusea, vómito o distensión postoperatoria. Se puede utilizar como prueba de la oclusión intestinal (al interrumpirse la inhibición simpática refleja de la peristalsis, se contrarresta el ileo paralítico). No causa daños a los riñones ni al hígado. La paciente puede tomar líquidos inmediatamente después de la operación. Hay menos probabilidades de que se tenga que hacer el sondeo vesical.

Complicaciones.—La náusea puede ser causada por la dosis insuficiente de efedrina, lo cual ocasiona el señalado descenso de la presión sanguínea; esto se corrige inyectando dos o tres gotas de adrenalina. Otras veces la náusea es causada por la tracción excesiva del mesenterio. El “vómito psíquico” no va acompañado de hipotensión.

Las convulsiones que se presentan algunas veces son probablemente causadas por la inyección de la novocaína en el plexo venoso que circunda la medula espinal. Esto se evita haciendo cuidadosamente la punción lumbar con una aguja de bisel corto, y administrando el barbital (veronal) sódico.

En algunas ocasiones se presenta el colapso cardíaco o respiratorio; sin embargo de ello, se han efectuado con anestesia intrarraquídea operaciones en la cabeza, el cuello y el tórax, sin ninguna complicación.

La cefalalgia postanestésica puede ser causa de la extracción de cantidades excesivas de fluido céfalorraquídeo, o del escurrimiento de dicho fluido por entre la puntura de la aguja. Así, pues, conviene que la paciente permanezca en cama por unas doce horas después de la operación, aun cuando ésta sea de poca importancia.

Algunos autores han dado cuenta de parestesias pasajeras, por lo común en el perineo o en las extremidades inferiores, que quizá sean causadas por traumatismo de las raíces nerviosas, cuando se emplean agujas gruesas de punta larga.

Fracaso de la anestesia intrarraquídea.—En determinado número de pacientes no se logra la anestesia, ora por razón de haber inyectado la novocaína fuera de la duramadre, o en virtud de alguna predisposición idiosincrásica a la novocaína. Por esta razón, así como teniendo cuenta con que el acto quirúrgico puede durar más tiempo que la anestesia (de cuarenta y cinco a noventa minutos), el anestesista debe estar preparado para administrar, caso que fuere menester, la anestesia general.

ANESTESIA GENERAL POR INHALACIÓN

Estudiaremos aquí la administración del óxido nitroso (protóxido de nitrógeno, o protóxido de ázoe) y del éter, en diversas combinaciones con oxígeno. En la hora presente el cloroformo tiene muy poca aplicación, a causa de sus efectos perjudiciales en el parénquima de los órganos vitales. En algunos hospitales se usa mucho el gas etileno, que tiene la ventaja de su poca propensión al ocasionar cianosis y náusea, además de tener efectos muy rápidos; con todo, tales ventajas quedan nulificadas por el constante peligro de que sobrevenga alguna explosión, motivada por la electricidad estática, por chispas provenientes del aparato de diatermia o por cauterio al rojo vivo. Claro, se han ideado diversos artificios para evitar tales explosiones, pero a pesar de ellos, el método no está exento de peligros y, por consiguiente, creemos oportuno valernos de otros anestésicos menos peligrosos, tales como el óxido nitroso.

En tiempo bastante reciente se propuso la administración del ciclopropano, del cual se dice que es más seguro, más fácil de gobernar, no es irritante ni tóxico. No obstante el alto precio de este gas, en la práctica no es costoso, ya que se requiere muy poca concentración del gas para la anestesia (poco más o menos el 15 por ciento de ciclopropano con 5 por ciento de oxígeno). Con todo, hay que considerar dicho gas como un anestésico nuevo, cuyos peligros y posibles complicaciones no son totalmente conocidos.

Preparación de la paciente.—La muerte puede ocurrir lo mismo cuando se aplica la anestesia por poco tiempo, que cuando se hace la anestesia prolongada, y siempre que sea posible ha de procurarse la preparación esmerada de la enferma, aun cuando la operación sea de poca monta; entre otras de las precauciones que han de tenerse, están la dieta, la evacuación de los intestinos y la administración preoperatoria y postoperatoria de los necesarios medicamentos. Siempre que sea posible se prescribirá dieta líquida cuando menos por las doce horas previas a la operación. Si se desea se dará algún purgante el día de la víspera, si bien es de preferir la lavativa la noche antes y la mañana de la operación.

La *medicación preanestésica* suele constar de la inyección hipodérmica de 15 mgs. de sulfato de morfina, con 5 diezmiligramos de atropina. En muchos centenares de operaciones hemos acostumbrado la inyección preanestésica de 10 a 15 mgs. de morfina con unos 5 diezmiligramos de bromhidrato de escopolamina, administrados dos horas antes de la operación. Cuarenta y cinco minutos después de esta primera dosis se repite la inyección de escopolamina. De esta manera se ocasiona la analgesia preoperatoria, se reduce la posibilidad del choque, se evita la acumulación excesiva de moco en la faringe, se suprime en gran manera el período de excitación, se disminuye la cantidad de anestésico general y se hace que la enferma quede un tanto soñolienta después de la operación, lo cual es útil para diferir el dolor postoperatorio. Es muy conveniente cuando se emplea la anestesia local para muchas operaciones vaginales, tales como el legrado uterino, o implantación de radium, etc.; en muchos de estos casos se puede ejecutar la operación sin ningún anestésico local ni general.

Está proscrita la morfina en las pacientes de muy corta edad o en las muy ancianas, así como las que padecen nefritis aguda o subaguda, coma, predisposición a la droga, o en aquellas que están muy débiles.

Se ha empleado con muy buen éxito el luminal como sedante preanestésico (véase en el capítulo XIX la parte relativa a la disposición preoperatoria). De igual manera es muy usual el amital.

Antes de empezar la anestesia se aflojarán las ropas y se quitará la enferma la faja y los dientes postizos. Se procurará que la cabeza quede en línea recta con el tronco; evitaráse toda pérdida de tiempo innecesaria desde el momento en que se comienza la anestesia hasta el momento en que se empieza la operación (véase el capítulo XIX), pero también ha de evitarse hacer las cosas con demasiada precipitación y violentar ora la anestesia, ora el acto quirúrgico, ya que ello acarrea peligros sin cuento.

La preparación cuidadosa, el trabajo metódico y ordenado de los ayudantes y el equipo necesario cooperarán en gran manera a reducir la duración de la anestesia.

Tratamiento de las complicaciones.—Se puede evitar la obstrucción de la respiración insertando una cánula y sosteniendo la mandíbula hacia delante y hacia arriba. Si por acaso se presentare el colapso respiratorio, se aplicará inmediatamente la respiración artificial, cerciorándose antes de que no están obstruidas las vías respiratorias y se dilatará el esfínter anal; además de esto, se pondrá la cabeza más bajo que el tronco y se hará la inyección intramuscular, de alfalobelina. Siendo el bióxido de carbono estimulante de la respiración, se darán inhalaciones de éste mientras se ponen por obra las demás disposiciones de emergencia.

En ocasiones se presenta el colapso cardíaco, aun cuando se administre el éter, y suele ser a causa de la susceptibilidad excesiva de la enferma. Por lo común el colapso cardíaco acaece después del colapso respiratorio cuando se retarda demasiado la resurrección.

Se trata el colapso cardíaco por medio del amasamiento en la región precordial, de las inyecciones intravenosas de adrenalina, o de la inyección intracardiaca de dicha droga. Luego que se detiene la acción cardíaca, es difícil explicar la manera cómo la droga inyectada por vía intravenosa puede llegar a los centros vitales, y quizás los buenos efectos de este método sean a causa de que la suspensión de las contracciones cardíacas es tan sólo temporal, o bien de que el corazón continúa latiendo débilmente, aun cuando sea impalpable el pulso.

Gwathmey (*Anesthesia: The Macmillan Co.*), dice que, según las estadísticas norteamericanas, acaece una muerte por cada 5,623 anestias de éter administrado por el método de la gota o de la vaporización, que en general, se considera es el más seguro.

Estimulantes.—Hay ocasiones en que es necesario valerse no tan sólo de los estimulantes cardíacos y respiratorios, sino también de otras disposiciones de emergencia, para que la paciente pueda sobrellevar alguna operación prolongada. Algunas veces el anestesista puede informar al cirujano respecto del colapso inminente, a fin de que este último termine cuan presto sea posible lo más importante de la operación; mas a despecho y pesar del grave estado de la enferma, a menudo es preciso terminar toda la operación, ora porque las circunstancias lo demanden, o bien porque se tenga por seguro que si se difiere el acto quirúrgico no se podrá llevar a efecto en ningún tiempo subsecuente.

Quando hay hemorragia copiosa se puede hacer durante la operación la hipodermocclisis de solución salina normal, la fleboclisis de solución de glucosa, o aun la transfusión sanguínea, y si el pulso se vuelve débil y rápido, se administrará estriquina, digital o benzoato de sodio y cafeína por vía hipodérmica. Para contrarrestar la obstrucción o el embarazo respiratorio si la enferma está en posición de Trendelenburg, se la pondrá en posición horizontal. Las inhalaciones de bióxido de carbono y la inyección hipodérmica de alfalobelina son muy buenos estimulante respiratorios.

El cirujano debe ser informado acerca del mal estado de la paciente, a efecto de que cierre lo más pronto posible la herida, aunque para ello tenga que omitir algunos pormenores de la operación que no sean del todo indispensables, y en todo caso se tendrán a la mano toda clase de inyecciones hipodérmicas para su aplicación inmediata en casos de emergencia.

No tan sólo debe el anestesista estar adiestrado en la administración del anestésico, mas también en la aplicación oportuna de los estimulantes cardíacos o respiratorios; se abstendrá de hacer presión innecesaria en el tórax de la paciente, procurará que no se enfríe el cuerpo de ésta y que no haya constricción en ningún sitio, con todo lo cual cooperará a reducir los peligros del acto quirúrgico y de la anestesia.

La experiencia enseña que el bióxido de carbono no es meramente un producto de desecho, sino que tiene señalado efecto en la regulación de diversas funciones. Así, la disminución del contenido normal de bióxido de carbono en la sangre arterial, da origen al notable acrecentamiento de las palpitaciones cardíacas, al descenso de la presión sanguínea, al aumento en la sensibilidad de los reflejos y a la respiración superficial; y si continuare aminorándose el contenido de bióxido de carbono, se presentará el coma y la muerte. Esta disminución puede ser a causa de la hipermia coincidente con el período de excitación de la anestesia parcial, y se presenta a veces cuando se pone por obra la respiración artificial, o bien cuando se descubren en exceso las vísceras abdominales, con lo cual se ocasiona la exhalación excesiva de bióxido de carbono por la superficie de dichos órganos.

Por otra parte, cuando hay propensión al colapso respiratorio o cardíaco, el bióxido de carbono hace que se restablezca presto la función normal del corazón y los pulmones, y aun cuando haya choque intenso se logran buenos efectos. Suministrando inhalaciones de una mezcla de 15 a 30 por ciento de bióxido de carbono con oxígeno después de la anestesia, se recupera más pronto la paciente, probablemente a causa de la más rápida eliminación del anestésico que ocasiona la aceleración respiratoria a que da origen el bióxido de carbono.

Es también importante el tratamiento *postanestésico*: se trasladará a la enferma con el mayor cuidado posible, de la sala de operaciones a su habitación, pero antes se le pondrán ropas secas y se le protegerá debidamente de corrientes de aire. La habitación ha de ser quieta y se dejará dormir a la paciente hasta que despierte por sí misma.

Anestesia con óxido nitroso y oxígeno

Se ha averiguado que es más segura y eficaz la combinación de óxido nitroso con oxígeno, a no ser que sólo se requiera la anestesia por breve tiempo.

Aparato.—Hay varios aparatos para administrar el anestésico general, todos los cuales se fundan en los mismos principios; así, por ejemplo, se construyen aparatos grandes (Fig. 1,220), que sirven para administrar

varios anestésicos sin cambiar los depósitos, y con los cuales se puede hacer la mezcla exacta de los gases; se fabrican además aparatos portátiles, los cuales no son tan precisos como los grandes y cuyos depósitos sólo contienen la cantidad de anestésico para hora y media o dos horas de anestesia. Cuando se empleen estos aparatos, antes de empezar la administración del gas se tendrá cuidado de cerciorarse de que hay suficiente cantidad de éste.

En general, el aparato consta de uno o varios depósitos o cilindros de óxido nitroso y de oxígeno, provistos de válvulas que indican la presión interior. El tubo de salida conduce el gas a una válvula que regula la presión de éste antes de llegar a la paciente y pasa luego por una bolsa de hule que se conserva distendida a la presión adecuada para que sea uniforme la corriente de gas; de las dos bolsas pasan los gases a un solo tubo, donde hay una válvula que permite el paso directo del gas, o bien lo desvía hacia una cámara que contiene vapores de éter, cuando es necesaria la mezcla de éste. Los gases van directamente a la mascarilla o bien, por medio de otra válvula, pasan antes por otra bolsa.

Además de dicho aparato debe tener a mano el anestesista una cánula, tal como la de Connell que se inserta en la boca y cuya curvatura se adapta al cielo del paladar, la cual sirva para impedir que se cierre la glotis al caerse hacia atrás la lengua, y también para evitar los estertores labiales que obstruyen la respiración.

Sosteniendo debidamente la quijada es posible evitar ambas complicaciones; para ello se colocan los dedos detrás del ángulo de la mandíbula y los pulgares en la barbilla, comprimiéndola hacia abajo; la presión de los dedos hace que la mandíbula quede hacia delante, lo cual evita la obstrucción de las vías respiratorias. Conservando los dedos detrás del ángulo mandibular y haciendo presión leve se puede conservar esa posición.

Se tendrá también un abatidor de lengua para abrir la boca y deprimir la lengua cuando se inserta la cánula, así como unas pinzas tiralenguas para casos de emergencia, además de las necesarias jeringas y agujas hipodérmicas, vaselina para proteger la piel de la cara del efecto irritante del anestésico, etc.

No es posible describir aquí la *técnica* exacta para la administración de los anestésicos generales, ya que ella requiere detenidos estudios, minuciosa observación y vasta experiencia, y sólo diremos que el anestesista debe tener adiestramiento especial en esta importante rama de la cirugía, de la que depende no pocas veces la vida de la paciente o el buen éxito de la operación quirúrgica. No porque alguna persona haya administrado unos cuantos anestésicos generales ha de considerarse capacitada para desempeñar la difícil labor del anestesista, que es mucho más complicada de lo que muchos creen.

Cuando se administra como es debido la anestesia general, la paciente padece muy poca o ninguna cianosis, la respiración es regular y desembarazada, el pulso rítmico y de buen volumen. Todas estas observaciones

las hará el anestesista, y determinará además cada poco tiempo la presión sanguínea.

Indicaciones y contraindicaciones.—El óxido nitroso es el mejor anestésico general para personas que padecen tuberculosis u otras enfermedades de las vías respiratorias. Ha de preferirse el protóxido de azoe al éter, cuando haya complicaciones renales y diabetes, así como cuando haya peligro de la pulmonía.

El óxido nitroso está proscrito en niñas muy pequeñas, en pacientes que padezcan alguna enfermedad cardíaca, y siempre que haya cualquiera circunstancia que contraindique la anestesia general.

Anestesia etérea

El éter que se emplea para anestesia es un éter purificado, pero que si se deja descubierto por algún tiempo, o se almacena en circunstancias atmosféricas desfavorables, se vuelve impuro, razón por la cual debe desecharse la cantidad que sobre después de abrir una lata. Puesto que es imposible determinar la pureza del éter antes de empezar la anestesia, tiene el médico que confiarse en la honorabilidad del fabricante.

Aparato.—Para administrar el éter se emplea una de las varias mascarillas que para tal fin se venden en el comercio, y se tendrán dispuestos además todos los utensilios e instrumentos enumerados al hablar de la anestesia con protóxido de nitrógeno.

Técnica.—El método “abierto” es el más usual, ya que la experiencia enseña que el éter es más tóxico cuando se emplea el método “cerrado”, y ocasiona con más frecuencia vómitos, habiéndose hallado más a menudo la acetona en la orina. Además de esto, se concentran por extremo los vapores de éter, lo cual propende de la dosis excesiva, con disminución en la proporción de oxígeno y acrecentamiento del ácido carbónico, que en estos casos es peligroso puesto que estimula la respiración y aumenta la inhalación del anestésico.

La experiencia muestra además que son más señalados los daños que se ocasionan a las vías respiratorias con el método “cerrado”, a saber: degeneración grasosa, descamación del epitelio, diminutas hemorragias en los alvéolos y mayor propensión a la bronconeumonía.

La aspiración de moco y saliva puede ser de graves consecuencias y, por tanto, el anestesista limpiará con frecuencia la boca y la faringe, y se administrará atropina antes de la anestesia.

Para proteger los ojos de la paciente se pueden cubrir con un pedazo de tela de goma, y la cara con una toalla húmeda, la cual sirve también para llenar los espacios entre la mascarilla y el rostro. Es preciso, además, embadurnar con vaselina el cutis que quede expuesto a la acción irritante del éter. La mascarilla se cubre con varias capas de gasa, y al empezar la anestesia se dejan caer poco a poco las primeras gotas, hasta que las vías respiratorias se acostumbren al éter, y empiece éste a producir algún efecto. Para evitar el escape de los vapores anestésicos, se enrolla una

toalla húmeda alrededor de la base de la mascarilla, y con otra toalla se forma uno como cono a los lados del armazón, con lo cual se deja una especie de "cámara mezcladora" que sirve también para entibiar los vapores y en cierto modo para que haya alguna reinspiración (Figs. 1,263

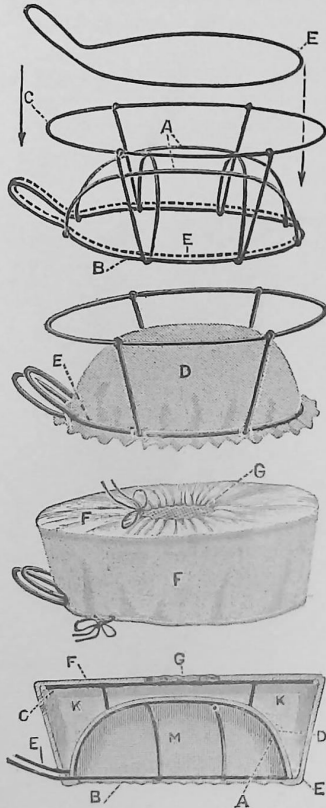


Fig. 1263.—Mascarilla de Ferguson con cámara mezcladora. (Gwathmey: *Anesthesia*, The Macmillan Co.)

y 1,264). Según progresa la anestesia, se administra el éter algo más aprisa, hasta que se logre el período de anestesia quirúrgica; en llegando a éste, basta dejar caer de continuo en la mascarilla el éter gota a gota, para que se conserve la anestesia uniforme. Muchas veces es acertado

poner en la gasa de la mascarilla algún aceite esencial que sirva para disfrazar un tanto el olor del éter.

Indicaciones y contraindicaciones.—Es de preferir el éter en las pacientes que padecen alguna enfermedad cardíaca, a causa de su efecto estimulante; mas cuando haya descompensación más valdrá emplear la anestesia local. Ha de preferirse el éter al óxido nitroso en pacientes que padezcan hipertensión, ya que este último anestésico aumenta la presión sanguínea que bien pudiera causar hemorragia cerebral.

Cuando hay choque quirúrgico es más conveniente el éter que el protóxido de ázoe, por razón de su efecto estimulante. Conviene además en aquellos casos en que ha de emplearse la anestesia general, pero es ineficaz el protóxido de nitrógeno.

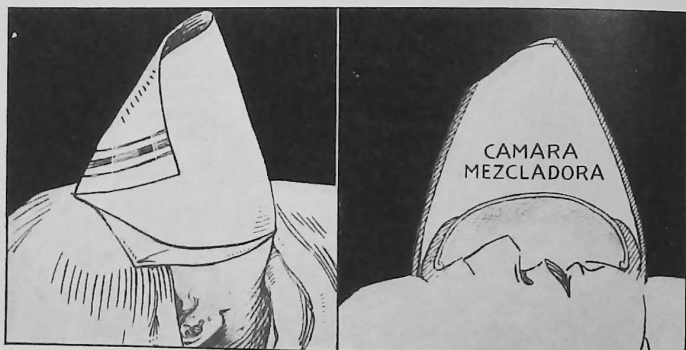


Fig. 1264.—Cámara mezcladora improvisada con una toalla.

Por razón del mayor peligro de la neumonía, siempre que sea posible se evitará el administrar éter a personas de edad madura, y no se empleará nunca cuando haya enfermedades agudas de las vías respiratorias, o determinadas enfermedades crónicas. Cuando se administre éter no se tendrá en la sala de operaciones ninguna flama ni se usará el termocauterío.

Evipán sódico

Esta es una droga bastante nueva derivada del ácido barbitúrico, que se vende en polvo para ser disuelta en agua destilada e inyectar la solución reciente por vía intravenosa. La dosis depende de la rapidez y la intensidad del efecto que produzca el anestésico al ser inyectado: mientras se inyecta la solución en la vena se hace que cuente la paciente, lo cual puede hacer por lo común hasta el número veinte antes de perder el conocimiento; esto requiere de dos a cuatro centímetros cúbicos de la solución. Después de esto, espera el anestésista unos treinta segundos y

vuelve a inyectar alguna cantidad más del anestésico: en total, una dosis de tres a ocho centímetros cúbicos, hasta obtener la relajación muscular y el grado de anestesia que se desee. La dosis se regula también de acuerdo con la edad y el estado general de la paciente.

El evipán sódico tiene en su abono el ser muy rápido en su efecto y no ocasionar secuelas postanestésicas desagradables.

No ha de olvidarse que esta droga, lo mismo que los demás anestésicos generales que se administran por vía intravenosa se hallan aún en el período experimental, y que no está exento de peligros el inyectar en la vena una solución cuyos efectos no pueden ya gobernarse. La aplicación del evipán sódico a la ginecología se limita únicamente a las operaciones vaginales cortas, en muchas de las cuales se requiere algún anestésico para efectuar la preparación de la enferma, de suerte que al terminar la sobredicha preparación se desvaneció ya el efecto del evipán. Para algunas operaciones vaginales basta a veces la administración preanestésica de algún buen analgésico, y en nuestra opinión, cuando además de la analgesia es menester la acción breve de algún anestésico general por inhalación, el protóxido de nitrógeno es mucho más seguro y eficaz que la inyección intravenosa de cualquiera droga.

ÍNDICE ALFABÉTICO GENERAL DE LOS
TOMOS I Y II

A

- Absceso apendicular, 934
 Absceso del ligamento ancho, 69
 Absceso pélvico, evacuación del, 62
 Abundantes adherencias de los neoplasmas del ovario, 17
 Accidentes ureterales después de la operación, 873
 Abdomen, estados morbosos en el, 921
 Abdomen, precauciones que han de tenerse al abrir el, 922
 Aborto provocado, 232
 Acidosis y alcalosis, 1119
 acidosis, 1119
 alcalosis, 1120
 Acortamiento de los ligamentos anchos, 542
 Acortamiento de los ligamentos anchos por vía vaginal, 443
 Acortamiento de los ligamentos redondos, celiotomía inguinal con, 425
 Acortamiento de los ligamentos redondos por entre la incisión vaginal, 443
 Acortamiento de los ligamentos redondos por la vía abdominal, 521, 573
 Acortamiento de los ligamentos úterosacros por entre la incisión abdominal, 439
 Acortamiento de los ligamentos úterosacros por vía vaginal, 444
 Acortamiento de los tejidos úterosacros, 545
 Acortamiento de los tejidos úterosacros por la vía abdominal, 521
 Acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos, 424
 Acortamiento intraabdominal de los ligamentos redondos, 428
 Actinomicosis en la pelvis, 111
 Adelantamiento o transposición de la uretra, 717
 Adenoma papilar maligno, 371
 Adherencias intraperitoneales, 923
 Aguas de radium, 390
 Aguas y material para sutura, 1057
 Alargamiento de la pared vaginal anterior, 445
 Alcohol, inyecciones subcutáneas de, 840
 Allis, pinzas de, 1054
 Amenorrea, 811
 Amortiguamiento de los rayos por medio de la distancia, 281
 Amortiguamiento o neutralización de los rayos por medio de los tejidos, 259
 Amputación del cuerpo uterino e interposición, 544
 Amputación del cuerpo uterino por vía vaginal, e interposición del cuello, 576
 Amputación vaginal del cuerpo uterino, 204
 Anamnesia, 374
 Anastomosis aséptica, 44
 Anastomosis intraperitoneal distante, 1002
 Anastomosis uréteroureteral, 871
 Anastomosis uréterovesical, 869
 Anatomía y fisiología, estudios de, 570
 Anestesia con óxido nitroso y oxígeno, 1184
 Anestesia de la pared abdominal, 1153
 Anestesia de los tejidos intraperitoneales, 1156
 Anestesia en cirugía ginecológica, 1145
 Anestesia etérea, 1186
 Anestesia general por inhalación, 1181
 preparación de la paciente, 1182
 tratamiento de las complicaciones, 1183
 Anestesia intrarraquídea, fracaso de la, 1181
 Anestesia intrarraquídea, indicaciones de la, 1180
 Anestesia local de los nervios sensorios de la vulva, 839
 Antestesia local por infiltración, 1150
 aguas, 1151
 jeringas, 1150
 soluciones, 1151
 Anestesia presacra, 1176
 Anestesia regional por conducción, 1172
 Anestesia sacra, 1172
 Anestesia transsacra, 1174
 Anexos uterinos de ambos lados intactos, 489
 Anexos uterinos, elevación del fondo y de los anexos uterinos, 484
 Ano, desgarradura del esfínter del, 617
 Ano, fistula del, 893
 tratamiento quirúrgico, 896
 Ano, fisura del, 886
 tratamiento paliativo, 887
 tratamiento quirúrgico, 887
 Ano, prurito del, 913, 1164
 Apéndice, extirpación del, 1082
 Apéndicectomía, 925
 Apéndice complicada con la preñez, 934
 Apéndice sintomas de la, 58
 Apercebimiento del cirujano y los ayudantes, 1064, 1132
 Aplastamiento y ligadura, 834
 Aplicación de medicamentos astringentes en la cervicitis crónica, punción del quiste y, 396
 Aplicaciones de radium a la bóveda vaginal, 285
 Aplicaciones de rayos X, tiempo que ha de esperarse antes de hacer las siguientes, 284
 "Aplicadores", 293
 Aprovechamiento de una tira del músculo elevador del ano para formar un nuevo esfínter vesical 715
 Apuntaciones acerca del diagnóstico del carcinoma del cuello uterino, 240
 Apuntaciones históricas acerca de los neoplasmas del ovario, 2

Arco púbico, sutúrase el fondo uterino a los tejidos fijos cercanos al, 538
 Area de la operación, preparación inmediata del, 1132
 Arterias hipogástricas, ligadura de las, 336
 Artículos que se emplean en la implantación intrauterina de radium, 278
 Arrenoblastoma del ovario, 27
 Ascitis, 1004
 Atresia de la vagina, 775

B

Badly, puntada de tensión de, 643
 Biopsia en el diagnóstico del carcinoma del cuello uterino, 240
 Bisección del útero, 193
 Bisturí, escisión cónica con el, y la sutura, 402
 Bisturías, 1055
 "Bombas" de radium 293
 Bóveda vaginal, aplicaciones de radium a la, 285
 Breves consideraciones acerca del diagnóstico de la cervicitis crónica, 395
 Breve reseña histórica del carcinoma del cuello uterino, 236

C

Cabos vaginales, ventro fijación de anti-guos, 567
 Colpotomía 1139
 desventajas, 1140
 tiempos, 1139
 ventajas, 1139
 Colpotomía, tratamiento después de la, 1141
 Campo operatorio, celiotomía y desembarazo del, 316
 Canalización, 976
 Cara posterior del útero, fijación del ligamento redondo a la, 430
 Caracteres distintivos del tumor inflamatorio crónico, 95
 Carcinoma cervical, preñez y, 346
 Carcinoma cervical, prolapso y, 344
 morbilidad, 344
 tratamiento, 345
 Carcinoma de la uretra, 863
 Carcinoma de la vulva, gangliectomía linfática ilioinguinal en el tratamiento del, 1169
 Carcinoma de la vulva, tratamiento quirúrgico del, 748
 Carcinoma de la vulva, sumario y conclusiones acerca del, 745
 Carcinoma del cuello uterino, 235
 Carcinoma del cuello uterino, causa de la exigua curabilidad del, 363
 Carcinoma del cuello uterino, falta de síntomas en los periodos incipientes del, 365
 Carcinoma del cuello uterino, inflamación pélvica y, 346
 Carcinoma del cuello uterino, pormenores de los métodos de tratamiento del, 270

Carcinoma del cuello uterino, prevención del, 363
 Carcinoma del cuello uterino, remedio del, 366
 Carcinoma del cuello uterino, substitutos de la operación radical del, 344
 Carcinoma del cuello uterino, tratamiento de las complicaciones del, 344
 Carcinoma del cuerpo uterino, 235, 370
 Carcinoma del cuerpo uterino, clasificación clínica del, 372
 Carcinoma del cuerpo uterino, el por qué de la clasificación en seis períodos del, 379
 Carcinoma del cuerpo uterino, operación paliativa del, 385
 Carcinoma del cuerpo uterino, operación radical del, 384
 Carcinoma del cuerpo uterino, prevención del, 389
 Carcinoma del cuerpo uterino, radioterapia del, 382
 Carcinoma del cuerpo uterino, roentgenoterapia del, 384
 Carcinoma del cuerpo uterino, tratamiento quirúrgico del, 384
 Carcinoma del recto, 909
 Carcinoma en el muñón cervical, 298
 Carcinoma vulvar, clasificación del, 737
 Carcinoma y mioma cervicales, 345
 tratamiento, 345
 Cateterismo preoperatorio, 1038
 Causa de la exigua curabilidad del carcinoma del cuello uterino, 363
 Cauterización intrauterina de las trompas, 834
 Cauterización lineal en la cervicitis crónica, 396
 Cavidad en la bóveda o fórnix vaginal, 297
 Cavidad peritoneal, exploración de la, 1078
 Cavidad uterina, desinfección y sutura de la, 552
 Celiotomía en la línea media, operación por medio de la, 446
 Celiotomía, contraindicaciones de la, 1033
 Celiotomía, indicaciones de la, 1033
 Celiotomía inguinal con acortamiento de los ligamentos redondos, 425
 Celiotomía, peligros de la, 1034
 Celiotomía y desembarazo del campo operatorio, 316
 Celulitis pélvica aguda, 61
 Celulitis pélvica crónica, 82
 pormenores de la operación, 82
 Cervicitis crónica, 393
 Cervicitis crónica, breves consideraciones acerca del diagnóstico de la, 395
 Cervicitis crónica, cauterización lineal en la, 396
 Cervicitis crónica, punción del quiste y aplicación de medicamentos astríngentes en la, 396
 Cervicitis crónica, tratamiento de la, 396
 Circunstancias que contraindican la operación inmediata, 568
 ¿Cirugía conservadora o radical?, 1030
 Cirugía empírica, 569
 Cirugía ginecológica, anestesia en, 1145

- Cirugía ginecológica, vías urinarias y su relación con la, 860
- Cirugía selecta, 571
- Cistitis postoperatoria, 860
- Cistocele, 635
- despegamiento de la pared vaginal y los tejidos subyacentes, 639
- incisión en la pared vaginal anterior, 639
- plegadura ("plicación") transversal de la base de la vejiga, 639
- sutura de la herida vaginal, 640
- Clase (clínica) estreptocócica, 92
- causa manifiesta, 92
- duración de la virulencia, 96
- naturaleza de la operación, 96
- situación del tumor inflamatorio, 93
- veracidad de los informes que pueden obtenerse en la diagnosis antes de la operación, 95
- Clase (clínica) gonocócica, 87
- causa manifiesta o manera cómo principia la infección, 88
- situación del estado inflamatorio, 89
- veracidad de los puntos diagnósticos que pueden obtenerse antes de la operación, 91
- Clasificación clínica del carcinoma del cuerpo uterino, 372
- Clasificación de las operaciones, 424
- Clasificación de las operaciones para el tratamiento del prolapso del útero y de la vejiga, 502
- Clasificación de los diversos estados del útero y sus anexos y selección del tratamiento, 489
- Clasificación de los métodos quirúrgicos para tratar las fistulas del conducto genital, 661
- Clasificación del carcinoma del cuello uterino, 244
- clasificación clínica, 245
- clasificación patológica, 246
- Clasificación del carcinoma vulvar, 737
- variedades anatómicas, 737
- Clasificación en seis períodos del carcinoma del cuerpo uterino, el por qué de la, 379
- Clasificación patológica del carcinoma del cuerpo uterino, 370
- Clasificación por períodos del carcinoma del cuerpo uterino, 373
- Cóccix, escisión del, 921
- Coccigodinia, 917
- Colgajo pediculado para enmendar el defecto de la pared vaginal, 691
- de la pared vaginal contigua, 692
- de los labios o de alguna otra parte, 692
- Colgajo vaginal, operación por medio del, 727
- Colocación del radium, 280
- Colon, resección del, 977, 978
- Colostomía, 977, 989
- Colostomía permanente, 984
- Colostomía temporal, 989
- Colpocleisis, 548
- Colpocleisis parcial, 549
- Cómo probar la efectividad de la esterilización, 838
- Compresa hecha de una sola tira, 1041
- Compresión del uréter con las pinzas, 866
- Cordotomía, 859
- Cómo proteger tejidos contiguos del rezumamiento de fluidos infecciosos, 1081
- Complicaciones de la función reproductiva que requieren la celiotomía, 577
- Complicaciones del carcinoma del cuello uterino, tratamiento de las, 344
- Conclusiones generales (¿operación o radioterapia?), 247
- Conducción, anestesia regional por, 1172
- Conducto genital, clasificación de los métodos quirúrgicos para tratar las fistulas del, 661
- Conducto genital, fistulas del, 649
- Conducto intestinal y su relación con la cirugía ginecológica, 882
- Conducto vaginal, estenosis del, 774
- Conductos inguinales, operación por entre los, 446
- Conservación de la función reproductiva, 506
- Conservación de las funciones de los ovarios, 16
- Conservación del cuello uterino, 216
- Conservación del cuello uterino hacia arriba y hacia atrás, 486
- Consideraciones acerca de los neoplasmas que se hallan en el primer período, 251
- Construcción de la vagina, 776
- por medio de la resección del recto (Schubert), 781
- por medio del trasplante de colgajos cutáneos (Graves), 784
- por medio del trasplante de una porción de intestino (Baldwin), 777
- Consultorio, escisión cónica en el, 397
- Continuación del despegamiento de la vejiga y los uréteres del cuello uterino y el parametrio, 329
- ¿Conviene la operación?, 1024
- Corioepitelioma, 391
- Corte transversal de la vagina, forcipresión y, 326
- Cuándo conviene el tratamiento quirúrgico en los prolapso del útero 567
- Cuándo es necesaria la operación en las diversas variedades de neoplasmas ováricos, 6
- crecimiento del abdomen, 10
- diagnóstico dudoso, 8
- diagnóstico inconfundible, 6
- tumores de tamaño mediano, 8
- Cuando es posible la preñez futura, 489
- Cuándo ha de preferirse la operación quirúrgica, 214
- Cuándo ha de preferirse la radiación, 211
- Cuando no es posible la futura preñez, 494
- Cuando se conserva el útero activo, 494
- Cuando se conserva el útero senil, 494
- Cuando se extirpan el ovario y la trompa de un lado, 490
- Cuando tan solo la trompa está dañada, 78
- Cuarto día después de la operación, 1104
- Cuello uterino, conservación del, 216

Cuello uterino, conservación del, hacia arriba y hacia atrás, 486
 Cuello uterino, despegamiento de la porción posterior del, 322
 Cuello uterino, dilatación del, 413
 Cuello uterino, ectropión de, 393
 Cuello uterino, escisión del, 541
 Cuello uterino, "eversión" del, 393
 Cuello uterino, formación de pólipos en el, 394
 Cuello uterino, formación quística en el, 394
 Cuello uterino, hipertrofia del, 408
 Cuello uterino, mioma intramural del, 203
 Cuello uterino, miomas pediculados submucosos que sobresalen por el, 198
 Cuello uterino, miomas que se originan en el, 224
 Cuello uterino, pormenores de los métodos de tratamiento del carcinoma del, 270
 Cuello uterino, precauciones, 164
 antes de la operación, 166
 después de la operación, 166
 durante la operación, 166
 Cuello uterino, proyecto general de tratamiento para el carcinoma del, 367
 Cuello uterino, sostenimiento del, 410
 Cuello uterino, tratamiento ordinario del carcinoma del, 349
 Cuello uterino, tratamiento subsecuente del carcinoma del, 348
 Cuello uterino y el parametrio, continuación del despegamiento de la vejiga y los uréteres, del, 339
 Cuerpo uterino, amputación del, por vía vaginal e interposición del cuello, 576
 Cuerpo uterino, amputación vaginal del, 204
 Cuerpo uterino, carcinoma del, 370
 Cuerpo uterino e interposición, amputación del, 544
 Cuerpo uterino, es menester extirpar el, 577
 Cuerpo uterino, escisión de una parte del, 543
 Cuerpo uterino, interposición subvesical del, 530
 Cuerpo uterino, miomas pequeños o medianos del, en mujeres jóvenes, 227
 Cuerpo uterino, pequeños miomas del, en pacientes menopáusicas o que se aproximan al período climatérico, 226
 Cuerpo uterino, pormenores del diagnóstico del carcinoma del, 370
 Cuerpo uterino, principios en que se funda el tratamiento del carcinoma del, 381
 Cuerpo uterino, puede conservarse el, 577
 Cuerpo uterino, resección vaginal del, 204
 Cuerpo uterino, se saca el, 537
 Cuerpo uterino, vaginofijación del, 442
 Cuidados del peritoneo, 1083

D

Defecto vesical, sustitución de la membrana mucosa vaginal con algún otro tejido para enmendar el, 683
 Deformidades del útero, 809
 Denominaciones equívocas, 500
 Descubrimiento previo de los uréteres, 332
 Desgarradura del cuello del útero, 395
 Desgarraduras del suelo pélvico, técnica de la operación para las, 609
 Desgarradura del esfínter del ano, 617
 abertura del suelo pélvico, 619
 estiramiento del esfínter contraído, 619
 reparación externa ("abierta") y sutura del recto, 619
 restauración de la porción del suelo pélvico que sirve de sostén, 622
 sutura del esfínter anal, 622
 Desgarradura del músculo del trígono vesical, 643
 operación para reparar el músculo del trígono desgarrado, 647
 sumario, 648
 Desinfección de la vagina y del tumor neoplásico, 315, 337
 Desinfección de la vagina y el neoplasma, 337
 Desinfección y sutura de la cavidad, uterina, 552
 Despegamiento de la porción posterior del cuello uterino, 322
 Despegamiento de la porción superior del útero, 316, 343
 Despegamiento de los uréteres, 319
 Despagamiento digital en el tejido conectivo, 64
 Despegamiento para hacer movable la pared vesical, 678
 despegamiento de dentro afuera, 678
 despegamiento de fuera adentro, 683
 Despégase de la vejiga la pared vaginal, 513
 Despégase del útero la vejiga, 531
 Destrucción de la uretra, 709
 Determinación de la operabilidad, separación de la vejiga y, 339
 Diagnóstico intrauterino, legrado uterino para efectuar el, 410
 Dificultades especiales en el tratamiento de tumores inflamatorios crónicos de la pelvis, 84
 Difusión de conocimientos entre el público, 369
 Dilatación aguda del estómago, 1120
 Dilatación de los músculos esfíntéricos, 888
 Dilatación del cuello uterino, 413
 Diltación, legrado uterino y pesarios de tallo, 815
 Dismenorrea, 847
 Dispareunia, 822
 Disposición de instrumentos y apósitos, 1128
 Disposición del material para suturas y ligaduras, 1060
 Disposiciones quirúrgicas suplementarias, 301

Distensión y parálisis intestinal, 1121
 Distinción de los períodos clínicos, 374
 Distribución combinada de radiación, 269
 Distribución de los rayos en la pelvis, 260
 Distribución de los rayos X, 269
 Distribución del radium, 267
 Distribución quirúrgica de rayos, 269
 Diversos períodos del carcinoma del cuerpo uterino, tratamiento de los, 386
 Diverticulitis, 938
 Divertículo de Meckel, 941
 Diverticulosis, 938
 División accidental del uréter, 867
 División longitudinal en dos del útero, 193
 División subcutánea de los nervios de la región pruritica, 915
 Dolor causado por la recidiva del neoplasma, 361
 Dolor pélvico persistente, 846
 Dolor psíquico, 821
 Donald, operación de, 506
 Dosificación del radium, 283
 Dosis de radium, 259
 Dosis "límitrofe" de eritema, 260
 Dudley, operación de, 818
 Duración de la virulencia de los tumores crónicos de la pelvis, 84
 clasificación, 86

E

Ectropión del cuello uterino, 393
 Edad del cáncer, 366
 Edema pélvico fulminante, 113
 Efectos que la radiación produce en los tejidos, 254
 cómo acrecentar la zona de efecto diferencial, 255
 1º zona de total destrucción de todo el tejido, 254
 2º zona de destrucción diferencial, 255
 Electrocoagulación, 406
 Elevación del fondo y de los anexos uterinos, 484
 Elevación y reparación de la pared vaginal anterior por la vía abdominal, 529
 El por qué de esta reseña histórica, 445
 El por qué de la clasificación en seis períodos del carcinoma del cuerpo uterino, 379
 Endometrio hiperplasia del, 409
 Endometrio, legrado uterino para el tratamiento de la hiperplasia del, 410
 Endometriosis pélvica, 21, 58
 actividad postoperatoria, 24
 conservación de la función ovárica, 22
 exclusión de la neoplasia maligna, 23
 operación, 22
 peligros especiales, 24
 peritonitis postoperatoria, 25
 radioterapia, 23
 supresión del tumor, 23
 tratamiento, 22
 traumatismos del intestino, 24
 Endometritis crónica,, 409
 Endometritis crónica, legrado uterino de la, 410

Enfermedades de la región anorrectal, 882
 Enfermedades malignas, 854
 Enfermedades que pueden confundirse con la salpingitis aguda, 57
 endometriosis pélvica, 58
 infección generalizada de origen pélvico, 58
 neoplasma pélvico, 58
 preñez tubaria, 58
 Enteroanastomosis término lateral, 957
 Enterostomía, 950
 Enterotomía, 956
 Enucleación previa de nódulos miomatosos, 193
 Equinococosis de la pelvis, 111
 Eritema, dosis limitrofe de, 260
 Erosión, 394
 Errores que han de evitarse, 69
 Escisión cónica con el bisturí y la sutura, 402
 Escisión cónica en el consultorio, 397
 Escisión cónica en el hospital, 399
 Escisión de los cuernos, técnica de la, 832
 Escisión de una gran parte de las porciones laterales del parametrio, 323
 Escisión de una parte del cuerpo uterino, 543
 Escisión de una parte del uréter, 871
 Escisión del cóccix, 921
 Escisión del cuello uterino, 541
 Escisión del muñón cervical, 407
 Escisión del parametrio, 341
 Escisión del útero, forpocisión de los "pedículos" y escisión del, 558
 Escisión intraperitoneal de la fistula fecal, 998
 Esfínter del ano, desgarradura del, 617
 Esfínter del ano sin sutura rectal, reparación externa ("abierta") del, 628
 Esfínter vesical, aprovechamiento de una tira del músculo elevador del ano para formar un nuevo, 715
 Esfínter vesical, relajación del, 640
 Estados morbosos de las glándulas vulvovaginales, 724
 Estados morbosos en el abdomen, 921
 Estados morbosos especiales, 294
 Estancamiento, hipertrofia por, 723
 Estenosis del conducto vaginal, 774
 Estenosis del orificio vaginal, 769
 división externa ("abierta"), 770
 división submucosa, 772
 Estenosis espasmódica, 822
 Esterilidad, 824
 Esterilización, 826
 ligadura de las trompas, 827
 división y resección de las trompas entre dos ligaduras, 828
 resección de las trompas entre dos ligaduras y enterramiento de los cabos uterinos, 828
 división de las trompas por medio del cauterio, 829
 salpingectomía bilateral, 829
 resección de la porción intersticial de la trompa mediante la extirpación de una porción cuneiforme del cuerpo uterino, 830

- Esterilización, cómo probar la efectividad de la, 838
 Esterilización del área operatoria, 1037
 Estómago, dilatación aguda del, 1120
 Estrechez del recto, 907
 Estudios de anatomía y fisiología, 570
 Evacuación del absceso pélvico, 62
 Eversión del cuello uterino, 393
 Evipán sódico, 1188
 Exactitud en el registro, 380
 Examen microscópico de las raspaduras, 377
 Excavación rectouterina, hernia de la (enterocele posterior), 579
 Excavación rectouterina, sutura de la, alrededor del tubo de desagüe, 559
 Excavación rectouterina, tratamiento quirúrgico de la hernia de la, 582
 Exclusión de la neoplasia maligna, 23
 Exploración de la paciente anestesiada, 62
 Exploración en la cavidad peritoneal, 1078
 Exploración métodos especiales de, 378
 Exploración pélvica, 376
 Extirpación de la trompa y del ovario, 193
 Extirpación de tejido adiposo de la pared abdominal, 1096
 Extirpación de apéndice, 1082
 Extirpase la porción excesiva de pared vaginal, 520
 Extracción de las raspaduras, 414
 Extracción del radium, 284
- F
- Falta congénita de la vagina, 776
 Falta de síntomas en los periodos incipientes del carcinoma del cuello uterino, 365
 Fascia úteropúbica, 500
 Fijación de los cabos intestinales a la pared abdominal, 976
 Fijación de los ligamentos redondos debajo de la vejiga, 559
 Fijación del cuerpo uterino a la pared abdominal, 577
 Fijación del ligamento redondo a la cara posterior del útero, 430
 Fístula del ano, 893
 Fístula fecal, 997
 Fístula fecal, escisión intraperitoneal de la, 998
 Fístula fecal, sutura extraperitoneal simple de la, 999
 Fístula fecal, sutura extraperitoneal transversal, 1001
 Fístula intestinovaginal, 722
 Fístula rectovaginal, 721
 Fístula uréterovaginal, 719
 Fístula uréterovésicovaginal, 720
 Fístula uretrovaginal, 708
 Fístula vésicouterovaginal, 707
 Fístula vésicovaginal, tabla de los métodos empleados para curar la, 664
 Fístula vésicovaginal, tratamiento preoperatorio de la, 665
 Fístulas, 1165
 Fístulas ciegas abdominales, 1002
 Fístulas del conducto genital, 649
 breve reseña histórica, 649
 fístula vesicovaginal, 649
 Fístulas que tienen orificio grande, 706
 Fístulas que tienen orificio pequeño o mediano, 705
 fístula pequeña o mediana con gran cantidad de tejido cicatrizal, 705
 fístulas pequeñas o medianas rodeadas de pared vaginal normal o de sólo cantidad moderada de tejido cicatrizal, 705
 Fístulas rectovaginal y vésicovaginal, 722
 Fístulas rectovaginales, 352
 Fístulas situadas en regiones difíciles, 706
 Fístulas vésicovaginales, 352
 Fístulas vésicovaginales, selección del método quirúrgico para las, 704
 Fístulas vésicovaginales, técnica de las operaciones para tratar las, 665
 Fístulas vésicovaginales, tratamiento preoperatorio de las, 706
 Fisuras, 1164
 Fisura anal, resección de la, 887
 Fisura del ano, 886
 Flebitis, 1125
 Flujo menstrual, trastornos del, 811
 "Fondo de saco" posterior, 322
 Fondo uterino, ventro fijación del, 494
 Forcimpresión de los "pedículos" y escisión del útero, 558
 Forcimpresión previa sucedida de la ligadura, 552
 Forcimpresión y corte transversal de la vagina, 326
 Formación de pólipos en el cuello uterino, 394
 Formación quística en el cuello uterino, 394
 Fórnix vaginal, cavidad en la bóveda o, 297
 Fothergill, operación de, 506
 Fracaso de la anestesia intrarraquídea, 1181
 Función reproductiva con complicaciones que requieren la celiotomía, pacientes en quienes no se conserva la, 573
 Función reproductiva, conservación de la, 506
 Función reproductiva sin complicaciones abdominales, pacientes en quienes no se conserva la, 574
 Función reproductiva, supresión de la, 530
 Función, trastornos de la, 810
- G
- Gangliectomía linfática ilioinguinal en el tratamiento del carcinoma de la vulva, 1169
 Ganglios linfáticos de la vulva, 733
 Gasa impregnada de vaselina. Tapón vaginal, 281
 Gilliam, técnica de, 447
 Glándulas vulvovaginales, estados morbosos de las, 724
 Grandes miomas del cuerpo uterino en mujeres más jóvenes, 229

Grandes miomas del cuerpo uterino en pacientes que se hallan cerca de la menopausia, 228

H

¿Ha de ser el cirujano más o menos conservador?, 1030

Hemorragia, 350

Hemorragia pélvica, 109

diagnóstico, 110

tratamiento, 110

Hemorragia uterina, legrado uterino en la, 410

Hemorroides, 899, 1165

Hemorroides externas 899,

cutáneas, 900

varicosas, 900

Hemorroides internas, 900

tratamiento por medio de la inyección, 901

Hemorroides, método de la ligadura para el tratamiento de las, 904

Hemostasis, métodos para efectuar la, 146

Herida peritoneal, tratamiento de los "pedículos" y de la, 343

Herida vaginal, tratamiento de la, 344

Heridas vesicales, reparación de, 864

Hernia, 1005

Hernia de la excavación rectouterina (enterocece posterior), 579

Hernia de la excavación rectouterina, tratamiento quirúrgico de la, 582

Hernia de la excavación rectouterina, tratamiento quirúrgico por vía abdominal de la, 585

Hernia femoral, 1013

Hernia inguinal, 1010

Hernia perineal, 1021

Hernia postoperatoria, 1006

Hernia umbilical, 1006

Herniotomía, 1171

Himen, imperforación del, 769

Hiperplasia del endometrio, 409

Hipertrofia del cuello uterino, 408

amputación, 408

Hipertrofia por estancamiento ("estasis"), 723

Hipomenorrea, 811

Histerectomía, 232, 417

Histerectomía abdominal, 564

Histerectomía luego de efectuar la radioterapia ordinaria, 312

Histerectomía por el método de las pinzas, 196

Histerectomía supravaginal, 216

Histerectomía supravaginal motivada por el prolapso uterino, 565

Histerectomía total (por vía abdominal), 167, 577

apertura de la vagina, 167, 169

despegamiento de adherencias, 167, 172

enucleación de nódulos miomatosos, 167, 171

enucleación posterior del cuello, 167, 173

escisión cónica del cuello por vía vaginal, 173

Histerectomía total (cont.)

escisión de la membrana mucosa cervical, 167, 173

escisión del cuello, 167, 170

forcipresión y corte de los tejidos, 167, 168

identificación de los uréteres, 167, 168

ligadura de los tejidos, 167, 168

rechazamiento hacia abajo de la vejiga, 167, 168

tiempos ordinarios, 167

tratamiento de la bóveda vaginal, 167, 170

variaciones en la técnica, 167, 171

Histerectomía supravaginal por vía vaginal, 151

disposiciones para la canalización, 152, 164

enucleación preliminar, 152, 161

forcipresión de los vasos, 152, 162

ligadura primitiva, 152, 160

tiempos ordinarios, 152

variaciones en la técnica, 152

apertura del útero, 152, 156

acortamiento de los ligamentos redondos, 152, 159

asimiento del útero, 152

corte transversal del cuello, 152, 156

despegamiento de la vejiga, 152

escisión de los anexos uterinos, 152, 157

fijación de los cabos, o "pedículos", al cuello, 152, 157

forcipresión y división de los ligamentos anchos, 152, 154

ligadura de los cabos (pedículos), 152, 156

"peritonización", 152, 159

Histerectomía supravaginal, precauciones en la, 370

Histerectomía, total, 217

Histerectomía total motivada por el prolapso, 566

Histerectomía vaginal, 180

desinfección y sutura de la cavidad uterina, 181

despegamiento de la vejiga, del útero, 181

división longitudinal, 181, 193

enucleación previa, 181, 193

extirpación de los anexos, 181, 193

extracción de la gasa, 181, 188

incisión paravaginal, 181

método de las pinzas, 181

separación del recto, del útero, 181, 185

sutura de la incisión vaginal, 181, 189

sutura para unir los pedículos, 181, 189

tiempos ordinarios, 181

variaciones en la técnica, 181, 192

vuelta hacia fuera del fondo uterino, 181, 193

Histerectomía vaginal para efectuar la colocación del radium, 307

Histerectomía vaginal para el tratamiento del prolapso, 552

Histerotomía abdominal 418

Histerotomía seguida de miomectomía, 232

Histerctomía vaginal, 417

Hospital, escisión cónica en el, 399

I

Imperforación del himen, 769
 Implantación del cuerpo uterino en la pared abdominal, 577
 Implantación del útero en la pared abdominal, 562
 Implantación intrauterina de radium, 278
 Implantación posterior de los ligamentos redondos, 490
 Implantación tubaria, 826
 Incisión abdominal, acortamiento de los ligamentos úterosacros por entre la, 439
 Incisión abdominal transversal, 332
 Incisión de la pared abdominal, 1068
 Incisión de la pared vaginal, 63
 Incisión para descubrir el parametrio y colocar el radium, 308
 Incisión paravaginal, 339
 Incisión paravaginal de Schuchardt, 195
 Incisión vaginal, acortamiento de los ligamentos redondos por entre la, 443
 Incisión vaginal, se cierra la, 540
 Incisión vaginal, sutura de la, 560
 Incisión y sutura (operación de Dudley), 818
 Incisiones de relajación en la pared vaginal, 676
 incisión en la excavación rectouterina, 677
 incisión profunda delante del cuello uterino, 677
 incisiones que crucen las zonas de tensión, 676
 Indicaciones de la anestesia intrarraquídea, 1180
 Incontinencia de orina, 716
 Indicaciones del tratamiento radical de la roentgenoterapia, 210
 Infiltración, antestesia local por, 1150
 Infección generalizada de origen pélvico, 57
 "Infiltración fijadora", 596
 Inflamación de la uretra, 862
 Inflamación después de aplicar el radium, 352
 Inflamación pélvica aguda, 53
 Inflamación pélvica crónica, 74
 Inflamación pélvica estreptocócica, 93
 Inflamación pélvica y carcinoma del cuello uterino, 346
 Inflamación y neoplasmas uretrales, 862
 Inflamación y perturbaciones del metabolismo en el útero, 393
 Información a la paciente, 50
 Inhalación, anestesia general por, 1181
 Instrumentos especiales, 1063
 Insuficiencia renal, 1121
 Intentos de efectuar la fijación del cuello uterino en la parte posterior de la pelvis, 441
 Interposición subvesical del cuerpo uterino, 530
 Intestino, lesiones traumáticas del, 924
 Intestino, resección del, 956
 "Introduectores", 293
 "Inversión" crónica del útero, 586
 Inyección de alcohol en los nervios, 854

Inyección intrarraquídea, 1176
 aparato, 1178
 técnica, 1178
 Inyecciones de alcohol en el plexo presacro, 851
 Inyección intraespinal (subaracnoidea) de alcohol, 856
 Inyecciones subcutáneas de alcohol, 840

J

Juego de instrumentos ordinarios para operaciones abdominales, 1053

K

Kelly, puntadas de, 643

L

Lavado gástrico, 1115
 Legrado uterino, 377, 815
 Legrado uterino en la endometritis crónica, 410
 Legrado uterino en la hemorragia uterina, 410
 Legrado uterino para efectuar el diagnóstico intrauterino, 410
 Legrado uterino para el tratamiento de la hiperplasia del endometrio, 410
 Legrado uterino, peligros del, 410
 Legrado uterino, técnica para el, 410
 Legrado uterino, tratamiento postoperatorio del, 416
 Lesiones del suelo pélvico, 601
 Lesiones óseas, 361
 Lesiones traumáticas accidentales del intestino, 924
 Lesiones traumáticas quirúrgicas, 864
 Lesiones uretrales, 865
 durante la operación, 866
 Leucoplasia, 395
 Ligadura accidental del uréter, 866
 Ligadura de las arterias hipogástricas, 336
 Ligadura de los "pedículos" parametriales, 329
 Ligadura de los vasos del útero, 341
 Ligadura, forcipresión previa sucedida de la, 552
 Ligamento ancho, operación plástica del, 504
 Ligamento ancho, quiste parovárico del, 30
 Ligamento ancho, se pone a la vista la porción inferior de cada, 516
 Ligamento ancho, vórices del, 112
 Ligamento ancho, vuelta hacia fuera del fondo uterino para ligar los cabos superiores del, 173
 Ligamento redondo con asa corta, trasplatación del, 493
 Ligamentos anchos, acortamiento de los, 542
 Ligamentos anchos, plegadura de los, 437
 Ligamentos anchos, vórices de los, 493
 Ligamentos anchos, operación plástica en los, 572
 Ligamentos redondos, acortamiento extra-peritoneal de los, 424
 Ligamentos redondos, acortamiento intra-abdominal de los, 428

Ligamentos redondos, celiotomía inguinal con acortamiento de los, 425
 Ligamentos redondos, fijación de los, debajo de la, 559
 Ligamentos redondos, implantación posterior de los, 490
 Ligamentos redondos, plegadura intraperitoneal de los, 490
 Ligamentos redondos, trasplatación extraperitoneal de los, 426
 Ligamento útero-púbico, 500
 Ligamentos úterosacros por entre la incisión abdominal, acortamiento de los, 439
 Ligamentos úterosacros por vía vaginal, acortamiento de los, 444
 Línea media, operación por medio de la celiotomía en la, 425
 Linfadenectomía, 332
 Linfadenectomía iliaca, 303, 309
 Linfadenectomía inguinoiliaca, 752
 despegamiento del grupo ganglionar inferior, 761
 división del ligamento inguinal, cuando es necesario. Extirpación en conjunto de los ganglios, 762
 enucleación de los ganglios linfáticos cercanos a los vasos ilíacos, 757
 incisión cutánea, 752
 reparación de los tejidos y sutura de la herida, 764
 Lipoma retroperitoneal, 111

M

Mandriles, 297
 Meckel, divertículo, 941
 Médico, tarea del, 367
 Menopausia tardía, 812
 Menopausia tardía, 389
 Menorragia, 811
 Menstruación dolorosa (dismenorrea), 814
 Metástasis provocada al efectuar la biopsia del carcinoma del cuello uterino, 243
 Método de la ligadura para el tratamiento de las hemorroides, 904
 Método de las pinzas, histerectomía por el, 196
 Método de Pitkin, 1180
 Método de Stout, 1179
 Método del colgajo, reparación del esfínter del ano según el, 622
 Métodos de distribución especial de los rayos, 266
 Métodos de tratamiento del carcinoma vulvar, 741
 radioterapia, 741
 tratamiento postoperatorio, 743
 tratamiento quirúrgico, 741
 Métodos de tratamiento para la preñez y el mioma, 231
 Métodos de tratamiento, pormenores de los diversos, del carcinoma del cuerpo uterino, 382
 Métodos especiales de exploración, 378
 Métodos generales de radiumterapia, 270
 Métodos para efectuar la radiación, 205
 Métodos quirúrgicos, de la relajación del suelo pélvico, 603

Métodos quirúrgicos para tratar las fistulas del conducto genital, clasificación de los, 661
 Metrorragia, 811
 Micción, perturbaciones en el mecanismo de la, 640
 Mioma intramural del cuello uterino, 203
 Mioma sangrante, tratamiento del, 224
 Mioma uterino, métodos de tratamiento radical, 145
 Mioma uterino, técnica de las operaciones, 146
 Mioma y adenomiona del útero, 144
 Mioma y carcinoma cervicales, 345
 Miomas pediculados submucosos que sobresalen por el cuello uterino, 198
 Miomas pequeños o medianos del cuerpo uterino en mujeres jóvenes, 227
 Miomas que se originan en el cuello uterino, 224
 Miomas submucosos de la porción superior del útero, 204
 Miomas subperitoneales, 204
 Miomectomía, 217
 Miomectomía (por vía abdominal), 174
 Miomectomía vaginal, 198
 Muñón cervical, carcinoma en el, 298
 Muñón cervical, escisión del, 407
 Muñón vaginal, sutura del, 329
 Músculo del trígono vesical desgarradura del, 643
 Músculo elevador del ano para formar un nuevo esfínter vesical, aprovechamiento de una tira del, 715
 Músculos esfintéricos, dilatación de los, 888

N

Nefrostomía, 876
 Neoplasma, desinfección de la vagina y el, 337
 Neoplasma maligno del ovario, 37
 clasificación clínica, 39
 grupo "clínico" I, 39
 grupo "clínico" II, 39
 grupo "clínico" III, 39
 grupo "clínico" IV, 39
 grados de malignidad, 39
 tratamiento, 39
 magnitud de la operación, 40
 operabilidad, 40
 radiación postoperatoria, 41
 Neoplasma pélvico, 58
 Neoplasmas benignos del recto, 909
 Neoplasmas concomitantes con la preñez, 42
 neoplasma ovárico concomitante con preñez adelantada (más de seis meses), 43
 neoplasma ovárico concomitante con preñez incipiente (menos de seis meses), 43
 Neoplasmas de células granulosas del ovario, 26
 Neoplasmas malignos de la vagina, 766
 carcinoma, 766
 corioepitelioma, 767
 sarcoma, 767
 Neoplasmas malignos de la vulva, 733

- Neoplasmas malignos del útero, 235
 Neoplasmas no malignos, 723
 Neoplasmas retroperitoneales, 1002
 Neoplasmas ováricos benignos, 45, 49
 Neoplasmas ováricos, tratamiento postoperatorio de los, 45
 Neoplasmas tubarios, 111
 Neoplasmas uretrales, 862
 Nervio presacro, técnica de la resección del, 850
 Nervios, inyección de alcohol en los, 854
 Nervios sensorios de la vulva, anestesia local de los, 839
 Nervios sensorios de la vulva, resección de los, 841
 Nódulo pequeño en el tabique, 296
 Nódulos miomatosos, enucleación previa de, 193
- O
- Oclusión de la vagina, 576
 Oclusión en la porción lateral de las trompas, 825
 Oclusión en la porción medial de las trompas, 825
 Oclusión intestinal, 941, 1124
 Oclusión intestinal espontánea, 945
 Oclusión intestinal mecánica, 944
 Oclusión intestinal postoperatoria, 941
 Oclusión intestinal, tratamiento quirúrgico de la, 949
 Oclusión tubaria, 825
 Operación abdominal, 215
 Operación abdominal (conservando la función reproductiva), 521
 Operación abdominal, indicaciones de la, 1033
 Operación abdominal (método de Haultain), 596
 Operación abdominal para implantar el radium, 303, 308
 Operación abdominal, peligros de la, 1034
 Operación abdominal, preparación de la paciente para la, 1035
 Operación abdominal radical, 314
 Operación, accidentes uretrales después de la, 873
 cuando se corta el uréter, 874
 cuando se liga un uréter, 874
 cuando se ligan ambos uréteres, 875
 Operación cesárea, 232
 Operación coadyuvada por los rayos X, 251
 Operación de Donald, Fothergill y de Manchester, 506
 Operación de Dudley, 818
 Operación de las pinzas y el cauterio para el tratamiento de las hemorroides, 904
 Operación ovárica ejecutada en circunstancias especiales, 17
 abundantes adherencias, 17
 arrenoblastoma, 17
 lesiones traumáticas extragenitales, 17
 neoplasma de células granulosas, 17
 neoplasma maligno, 17
 preñez concomitante, 17
 quiste de gran tamaño, 17
 quiste dermoide, 17
 Operación ovárica (cont.)
 quiste endometrial (endometriosis pélvica), 17
 quiste papilar, 17
 quiste parovárico, 17
 quiste supurante, 17
 quiste tecaluteímico, 17
 Operación paliativa del carcinoma del cuerpo uterino, 385
 Operación plástica de los ligamentos anchos (acortamiento de los ligamentos anchos por vía vaginal, y reparación del tabique útero-púbico), 506
 Operación plástica del ligamento ancho, 504
 Operación plástica en los ligamentos anchos, 572
 Operación por entre los conductos inguinales, 446
 Operación por medio de la celiotomía en la línea media, 426
 Operación por medio del colgajo vaginal, 727
 Operación por medio del "puente anal doble", 727
 Operación quirúrgica después de la radioterapia ordinaria, 252
 Operación quirúrgica, selección de la, 482
 Operación radical del carcinoma del cuello uterino, substitutos de la, 344
 Operación radical del carcinoma del cuerpo uterino, 384
 Operación, técnica de la, 727
 Operación vaginal, 223
 Operación vaginal (método de Spinelli), 589
 Operación vaginal radical, 336
 Operación vaginal, tratamiento por medio de la, 495
 Operaciones abdominales, 1153
 Operaciones abdominales, contraindicaciones de la 1033
 Operaciones abdominales, pormenores especiales en las, 1092
 choque quirúrgico, 1094
 desagüe o "canalización", 1092
 lesiones accidentales de órganos contiguos, 1095
 Operaciones abdominales, preparación de las, 1032, 1034
 Operaciones abdominales, tratamiento postoperatorio en las, 1099
 Operaciones abdominales, técnica de las, 1068
 Operaciones, clasificación de las, 424
 Operaciones conservadoras, resumen de las, 588
 Operaciones de interés histórico, 312
 Operaciones del suelo pélvico, tratamiento postoperatorio después de las, 632
 Operaciones por la vía vaginal, 441
 Operaciones quirúrgicas conservadoras del ovario y de las trompas, 117
 Operaciones rectales, 1164
 fistulas, 1165
 fisuras, 1164
 hemorroides, 1165
 prurito del ano, 1164
 Operaciones, técnica de las, 446

- Operaciones vaginales, 530, 1128
 Operaciones vaginales, 1158
 infiltración especial, 1164
 infiltración profunda al lado del útero, 1159
 infiltración superficial, 1158
 Operaciones vaginales, técnica e indicaciones de las, 1138
 Organos genitales externos y vagina, 723
 Orificio vaginal, estenosis del, 769
 Orificio vaginal, propagación carcinomatosa al, 294
 Orina, incontinencia de, 716
 Orina, utilización del recto como receptáculo continente de la orina, 702
 Ovario, abundantes adherencias de los neoplasmas del, 17
 Ovario, apuntes históricas acerca de los neoplasmas del ovario, 2
 Ovario, arrenoblastoma del, 27
 Ovario, clasificación de las enfermedades del, 1
 Ovario, conservación del tejido ovárico con su propia irrigación sanguínea, 119
 absceso del ligamento ancho, 125
 enfermedades del ligamento ancho, 125
 escisión de la cápsula engrosada, 123
 escisión de quistes, 123
 neoplasma parovárico, 126
 neoplasma ovárico, 119
 ovario quístico, 122
 punción de los quistes, 123
 Ovario, cuando se extirpan el, y la trompa de un lado, 490
 Ovario, extirpación de la trompa y del, 193
 Ovario, neoplasma maligno del, 37
 Ovario, neoplasmas de células granulosas del, 26
 Ovario, operaciones quirúrgicas conservadoras del, 117
 Ovario, pormenores de la operación del neoplasma del, 12
 Ovario, problemas actuales acerca de los tumores del, 5
 Ovario, quiste de gran tamaño del, 33
 Ovario quiste dermoide del, 21
 Ovario, quiste papilar del, 28
 Ovario, quiste seroso del, 28
 Ovario, quiste pseudomucinoso del, 29
 Ovario, quiste supurante del, 20
 Ovarios, conservación de las funciones de los ovarios, 16
 Ovarios, enfermedades de los, 1
 Ovarios, neoplasmas de los, 1
 Ovarios, otras enfermedades de los, 99
 Ovarios, quistes tecaluténicos en los, 27
- P
- Pacientas en quienes no se conserva la función reproductiva con complicaciones que requieren la celiotomía, 573
 Pacientas en quienes no se conserva la función reproductiva sin complicaciones abdominales, 574
 Pacientas en quienes se conserva la función reproductiva sin complicaciones abdominales, 572
- Paciente, preparación mediata de la, 1128
 Papilomas anales, 909
 Paquete de radium puntada especial que facilita la extracción del, 281
 Parametrio, escisión de una gran parte de las porciones laterales del, 323
 Parametrio, escisión del, 341
 Parametrio incisión para descubrir el, y colocar el radium, 308
 Parametrio, tratamiento del, por medio de agujas, 303
 Parametrio, tumor neoplásico especial en el, 298
 Parametritis cervical, 83
 Parametritis de los anexos, 83
 Parametritis pélvica, 82
 Pared abdominal, anestesia de la, 1153
 Pared abdominal, extirpación de tejido adiposo de la, 1096
 Pared abdominal, fijación del cuerpo uterino a la, 577
 Pared abdominal, implantación del cuerpo uterino en la, 317
 Pared abdominal, implantación del útero en la, 562
 Pared abdominal, incisión de la, 1068
 Pared abdominal relajada, 493
 Pared abdominal, sutura de los ligamentos plegados a la, 430
 Pared abdominal, sutura del ligamento redondo a la, 493
 Pared abdominal, trasplantación de los ligamentos redondos a la, 432
 Pared abdominal, ulceración de la, 357
 Pared vaginal anterior, alargamiento de la, 445
 Pared vaginal anterior por la vía abdominal, elevación y reparación de la, 529
 Pared vaginal anterior por vía abdominal, reparación y elevación de la, 574
 Pared vaginal, colgajo pediculado para enmendar el defecto de la, 692
 Pared vaginal, despégase de la vejiga la, 513
 Pared vaginal, se separa de la vejiga la, 530
 Pared vesical, despegamiento para hacer móvil la, 678
 Pedículo, plegadura posterior de los ligamentos redondos sobre el, 494
 "Pedículos" parametriales, ligadura de los, 329
 Peligros de la celiotomía, 1034
 Peligros de la operación abdominal, 1034
 Peligros de la salpingitis aguda, 54
 diseminación de la infección peritoneal, 55
 operación abdominal apresurada, 54
 persistente actividad de la paciente, 55
 Peligros del legrado uterino, 410
 Pelvis, actinomicosis en la, 111
 Pelvis, dificultades especiales en el tratamiento de tumores inflamatorios crónicos de la, 84
 Pelvis, distribución de los rayos en la, 260
 Pelvis, edema pélvico fulminante, 113
 Pelvis, equinococosis de la, 111
 Pelvis, intentos de efectuar la fijación del

- Pelvis, intentos (cont.)
 cuello uterino en la parte posterior de la, 441
 Pelvis, virulencia de los tumores crónicos de la, 84
 Pepitas de oro, 293
 Pepitas de platino, 293
 Pepitas de radón, 291
 Pequeños miomas del cuerpo uterino en pacientes menopáusicas, o que se aproximan al período climaterico, 226
 Perforación de la pared del absceso, 65
 Períodos clínicos distinción de los, 374
 Períodos incipientes del carcinoma del cuello uterino, falta de síntomas en los, 365
 Peritoneo, cuidados del, 1083
 Peritoneo pélvico, otras enfermedades de los, 99
 Peritoneo, pseudomixoma del, 29
 Peritoneo, sutura del, 329
 Peritonitis, 1124
 Perturbaciones de la función, 361
 Perturbaciones del metabolismo en el útero, inflamación y, 393
 Perturbaciones en el mecanismo de la micción, 640
 relajación del esfínter vesical, 640
 Perturbaciones nerviosas, 846
 Perturbaciones pélvicas, tratamiento quirúrgico de las, 482
 Pesarios de tallo, 815
 tubos de goma, 817
 Pielitis postoperatoria, 860
 Pinzas, compresión del uréter con las, 866
 Pinzas de Allis, 1054
 Pinzas grandes para neoplasmas, 1064
 Pinzas o grapas para toallas, 1054
 Pinzas para disección, 1055
 Pinzas-tenáculo, 1057
 Pitkin, método de, 1180
 Plegadura de los ligamentos anchos, 437
 Plegadura intraperitoneal de los ligamentos redondos, 490
 Plegadura posterior de los ligamentos redondos sobre el pedículo, 494
 Plexo hipogástrico, resección del, 821
 Plexo presacro, inyecciones de alcohol en el, 851
 técnica, 851
 Pólipo mucoso, 394
 Porción posterior del cuello uterino, despegamiento de la, 322
 Porción superior del útero, despegamiento de la, 343
 Porción superior del útero, sutura del ligamento redondo en la, 493
 Porción vaginal, sutura de la, que ha de extirparse, 337
 Porciones laterales del parametrio, escisión de una gran parte de las, 323
 Pormenores de especial interés en la vulvectomía, 731
 Pormenores de la operación, 58
 canalización peritoneal, 59
 celiotomía, 60
 colpotomía, 59
 Pormenores de la operación del neoplasma del ovario, 12
 operación en circunstancias ordinarias, 12
 extirpación de otros tejidos, 15
 extirpación del neoplasma, 15
 incisión, 13
 tratamiento del pedículo, 15
 Pormenores de los diversos métodos de tratamiento del carcinoma del cuerpo uterino, 382
 Pormenores de los métodos de tratamiento del carcinoma del cuello uterino, 270
 Pormenores del diagnóstico del carcinoma del cuerpo uterino, 370
 Pormenores especiales en las operaciones abdominales, 1092
 Portaagujas, 1057
 Precauciones en la histerectomía supravaginal, 370
 Precauciones que han de tenerse al abrir el abdomen, 922
 Preñez, apendicitis complicada con, 934
 Preñez, cuando no es posible la futura, 494
 Preñez extrauterina, 101
 antes de la ruptura, 102
 copiosa hemorragia intraperitoneal, 105
 hematocele pélvico, 103
 hematoma pélvico, 107
 hemorragias intraperitoneales moderadas y repetidas, 104
 preñez extrauterina avanzada, 108
 Preñez futura, cuando es posible la, 489
 Preñez, neoplasma concomitante con la, 42
 Preñez tubaria, 58
 Preñez y carcinoma cervical, 346
 diagnóstico, 346
 morbilidad, 346
 síntoma, 346
 tratamiento, 347
 Preñez y mioma, 230
 morbilidad, 230
 Preñez y mioma, métodos de tratamiento para la, 231
 Preparación abdominal mediata, 1037
 Preparación de la paciente, para la operación abdominal, 1035
 Preparación de la paciente para la operación de la fistula anal, 896
 Preparación de la sala de operaciones, 1038
 Preparación de las operaciones abdominales, 1032, 1034
 Preparación inmediata del área de la operación, 1132
 Preparación mediata de la paciente, 1128
 Prevención de adherencias intraperitoneales, 923
 Prevención del carcinoma del cuello uterino, 363
 Prevención del carcinoma del cuerpo uterino, 389
 Primero y segundo días después de la operación, 1103
 Principios del tratamiento del carcinoma del cuello uterino, 246
 Principios en que se funda el tratamiento del carcinoma del cuerpo uterino, 381

Problemas actuales acerca de los tumores del ovario, 5
 Proctitis, 884
 Progresos logrados en la destrucción de las células carcinomatosas por medio de la radiación, 238
 Prolapso del útero y de la vejiga, 497
 Prolapso, histerectomía total motivada por el, 566
 Prolapso uterino, histerectomía supravaginal motivada por el, 565
 Prolapso uterino, selección del método quirúrgico para el, 568
 Prolapso y carcinoma cervical, 344
 Prolapsos del útero, cuándo conviene el tratamiento quirúrgico en los, 567
 Pronóstico después de la extirpación quirúrgica de neoplasmas ováricos, 49
 Propagación carcinomatosa al orificio vaginal, 294
 Prurito del ano, 1164
 Proyecto general de tratamiento para el carcinoma del cuello uterino 367
 Prurito del ano, 913
 Prurito y dolor vulvares, 838
 "Puente anal doble", operación por medio del, 727
 Punción del quiste y aplicación de medicamentos astringentes en la cervicitis crónica, 396
 Puntada de tensión de Baldy, 643
 Puntada especial que facilita la extracción del paquete de radium, 281
 Puntadas de Kelly, 643
 Puntadas profundas, anúndanse las, 520
 Puntadas profundas, se hacen las, 520

Q

Quiste de gran tamaño del ovario, 33
 Quiste dermoide del ovario, 21
 Quiste endometrial, 21
 Quiste ovárico, ruptura del, 20
 Quiste papilar del ovario, 28
 Quiste parovárico, 7
 Quiste parovárico del ligamento ancho, 30
 Quiste seroso del ovario, 28
 Quiste pseudomucinoso del ovario, 29
 Quiste supurante del ovario, 20
 Quistes endometriales, 8
 Quistes foliculares y del cuerpo amarillo, 6
 Quistes ováricos, torcedura del pedículo de, 19
 Quistes tecaluténicos, 6
 Quistes tecaluténicos en los ovarios, 27

R

Radiación, cuándo ha de preferirse la, 211
 "Radiación direccional", 294
 "Radiación directa", 294
 "Radiación dirigida", 294
 Radiación, distribución combinada de, 269
 Radioterapia, 766
 invasión uretral, 766
 Radioterapia del carcinoma del cuerpo uterino, 382
 Radioterapia ordinaria, histerectomía luego de efectuar la, 312
 Radium, agujas de, 290

Radium, aplicaciones de, a la bóveda vaginal, 285
 Radium, "bombas" de, 293
 Radium, colocación del, 280
 Radium, distribución del, 267
 Radium, dosificación del, 283
 Radium, extracción del, 284
 Radium, histerectomía vaginal para efectuar la colocación del, 307
 Radium, implantación intrauterina de, 278
 Radium, incisión para descubrir el parámetro y colocar el, 308
 Radium inflamación después de aplicar el, 352
 Radium, introducción del, 206
 Radium, operación abdominal para implantar el, 303
 Radium, operación vaginal para implantar el, 303
 Radium, suturas especiales para facilitar la extracción del, 207
 Radiumterapia 206, 418
 dosificación, 208
 extracción del radium, 208
 introducción del radium, 206
 legrado uterino, 206
 suturas especiales para facilitar la extracción, 207
 tratamiento subsecuente, 209
 Radiumterapia métodos generales de, 270
 Radón, pepitas de, 291
 Radón, semillas de, 291
 Raspadura uterina, 413
 Raspaduras, examen microscópico de las, 377
 Raspaduras, extracción de las, 414
 Rayos esfacelantes, 259
 Rayos X, distribución de los, 269
 Rayos X, tiempo que ha de esperarse antes de hacer las siguientes aplicaciones de, 284
 Razón de la distribución especial de los rayos, 261
 Recidiva del neoplasma, dolor causado por la, 361
 Recto, carcinoma del, 909
 Recto, estrechez del, 907
 Recto, neoplasmas benignos del, 909
 Recto, separase del útero el, 558
 Rectocele, 633
 Régimen alimenticio y laxante, 1036
 Región anorrectal, enfermedades de la, 882
 Región prurítica, división subcutánea de los nervios de la, 915
 Regiones difíciles, fistulas situadas en, 706
 Registro, exactitud en el, 380
 Relajación del esfínter vesical, 640
 Relajación del esfínter vesical, tratamiento quirúrgico de la, 642
 Relajación del suelo pélvico, 602
 apertura del suelo pélvico, 609
 cómo proyectar la restauración del orificio vaginal, 608
 evítase la constricción del orificio vaginal, 616
 identificación del cincho músculofibroso, 610
 métodos quirúrgicos, 603
 sutura de la herida en el suelo pélvico, 614
 técnica de la operación, 608

- Relajación del suelo (cont.)
 tiempos de que consta la operación usual, 608
 unión de los cabos del cincho pélvico, 612
- Relajación del suelo pélvico, métodos quirúrgicos de la, 603
- Reparación de heridas vesicales, 864
- Reparación de lesiones incidentales y accidentales, 1083
- Reparación del esfínter del ano según el método del colgajo, 622
 abertura del suelo pélvico, 623
 acortamiento del cincho pélvico, 624
 dilatación o estiramiento del esfínter contraído, 623
 incisión del esfínter reparado para suprimir la tensión, 624
 sutura del esfínter anal, 624
- Reparación del suelo pélvico, 521
- Reparación externa ("abierta") del esfínter del ano sin sutura rectal 628
- Reparación y elevación de la pared vaginal anterior por vía abdominal, 574
- Repliegue peritoneal véscicouterino, se abre el, 532
- Requisitos de la radiumterapia, 239
- Resección de la fisura anal, 887
- Resección de los nervios sensorios de la vulva, 841
- Resección del colon, 977, 978
- Resección del cuerpo uterino, 223
- Resección del cuerpo uterino (por vía abdominal), 175
 resección cuneiforme, 176
 resección horizontal, 179
- Resección del intestino 956
- Resección del plexo hipogástrico, 821
- Resección del útero, 417
- Resección tubaria, 833
- Resección vaginal del cuerpo uterino, 204
- Reseña histórica, el por qué de esta, 445
- Resumen de las operaciones conservadoras, 588
- Resumen del del tratamiento postoperatorio, 1109
- Retrodesviación del útero, 419
- Riñones y orina, 1036
- Roentgenoterapia, 209, 298
- Roentgenoterapia del carcinoma del cuerpo uterino, 384
- S
- Sala de operaciones, preparación de la, 1038
- Salpingitis aguda, 53
- Salpingitis aguda, enfermedades que pueden confundirse con la, 57
 apendicitis, 58
 endometriosis pélvica, 58
 infección general, 57
 neoplasma pélvico, 58
 preñez tubaria, 58
 torcedura del pedículo del neoplasma pélvico, 58
- Salpingitis aguda, peligros de la, 54
- Salpingitis aguda, tratamiento de la, 56
- Salpingo-ooforitis común, 75
- Salpingo-ooforitis crónica, 74
 pormenores de la operación, 75
- Sarcoma, 391
- Sarcoma y corioepitelioma del útero, 235
- Schuchardt, incisión paravaginal de, 195
- Selección de la operación quirúrgica, 482
- Selección del método para el tratamiento de miomas y adenomiomas uterinos, 211
- Selección del método quirúrgico para el prolapso uterino, 568
- Selección del método quirúrgico para las fistulas véscicovaginales, 704
- Selección del tratamiento, clasificación de los diversos estados del útero y sus anexos y, 489
- Selección del tratamiento cuando hay neoplasma uterino, 233
- Semillas de radón, 291
- Senos abdominales, 1002
- Separación de la vejiga, 316
- Separación de la vejiga, del útero, 553
- Separación de la vejiga y determinación de la operabilidad, 339
- Separador abdominal automático, 1063
- Separadores, 1055
- Sepárase del útero el recto, 558
- Sepárase del útero la vejiga, 514
- Seudomixoma del peritoneo, 29
- Simpaticectomía (Leriche), 855
- Simpaticectomía (presacra), 847
- Síntomas mentales, 1024
- Síntomas nerviosos, 1024
- Sistema nervioso y disposiciones generales para la operación abdominal, 1035
- Situación del estado inflamatorio de la pelvis, 97
- Solución de la dificultad del tratamiento radioterápico del carcinoma del cuello uterino, 256
- Sostenimiento del cuello uterino, 410
- Stout, método de, 1179
- Substitución de la membrana mucosa vaginal con algún otro tejido, para enmendar el defecto vesical, 683
 suturando el fórnix vaginal sobre el defecto, 688
 valiéndose de un colgajo pediculado de la pared vaginal, 685
 volviendo hacia dentro una porción cilíndrica de pared vaginal, 684
- Substitutos de la operación radical del carcinoma del cuello uterino, 344
- Succión intestinal continua, 1115
 anotaciones, 1119
 método, 1115
 principio mecánico, 1118
- Suelo pélvico, lesiones del, 601
- Suelo pélvico, relajación del, 602
- Suelo pélvico, reparación del, 521
- Suelo pélvico, técnica de las operaciones para la reparación del, 504
- Suelo pélvico, tratamiento postoperatorio después de las operaciones del, 632
- Sumario y conclusiones del carcinoma de la vulva, 745
- Supresión de la función reproductiva, 530

- Supresión del "espolón" intestinal y sutura extraperitoneal, 1001
- Supuración encapsulada (absceso), 84
- Supuración localizada, 1124
- Supuración pélvica difusa, 80
- Suspensión ventral del útero por vía vaginal, 443
- Sutura de la excavación rectouterina alrededor del tubo de desagüe, 559
- Sutura de la incisión vaginal, 560
- Sutura de la porción vaginal que ha de extirparse, 337
- Sutura de los ligamentos plegados a la pared abdominal, 430
- Sutura del ligamento redondo a la pared abdominal, 493
- Sutura del ligamento redondo en la porción superior del útero, 493
- Sutura del muñón vaginal, 329
- Sutura del peritoneo, 329
- Sutura, escisión cónica con el bisturí y la, 402
- Sutura extraperitoneal simple de la fistula fecal, 999
- Sutura extraperitoneal transversal de la fistula fecal, 1001
- Sutura-ligadura de los "pedículos" para formar el tabique de sostén, 559
- Sutúrase el fondo uterino a los tejidos fijos cercanos al arco púbico, 538
- Sutúrase el peritoneo vesical a la porción posterior del útero, 538
- T
- Tabique de sostén, sutura-ligadura de los "pedículos" para formar el, 559
- Tabla cronológica, 422
- Tabla de los métodos empleados para curar la fistula véscovaginal, 664
- Tapón vaginal. Gasa impregnada de vaselina, 281
- Técnica de Gilliam, 447
- Técnica de la escisión de los cuernos, 832
- Técnica de la operación, 727
- operación por medio del colgajo vaginal, 727
- operación por medio del "puente anal doble", 727
- Técnica de la operación para las desgarraduras del suelo pélvico, 609
- Técnica de la resección del nervio presacro, 850
- Técnica de las operaciones para la reparación del suelo pélvico, 504
- Técnica de las operaciones para tratar las fistulas véscovaginales, 665
- substitución de la membrana mucosa vaginal con algún otro tejido, para enmendar el defecto vesical, 683
- colgajo pediculado para enmendar el defecto de la pared vaginal, 691
- denudación simple y sutura, 667
- despegamiento para hacer movable la pared vesical, 678
- incisión paravaginal para llegar hasta la fistula, 694
- incisiones de relajación en la pared vaginal, 676
- Técnica de las operaciones (cont.)
- injerto cutáneo para cubrir el defecto de la pared vaginal, 693
- oclusión de la vagina (colpocleisis), 694
- operación intravesical (por medio de la cistotomía suprapúbica), 695
- operación transperitoneal (por medio de la celiotomía), 665
- utilización de la superficie uterina para enmendar el defecto de la vejiga, 693
- utilización del recto como receptáculo continente de la orina, 666
- Técnica de las operaciones abdominales, 1068
- Técnica e indicaciones de las operaciones vaginales, 1138
- Técnica general, variaciones en la, 330
- Técnica para el legrado uterino, 410
- Tejido conectivo pélvico, otras enfermedades del, 99
- Tejidos intraperitoneales, anestesia de los, 1156
- Tejidos pélvicos impregnados y rígidos, 493
- Tejidos úterosacros, acortamiento de los, 545
- Tejidos úterosacros por la vía abdominal, acortamiento de los tejidos, 521
- Tercer día después de la operación, 1104
- Tiempo oportuno para ejecutar la operación quirúrgica, 1029
- Tiempo que ha de esperarse antes de hacer las siguientes aplicaciones de rayos X, 284
- Tiempos especiales de la operación de interposición, 541
- Tiempos ordinarios de las operaciones quirúrgicas, 1068
- Tijeras, 1055
- Tira independiente de tejido, trasplatación transperitoneal sin dejar ninguna, 434
- Torcedura del pedículo de quistes ováricos, 19
- Torcedura y adelantamiento de la uretra, 717
- Tracción hacia delante, trasplatación subperitoneal con, 436
- Tracción lateral, trasplatación subperitoneal con, 434
- Traquelorrafia, 406
- Trasplatación de los ligamento redondos a la pared abdominal, 432
- Trasplatación extraperitoneal de los ligamentos redondos, 426
- Trasplatación del ligamento redondo con asa corta, 493
- Trasplatación subperitoneal con tracción hacia delante, 436
- Trasplatación subperitoneal con tracción lateral, 434
- Trasplatación transperitoneal dejando tiras independientes de tejido, 432
- Trasplatación transperitoneal sin dejar ninguna tira independiente de tejido, 434
- Trastornos de la función, 810
- Trastornos del flujo menstrual, 811
- Tratamiento de la cervicitis crónica, 396

- Tratamiento de la herida vaginal, 344
 Tratamiento de la hiperplasia del endometrio, legrado uterino para el, 410
 Tratamiento de la salpingitis aguda, 56
 Tratamiento de la vejiga, 329
 Tratamiento de la vulvitis leucoplásica, 726
 Tratamiento de los complicaciones del carcinoma del cuello uterino, 344
 Tratamiento de las hemorroides, operación de las pinzas y el cauterio para el, 904
 Tratamiento de los diversos períodos del carcinoma del cuerpo uterino, 386
 Tratamiento de los "pedículos" y de la herida peritoneal, 343
 Tratamiento del carcinoma de la vulva, gangliectomía linfática ilioinguinal en el, 1169
 Tratamiento del carcinoma vulvar, métodos de, 741
 Tratamiento del mioma sangrante, 224
 Tratamiento del parametrio por medio de agujas, 303
 Tratamiento del prolapso, histerectomía vaginal para el, 552
 Tratamiento después de la colpotomía, 1141
 Tratamiento ordinario del carcinoma del cuello uterino, 348
 Tratamiento por medio de la operación vaginal, 495
 Tratamiento postoperatorio de abscesos pélvicos, 71
 Tratamiento postoperatorio de las fístulas vesicovaginales, 706
 Tratamiento postoperatorio en las operaciones abdominales, 1099
 Tratamiento postoperatorio de los neoplasmas ováricos, 45
 Tratamiento postoperatorio del legrado uterino, 416
 Tratamiento postoperatorio después de las operaciones del suelo pélvico, 632
 Tratamiento postoperatorio especial, 1111
 canalización, 1111
 choque intenso, 1112
 hemorragia interna, 1114
 retrodesviación uterina, 1112
 vómito pertinaz, 1114
 Tratamiento postoperatorio ordinario, 1099
 Tratamiento preoperatorio, 1035
 Tratamiento preoperatorio de la fístula vesicovaginal, 665
 Tratamiento quirúrgico de la hernia de la excavación rectouterina, 582
 Tratamiento quirúrgico de la relajación del esfínter vesical, 642
 invaginación simple, 642
 puntadas de Kelly, 643
 puntadas de tensión de Baldy, 643
 Tratamiento quirúrgico de las perturbaciones pélvicas, 482
 Tratamiento quirúrgico del carcinoma de la vulva, 748
 Tratamiento quirúrgico del carcinoma del cuerpo uterino, 384
 Tratamiento quirúrgico más seguro de las acumulaciones virulentas estreptocócicas, 96
 Tratamiento quirúrgico por vía abdominal de la hernia de la excavación rectouterina, 585
 Tratamiento radical del carcinoma del cuello uterino por medio de la escisión quirúrgica, 237
 Tratamiento radioterápico intenso del carcinoma del cuello uterino, 254
 Tratamiento subsecuente del carcinoma del cuello uterino, 348
 Traumatismo intestinal, 44
 Traumatismos extragenitales, 43
 Traumatismos vesicales, 864
 Traumatismos vesicales y ureterales, 44
 Trígono vesical, desgarradura del músculo del, 643
 Tromboflebitis, 72
 Trompa conservación de una parte de la, 129
 conservación de la trompa cuando se extirpa el ovario, 132
 inflamación tubaria 129
 neoplasma tubario 132
 preñez tubaria,
 Trompa, implantación de la trompa en el útero, 132
 por el método de la incisión, 132
 por medio del escariador, 134
 tratamiento postoperatorio, 141
 Trompa, implantación de tejido ovárico en el útero, en lugar de la, 143
 Trompa, torcedura de la, 111
 Trompas, cauterización intrauterina de las, 834
 Trompas, conservación de la función de las, 128
 Trompas, neoplasmas tubarios, 111
 Trompas, oclusión en la porción lateral de las, 825
 Trompas, oclusión en la porción medial de las, 825
 Trompas, operaciones quirúrgicas conservadoras de las, 117
 efectos endocrinos, 119
 funciones endocrinas, 118
 menstruación, 118
 preñez, 118
 Trompas uterinas, otras enfermedades de las, 99
 Tuberculosis abdominal, 1003
 Tuberculosis generalizada de la pelvis, 100
 Tuberculosis grave de los anexos uterinos, 100
 Tuberculosis moderada de las trompas, 101
 Tuberculosis pélvica, 99
 Tubo de desagüe, sutura de la excavación rectouterina alrededor del, 559
 Tubos para desagüe, 1064
 Tumefacciones uretrales no inflamatorias, 863
 Tumor inflamatorio crónico, caracteres distintivos del, 95
 Tumor neoplásico desinfección de la vagina y del, 315
 Tumor neoplásico especial en el parametrio, 298
 Tumores crónicos de la pelvis, virulencia de los, 84

Tumores inflamatorios crónicos de la pelvis, dificultades especiales en el tratamiento de, 84

U

Úlcera folicular, 891
 Úlcera hemorroidal, 891
 Úlcera varicosa, 891
 Uleeración de la pared abdominal después de la aplicación de rayos X, 357
 Uleeración perianal, 890
 tratamiento, 890
 Uleeración y estrechez intestinales, después de la aplicación de rayos X, 360
 Uleeración y estrechez rectales, después de la aplicación de rayos X, 356
 Uréter, división accidental del, 867
 Uréter, escisión de una parte del, 871
 Uréter, ligadura accidental del, 866
 Uréteres, descubrimiento previo de los, 332
 Uréteres, despegamiento de los, en la operación abdominal radical de los neoplasmas del útero, 319
 Uréteroanastomosis (o anastomosis uréteroureteral), 867
 Uretra, adelantamiento o transposición de la, 717
 Uretra, carcinoma de la, 863
 Uretra, destrucción de la, 709
 Uretra, inflamación de la, 862
 Uretra, tereadura y adelantamiento de la, 717
 Útero activo, cuando se conserva el, en el tratamiento de la retrodesviación uterina, 494
 Útero, adenomioma del, 144
 Útero, bisección del, al ejecutar la histerectomía vaginal, 193
 Útero, clasificación de los diversos estados del, y sus anexos y selección del tratamiento, 489
 Útero, deformidades del, 809
 Útero, despegamiento de la porción superior del, al ejecutar la operación abdominal radical, 314
 Útero, división longitudinal en dos del, al ejecutar la histerectomía vaginal, 193
 Útero, fijación del ligamento redondo a la cara posterior en el tratamiento de la retrodesviación del, 430
 Útero, inflamación y perturbaciones del metabolismo en el, 393
 Útero, "inversión" crónica del, 586
 Útero, ligadura de los vasos del, en la operación abdominal radical, 341
 Útero, mioma del, 144
 Útero, miomas submucosos de la porción superior del, 204
 Útero, neoplasmas malignos del, 235
 Útero, prolapso del, y de la vejiga, 497
 Útero, resección del, 417

Útero retrodesviación del, 419
 Útero, selección del método para el tratamiento de miomas y adenomiomas del, 211
 Útero senil, cuando se conserva el, 494
 Útero, separación de la vejiga, del, 553
 Útero, sutura del ligamento redondo en la porción superior del, 493
 Útero, sutúrase el peritoneo vesical a la porción posterior del, 538
 Útero ventro fijación del, 562
 Uterosocopia, 378
 Utilización de la superficie uterina para enmendar el defecto de la vejiga, 693
 aprovechamiento del cuello uterino, 693
 utilización del cuerpo uterino, 693
 Utilización del recto como receptáculo continente de la orina, 702
 por medio de la comunicación vésicovagino-rectal y la colpocleisis, 703
 por trasplante de los uréteres en el recto, 702

V

Vagina, atresia de la, 775
 Vagina, construcción de la, 776
 Vagina, desinfección de la, y el neoplasma, para la operación vaginal radical, 336
 Vagina, desinfección de la, y del tumor neoplásico, 315
 Vagina, falta congénita de la, 776
 Vagina, forcipresión y corte transversal de la, para la operación abdominal radical, 326
 Vagina, neoplasmas malignos de la, 766
 Vagina, oclusión, para contrarrestar el prolapso, 576
 Vagina, órganos genitales externos y, 723
 Vagina tabicada o vagina doble, 775
 Vaginitis atrófica, en el tratamiento a los neoplasmas malignos del útero, 351
 Vaginofijación del cuerpo uterino, en el tratamiento de la retrodesviación del útero, 442
 Variaciones en el instrumental, 1057
 Variaciones en la técnica de la operación abdominal radical, 330
 Várices de los ligamentos anchos, en el tratamiento de la retrodesviación del útero, 493
 Várices del ligamento ancho, 112
 Vasos del útero, ligadura de los, en la operación vaginal radical, 341
 Vasos linfáticos de la vulva, 733
 Vejiga, despégase del útero la, para ejecutar la operación de interposición, 531
 Vejiga, fijación de los ligamentos redondos debajo de la, en la histerectomía vaginal para el tratamiento del prolapso, 559

- Vejiga, prolapso de la, y del útero, 497
 Vejiga, separación de la, en la operación abdominal radical, 317
 Vejiga tratamiento de la, en la operación abdominal radical, 329
 Vejiga, utilización de la superficie uterina para enmendar el defecto de la, 693
 Ventro fijación de antiguos cabos vaginales, en el tratamiento del prolapso uterino, 567
 Ventro fijación del fondo uterino, cuando no es posible la futura preñez, 494
 Ventro fijación del útero, en el tratamiento del prolapso, 562
 Ventrosuspensión, en el tratamiento de la retrodesviación del útero, 428
 Vésicofijación, en el tratamiento de la retrodesviación del útero, 443
 Vía abdominal, acortamiento de los ligamentos redondos por la, 521
 Vía abdominal, acortamiento de los tejidos úterosacros por la, 521
 Vía abdominal, histerectomía supravaginal por, 577
 Vía abdominal histerectomía total por, 578
 Vía abdominal, reparación y elevación de la pared vaginal anterior por, 574
 Vía vaginal, acortamiento de los ligamentos anchos por, 443
 Vía vaginal, acortamiento de los ligamentos úterosacros por, 444
 Vía vaginal, operaciones por la, en el tratamiento de la retrodesviación del útero, 441
 Vía vaginal, suspensión ventral del útero por, 443
 Vías urinarias y su relación con la cirugía ginecológica, 860
 Virulencia de los tumores crónicos de la pelvis, 84
 Virulencia del estreptococo, 96
 Vuelta hacia fuera del fondo uterino, para ligar los cabos superiores del ligamento ancho, 193
 Vulva, anestesia local de los nervios sensorios de la, 839
 Vulva, ganglios linfáticos de la, 733
 Vulva, neoplasmas malignos de la, 733
 Vulva resección de los nervios sensorios de la, 841
 Vulva, vasos linfáticos de la, 733
 Vulvectomía, 749
 Vulvectomía, pormenores de especial interés en la, 731
 formación de colgajos, 732
 hemostasis, 732
 material de sutura, 732
 socavación. Incisiones de relajación, 732
 Vulvitis leucoplásica, 725
 Vulvitis leucoplásica, tratamiento de la, 726





U. F. E. H. A. * U. F. E. H. A.



U. F. E. H. A.



U. F. E. H. A. * U. F. E. H. A.





U. F. E. H. A.



U. F. E. H. A.



