

Museo Nacional de medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

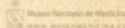
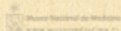
PRACTICA

DE LAS

LAPAROTOMIAS

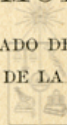
POR

JOSÉ ANTONIO SALINAS CASTRO

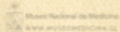
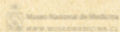


MEMORIA

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD DE
MEDICINA I FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

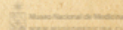


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL





PRÁCTICA DE LAS LAPAROTOMÍAS

POR

JOSE ANTONIO SALINAS CASTRO



Hoy en día que la *Cirujía abdominal* ha hecho tan grandes progresos, hasta llegar a constituir, no solo el tratamiento radical de un sinnúmero de procesos patológicos que hasta hace poco eran terreno vedado para el cirujano, sino también el medio recto i seguro de llegar al diagnóstico en aquellos casos, no muy raros por desgracia, en que la ciencia médica, la clínica son impotentes, conviene i es de suma importancia conocer las principales complicaciones, que pueden sobrevenir durante o a continuación de esas operaciones, ya sea para prevenirlas o combatirlas según los casos.

Pero antes de llegar al fondo de la cuestión, haremos una ligera reseña sobre las indicaciones, preparación, técnica i cuidados posteriores que requiere una laparotomía para su buen éxito, exposición en la cual enumeraremos solamente los detalles más importantes que deben tomarse en cuenta en estas circunstancias i cuya



aplicacion, así como sus resultados mas o ménos satisfactorios, hemos podido comprobar en los servicios de Clínica del hospital de San Vicente.

* * *

Haciendo una clasificacion jeneral de los casos en que está indicada la laparotomia, diremos que puede ser practicada en dos circunstancias: como *diagnóstico* i como *tratamiento*.

La *laparotomia diagnóstico* está indicada en aquellos casos en que el examen clínico llevado a cabo por todos los medios conocidos nos deja en la duda sobre la naturaleza de una afeccion, sobre su estension i por consiguiente sobre la posibilidad de proceder quirúrgicamente, ya sea como tratamiento radical o paliativo.—Aquí en este grupo de *laparotomias diagnóstico* se encuentran comprendidos aquellos casos de traumatismos del abdómen en que es imposible, no solo limitar la lesion, sino determinar su naturaleza i su estension; i en los cuales la presencia de ciertos síntomas nos hacen dudar de la benignidad o malignidad del pronóstico.

Tambien quedan encuadrados en este grupo de *laparotomias diagnóstico* aquellos casos de tumores abdominales en que es imposible por medio del examen clínico determinar su naturaleza, o bien, una vez diagnosticada ésta, se trata de conocer la estension i el compromiso mas o ménos grave de un órgano importante.—En una palabra, como lo hemos dicho anteriormente, las *laparotomias diagnóstico* están perfectamente indicadas en todos aquellos casos en que la duda sobre el diagnóstico de una enfermedad impide al cirujano decidirse de antemano sobre tal o cual procedimiento quirúrgico con pleno conocimiento de causa i con mas o ménos probabilidades de éxito.

I ahora que los progresos de la cirugía han hecho de la laparotomia una operacion hasta cierto punto inofensiva, benigna, no debemos evitarla cada vez que sirva para darnos luz sobre la naturaleza de una afeccion.

En cuanto a las *laparotomias* practicadas como tratamiento radical o paliativo, son numerosos los casos en que su aplicacion es necesaria i como en un trabajo de esta naturaleza es imposible detenerse en la multitud de detalles que pueden presentarse en cada una de estas circunstancias, no haremos sino esponer los casos concretos i jenerales en que la laparotomia debe ser practicada con esperanzas mas o ménos fundadas de éxito.



Estos casos son:

A.) *En los traumatismos del abdómen, ya sea que se trate de contusiones o de heridas penetrantes.*

1.º En las contusiones del abdómen tenemos que distinguir varios casos, segun que veamos el paciente inmediatamente después del accidente, algunos dias después cuando se presentan fenómenos de infeccion peritoneal o cuando estos fenómenos se encuentran en el apojeo de su existencia i el estado jeneral del enfermo nos hace prever un próximo desenlace.

Quando vemos un enfermo inmediatamente después de haber recibido una contusion abdominal, debemos practicar la laparotomía cada vez que sospechemos síntomas de ruptura de algun órgano, como son por ejemplo: vómitos, orinas o defecaciones sanguinolentas acompañadas o no de meteorismo i de dolor agudo localizado a una rejion dada del abdómen, o bien que se presenten los síntomas de una hemorragia interna; o el estado de shock se prolongue demasiado con pulso pequeño i rápido, con o sin descenso de la temperatura, salvo los casos estremos en que el estado del paciente nos haga ver la imposibilidad de llevar a cabo un procedimiento quirúrgico.

Si a este enfermo lo vemos varias horas después del accidente i comprobamos elevacion de la temperatura, dolor espontáneo i provocado en la rejion abdominal, meteorismo, contraccion de los músculos rectos, vómitos biliosos repetidos, escasez de orinas etc. etc., debemos practicar inmediatamente la laparotomía antes que los fenómenos de infeccion ataquen el sistema nervioso i aparezcan los síntomas del colapsus precursor de la muerte.

Si llegamos a la cabecera del enfermo una vez que estos fenómenos han hecho su aparicion, debemos ante todo tratar por medio de hipodermoclasia i estimulantes cardíacos jenerales i locales de levantar las fuerzas del enfermo, lo cual, una vez conseguido, debe ser seguido de la laparotomía rápida i de lo contrario debemos abstenernos de toda intervencion quirúrgica que no haria sino apresurar el desenlace fatal.

2.º En los casos de heridas penetrantes, siempre que por la calidad del instrumento vulnerante o por la aparicion del mas leve síntoma se sospeche la lesion de algun órgano abdominal o la ruptura de un vaso, debe practicarse inmediatamente la laparotomía. —Deben esceptuarse solamente los casos en que el estado jeneral del paciente no permita semejante intervencion, o bien porque la



calidad del instrumento vulnerante en relacion con la rejion herida nos haga pensar en la integridad de los órganos abdominales o en una lesion mas o ménos leve de ellas; pero aun en estas condiciones, ante la aparicion de cualesquier sintoma alarmante, ya sea de dolor agudo localizado, irradiado o jeneralizado a la rejion abdominal, de derrames sanguíneos o de gases en el peritoneo etc. etc. debemos practicar inmediatamente la laparotomia sin preocuparnos de los fenómenos de reaccion peritoneal.

Ahora, si la calidad del instrumento vulnerante i la rejion en que se encuentra la herida nos hacen sospechar la lesion de algun órgano abdominal, debemos practicar la laparotomia aunque no existan sintomas que nos pongan de manifiesto dicha lesion, pues como dice mui bien JALAGUIER en el testo de Cirujia de RECLUS i DUPLAY, es preferible en la casi totalidad de los casos abrir el vientre a una persona que ha recibido una herida penetrante i en la cual no encontramos lesion alguna de importancia en los órganos abdominales, que esponerse por medio de la abstencion quirúrgica a abandonar una ruptura intestinal, estomacal etc. etc. que puede tener como resultado lógico e inevitable una infeccion peritoneal i por consiguiente un desenlace fatal.

B) En los casos de obstruccion intestinal, ya sea esta aguda o crónica, debida a vólvulus, invaginaciones, bridas, adherencias, compresion por tumores, cuerpos estraños o retracciones cicatriciales, siempre que el tratamiento médico por los lavados intestinales, las inyecciones gaseosas, por la electricidad, no de resultado, debe practicarse la laparotomia.

En estos casos para proceder quirúrgicamente, debemos atenernos como en los anteriores al estado del paciente: si está o no en aptitudes de soportar dicho tratamiento, aun haciendo uso de las inyecciones de suero, de los estimulantes cardíacos etc. etc.

Por lo demás, se ve que en varios de estos casos, sobre todo en los de oclusion crónica, la laparotomia nos sirve a la vez de diagnóstico i como medio de llegar al tratamiento radical o paliativo, es decir restableciendo el calibre normal del intestino o estableciendo el ano contra-natura.

C.) *En los casos de peritonitis sobre aguda, aguda o crónica jeneralizada o localizada.*

1.º En las peritonitis sobre agudas consecutivas a rupturas intestinales, ya sean espontáneas o traumáticas de la vesícula biliar, de la vejiga etc. etc. i en las peritonitis puerperales, la abertura



del vientre es el único tratamiento racional.—En cuanto a las peritonitis post-operatorias, si bien es cierto que la laparotomía está indicada, en estos casos la intervención operatoria queda al arbitrio del cirujano, según cual sea el estado del paciente i la clase de operación que hace poco se acaba de efectuar.

2.º Cuando nos encontramos en presencia de una peritonitis aguda que sobreviene sin causa conocida o en el curso de una enfermedad infecciosa i el tratamiento por el hielo, el opio etc. etc. no dá resultados i el enfermo sigue agravándose, debe practicarse la laparotomía rápida siempre que el estado del paciente no nos revele un próximo desenlace.—Así, si en el curso de la 2.ª semana de una fiebre tifoidea se manifiestan los síntomas de una peritonitis aguda, nos abstendremos de toda intervención; pero si estos mismos síntomas se presentan a fines de la 3.ª semana i el estado del paciente no es desesperante debemos practicar la laparotomía rápida estableciendo el ano contra-natura.

3.º En los casos de tuberculosis miliar aguda la laparotomía está indicada solo en el caso de que los síntomas se localicen en la región abdominal i se manifiesten por un derrame peritoneal acompañado de elevaciones térmicas vesperales, con la importante salvedad de que no existan por el lado del pulmón lesiones de consideración, derrames de la pleura, cavernas etc. etc.

4.º La misma conducta debe seguirse en los casos de peritonitis tuberculosa consecutiva a ruptura de ganglios caseosos, a rupturas intestinales de origen tuberculoso o en los casos de derrames peritoneales que indican una tuberculización de dicha serosa, ya sea que estos se presenten como terminación de una tuberculosis miliar aguda o como principios de una tuberculosis de forma purulenta.

5.º En las formas de tuberculosis enquistada o localizada, o mas bien dicho, en los casos de peritonitis localizada de cualquier naturaleza que sea debe procederse quirúrgicamente por medio de la laparotomía.—Sin embargo en ciertos casos de peritonitis aguda localizada, para proceder quirúrgicamente, debe esperarse que se formen adherencias resistentes con las partes vecinas para evitar así todo peligro de jeneralización del proceso, salvo que haya urgente necesidad de intervenir.

D.—La *laparotomía* es el único procedimiento indicado para llegar a la curación radical de las hernias, salvo en los niños donde se puede obtener la curación por medio de vendajes.

Este tratamiento es de urgencia cuando el táxis practicado durante cierto tiempo no ha dado resultados, o bien en los casos de inflamacion del saco o de estrangulamiento herniario. — La laparotomia en estos casos debe ser practicada, si es posible, inmediatamente después del accidente, pues toda demora es perjudicial para el paciente.

En estos casos debemos, como en todos los demás, atender a la edad del paciente, a su estado jeneral para resolverse a llevar a cabo un procedimiento quirúrgico.

En las apendicitis agudas o crónicas, ya sea que se compruebe la presencia de pus, de empastamiento de la rejion, o que los ataques se repitan con alguna frecuencia, debe practicarse la laparotomia como único tratamiento razonable, mas aun si se presentan síntomas de perforacion o de peritonitis.

Solo en casos mui limitados debemos contentarnos con el tratamiento médico, pues, este no es sino un medio de combatir las molestias del presente sin evitar en lo menor las consecuencias posteriores.

Quando existe pus i no tenemos síntomas de peritonitis debemos esperar para intervenir que se hayan formado adherencias con los tejidos vecinos, para evitar en lo posible la jeneralizacion del proceso, haciendo completa escepcion de los casos graves i urgentes que necesitan una rápida intervencion.

Por lo demas el tratamiento de las apendicitis ha sido tema de grandes discusiones i de un estudio interesante por parte de CZERNY el cual ha llegado a las conclusiones siguientes que encontramos detalladas en el PROGRESO MÉDICO núm. 8 del presente año:

1.º El primer ataque de apendicitis pertenece al médico internista (tratamiento: reposo del intestino con el opio, hielo, etc.— Este ataque puede: A) pasar sin complicaciones en cuyo caso no existe indicacion para la intervencion; B) producir tarde o temprano una perforacion con formacion de absceso en medio de síntomas alarmantes jenerales i locales (fiebre, aceleracion del pulso, dolor, timpanismo etc.)

El acceso puede conducir ya sea: a) a una peritonitis jeneralizada, alarmante, caracterizada por la gran frecuencia del pulso, postracion, signos locales de peritonitis, lengua seca, etc.—En este caso el cirujano debe intervenir inmediatamente (Laparotomia en la rejion del ciego, vaciamiento del pus, reseccion del proceso vermiforme, lavado con solucion de cloruro de sodio i si se creye-



se necesario drenaje); o bien: b) queda circunscrito, se encapsula i no manifiesta cambios importantes despues de pasados los primeros síntomas graves.—Debe igualmente ser tratado quirúrgicamente (incision, reseccion del apéndice) si es posible desde luego, si no en una segunda operacion.

2.º Toda forma crónica que recidive sea puramente catarral, sea ulcerosa, o perforante, o bien en parte obliterante, pertenece al cirujano puesto que en estos casos el paciente tiene constantemente su vida en peligro i su existencia comprometida. (Debe operarse entonces en el intervalo libre *entre dos ataques*).

F.—Ademas de los casos enumerados, la laparotomía está indicada en los tumores del ovario, de cualquier naturaleza que sean, escepcion hecha de los malignos que han tomado grandes proporciones i comprometido órganos importantes.

G.—En los casos de tumores uterinos, ya sean estos fibromas, miomas intersticiales o sub-serosos, la laparotomía es de práctica corriente ya sea que se proceda a su enucleacion o a su estirpacion por histerectomía total.

En los carcinomas del útero la laparotomía está contraindicada en absoluto, a causa de la infeccion peritoneal consecutiva i cada vez que haya necesidad de estirpar un útero carcinomatoso debe procederse por la via vaginal.

H.—*En los casos de retroflexion móvil o adherida* cuando todos los demás medios que tenemos para corregirla han fracasado i esta desviacion del útero es la causa de perturbaciones gástricas i cerebrales de orijen reflejo debe procederse a su fijacion a la pared abdominal por medio de la laparotomía.

I.—En los casos de pyo-salpinx, siempre que la agudeza del proceso haya pasado (sobre todo si la afeccion es de orijen blenorragico) debe procederse a su extirpacion por medio de la laparotomía.

Cuando el proceso es agudo debe tratarse de limitarlo por medio del tratamiento médico pues, en este caso la peritonitis es sumamente espuesta.—Se recomienda entonces la estirpacion vaginal pero ademas de ser un procedimiento difícil es hasta cierto punto ciego i tampoco evita la posibilidad de la infeccion peritoneal.—Si los anexos están muy descendidos i el proceso es crónico, podria talvez convenir la estirpacion vaginal.

J.—Hecho este lijero resumen sobre las principales indicaciones de una laparotomía, no nos queda sino que agregar como complemento de lo dicho, que la laparotomía está perfectamente indi-



cada en todos aquellos casos de tumores benignos o malignos, ya sea como medio diagnóstico o como tratamiento quirúrgico, así por ejemplo: en los cánceres del píloro, del intestino, etc. etc. como así mismo en las afecciones calculosas de la vesícula biliar o en la extracción de cuerpos extraños de cualquier punto del tubo digestivo desde el estómago adelante.—En una palabra, hablando en jeneral, la laparotomía debe practicarse en todas aquellas afecciones del abdómen en que el tratamiento médico es impotente, el estado del paciente mas o ménos satisfactorio i se vea la necesidad de un diagnóstico fijo o la urgencia de un tratamiento radical o paliativo para salvar la vida del enfermo o privarlo de sus continuas molestias.

*
* *

Conocidos de una manera jeneral los casos en que debe practicarse una laparotomía, pasaremos a ocuparnos de la preparación del enfermo, de la desinfección del personal i de los útiles necesarios en operaciones de esta clase.

En primer lugar debemos considerar dos casos *a*) si la laparotomía es urgente i *b*) si se puede esperar algunos dias.—En ámbos, ántes que todo, una vez decidida la operación debemos atender al estado jeneral del paciente, en cuanto se refiere a sus funciones cardíacas —Si estas marchan mal, debemos hacer uso en el primer caso de hipodermoclisis, inyecciones de cafeína i de éter alcanforado; en el 2.º de la digitalización, ya sea por medio de la infusión de la maceración de digital o de la digitalina de Adrian i C.ª a las dosis ya conocidas, pudiendo también en ciertos casos hacer uso de las inyecciones de suero artificial.

Una vez asegurados del funcionamiento mas o ménos correcto del aparato circulatorio, para proceder en el 1.º caso, debemos atender a la causa que ha orijinado la intervención.—Si es debida a un traumatismo del abdómen en que se sospecha la ruptura de algun órgano, sobre todo del intestino, o bien en los casos de peritonitis por ruptura intestinal, debemos proscribir los derivados intestinales i hacer uso del opio o de la morfina para producir la inmovilización del intestino i evitar los dolores que tienen inquieto i desasosegado al paciente.—Pero si tenemos seguridad de que no existen tales lesiones, debemos hacer al paciente un buen lavado intestinal i darle enseguida un baño tibio.—No nos preocupamos en este caso de las obstrucciones intestinales por cualquier causa



que sean puesto que al principio, al aplicar el tratamiento médico, se habrán hecho ya grandes lavados.

En el segundo caso, cuando hai tiempo suficiente para preparar al paciente, se le debe administrar en la mañana del día antes de la operacion un purgante de aceite de ricino (30 gramos) precedido de 0.25 a 0.30 gramos de calomelano, teniendo cuidado en la tarde de ese mismo día de darle un baño tibio.

Respecto a la alimentacion, debe de ser sana, sin prescribir la dieta rigurosa. En cuanto a esta preparacion que se hace de los enfermos, dejaremos constancia de un hecho observado i es el siguiente: Cuando en la preparacion del paciente se sigue durante varios días el régimen dietético acompañado de la administracion de dos o mas purgantes o de varios lavados intestinales, los fenómenos de parálisis intestinal consecutivos a la operacion son mas manifiestos, la dilatacion mas marcada i por consiguiente mayores las molestias.

Por el contrario, siguiendo el método indicado anteriormente, estos fenómenos se aminoran mucho, como hemos tenido oportunidad de observar en la clínica jinecológica durante los años 96 i 97.

Por lo demas, se recomienda la tranquilidad i el reposo.

Preparado de esta manera el paciente debe estar estrictamente en ayunas el día de la operacion, teniendo cuidado de inyectarle $\frac{1}{4}$ de hora antes de empezar la anestesia un gramo de solucion Fränckel compuesta de: Sulfato de atropina 0.015 gramos.—Clorhidrato de morfina 0.15 gramos.—Hidrato de cloral 0.25 gramos.—Agua destilada 15 gramos.

Los fines perseguidos al practicar esta inyeccion de la cual no todos los cirujanos son partidarios son: 1.º evitar el período de agitacion de la anestesia, o si existe, reducirlo en sus proporciones. 2.º evitar los vómitos consecutivos a la anestesia, o si se presentan, aminorarlos en lo posible.

Estos resultados los hemos visto confirmados en numerosas ocasiones, tanto en operaciones abdominales como vaginales, haciendo presente que enfermos a quienes se anestesiaba sin hacer uso previo de la inyeccion Fränckel, en casos de exámenes bajo cloroforno, presentaban consecutivamente vómitos, molestias que desaparecian completamente o se presentaban mui reducidas cuando se les anestesiaba para operarlas practicando de antemano la inyeccion Fränckel.

Esto es lo que se refiere a la preparacion del enfermo hasta el

momento de la operacion; en cuanto al arreglo i desinfeccion de los útiles necesarios, procederemos de la manera siguiente: La pieza donde se va a efectuar la operacion debe limpiarse perfectamente para que no quede la menor cantidad de polvo en ninguna parte de ella: el piso, paredes, rincones i techo serán limpiados con un trapo húmedo en una solucion desinfectante cualquiera.—Limpia la pieza, no debe colocarse en ella mas que los útiles necesarios para la operacion procediendo en seguida a cerrarla para evitar todo tráfico.—Ese mismo dia, o si hai tiempo el dia mismo de la operacion, se procederá a la esterilizacion de las gazas, compresas, tómulas, seda, paños i delantales por medio del esterilizador de vapor de agua.

Estos útiles se colocan en tarros apropiados que puedan cerrarse hermeticamente una vez sacados del esterilizador, los cuales deben permanecer así hasta el momento de la operacion.

Los lavatorios que se van a usar para las soluciones desinfectantes deben ser en este dia perfectamente lavados i jabonados, cuidando de cubrirlos para evitar todo depósito de polvo.

Las escobillas necesarias para la desinfeccion del enfermo, del cirujano i ayudantes serán colocados en este dia en una solucion de sublimado al 2 por 1000.

—El agua esterilizada que se necesita, si es que no se tiene a mano un esterilizador apropiado, como el de Fritsch, se obtendrá el mismo dia de la operacion, haciéndole hervir en tientos limpios, desinfectados i lo más cerrados posible teniendo cuidado de vaciarla en jarros que hayan experimentado la misma policia que los lavatorios i la misma desinfeccion que damos a conocer un poco más adelante.

El dia de la operacion i pocas horas ántes de ella se procederá a pasar un trapo bien húmedo en una solucion desinfectante por el piso de la sala de operacion i a calentar la pieza hasta alcanzar una temperatura de 20° C., evitando en lo posible si no hai estufa, el uso de carbon que no haya prendido lo suficiente.—Enseguida se hará una frotacion con alcohol de 80° de los lavatorios lavados el dia ántes, procediendo inmediatamente a quemar los restos de alcohol que quedan en sus paredes.

Hecho esto, se enjuagan con sublimado al 2 por 1000 colocando enseguida, en uno alcohol absoluto, en otro sublimado al 1 por 1000, en otro agua esterilizada caliente, cada uno de los dos primeros con su respectiva escobilla previamente desinfectada.—Estas soluciones serán para el uso esclusivo del cirujano i sus ayudantes.



Respecto a las soluciones para la desinfeccion del paciente deben prepararse i colocarse en tientos acondicionados de la misma manera que los anteriores.

En cuanto a los instrumentos, despues de haberlos frotado con alcohol absoluto se hacen hervir durante 5 minutos en agua con arbonato de sodio, en el aparato de SCHIMELBUSCH, modelo de LAUTENSCHLÄGER excepto los bisturios que necesitan solo un minuto, teniendoaun la precaucion de envolver su filo en algodón.

Una vez sacados del esterilizador con todas la precauciones para que no se pongan en contacto cen partes sucias, se colocan ya sea en una solucion fenicada al 30/0, ya solamente en agua esterilizada, o bien sobre un paño aséptico.—(Gonzalez M.—Körner V.—Carvallo V.)

Respecto a la preparacion de la seda i del crin de Florencia como material desutura, (no me ocuparé del cautchuc i de otros por ser poco usados) debe seguirse respecto a la primera el método siguiente: esterilizada junto con las gasas, compresas etc dos horas i media, se hará hervir $\frac{1}{4}$ de hora ántes de la operacion en una solucion de ácido fénico al 5 0/0 (V. Körner) o solamente se colocará en una solucion fria de sublimado al $\frac{1}{500}$ (V. Carvallo), o fenicada al 50/0 (M. Gonzalez) o bien se usará unicamente esterilizada (V. Carvallo —M. Gonzalez).—Mejor es colocarla en una solucion desinfectante; así, a la vez que se tiene una seda aséptica, se le dá cierto poder de resistencia a las infecciones posteriores al ponerse en contacto con el aire o con los tejidos orgánicos.

Al crin bastará colocarlo en una solucion de sublimado al $\frac{2}{1.000}$ durante una hora i hacerlo hervir enseguida junto con los instrumentos 5 minutos. Este es un elemento de mui fácil desinfeccion, pues muchas veces es suficiente frotarlo con un algodón humedecido en alcohol sublimado.

Mientras se procede a esta serie de operaciones, el cirujano i ayudantes se desinfectarán de la manera siguiente: Perfectamente cortadas i limpias las uñas se lavarán las manos i ante-brazos con jabón, agua caliente i escobilla durante 5 minutos, teniendo cuida. do de prestar especial atencion al escobillonaje de las uñas.—Hecho esto se enjuagarán en una solucion débil de lisol o en agua esterilizada caliente (el lisol poco se usa) i enseguida se procederá a lavar se con alcohol absoluto i escobilla, cuidando siempre de friccionar perfectamente la rejion ungueal, a la cual debe prestarse una especial atencion.— Lavados los ante-brazos i manos con alcohol abso

luto se pasará a ejecutar la misma operacion en la solucion de sublimado al $\frac{1}{1000}$, friccionando toda la rejion con su respectiva escobilla.—Esta operacion lo mismo que la anterior debe demorar de 3 a 5 minutos —Por último se enjuagarán lijeramente las manos únicamente, en agua esterilizada caliente.—En la clínica privada de los Drs. Gonzalez i Amunátegui se sigue el método que hemos indicado anteriormente.

Mikulicz en la clínica de Breslau sigue el método siguiente: 1.º lavado con jabon, agua caliente i escobilla 2.º limpieza mecánica del espacio sub-ungueal por medio del limpia-uñas, que ha sido conservado en una solucion de ácido carbólico al 5%; 3.º nueva limpieza con jabon, agua caliente i escobilla; 4.º lavado con alcohol al 70%, usando para esto nueva escobilla; i 5.º limpieza con un medio desinfectante ej. sublimado al $\frac{1}{1000}$, lisol al $\frac{1}{100}$.—Ultimamente usa en las operaciones asépticas, mojarse los dedos en tintura de yodo i después lavarse en lisol.

Todo listo de la manera indicada, se procede a la anestesia ya sea por el cloroformo o por el éter segun se crea este o aquel mas apropiado para el paciente; pero segun lo que hemos podido observar debe preferirse en cuanto sea posible el cloroformo que bien administrado dá una anestesia perfecta i tranquila.—La mejor manera de administrarlo es por pequeñas porciones i espaciadas de tiempo en tiempo; asi una vez producida la anestesia debe seguirse vertiendo sobre la mascarilla cada 2 o 3 minutos algunas gotas solamente, evitando en lo posible que el paciente respire aire, para lo cual no debe quitarse, a no ser por urgente necesidad, la mascarilla de la cara.

Las complicaciones i accidentes en jeneral se combaten por inyecciones de cafeina, éter alcanforado, luxando la mandíbula i volviendo la cabeza al lado, respiracion artificial, colocando a la enferma en plano inclinado con la cabeza colgando, haciendo masaje del corazon, movimientos rítmicos de la lengua, revulsiones locales, y sea dando palmadas en las mejillas, colocando paños calientes i helados en la rejion del tórax i epigastrio o aún mas enerjicas por el termo cauterio en los costados del cuerpo i haciendo aplicaciones eléctricas.—Si fuera de esto, el pulso, la respiracion siguen mal se continuará la anestesia por el éter i se pondrán inyectar 200 a 300 gramos de suero artificial.

De la enumeracion de los medios que hai para combatir los acci-

dentes de la anestesia se desprende que nunca debe faltar al lado del cloroformizador una jeringa de Pravaz desinfectada, solución de benzoato de soda cafeína, de éter alcanforado un abre-boca, una pinza para tomar la lengua, un termo cauterio i si posible fuera una maquina eléctrica i lo necesario para una hipodermoclisis.

Estos dos últimos no se usan tanto como las cuatro primeras; pero por un exceso de precaucion no deben hacer falta al lado del cloroformizador.

No estará demás que hagamos un pequeño resúmen sobre las ideas dominantes entre algunos de los cirujanos mas distinguidos de Alemania con respecto a la narcosis por el éter i por el cloroformo.

Poppert en un trabajo reciente cree que el éter puede producir la muerte inmediata por edema pulmonar i la muerte mediata por bronco-neumonía i colapsus.

Segun él la muerte producida por el éter, término medio ha sido en sus estadísticas de 1 caso por 1167 i en la narcosis por el cloroformo de 1 por 2647.

Las conclusiones de su trabajo son las siguientes respecto a la muerte ocasionada por ámbos anestésicos.

1.º La muerte producida durante o después de la narcosis por el éter debida al edema pulmonar es ocasionada por una accion tóxica del éter.—Debemos tambien apuntar a cuenta del éter las bronquitis i bronco-neumonios consecutivas.

2.º La muerte durante la narcosis es mas rara con el éter que con el cloroformo; por el contrario las consecuencias mortales o bien graves son mas frecuentes con el éter que con el cloroformo. El profesor König de Berlin emplea éter i cloroformo i esto sobre todo en las operaciones de la cara o cuando hai una afeccion pulmonar.

El profesor Bruns cree que los accidentes del éter son debidos al aire o a la luz que produce alteraciones del éter (produccion de aldehidos por oxidacion) i propone para subsanarlos, el tener éter guardado en frascos pequeños en lugar fresco i al abrigo de la luz.

Mikulicz cree que se debe ser mui prudente con la narcosis, sobre todo cuando se usa para diagnósticos.

Kundrat explica las muertes por el cloroformo, en casos en que no se puede atribuir a los ya mencionados, por una constitucion linfática o clorótica del individuo i por lo tanto no deben encuadrarse como «muerte por el cloroformo» sino «muerte súbita durante



la narcosis» asi como puede sobrevenir la muerte en otras circunstancias debido a excitacion del corazón o del sistema nervioso sobre todo en los niños.

Gurlt cuyas estadísticas sobre el particular son las mas completas dá el año 95, el resultado de las estadísticas recojidas por él en distintas clinicas de Europa durante 5 años. La muerte por el cloroformo son 1 por 2909; por el éter 1 en 600 4 casos i por la mezcla de cloroformo i éter 1 por 10162. El éter trae mas frecuentemente que el cloroformo segun Bruns neumonias consecutivas i por lo tanto hai que ser parco en los ancianos i en las personas que estan condenadas por la intervencion a que han sido sometidas a un largo decúbitus dorsal.

Es sumamente interesante conocer las alteraciones que pueda producir el filtro renal a consecuencia de la narcosis. Eisendrath se ha ocupado en estudiar este asunto. En 130 narcotizados de los cuales 70 por el cloroformo i 60 por el éter ha encontrado un aumento de albúmina igual en individuos que la presentaban ántes; pero esto dura más con el cloroformo.

En individuos que tenian sus orinas sanas antes de la narcosis presentaban albúmina después en un 25%, cuando han sido narcotizados por el éter i en un 32% cuando se ha usado el cloroformo.

Se encuentra epitelio renal i cilindrico en las orinas (sin albúmina) en un 28.3%, tanto después de haber suministrado el éter como el cloroformo; pero este estado desaparece ántes cuando ha sido el éter el empleado.

Fränckel sostiene que la accion del cloroformo es mucho mas nociva que la del éter sobre el riñon.

Las opiniones de Kocher acerca de la cuestion de la narcosis son las siguientes:

1.º La anestesia cocainica es la única que no tiene peligros en los sujetos que padecen de graves trastornos en la funcion de órganos importantes para la vida i sobre todo del corazón, de ámbos pulmones, del hígado, de ámbos riñones i de todo el aparato linfático;

2.º Para anestias de mui corta duracion, el bromuro de etilo es el que presta mejores servicios;

3.º La anestesia etérea es la ménos peligrosa en los casos de afeccion lijera de los órganos mencionados con tal que vaya precedida del empleo prudente del bromuro de etilo (5 a 25 gramos) que se administrará en la cantidad precisa para que se presente la pérdida





del conocimiento. La contraindicación del éter, la constituyen las afecciones de los órganos respiratorios.

En las enfermedades de estos últimos o en los sujetos que están predispuestos a contraerlas, lo ménos peligroso es el empleo bien dosificado del cloroformo, valiéndose del aparato de Kappeler o de la careta de nuestra invención que garantiza la entrada del aire i permite la administración del medicamento a gotas. Nuestra experiencia personal no nos permite emitir opinión acerca de si también en este caso será mas seguro el iniciar la anestesia con el bromuro de etilo.

En la práctica los individuos que corren mas peligro con la anestesia general son aquellos que están mui decaídos o anémicos por la mucha edad, por la mala alimentación o a consecuencia de enfermedades; en segundo término, los que padecen de polisarcia adiposa o de degeneración grasienta del corazón o del hígado a consecuencia de trastornos de la nutrición, del alcoholismo, de la sépsis, o de otras intoxicaciones o infecciones; i por último los individuos que presentan un infarto considerable del bazo, de los ganglios linfáticos i del timo.

Anestesiado el paciente, debe procederse a la desinfección del campo operatorio de la manera siguiente: después de afeitada la rejion, se escobillará i jabonará estensamente durante 5 minutos, hecho lo cual se sacará el jabon lavando con agua esterilizada. Enseguida se lavará i escobillará durante 3 minutos la rejion con alcohol absoluto e inmediatamente con sublimado al 1 por 1000, cuidando de dejar todo el abdómen cubierto con paños esterilizados i en el lugar donde se va a practicar la incision una compresa sublimada, hasta que el cirujano vaya a proceder, momento en el cual con una tórula aséptica se pasará agua esterilizada por el lugar de la incision.

También, en lugar de hacer todo esto el dia de la operacion puede hacerse el dia ántes, teniendo cuidado de colocar compresas sublimadas en el abdómen, cubiertas con un hule aséptico i gruesas capas de algodón, sujeto todo con su respectivo vendaje. Pero se debe tener presente al levantar las compresas lavar con sublimado para mayor seguridad. Este procedimiento es mas molesto para el paciente i no tan seguro, pues no sabemos si el enfermo pueda o no tocarse el abdómen; mientras que con el otro método, procediendo en toda forma, no es molesto para el enfermo i se tiene perfecta seguridad.

De más está advertir que debemos prestar especial atención al lavado del ombligo i del púbis i que la persona que lleva a cabo estos preliminares debe de estar desinfectada.

Si se trata de alguna estirpacion de útero, de alguna otra operación en relacion con la vagina, debe afeitarse toda la rejion i proceder a la desinfeccion de las partes externas por medio del jabon de la escobilla, del alcohol, del sublimado i de las partes internas, por medio de abundantes lavados con una solución caliente de lisol o de sublimado al 1 por 2000.

Como se vé la rigurosa asepsia por estos medios, es difícil obtenerla tan estrictamente en locales que no están destinados exclusivamente a este objeto, cuando se hace uso de piezas empapeladas en que es imposible limpiar sus paredes con trapos húmedos, de techos mal pintaños i de pisos entablados en que es imposible sacar el polvo de sus hendiduras, además de que para obtener una temperatura de 20° necesaria para una laparotomía hai que hacer uso de braseros con carbon que emanan gases nocivos para la anestesia.

Antes que atender a las comodidades a veces exajeradas del operador, debemos atender a que en la pieza en que se trabaja exista la menor cantidad de polvo que pueda caer en un momento dado sobre la cavidad abdominal, sobre los instrumentos o sobre las manos del operador i ayudantes. Debemos atender a que la calefaccion de la pieza se lleve a cabo por medios que no sean nocivos al paciente i sobre todo que podamos contar con la plena seguridad de la esterilizacion i asepsia de todo aquello que pueda ponerse en contacto con el cirujano, ayudantes i el paciente.

Poco importa la calidad del material si reúne las condiciones espuestas con todo su rigor, pues, toda exajeracion en la desinfeccion en casos como el presente no hace sino augurarnos un éxito mas completo aún en las operaciones mas graves de la cirujia abdominal. Este es el punto capital del cual depende en la casi totalidad de los casos la vida del paciente i del cual se desprende uno de los mayores inconvenientes que hai para proceder en las casas de los enfermos en operaciones de esta especie, en las cuales es imposible tener una asepsia rigurosa a causa de la escasez de útiles i de la imposibilidad de efectuar correctamente todo estos preliminares; además de que no se puede evitar en ellas el tráfico i la alarma consiguiente de los miembros de la familia. De aquí es que no debe olvidarse que en la sala de operaciones no deben admitirse,



hasta donde sea posible sino las personas necesarias para ella, pues todos los demas no hacen sino perjudicar (ajitando el aire de la pieza i por consiguiente de los microbios por medio de sus movimientos, enrareciendo el aire por la respiracion etc.) sin prestar ningun beneficio.

Hago exclusion de los anfiteatros de clinica en que la presencia de los alumnos es necesaria a la enseñanza; pero los cuales en su disposicion evitan este inconveniente de la aglomeracion de jente alrededor del operado.

Por lo que respecta a la cuestion de los Bacterios en el aire el profesor Mikulicz de Breslau en un interesante trabajo presentado al XXVII congreso de cirujia de Berlin, se ocupa de los medios de mejorar nuestros actuales conocimientos sobre la asepsia, trabajo estenso cuyo resumen será publicado en el progreso médico por el Dr. Amunátegui i del cual tomamos nosotros algunos datos que se refieren a esta cuestion.

«Los jérmenes contenidos en el aire pueden estar los *secos* suspendidos en el polvo i los húmedos contenidos en las finisimas partículas de líquido.—Sabido es que los bacterios que están suspendidos en el aire en forma de polvo tienen poca significacion, la mayor parte de ellos, es decir, los que comprometen nuestras heridas perecen poco a poco a consecuencia de la desecacion.—En las circunstancias ordinarias, esto es, en las partículas de polvo que de la calle penetra en las habitaciones comunes, la significacion de esta clase de infeccion por el aire puede considerarse como nula. Sin embargo, no pasa lo mismo en los hospitales donde segun las investigaciones de Neisser i Germano, bacterios como el estafilococcus aureus i el estreptococcus pueden permanecer largo tiempo en estado de sequedad i ser trasmisibles.—De aqui es que debemos apartar este peligro, separando nuestra sala de operaciones de las salas en que están contenidos enfermos que tienen afecciones en que se presentan semejantes micro-organismos.

Las investigaciones comparativas del aire en los grandes anfiteatros por una parte i los pequeños espacios cerrados por otra han dado el resultado que en los primeros el contenido de micro-organismos en el aire es siempre mayor que en los últimos i que este contenido aumenta cuando con la entrada de los oyentes se favorece el movimiento del polvo contenido en la sala.

El Dr. Gottstein ha emprendido investigaciones en la nueva clinica quirúrgica de Breslau de las cuales resulta que en cualesquie-

ra circunstancia el contenido de microbios en el aire es considerablemente mayor en los grandes anfiteatros que en las pequeñas salas de operaciones asépticas.—En ambas circunstancias existe sin embargo una enorme diferencia según que el espacio, la sala o la pieza ha estado desocupada algunas horas i no ha sido pisada por persona alguna, o bien por el contrario si ha habido movimiento de personas que se emplean en la operación. La cantidad de microbios llega a su máximo al principio de la operación lo que se debe indudablemente al ir i venir de los ayudantes i practicantes que preparan la operación.

Mikulicz propone en seguida como medios para evitar este aumento de jérmenes en el momento de la operación el limitar en lo posible el movimiento en el anfiteatro i el dejar entrar en el espacio en que se opera solo al número de personas indispensables para llevar a cabo la operación.

Una significación mucho más importante tiene la trasmisión de Bacterios en forma de gotas finas de líquido.—Fué Flügger uno de los primeros que ha llamado la atención hace poco tiempo sobre este particular; i en efecto, cuando se habla despacio, pero sobre todo cuando se habla fuerte i mucho más aún en el acto de la tos se desprenden pequeñas partículas de líquido que pueden ser lanzadas a gran distancia; con mucha mayor razón cuando se estornuda lo que naturalmente es conocido.

En vista de estos trabajos propone Mikulicz el evitar durante la operación la conversación tanto del operador como de los ayudantes i aún si fuera posible pedir los instrumentos solo por señas conocidas i llega hasta proponer, lo que a primera vista parece una exageración, el uso de una especie de careta de gasa con algodón, que abarque las narices i la boca.»

I de aquí es que resaltando los inconvenientes que surjen en las habitaciones particulares al efectuar operaciones de esta especie quede plenamente comprobada la utilidad material, lójica i positiva que presta a los enfermos i a los cirujanos el establecimiento de clínicas privadas que cuenten con su sala de operaciones montada según estos preceptos i con un personal adiestrado en el manejo i preparación de todos los elementos necesarios.

En una palabra, el mantenimiento i el desarrollo de establecimientos de esta especie se impone a todo aquel que tenga nociones sobre lo que es hoy día la cirugía, sobre todo abdominal, i tenga verdaderas aspiraciones por aliviar i asegurar la suerte de los ope-



rados, prestándole todas las atenciones necesarias i evitando todos los peligros que puedan afectarlo ya sea directa o indirectamente.

Hecho este ligero paréntesis seguiremos con la técnica operatoria que debe usarse en jeneral en una laparotomía. La incision de la piel, tejido celular, etc., debe ser lo suficiente para que permita trabajar con comodidad i seguirse progresivamente hasta descubrir el peritoneo al cual se hará una lijera incision con el bisturí tomándolo entre dos pinzas, fijándolo inmediatamente a los bordes de la herida con dos puntos de suturas para que no se pierda de vista i poder suturarlo cuando sea necesario.

Hecho esto, por medio de tijeras abotonadas, se prolongará la incision hácia arriba i hácia abajo, se procederá en seguida a la exploracion i a ejecutar el acto quirúrgico segun sea el caso. Debe evitarse en lo posible el manoseo de los intestinos, protejiéndolos con compresas i colocando al paciente en plano inclinado, a fin de evitar el shock, o una probabilidad mas de complicaciones posteriores. Si la operacion se lleva a cabo en el intestino, debe de todas maneras hacerse lo posible porque su contacto con las manos del cirujano i ayudantes sea el menor, teniendo cuidado, si se trata de sacar asas al exterior o de hacer su exploracion, de colocarlas entre compresas calientes. Ahora, si se trata de afecciones purulentas, tuberculosis i en jeneral de operaciones donde sospechemos la existencia de colecciones liquidas, debemos aunque no se rompan, rodearlas de compresas para evitar, si se derramara la menor cantidad de liquido, que éste se ponga en contacto con el resto de la cavidad peritoneal.

Estas compresas deben ser renovadas constantemente i lavadas en agua esterilizada caliente. Por otra parte, la cavidad debe secarse perfectamente, ya sea con tómulas, compresas o gasas para que en ningun momento quede depositada la sangre proveniente de la operacion.

Terminado el acto quirúrgico, se hará una toilette de la cavidad de la misma manera que durante la operacion; se cerrará la cavidad en dos planos: una sutura que tome peritoneo, facies i músculos que se hará con seda, i otra con crin que tomará solamente la piel, i se tendrá cuidado de levantar los dos puntos de sutura con que se fijó el peritoneo a los bordes de la herida.

Se hará en seguida una toilette de las partes externas, se colocará su gasa aséptica sobre la herida, la cual se sujetará con tela inglesa que sirve a la vez para aproximar más los labios. Se pondrá

una gruesa capa de algodón i en seguida un vendaje mas o ménos firme, o bien un apretador de franela.

I por último, si se trata de una operacion sobre los órganos genitales en la mujer debe estraerse la orina por medio de la sonda previamente desinfectada.

*
* *

Respecto a las complicaciones que pueden presentarse durante la operacion, una de las principales son las *hemorragias*, que pueden sobrevenir 1.º por seccion de un vaso arterial o venoso; 2.º por la desgarradura de ciertas adherencias; 3.º por la seccion del epiplón, de pediculos de quistes del ovario o de salpingectomias. En el primer caso, si son vasos de pequeño calibre, bastará con tomarlos con las pinzas de Pean, i si son de mayor calibre, se pondrá una ligadura, la cual debe de ser previa cuando se secciona un vaso por necesidad. En el segundo caso se hará uso de la compresion, de las cauterizaciones con ácido fénico al 5%, con el Paquelin, i en último caso se procederá a colocar un drenaje compresivo de Mikulicz. En el tercer caso se ligará perfectamente la superficie seccionada i se cauterizará con ácido fénico al 5% o solamente se hará la seccion por medio del Paquelin al rojo sombrío.

Otras complicaciones que pueden sobrevenir en el curso de una laparotomia son: la ruptura del intestino, de la vejiga o la ligadura del uréter correspondiente o bien que en las extirpaciones de quistes del ovario, de abscesos tubo-ovariales, de procesos tuberculosos o en casos de Pyo-salpinx se vierta cierta cantidad de líquido.

Cuando se trata de rupturas de la vejiga o del intestino, cuidando de proteger las rejiones vecinas del contacto de las secreciones de dichos órganos, se procederá a la sutura ya sea del intestino (método de Lembert), de la vejiga en 3 planos o a seccionar la ligadura del uréter si es que se trata de ésto.—Esto último, como la seccion del cordón en las operaciones de hernias rara vez sucede puesto que el operador tiene perfecto conocimiento de la rejion en que opera.

En los otros casos en que se trata de extirpaciones de procesos que puedan hacer temer una infeccion, ántes de seccionar, debe protegerse la cavidad, rodeando el tumor con compresas, i si solo se derraman cantidades insignificantes de líquido se procederá inmediatamente a secar por medio de tómulas, de gasa o por medio de compresas; pero si el derrame es de cierta consideracion a mas



de secarse perfectamente se colocará un drenaje de Mikulicz.— Antes, en estos casos se procedía al lavado de la cavidad por medio del agua esterilizada caliente lo que hoy día tiende a abandonarse i no debe usarse sino en casos excepcionales, desde que se sabe que dichas irrigaciones no hacen sino llevar los microbios de la coleccion séptica a lugares donde no existia.—El agua, introduciéndose entre los repliegues peritoneales, deposita allí los diferentes microbios de la septicemia.—Por eso no debemos irrigar la cavidad sino proceder a secar rapidamente, colocando enseguida un drenaje de Mikulicz.

En casos de operaciones sangrientas (extirpaciones de úteros miomatosos) puede sobrevenir un colápsus a causa de la pérdida de sangre.—Esta complicacion será combatida por medio de hipodermoclasia, inyecciones de cafeína, éter alcanforado i estimulantes locales i jenerales.—De aquí es que ántes de determinar el día en que se va a hacer esta clase de operaciones debemos evitar que se encuentre cercano el día de la menstruacion, pues entónces los tejidos están sumamente conjestionados i las hemorragias son mas fáciles.

*
* *

Enumeradas las principales complicaciones que pueden sobrevenir durante la operacion pasaremos a ocuparnos de los cuidados posteriores que es necesario prestar al paciente.—Una vez hecha la curacion será trasportado lo mas comodamente posible a su cama (que se habrá hecho calentar i levantar previamente de los piés para evitar el enfriamiento i los vómitos) donde será colocado en decúbitus dorsal, la cabeza baja, en reposo i en silencio si es posible absoluto.—No se le permitirá levantar la cabeza i se tendrá a su lado una persona para que lo cuide, además de que será vijilado de cerca por un médico o su ayudante.—Se recomendará no administrar ni una sola gota de agua al paciente por lo ménos durante 8 a 10 horas, ni que ejecute movimientos que puedan dañar la herida.—Debe exortarse al paciente a soportar un poco las molestias i hacer uso de la morfina sólo en caso de dolores agudos en que se vea su necesidad, para calmar la angustia i el desasociado, de lo contrario debe negarse terminantemente.—No se debe administrar hielo porque no hace sino aumentar la sed i a lo sumo si el vientre está dolorido se colocará una bolsa de hielo sobre el abdómen.

Si sobrevienen vómitos debe de continuarse en el mismo régimen i vijilando siempre al paciente.

Lewin recomienda el vinagre contra los vómitos después del cloroformo, porque el cloroformo descompuesto es decir el cloro que irrita las vías respiratorias se mezcla con el vinagre, facilita la respiración e impide los vómitos.—Si el paciente no tiene vómitos se le puede dar después de transcurridas 8 horas, pequeñas dosis de café puro, con leche, agua de té puro o con leche, teniendo cuidado de darlo de una a dos cucharaditas de media en media hora.

Si el paciente está muy decaído puede dársele cucharaditas de café con coñac en la misma forma anterior.—Al 2.º día debe seguirse en el mismo régimen a no ser que el enfermo se sienta un poco agotado, en cuyo caso se hace uso de pequeñas dosis de coñac. En el 3.º día si el enfermo no presenta molestias dignas de tomarse en consideración se hace uso del caldo en pequeñas porciones i se le puede dar de uno a dos huevos frescos.

Al día siguiente un purgativo ligero que produzca una a dos deposiciones i se aumenta la cantidad de alimento, pudiendo en los días siguientes comer pequeños pedazos de pan, de carne de ave, de cordero, etc., etc.

El cálmel en dosis de 0.25 gramos una o dos veces da excelentes resultados. Pero si se trata de operaciones sobre el intestino (rupturas, enterectomias, enterotomias) en que ha habido que practicar suturas, debe procederse a la inmovilización intestinal i solo dar purgante, a los 6 o 7 días después. Por otra parte para administrar estos purgantes debemos fijarnos en el estado del intestino: si este se encuentra meteorizado debemos impedir los purgantes intestinales que no hacen sino aumentar la contracción refleja i por consiguiente la oclusión espasmódica. Los purgantes suaves i ligeros deben preferirse: ya sea el cálmel en dosis de 0.25 gramos, el agua de Jano o un purgante salino. Debe evitarse en lo posible el uso de la sonda, usándola solo en el caso que el enfermo no pueda orinar solo, a causa del pujo vesical que molesta a los enfermos varios días después.

La morfina, el opio etc., deben evitarse en absoluto i administrarse solamente en casos de urgente necesidad como ser grandes dolores, insomnio, delirio etc. Lo mismo diremos de todo medicamento que por sus efectos tienda a la inmovilización intestinal, salvo el caso de que ya hemos hablado antes cuando se trata de ciertas operaciones sobre el intestino.

Si la posición en decúbitus dorsal molesta mucho al enfermo, puede colocarse un poco de lado acunándolo con almohadas de tal

modo que no ejecute el menor movimiento. Mucho mejor es sino se ejecuta esta maniobra; pero no se debe de olvidar que hai enfermos que con este pequeño alivio duermen perfectamente.

Las suturas deben sacarse a los 10 dias i el enfermo al levantarse debe colocarse un apretador que lo llevará por un tiempo convencional, segun la longitud de la herida, de su situacion i si se ha dejado o no drenaje de Mikulicz.

*
* *

Conocidas de una manera jeneral las indicaciones, los detalles i los accidentes que pueden sobrevenir en una laparotomía, pasaremos a ocuparnos de las principales complicaciones que pueden presentarse a continuacion.

Al tratar de estas complicaciones i de la manera como combatir las nos estenderemos un poco sobre las *oclusiones intestinales post-operatorias* que es una de las complicaciones mas graves i cuyo diagnóstico difícil en la mayoria de las casos impide llevar a cabo un tratamiento necesario i urgente.

Estas complicaciones son:

A) *El colápsus* i el *shock*, que raras veces se presentan en las operaciones abdominales dadas las precauciones que se toman, tanto en la preparacion i anestesia, como en la operacion i vijilancia posterior del paciente, son tratados segun las reglas ordinarias de la Cirujia por medio de inyecciones estimulantes de éter alcat. forado, de cafeina, posicion en decúbitus dorsal (cabeza baja, piernas elevadas) botellas de agua caliente, fricciones, enemas de café concoñac o de alcoholes estimulantes e inyecciones de suero artificial.

Sobre la manera de evitar esta complicacion Gill Wylie recomienda mucho las irrigaciones calientes en la cavidad, procedimiento completamente abandonado no tanto por ser incómodo, sino por que hoi en dia no solo en la cirujia abdominal, sino jeneral, se usa casi exclusivamente el método seco, por ser el único que no está reñido con los principios fundamentales de la asepsia. Esto por una parte, por otra en la cavidad abdominal no podemos usar líquidos desinfectantes a causa de la irritacion peritoneal, cuyas malas consecuencias debemos evitar i por el contrario lo que debemos hacer para prevenirmos de tal accidente es evitar el manoseo intestinal i su enfriamiento.

Debemos introducir lo ménos posible la mano en la cavidad, pro



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

tejer las asas intestinales i cubrirlas con compresas esterilizadas calientes i evitar exploraciones inútiles que no conducen sino a perjudicar al paciente.

B) *Vómitos*.— Es verdad que casi siempre se presentan durante la anestesia por el cloroformo en cuyo caso para hacerlos desaparecer hai que aumentar la dosis; o se presentan en las 24 a 48 horas siguientes como consecuencia del cloroformo, o bien como síntoma de alguna otra complicacion. — En una palabra es mas bien un síntoma que una complicacion. — El vómito es una de las mayores molestias que tendremos que combatir después de una operacion abdominal. — Durante las primeras 24 horas no inquietan al cirujano pues, en tales condiciones se explican como efecto del anestésico usado (cloroformo); pero cuando estos persisten hasta el 3.º o 4.º dia i continúan aún o bien aparecen al 2.º o 3.º dia después de haber desaparecido, podemos concluir que indican una peritonitis, una obstruccion, o una inflamacion semejante que causa la parálisis de las funciones intestinales. — Sin embargo, en el servicio del Dr. Sierra hemos visto una enferma que en dos cloroformizaciones tuvo vómitos durante 4 dias sin presentar otro, síntoma alarmante de ninguna especie. — En la *clínica privada* hemos observado un caso semejante debido a una gastro-enteritis antigua.

Así es que debemos fijarnos en sus caracteres mas sobresalientes para determinar su causa i llegar al diagnóstico, pues en estos casos el tratamiento médico surte poco, por no decir ningún efecto.

Los vómitos debidos al cloroformo, casi siempre mucosos, biliosos, son el resultado de grandes esfuerzos por parte del paciente, que al final se traducen por arcadas que lo hacen sufrir demasiado. — Los vómitos de la peritonitis son porráceos, sin esfuerzo i constantes. — Los de la obstruccion pasan rapidamente de alimenticios a fecales i son de esfuerzo. — Con estos caracteres jenerales podemos clasificar a primera vista, junto naturalmente con otros síntomas la gravedad del caso i proceder en consecuencia.

En cuanto al tratamiento del vómito diremos que no se debe pensar en el tratamiento médico por la tintura de yodo, el hielo etc etc. ni por ningún otro medicamento, pues, lo mejor que debe hacerse es evitar la administracion de todo por la boca, colocar una bolsa de hielo en la rejion epigástrica, tener al enfermo en decúbitus dorsal con la cabeza baja i alimentarlo si hai necesidad por la via



rectal, es decir que en estos casos debemos tratar de alejar toda causa que pueda directa o indirectamente producir el vómito.

Se debe evitar en estos casos el uso que se hace del hielo que no produce sino el aumento de la sed i depositar en el estómago una cantidad de líquido que no tarda en ser espulsado, i por último procribiremos en cuanto sea posible el uso del opio i de las inyecciones de morfina que muchas veces son las únicas causantes del vómito.

Por su parte Kussmaul recomienda los lavados de estómago por medio de la sonda, procedimiento que le ha dado excelentes resultados; pero que no hemos tenido la oportunidad de observar.—En la jeneralidad de los servicios de clínica se sigue el procedimiento de la abstencion absoluta de todo por la boca contentándose a lo sumo con colocar una bolsa de hielo en la rejion epigástrica.

C) Las elevaciones de temperatura que pueden sobrevenir a continuacion de una operacion abdominal no constituyen por si solas una complicacion, si no que se presentan como sintoma de una u otra afeccion mas o ménos leve o mas o ménos grave.—Asi es que en este párrafo nos referiremos al significado que ellas encierran en tal o cual circunstancia.

Siempre que en los primeros dias a continuacion de una operacion abdominal notemos elevaciones térmicas de 38, 38.5 i 39 grados sin estar el vientre doloroso, sin alteraciones del pulso, sin vómitos, deberemos sospechar una infeccion intestinal i proceder en consecuencia por medio de derivativos.—Si estas elevaciones térmicas sobrevienen del 5.º al 8.º dia debemos sospechar una supuracion de las paredes abdominales, así como supondremos una supuracion enquistada o la formacion de un absceso siempre que dichas piréxias sobrevengan mas tarde.—Ahora, si las elevaciones de temperatura suben desde los primeros dias a 39, 39.5 i 40 grados acompañadas de alteraciones del pulso que se hace pequeño i frecuente (mas de 120), debemos sospechar una peritonitis séptica sobre todo si se acompañan de vómitos porráceos i de facies hipocrática.—Pero no por esto debemos olvidar el hecho de que las peritonitis mas virulentas se acompañan a veces de temperatura normal, hasta sub-normal i que las peritonitis locales no producen siempre grandes elevaciones de temperatura.

Pasando ahora a la manera como deben tratarse estas piréxias, depende de la causa; pero en jeneral, aparte del tratamiento quirúrgico obligado en ciertas circunstancias, se usan los lavados intestinales, antipirina, quinina, abluciones de vinagre aromático i

en el *hospital de Samaritan* se hace un uso corriente para combatir estas piréxias de la bolsa de hielo i de las envolturas frias sobre las piernas.—En América del Norte algunos cirujanos hacen uso «of the Kibee's fever cot» que esencialmente no es sino una cama por la cual se puede hacer circular agua fria, estrayendo así el calor del cuerpo con el cual está en contacto.

D.) *Hemorrajias secundarias*.—Las hemorrajias secundarias, además de ser casi excepcionales en la práctica, son de una sintomatología mui conocida que salvo mui raros casos pueden llegar a confundirse con una septicemia aguda de exudado peritoneal (Cirujia de Reclus i Duplay.)

Sus principales síntomas se manifiestan por alteraciones del pulso que se hace pequeño, frecuente, rápido, por descenso de la temperatura que baja rápidamente a 36°, 34°, por enfriamiento de las estremidades, por una exajerada palidez del rostro i de las demás partes del cuerpo, en una palabra por un colapsus con todos sus caractéres.

Tratamiento.—Estas hemorrajias debidas casi siempre a superficies que restan de adherencias rotas, sobretudo en las extirpaciones de miomas intraligamentosos, de salpingectomias, de quistes del ovario, o de falta de hemostasis en las resecciones del epiplon, exigen la nueva abertura del vientre, la ligadura de los vasos con cauterizacion de los pedículos i adherencias rotas (ácido fénico al 5% al Paquelin) i la colocacion de un drenaje compresivo sobre todo cuando se trata de hemorrajias en nappe rebeldes a todo tratamiento jeneral clásico: hipodermoclisis, inyecciones de cafeina, éter alcanforado, reposo, elevacion i vendaje compresivo de las estremidades, botellas de agua caliente, fricciones, etc. etc.

Para evitar estas complicaciones es prudente siempre, en vez de romper las adherencias incindir con el bisturí o por medio de las tijeras los pedículos, seccionar estos elementos por medio del termo-cauterio al rojo sombrío; así se evitan accidentes que pueden ser de fatales consecuencias.

Pero si la seccion se ha hecho con el bisturí debe tenerse la precaucion de cauterizar las superficies cruentas con ácido fénico al 5% o termo-cauterio; i, si nos encontramos en casos de hemorrajias en nappe rebeldes a la compresion inmediata, momentánea, a las cauterizaciones con ácido fénico al 5%, al Paquelin, i el estado de la enferma exige una rápida terminacion de la operacion, ya sea por su estado jeneral o por haber sido la anestesia dema-



siado larga, se colocará un drenaje compresivo de Mikulicz que se levantará del 2.º al 3.º día.

E.) Peritonitis jeneralizadas.—Las peritonitis se puede decir que relativamente han disminuido en el grupo de las complicaciones post-operatorias desde la época en que la antisepsia i la asepsia rigurosa empezaron a formar la base de estas operaciones, a tal punto que las curaciones per prima son hoy el resultado frecuente de estas intervenciones quirúrgicas.

La infeccion que produce una peritonitis, consecutiva a una laparotomía, puede ser debida a 4 causas: 1.ª a lo que Mikulicz llama *material muerto* i que comprende los instrumentos, gazas, torulas, etc. etc.; 2.ª al aire, piel del campo operatorio i manos del operador i sus ayudantes; 3.ª a descuidos del cirujano i ayudantes durante la operacion i 4.ª a la naturaleza misma de la afeccion que hace inevitable la infeccion apesar de que se tomen todas las precauciones imaginables.

En el primer caso entran todos aquellos en que no se ha seguido estrictamente las reglas clásicas de la esterilizacion i de la asepsia. En el segundo, cuando se opera en una pieza cuyo aire está enrarecido i cubierto de polvo; en que no se ha hecho la asepsia rigurosa del campo operatorio i el personal no ha procedido en su desinfeccion segun las reglas establecidas.

De aquí es que hemos establecido el precedente de que debe evitarse la aglomeracion de jente alrededor del operado para disminuir en lo posible la agitacion del aire i por consiguiente del polvo que pueda haber suspendido; que debe impedirse la conversacion a causa de que pueden caer particulas de saliva en la cavidad i de que debe evitarse la calefaccion de la pieza por el carbon etc. etc.

En el 3.º entran los casos ocasionados por una mala desinfeccion, de una asepsia poco rigurosa por parte del cirujano i ayudantes, así como los casos en que por descuido se rompen órganos que permitan en la cavidad el derramamiento de líquidos sépticos.— En el 4.º se comprenden las intervenciones llevadas a cabo en circunstancias en que los jérmes sépticos ya se han vaciado en la cavidad, sea por traumatismos o por la evolucion natural del proceso patológico.

La sintomatoljia demasiado conocida de la peritonitis, consiste en elevacion de temperatura, timpanismo abdominal, parálisis intestinal, vómitos porráceos, vientre doloroso, contraccion de los



rectos, pulso pequeño, frecuente filiforme; todo esto acompañado de una facies hipocrática característica que por si solo revela la suma gravedad del caso.

Tratamiento.—Diagnosticada la peritonitis debemos facilitar la disminucion de la distension intestinal por medio de grandes lavados, ayudar las fuerzas del enfermo por medio de hipodermoclasis i recurrir a tonificar el corazon i proceder en cuanto sea posible a la nueva abertura del vientre, a limpiar i a colocar un drenaje.—Este procedimiento, aunque en la mayoría de los casos no dá resultados satisfactorios, no debemos orvidarlo, pues se ha obtenido algunos éxitos en la práctica.

Respecto al uso que se hace del opio en el tratamiento de la peritonitis, si es verdad que a veces es necesario dada la agudeza de los dolores i como el único medio de traer al paciente cierto estado de tranquilidad i reposo, debemos declarar que no solo es nocivo sino sumamente perjudicial: por medio de él se obtiene la paralización del intestino que si no existia aún, no tarda en aparecer; luego la parálisis intestinal facilita la distension, el timpanismo, se exagera, el dolor aumenta i como la timpanitis que acompaña a la peritonitis es una causa real de obstruccion, tambien tenemos que los vómitos se exageran.—Esto es, por una parte; por otra la estagnacion de materiales sépticos en el intestino, privados de su libre circulacion, hace mas fácil su absorcion i así, en vez de haber hecho un beneficio al paciente, no hemos conseguido otra cosa que colocarlo en una situacion mas penosa de lucha i resistencia.

Mui por el contrario, en tales casos debemos facilitar la evacuacion de gases i de líquidos ya sea por medio de la sonda, de lavados o de purgantes, sobre todo en los casos de peritonitis incipiente en los cuales Smith ha obtenido rápido i excelente resultado por medio de dicho procedimiento.

Lavvson Tait en su práctica, después de una operacion abdominal administra casi siempre un purgante salino fundado en que combatiendo de esta manera el ingurjitamiento de los vasos, el peritoneo tiene mas facilidades para la absorcion.

Es cierto que se puede observar que los purgantes obran en estos casos removiendo los gases i líquidos intestinales mas bien que produciendo el drenaje del peritoneo; pero, sea lo que fuere, lo que nos interesa saber es que el hecho existe i que por consiguiente debemos sacar de él todos los beneficios posibles.



Exceptuaremos los casos en que se trata de rupturas intestinales o de operaciones en que haya habido necesidad de lesionar el intestino, pues, en tales casos, en vez de dar purgantes, debemos tratar de inmovilizar el intestino por medio del opio, i solo 6 o 7 dias después, cuando ya no exista ningun peligro se administra un purgativo lijero.

Respecto a esto Gardner, célebre ginecologista norte-americano dice: «jamás he usado el opio a continuacion de una operacion abdominal e inmediatamente que han aparecido vómitos, elevacion de temperatura, dolor i distension he dado enemas i purgantes con buen éxito en mi experiencia no solo he visto por este medio disminuir las perturbaciones i dificultades en el tratamiento de las complicaciones posteriores sino tambien salvar muchas vidas».—En apoyo de lo dicho, además de la palabra autorizada de Gardner, podemos agregar las estadísticas de Gill Wyllie, Boldy, Penrose.

Por último cuando nos encontramos en casos de peritonitis letal, en que estamos imposibilitados para toda intervencion i los dolores del enfermo son sumamente molestos, pueden usarse para aliviarlo en sus sufrimientos, las inhalaciones de cloroformo.—Ultimamente se están usando en Alemania i Austria.

F) Peritonitis localizadas.—En cuanto a las peritonitis localizadas consecutivas a operaciones abdominales, pueden tener la misma causa que las generalizadas.—Su sintomatología mas o ménos semejante en cuanto se refiere al cuadro general de la enfermedad deja ver un pronóstico bastante grave, que exige como único tratamiento razonable la abertura del foco infeccioso.—Pero antes de proceder quirúrgicamente se habrá tratado de limitar el proceso por medio de la formacion de adherencias, (haciendo uso del hielo etc.) para evitar en lo posible su generalizacion.—Sobre esto nos hemos ya ocupado de paso al hablar de las Apendicitis.

G) Insomnio.—El insomnio que sobreviene a continuacion de las operaciones abdominales, entre otras causas puede ser el resultado de alguna de las complicaciones enumeradas anteriormente, del temperamento nervioso del paciente (mujeres) de su alcoholismo, ya sea agudo o crónico (hombres), o bien ser debido unicamente a la sed i vomitos consecutivos al cloroformo.—En los casos en que sobreviene como sintoma de alguna de las complicaciones citadas, debemos atender a éstas ántes que pensar en combatirlo directamente.—Cuando se presenta en personas de temperamento nervioso (histéricas), usaremos como es de regla en estos casos bromuros,



mejor en pequeñas lavativas, la valeriana, etc. etc. usando el cloral i bebidas alcohólicas en pequeñas dosis cuando el insomnio es debido al alcoholismo.—Si se vé que es el resultado de la sed i vómitos clorofórmicos, se seguirá el tratamiento indicado anteriormente al hablar de dicha complicacion.—Por lo demas en casos raros cuando es debido al dolor o a cualesquiera otra causa semejante i solo cuando todos los demas medios hayan fracasado i el insomnio se prolongue, tenga inquieto i molesto al paciente hasta llegar a constituir un verdadero sufrimiento, solamente entónces debemos pensar en combatirlo por medio de la morfina.—Debemos condenar el procedimiento seguido por aquellos que por cualesquier molestia del paciente inyectan uno o dos centigramos de morfina, que si bien es cierto alivian al paciente, esto no es mas que por pocos momentos, teniendo mas tarde que no solo las molestias consecutivas al cloroformo aumentan (sed, vómitos) si no que tambien las debidas a la inmovilizacion intestinal producida por el uso indebido de la morfina.

H) *Abscesos de las paredes abdominales.*—Son escepcionales i casi siempre debidos a la infeccion por la seda mal preparada. Su sintomatolojia es la ordinaria; su tratamiento quirúrgico decidido, después de levantados los puntos de sutura, i sus resultados satisfactorios.

I) *Edema blanco de las piernas.*—Greig Smith ha observado unos cuantos casos de operaciones abdominales complicados durante la segunda semana por una especie de edema blanco de las piernas que esplica por algun traumatismo con compresion de un tronco venoso en la pélvis, ya sea por pinzas o ligaduras, o como resultado de una pelvi-celulitis o de una anjio-leucitis.

Pero, cualesquiera que sea la causa del edema, lo cierto es que dicha complicacion es sumamente benigna i que basta con la elevacion de las piernas o si no con el vendaje compresivo algodonado para que a lo mas tardar a los 2 o 3 dias desaparezca completamente. En la clínica privada de los Drs. Gonzalez i Amunátegui hemos tenido la oportunidad de observar un caso de edema de las piernas al 9.º dia después de la estirpacion de un mioma por la via abdominal. En este caso bastó la elevacion de las estremidades para que al 3.º dia todo hubiera desaparecido.

J) *Parotiditis.*—Las parotiditis, que raras veces aparecen después de operaciones abdominales (en las mujeres) se han esplicado por la relacion que existe entre la glándula parótida i los ovarios; pero



dicha complicacion ha sido encontrada tambien en casos de operaciones sin relacion alguna con los órganos sexuales. Stephen, Paget, Goodell i otros han citado algunos casos de operaciones abdominales complicados con inflamacion de la parótida que ha llegado o no a la supuracion. El tratamiento seguido en estos casos es el indicado por los principios ordinarios de la cirujia.

Por otra parte su presencia es escepcionalmente rara i no la hemos visto presentarse en las numerosas operaciones abdominales practicadas en las clínicas del hospital de San Vicente de Paul.

K) Trayectos fistulosos.— Respecto a los trayectos fistulosos, fistulas simples que sobrevienen a continuacion de operaciones abdominales, debido ya sea a los drenajes, a las pinzas, a apendicitis supuradas, a heridas intestinales, a gangrena en que es necesario fijar el intestino a la pared, al Mikulicz o a las suturas con seda, diremos que a parte de ser molestas, porque a veces su curacion es larga, carecen de gravedad en cuanto se refiere a la vida del paciente. Los pocos casos de trayectos fistulosos que hemos tenido la oportunidad de observar, han sido debidos, 2 de ellos a las suturas con seda, otros 2 consecutivos a la colocacion de drenajes compresivos para cohibir hemorragias en nappe rebeldes a todo tratamiento.

Otro caso de trayecto fistuloso fué orijinado por la colocacion de un Mikulicz a continuacion de la estirpacion de un pyo-salpinx a consecuencia de cuya ruptura se vaciaron mas o ménos 300 gramos de pus en la cavidad peritoneal, hecho que agregado al estado de la enferma pudo considerarse como letal; pero en el cual la limpieza del peritoneo, la colocacion de un Mikulicz, de una hipodermoclistis i la severa i estricta vijilancia posterior de la enferma dió como resultado la curacion, sin mas accidente que la formacion de un trayecto fistuloso que cerró a los 5 meses mas tarde.—Fuera de estos casos enumerados de trayectos fistulosos, no hemos tenido oportunidad de observar otros en la clínica ginecológica del Dr. Gonzalez durante los años 96 i 97 i parte del 98, apesar de que se hizo bastante uso de la seda.—Sin embargo, se dice que la seda debe usarse lo ménos posible porque siempre es ella la causa de la formacion de trayectos fistulosos que de tarde en tarde vienen a molestar a los operados; pero, si algun provecho se ha de sacar de la observacion prolongada i constante, debemos declarar que la seda convenientemente preparada, no tiene peligros, razon por la cual su uso no debe temerse, ni mucho ménos abandonarse

en la práctica corriente de la cirugía abdominal.—No por esto negamos la efectividad del hecho de que la seda produzca supuración, puesto que ello está basado en los resultados obtenidos por algunos de nuestros profesores i jefes de clínica; lo único que pretendemos al citar el hecho contrario es de que se aumente la vigilancia del personal encargado de la esterilización de la seda i de que se siga un procedimiento por el cual se consiga dar al hilo un cierto poder de resistencia contra las infecciones posteriores, es decir, no solo hacerlo aséptico sino mantenerlo en solución antiséptica.

Este procedimiento, como lo hemos dicho antes, ha dado excelentes resultados, i sin ir mas lejos ultimamente en la *clínica privada* de los Drs. González i Amunátegui en varios casos de estirpaciones de quistes del ovario, de miomas uterinos, por medio de la parotomías, se ha usado la seda, obteniendo siempre la curación per prima. —De ahí es que apoyados en una estadística de numerosos casos nos atrevamos a sostener que la seda no produce supuración i que su uso no debe abandonarse, siempre que haya suma vigilancia en su preparación i se le dé al mismo tiempo cierto poder de resistencia contra infecciones posteriores.

L.) *Fístulas vesicales*.—En cuanto a los casos de fístulas vesicales, de que se hace mención en las revistas de cirugía, consecutivas a operaciones abdominales, han sido debidas, ya sea a rupturas de la vejiga durante la operación, a la necrosis por presión de pinzas o drenajes, ya sea a la seda empleada en las ligaduras i suturas.—En la clínica ginecológica del Dr. González tuvimos oportunidad de observar dos casos de fístulas vesico vaginales consecutivos a estirpaciones por laparotomías de miomas intra-ligamentosos.—Uno de ellos por ruptura de la vejiga durante la operación i el otro por supuración i migración de la seda.—En el primer caso después de dos tentativas sin resultado para cerrarla por la vía vaginal, se procedió a abrir de nuevo la cavidad abdominal suturando la vejiga; pero en este caso como en los anteriores la fístula volvió a formarse aunque mas pequeña.—Sin embargo, por medio de continuos lavados vesicales i la colocación de una sonda a permanencia, se consiguió llegar a la cicatrización espontánea.—Actualmente la enferma tiene orinas sanguinolentas, dolor a la micción, etc. etc.—Se cree que se haya formado un cálculo cuyo núcleo indudablemente habría sido la seda empleada en la sutura de la vejiga por la vía abdominal.—En el segundo caso el tratamiento quirúrgico no dió resultado alguno, aunque no sabemos si

en esta ocasion como en la anterior la curacion espontánea se haya producido, pues, la enferma ha sido de todo punto imposible seguir observándola.—Estos son los únicos casos de fístulas vesicales que hemos tenido oportunidad de observar a continuacion de operaciones abdominales, apesar de ser bastante numerosos los casos de histerectomias, tanto abdominales como vaginales, practicadas por miomas, cáncer, prolápsus total, etc. etc. en los dos últimos años en la clínica jinecológica del hospital de San Vicente.

LI.) Fístulas estercorales post-operatorias.— Sus causas son mas o ménos las mismas que las que dan origen a las vesicales (necrosis por pinzas i drenajes, supuraciones producidas por la seda, adherencias del intestino con las paredes abdominales).—Por otra parte son raras i el tratamiento quirúrgico decidido, apesar de que ha solidado en algunos casos producirse la curacion espontánea.

M.) Hernias ventrales.—Las hernias ventrales son raras i no deben producirse siempre que se haya tenido el cuidado de suturar en 2 o 3 planos las paredes abdominales, de impedir la separacion de los labios de la herida, sujetando la curacion por medio de tela emplástica, de mantener al enfermo en decúbitus dorsal i de hacerle colocar un apretador durante cierto tiempo escepto si se trata de la operacion de hernias umbilicales, en cuyo caso, además de los cuidados mencionados, se hacia ántes la superposicion, el cruzamiento de los planos musculares, método que hoy ha sido reemplazado en la clínica del profesor V. Carvallo por la sutura en U doble practicada en el cuello del saco hernario, de tal modo que los hilos que forman las ramas de la segunda U queden situadas uno por dentro i otro por fuera de los hilos que forman las ramas de la primera.

Hemos tenido oportunidad de ver a los Drs. Carvallo i Amunátegui practicar dicha sutura i hemos podido apreciar sus resultados satisfactorios.

Segun Czerny otra causa frecuente de hernias ventrales son los casos de operaciones de apendicitis cuando el cirujano se ve obligado a dejar un drenaje por circunstancias imposibles de evitar; pero entonces la curacion radical de la hernia es mui fácil i sin peligro alguno, una vez que el enfermo está curado de su afeccion principal.

Por otra parte los dos casos de hernias ventrales que hemos tenido oportunidad de observar han sido consecutivos a colocacion de drenajes compresivos de Mikulicz.

El tratamiento quirúrgico practicado en estos casos dió excelentes resultados.

*
* *
*

Una vez terminada la esposicion que hemos hecho de las complicaciones consecutivas a operaciones abdominales, en cuanto se refiere a sus puntos mas principales de sintomatolojia, diagnóstico, frecuencia i tratamiento, pasaremos a ocuparnos de una de las mas importantes de la cirujia abdominal, ya sea por la dificultad del diagnóstico, ya sea por exigir un tratamiento rápido i decisivo, sin dejar por eso de poner en cualquier circunstancia en grave e inminente peligro la vida del paciente.

Las oclusiones intestinales son casualmente una de las complicatorias que debemos conocer mejor a causa, no solo de su frecuencia, sino tambien de la suma gravedad del pronóstico, que en sí encierran para los operados i sin embargo es de las que menos se ha hablado en nuestra literatura médica.

Historia.—La historia de las oclusiones intestinales data de 38 años a la fecha desde que Spencer Wells publicó los primeros casos en la «*Gaceta médica de Londres*» i en el «*British medical Journal*» del año 60.

El 79 Leopold nos daba a conocer una estadística de 30 casos de oclusiones post-operatorias. Mas tarde Boekel en la *Gaceta médica de Strasburgo* en un artículo sobre accidentes del pedículo después de ovariotomias, Olshausen en una publicacion sobre enfermedades de los ovarios hecha en Stuggart i Skutsch en diferentes comunicaciones a la sociedad médica de Tubingen por una parte, i Stumpf, Zweifel, Ziegenspeck i Tauffer en el 6.º congreso de la sociedad alemana de jinecolojia de Berlin el año 85 por otra parte, publicaron i dieron a conocer varios casos de oclusiones intestinales post-operatorias.—Fuera de la publicacion de estos casos aislados es necesario llegar al año 88 para encontrar en los *archivos de jinecolojia de Berlin* el 1.º trabajo por Wolf Hirsch sobre oclusiones intestinales post-operatorias con una serie de 14 observaciones personales.

Mas tarde Collas el año 90 trabajó su tesis sobre dicha complicacion i poco después Easterly Ahston publicó un trabajo sobre el mismo punto en los *archivos jenerales de medicina* del año 93.

Luego después encontramos en algunas revistas de cirujia, en los anales, en los *archivos de jinecolojia* i en los congresos de ciru-

ja de los años 92, 93 i 94 varios casos citados i publicados por Lúcas Championnière, Terrillon, Gouilloud, Quénu.—Por último Tuja i Legueu han sido los últimos que se han ocupado de dicha complicacion: el 1.º en su tesis del año 94 citando observaciones suministradas por los Drs. Fochier, Pollosson i Jaboulay i el 2.º publicando en Novbr del año 95 una estadística sobre oclusiones intestinales post-operatorias.

Etiolojia i Patojenia.—A las causas comunes de oclusiones intestinales espontáneas, favorecidas en estos casos por la operacion, debemos agregar otras cuyas estrechas relaciones con el acto quirúrgico están suficientemente demostradas.

Mr. Legueu considera 3 órdenes de causas para las oclusiones intestinales post-operatorias: 1.º *Obstáculos desarrollados al nivel del foco operatorio*, 2.º *Obstáculos independientes que tienen su orijen bastante léjos i no tienen mas que una relacion indirecta con la operacion* i 3.º *Los casos en que no se encuentra ninguna lesion, ningun obstáculo.*—A estas causas enumeradas por Mr. Legueu podemos agregar una última debida a *faltas operatorias*.

Como perteneciente al 1.º orden de causas podemos colocar las *oclusiones debidas a adherencias intestinales, ya sea a superficies cruentas, a pedículos, a drenajes intra-peritoneales, ya sea a órganos o a superficies inflamadas*—Como pertenecientes al 2.º las *oclusiones debidas a bridas, a posiciones viciosas del intestino, a exajeracion de la disposicion normal del ángulo cólico infra-costal izquierdo.*—I por último entre el 3.º i 4.º orden de causas las *oclusiones de forma espasmódica, las parálisis reflejas i las oclusiones debidas a faltas operatorias.*

I. OBSTÁCULOS DESARROLLADOS AL NIVEL DEL FOCO OPERATORIO.—*Oclusiones debidas a adherencias al nivel de superficies cruentas.*

Esta es sin duda alguna la causa mas frecuente de las oclusiones que sobrevienen a continuation de las operaciones abdominales i en la cual tendremos que considerar hechos diversos en cuanto se refiere a la causa de estas oclusiones, es decir, ya sea que se produzcan por adherencias al nivel de superficies cruentas, ya sea que se produzca entre 2 asas de intestino vecinas, o bien entre una asa intestinal i el peritoneo parietal, epíplon, uréteres, i vejiga etc. etc.

Collas, Tuja, Quénu, Pollosson, han citado varios casos referentes a este punto, siendo los mas interesantes los que cita Collas en su tesis del año 90.

Entre todas estas causas, debidas a adherencias intestinales, la

mas frecuente es la orijinada por curvaduras del intestino, por adherencias de éstos al pedículo de un quiste del ovario que se ha estirpado; i esto se debe, no tanto a la frecuencia de los quistes del ovario, como a las condiciones especiales creadas por el tumor i por la operacion. En estos casos, la masa intestinal ha sido rechazada por el quiste hácia la parte súpero posterior del abdómen, i resulta que al hacer la estirpacion de estos tumores, mas o ménos voluminosos, el intestino delgado, que es el que goza de mas movilidad, cae por su propio peso en la pequeña pélvis donde lo mas a menudo contrae adherencias.

De ahí es que haya necesidad de tomar ciertas precauciones que deben considerarse como inherentes a operaciones de esta clase (sacos de arena sobre el vientre, un buen vendaje, etc., etc).

Otras veces estas adherencias se establecen sobre el pedículo de una salpingectomia; pero entónces ya no es el intestino delgado, sino el intestino grueso el que contrae las adherencias.

Hechos de esta naturaleza se encuentran citados por los Drs. Jacobs i Legueu respectivamente en el *Boletin de la sociedad belga de ginecologia* del año 89 i en el congreso de ginecologia de Bordeaux del año 95.

Estas adherencias que pueden presentarse al nivel del epiplon, sobre todo cuando se ha tenido necesidad de reseca parte de este órgano, han sido encontradas tambien en las operaciones practicadas por la via vaginal. Se encuentra citado un caso de este jénero por Mathieu en la *sociedad médica de los hospitales de Paris* del año 95. Esta observacion se refiere a una enferma que sucumbió de oclusion intestinal varios años despues de haber sufrido la histerectomia vaginal. En la autopsia se encontró una asa intestinal enclavada en la cicatriz resultante de la operacion.

Otro caso de oclusion intestinal consecutivo a hysterectomias vaginales es el citado por M. Quénu, en el cual una asa intestinal contrajo adherencias con el collar que el peritoneo forma en la parte posterior de la vagina. En este ocasion, para que todo pasara sin mas novedad, solo fué suficiente el desprendimiento de dichas adherencias por medio del dedo introducido en la vagina.

En cuanto a las oclusiones debidas a drenajes intra peritoneales son poco frecuentes, por no decir escepcionales, i solo si se presentan en enfermos predispuestos en razon de su afecion a contraer la peritonitis localizada o jeneralizada o bien infecciones jenerales lijeras.





Sin embargo, la permanencia de drenajes en la cavidad no está exenta de ciertos peligros que debemos conocer para prevenirlos. Schiffer en el congreso de ginecología de setiembre del 94 citó un cierto número de casos de adherencias intestinales consecutivos a salpingectomías en los cuales fué necesario la colocación de drenajes por medio del Mikulicz.

Gouilloud nos dá a conocer también varios casos relacionados con el punto en cuestión. En uno de ellos se encontró una asa intestinal acodada i obliterada sobre el Mikulicz que había tenido necesidad de colocar a consecuencia de la extirpación de un pyosalpinx.

En otra ocasión en un caso semejante tuvo necesidad de reseca un pedazo de epiplon que salió adherido al Mikulicz cuando trató de levantarlo.

Otros dos casos análogos a los anteriores del mismo Dr. Gouilloud se encuentran citados en la tesis de M. Tuja en el congreso de Lyon del año 90.

En vista de lo espuesto, cada vez que haya necesidad de colocar drenajes, deberán levantarse lo mas pronto posible, en cuanto haya pasado todo peligro de hemorragia i en los casos que haya necesidad de la colocación del Mikulicz estos deben renovarse frecuentemente, teniendo cuidado de secar perfectamente la cavidad tanto para impedir que se establezcan adherencias como para arrastrar hácia afuera los restos de colecciones sépticas.

Mucho mas escepcionales son los casos de *oclusiones por adherencias intestinales a órganos vecinos inflamados*, pues, fuera de un caso del Dr. Adenot, no nos ha sido posible tener conocimiento de otro. Esta vez la oclusión fué debida a adherencias del colon descendente al uréter izquierdo a continuación de la extirpación de un gran fibroma uterino. Una supuración antigua del riñon i del uréter correspondiente, envuelto todo por una vaina de peri-ureteritis, comprimía el intestino a la manera de tejido cicatricial. El colon, descendente muy distendido por encima de la compresión i pareciéndose a semejanza de oclusión espasmódica, contribuía a evidenciar mas el diagnóstico clínico i anatómico patológico.

II. OBSTÁCULOS INDEPENDIENTES QUE TIENEN SU ORÍJEN BASTANTE LÉJOS DEL FOCO OPERATORIO I NO TIENEN MAS QUE UNA RELACION INDIRECTA CON LA OPERACION.—*Oclusiones intestinales post-operatorias debidas a bridas*.—A continuación de las laparotomías suelen producirse bridas, que como sucede con las que se forman a continua-

cion de una peritonitis u otra inflamacion análoga de los órganos, ya sean abdominales o pelvianos, pueden dar lugar a oclusiones intestinales sobre todo si a esto se agregan ciertas circunstancias dependientes del acto quirúrgico i que facilitan dicha complicacion. Estas circunstancias que favorecen la oclusion i de las cuales no es responsable el cirujano dependen casi exclusivamente, aparte de otras causas jenerales, del volúmen del tumor (quistes del ovario) i de la suma movilidad del intestino delgado el cual no sujeto ya por el tumor desciende en la cavidad i sus asas se acodan i se obliteran sobre las bridas que encuentran en su camino, ya sean estas de reciente o de antigua formacion.

Este es un hecho demostrado por M. Tuja que en varias ocasiones al practicar una 2.^a laparotomia ha encontrado bridas cuya seccion ha traído por resultado la cesación inmediata de los síntomas alarmantes de oclusion. Fuera de estos casos que M. Tuja cita en su tésis del año 95, hai otro mui interesante que M. Legueu dió a conocer el mismo año en el congreso de ginecologia de Bordeaux. El caso es el siguiente: Al 3.^o día después de una ovariectomia se produjo una oclusion intestinal i después de hecho sin resultado el tratamiento obligado en estos casos volvió a abrir la cavidad i encontró una brida anormal que comprimía el intestino al nivel del ángulo cólico infra-costal izquierdo. Por otra parte la extirpacion del quiste produjo el descenso del cólon transversal i por consiguiente de las bridas que lo cruzaban, sucediendo de esta manera a la compresion que existia ántes de la extirpacion del quiste la completa obliteracion del ángulo cólico infra-costal izquierdo. Como se comprende bastó la seccion de dicha brida para que todos los fenómenos de oclusion pasaran i el enfermo marchara sin mas novedad a la curacion.

Oclusiones debidas a posiciones viciosas del intestino.—Esta clase de oclusiones intestinales post-operatorias entre las cuales colocaremos, los vólvulus, las invaginaciones i las estrangulaciones intestinales en los anillos u orificios anormales que se forman a expensas de la intervencion quirúrgica, en cuanto se refiere a su patogenia, no tienen para el cirujano el interés de las demás; pero consideradas bajo el punto de vista, práctico son de suma importancia.

Los vólvulus que suelen sobrevenir a continuacion de operaciones abdominales constituyen una de las complicaciones mas claras al diagnóstico i en la cual la intervencion quirúrgica posterior dá los resultados mas brillantes.



Gouilloud i Tuja en el congreso de cirugía del 93 citan algunas observaciones al respecto, en las cuales la intervencion quirúrgica dió excelentes resultados. Otras veces la oclusion no solo es debida a una sola asa sino que es producida por una gran masa de intestinos que experimenta migraciones anormales, comprimiéndose o torciéndose sobre si misma.

M. Tuja refiriéndose a los vólvulus que sobrevienen a consecuencia de operaciones abdominales dice que no solo se presentan a continuacion del acto quirúrgico sino que pueden presentarse algun tiempo después cuando las asas intestinales han sufrido por cualquier causa que sea nuevos desalojamientos. A este respecto cita 2 casos de extirpaciones de quistes del ovario en que algun tiempo después a consecuencia de la evolucion de una preñez ha sobrevenido la oclusion por vólvulus. No podemos ménos que llamar la atencion sobre estos hechos que consideramos exajerados por cuanto en esos casos la formacion de vólvulus no ha tenido que ver en modo alguno con el acto quirúrgico ejecutado algun tiempo ántes. En estos casos basta solo considerar la evolucion de la preñez i la accion que ejerce el parto sobre la movilizacion del intestino rechazado por el útero grávido hacia la parte súpero-posterior del abdomen, para explicarnos la causa de la oclusion por vólvulus.

Las invaginaciones i estrangulaciones especialmente estas últimas pueden presentarse en una variedad de circunstancias ya sean en anillos formados por adherencias del epiploon al peritoneo parietal, del pedículo de un quiste del ovario al útero, ya sea por pasos estrechos formados por retracciones cicatriciales, desalojamientos de órganos o por agujeros formados al travez del epiploon.

Por lo demás estas complicaciones son sumamente raras i su diagnóstico no deja de ofrecer dificultades.— Sin embargo, hemos tenido oportunidad de observar (apesar de no tratarse de una laparotomia) en la clínica del Dr. Carvallo, un caso de nefrorrafia complicado de invaginacion del ciego i porcion del ileon en el colon ascendente i parte del transverso.— Este hecho dado a conocer por el Dr. Javier Grez en una de las sesiones del *Progreso médico* de julio del 97 se presentó mas o menos con los caractéres siguientes: Al 3.º dia de practicada la nefrorrafia i cuando todo marchaba en órden, la temperatura subió a 39.5, el pulso se hizo pequeño i frecuente i sucesivamente apareció la dispnea, el timpanismo, los vómitos porráceos, el tenesmo rectal, dolor abdominal espontáneo i



provocado i una facies angustiosa, hipocrática.—Había macidez en la parte lateral derecha del abdómen imposible de limitar a causa de la exajeracion del dolor i del timpanismo abdominal.—Sin llegar a un diagnóstico preciso se prescribieron lavados intestinales, aceite de ricino i estimulantes cardíacos.—El estado jeneral siguió decayendo i la temperatura de 39.5 a que subió en los primeros días bajó poco a poco hasta llegar al colapsus precursor de la muerte que sobrevino al 5.º día de enfermedad. Practicada la autopsia se encontró el peritoneo normal, conteniendo más o menos 100 gramos de trasudado sero sanguinolento.—El ciego i porcion del ileon invaginados en el colon ascendente i parte del transverso formaba un tumor rojizo, alargado, liso, duro, sin adherencias a los órganos vecinos.—Las paredes intestinales de la parte invaginada se encontraban engrosadas, de color rojo sucio, sembrada de placas equimóticas. La serosa de la parte invaginante e invaginada se encontraban fusionadas en ciertos puntos i la mucosa tapisada de mucus sanguinolento presentaba algunas erosiones —En los demás órganos no había lesiones de consideracion de importancia.

La nefrorrafia practicada por el Dr. Carvallo dió excelentes resultados, en cuanto se refiere al estado del riñon que se encontraba sano i perfectamente fijo.—En cuanto a la causa de la invaginacion intestinal que se presentó esta vez como complicacion de una nefrorrafia no puede ser señalada a punto fijo a no ser que dicha complicacion haya sido el resultado de los movimientos mas o ménos bruscos practicados por el enfermo al 2.º día de la operacion, pues, desnudo i en un día bastante frio descendió de la cama con el objeto de mover el vientre.—Fuera de esta causal sobrevenida en un individuo cuyo intestino se encontraba paresiado, no hai otra manifiestamente clara que pueda explicarnos mas o ménos satisfactoriamente el orijen de dicha complicacion.

Oclusiones debidas a exajeracion de la disposicion normal del ángulo cólico infra-costal izquierdo.—Esta causa de oclusion que a primera vista parece demasiado teórica, está sin embargo fundada en la disposicion anatómica del cólon transverso i descendente, en la insercion de los ligamentos que lo mantienen suspendido a la 10.ª costilla, en las experiencias practicadas en el cadáver i en las alteraciones que presentan dichos ligamentos en la mujer.—La disposicion anatómica del cólon transverso i descendente a que nos referimos es la siguiente: El cólon transverso al descender en el lado izquierdo del abdómen no forma un ángulo recto sino un ángulo



mas o ménos agudo sujeto hacia arriba sobre todo en la 10.^a costilla por un ligamento en forma de abanico cuyas ramas que podemos considerar divididas en número de 3 se insertan: la superior casi horizontal se pierde en la terminacion del cólon transverso, la inferior casi vertical lo hace de la misma manera en el principio del cólon descendente i la media que forma la bisectriz del ángulo formado por la superior e inferior se inserta sobre el vértice mismo del ángulo cólico.—Estas 3 porciones que forman reunidas un abanico ligamentoso se insertan por arriba en las últimas costillas especialmente en la 10.^a.—Por esta disposicion se vé que el ángulo cólico infra-costal izquierdo está suspendido a la 10.^a costilla, lo mismo que el cólon transverso i descendente.—En las mujeres este ligamento se encuentra atrofiado, reducido a su parte media, su insercion sobre el ángulo cólico es mas limitada, ménos extensa, de donde resulta una exajeracion del ángulo cólico no ya suspendido por sus lados sino mas bien por el vértice solamente.—De esta anomalia frecuente en las mujeres resulta que el ángulo cólico tiende a exajerarse, a hacerse mas agudo i por consiguiente la oclusion mecánica, fisiológica tiende a producirse.—Desde entónces toda alteracion que actúe en el sentido de exajerar dicho ángulo será causa eficiente de oclusion.

Por otra parte, de la única manera que puede exajerarse el ángulo cólico es por tracciones sobre el cólon transverso, que es el mas movable de los 2 lados que forman el ángulo, pues, el cólon descendente está sostenido en toda su extension por cortas i firmes adherencias mesentéricas de que carece el cólon transverso. Por esta disposicion anatómica del ángulo cólico infra-costal izquierdo, la manera como está suspendido (sobre todo en la mujer), por la movilidad del cólon transverso, se deduce que en muchas circunstancias en la extirpacion de tumores abdominales, en que resta casi siempre un intestino pareciado, bastará solamente el peso del cólon transverso que descende en la cavidad para producir la oclusion.—Si bien es cierto que pruebas clínicas perfectamente claras i decisivas no se encuentran a favor de esta causa de oclusiones, tambien es cierto que las experiencias en el cadáver nos dicen lo contrario.—Estas experiencias que han consistido 1.^o en meteorizar artificialmente el intestino hasta llegar a producir la oclusion completa del ángulo cólico a tal punto que los gases contenidos en el cólon transverso no pasan al descendente i en 2.^o lugar en seccionar el ligamento suspensor ya descrito, han dejado establecida la

verdad de los hechos, pues, inmediatamente que se ha practicado dicha seccion los fenómenos de oclusion han desaparecido completamente.—Por otra parte en los casos de quistes del ovario que son los que se acompañan mas frecuentemente de oclusion, los ligamentos están atrofiados; se han hecho insuficientes por el solo hecho de no haber tenido accion alguna por un tiempo mas o ménos largo a consecuencia del rechazamiento hacia arriba del ángulo cólico por el tumor quístico. —Además, este intestino comprimido durante algun tiempo por el tumor quístico se encuentra mas o ménos vacio, sin gases, de donde resulta que el resto de asas intestinales no prestan al cólon transverso el apoyo suficiente, sino que tienden a ocultarse en el fondo de la cavidad abdominal, contribuyendo de esta manera por su propio peso a aumentar las tracciones sobre el cólon transverso.—De esta asercion se puede imponer cualesquiera que ponga un poco de atencion en las relaciones de los órganos en el acto mismo de luxar el tumor para ligar i seccionar el pediculo.

De las varias extirpaciones de quistes del ovario de que hemos sido testigo en la clínica jinecológica del ex-profesor Gonzalez (de los cuales uno pesó 27 Kgs) hemos tenido oportunidad de observar siempre las asas intestinales casi vacias replegadas en el fondo de la cavidad.

Así es que en una palabra, en estos casos segun lo han demostrado las experiencias en el cadáver, los fenómenos de oclusion que sobrevienen a continuacion de extirpaciones de quistes del ovario i que solamente tienen una relacion indirecta con el acto quirúrgico pueden en muchos casos ser la resultante de las alteraciones ya descritas: exajeracion del ángulo cólico, por anomalia del ligamento suspensor, volúmen del tumor, descenso del cólon transverso a quitar el obstáculo que lo mantenía suspendido, atrofia del ligamento suspensor, tracciones ejercidas por el resto de intestino que, casi vacio por la compresion, se oculta en el fondo de la cavidad, privando de esta manera de sostén al cólon transverso; todo esto acompañado de cierto grado de dilatacion que sobreviene en los primeros dias después de la operacion, fenómeno inherente a la paresia intestinal consecutiva a casi toda operacion abdominal.

Esto es lo que mas comunmente se observa, aunque excepcionalmente puede suceder que asas de intestino delgado se introduzcan entre los lados del ángulo cólico a la manera de una cuña, asas que dilatándose comprimen i obstruyen tanto el cólon transverso como el descendente i esto es tanto mas posible cuanto mas agudo sea el ángulo cólico.



Por otra parte, esta afirmacion hecha por notables cirujanos franceses no es teórica puesto que en la *Gazette Hebdomadaire* encontramos publicados varios ejemplos que le sirven de prueba irrefutable. —Además de estos hechos i de las experiencias en el cadáver M. Tuja, Gross, Riche, Loroyenne i Legueu citan varios casos de oclusion intestinal consecutivos a extirpaciones de quistes del ovario explicados por dicha causa. —Mr. Legueu llega hasta aconsejar que cuando se practique la laparatomia en los casos de oclusiones post-operatorias rebeldes al tratamiento ordinario, que se explore sistemáticamente el ángulo cólico infra-costal izquierdo único causante en muchas ocasiones de la aparicion de fenómenos que ponen en grave e inminente peligro la vida del paciente.

III. CASOS DE OCLUSION DONDE NO SE ENCUENTRA NINGUNA LESION NINGUN OBSTÁCULO MECÁNICO QUE ESPLIQUE SU ORÍJEN. —*Oclusiones de forma espasmódica.* —Estas oclusiones de forma espasmódica post-operatorias, lo mismo que las espontáneas, son lo mas a menudo benignas, sin embargo de que se registran en la literatura médica varios casos de muerte debidos a dicha complicacion.

Easterly Ahston, refiriéndose a esta clase de oclusiones, dice que si espontáneamente son producidas ppr alteraciones en las contracciones fisiológicas del intestino, mayor razon hai para que se produzcan en las estirpaciones de grandes tumores, donde hai, no solo que malaxar las asas intestinales, sino muchas veces romper numerosas adherencias para librarlo i llegar a la estirpacion total.

Pero, si es verdad que esto sucede, no es ménos cierto tampoco que dicha contraccion espasmódica no llega hasta producir la obliteracion, pues para ello se necesita además que exista cierto grado de dilatacion en las partes vecinas, fenómenos que por otra parte son inherentes el uno al otro. En estos casos no es solo el espasmo el que se observa sino tambien la dilatacion.

Así sabemos que siempre el cólon descendente está retraído a causa de sus inserciones mesentéricas; pero no por esto vamos a creer que si hai oclusion es por la falta de contraccion activa de esa parte del intestino, sino que pensaremos desde luego, al no encontrar ninguna causa que nos explique dicho fenómeno, en la dilatacion que existe por encima de él.

La asociacion de estos dos fenómenos es lo que produce los fenómenos de oclusion. Ahora, entre las causas que pueden producir estas oclusiones espasmódicas, podemos colocar, además de las excitaciones locales, la accion de los purgantes intempestivos en



favor de lo cual Gubler dice: que las reacciones reflejas peritoneo-intestinales (llamados por él peritonismo) se deben en la mayoría de los casos a estas derivaciones demasiado enérgicas e impetuosas.

Fuera de los casos de oclusión debidos a contracciones espasmódicas, citados por Ahston, haremos notar otro muy interesante del Dr. Jaboulay, en que a continuación de una operación de hernia estrangulada, los fenómenos de oclusión persistieron durante seis días consecutivos. En este último día se resolvió abrir de nuevo el vientre, y una vez encontrada el asa herniada, se sacó fuera de la cavidad, notando con gran sorpresa que aún persistía la doble cintura que señalaba el estrangulamiento, que por lo demás no presentaba ninguna señal de desaparecer. Por encima de esta asa, el intestino se encontraba completamente dilatado.

Una vez convencido M. Jaboulay que era esa la causa de la oclusión, consiguió por medio del masaje hacer pasar materias fecales de un extremo a otro, obteniendo de esa manera la rápida desaparición de los fenómenos alarmantes y por consiguiente el camino recto a la curación.

M. Siredey, en la *Sociedad Médica de los Hospitales* nos da a conocer un caso de oclusión intestinal reflejo consecutivo a cólicos hepáticos

Casos como estos encontramos enumerados en diversas revistas y sociedades de medicina por los Drs. Henrot, Legueu, Thiberge, etc., etc.

Por otra parte, Engström, refiriéndose a las parálisis intestinales, que conducen a la muerte después de las laparotomías, dice: que no siempre son debidas a sépsis, pues él ha observado 4 casos en que la muerte se produjo 2, 7, 8 y 10 días respectivamente después de la operación, sin que en ninguno de éstos se encontrara siquiera indicios de peritonitis, cosa que no habría sucedido si hubiera habido sépsis, hecho por lo demás comprobado por el examen bacteriológico practicado en el último caso una hora después de la muerte y que dió como resultado la esterilidad del líquido peritoneal.

Al mismo tiempo para evitar estos casos fatales recomienda suministrar al enfermo buen alimento (por el recto) y una medicación activa y estimulante.

Por nuestra parte hemos tenido lugar a observar varios casos de parálisis intestinal consecutivos a laparotomías. Uno de ellos es el siguiente: A. N. N. de 33 años se le estirpó por laparotomía un úte-



ro miomatoso i para evitar hemorragias posteriores a causa del sinúmero de adherencias rotas se le colocó un drenaje compresivo i además una hipodermoclisis de 400 gramos para evitar el shock.

Ese día no se notó mas alteraciones que el consiguiente malestar producido por el anestésico, la operacion misma i la posicion en decúbitus dorsal. Al segundo día se levantó el drenaje i todo marchó con mas o ménos felicidad.

Al día siguiente en la tarde la temperatura subió a 38.5°, el pulso a 110, el vientre se meteorizó, no hubo espulsion de gases, ni de materias por el ano i apareció la dispnea junto con cierta alteracion en la facies de la enferma, a pesar de que se ordenó poner un lavado intestinal, que no produjo resultado alguno: la temperatura subió a 39°, el pulso se hizo pequeño i llegó a 120, la dispnea i la inquietud aumentaron, el vientre se meteorizó mas i la facies angustiosa empezó a diseñarse.

En esta situacion se ordenó estimulantes i lavados intestinales abundantes, obteniendo después de estos la espulsion de gran cantidad de gases con escasas materias fecales i como consecuencia de todo esto la disminucion de los síntomas alarmantes i el reposo de la enferma. ¿Se trataba de una oclusion por adherencias recientes del intestino a las superficies cruentas, o de una parálisis intestinal? Creemos que se trataba de esto último, pues a los tres días siguientes tuvo otro ataque con mas o ménos los mismos caracteres, el cual se repitió una vez mas tarde al noveno día de la operacion. En estos ataques que sobrevinieron mas tarde bastaba para que todo entrara en órden una dosis de 0.25 gr. de cádomel i un lavado intestinal.

Otro caso de paresia intestinal refleja que hemos tenido oportunidad de observar hace pocos días, es el consecutivo a una ventro fijacion, en una persona que además de presentar el útero en cierta manera adherido era un tanto obesa, razon por la cual apesar de colocarse en plano inclinado i de hacer uso de grandes compresas no se podia tomar el útero con la sutura a causa de que los intestinos cubrian la rejion. Conseguido el rechazamiento del intestino se fijó el útero a la pared abdominal i la enferma quedó solamente con las molestias consiguientes a la operacion i al anestésico. Una hora después de estar en su cama abrigada i mas o ménos tranquila le sobrevino un colapsus que fué combatido enerjicamente por los medios ordinarios i con tal eficacia que media hora mas tarde la enferma se sentia bien con 80 pulsaciones fuertes, tempe-



ratura de 37°, respiracion normal i una sensacion de bienestar que ella misma manifestaba con claridad.

Temperatura de ese dia en la tarde lo mismo que del siguiente, normal. Pulso, 86; respiracion normal, etc.

Lo único que le molestaba en el segundo dia era el desarrollo excesivo de gases que segun espresion de la enferma, la tenian sumamente prendida. Estos gases no podian ser expulsados apesar de la voluntad que en tal sentido mostraba la enferma.

Al tercer dia se le administró un purgante el cual la alivió produciéndole cuatro deposiciones regulares. Los demás dias pasó bien a no ser el desarrollo de gases que la incomodaba sin poder expulsarlos. Este desarrollo de gases que paulatinamente fué aumentando las molestias, llegó al máximun al noveno dia en la tarde en que la enferma con el vientre meteorizado i bastante inquieta a causa de un pujo violento, presentaba dispnea, pequeñez del pulso, elevacion de temperatura i facies angustiosa. Se le administró un lavado intestinal que produjo una pequeña deposicion disminuyendo en mucho las molestias de la enferma.

Al décimo dia los síntomas aumentaron i hasta la elevacion de temperatura, se acentuó mas (39°). Se puso un nuevo lavado intestinal el cual al ser espulsado arrastó 3 a 4 coprolitos bastante duros i una gran cantidad de gases i pequeña de materias fecales. Los síntomas pasaron i la enferma marchó sin otro contratiempo a la curacion per prima.

¿A qué se debian todos estos síntomas? a la oclusion por los coprolitos que obstruian el canal intestinal o a la parálisis intestinal refleja?

Creemos que a esto último, pues de lo contrario habria bastado la sola contraccion intestinal i los deseos de la enferma para ocupar el vientre cada vez que se sabe que se habia administrado pocos dias antes un purgante de 30 gramos de aceite de ricino, que habia producido cuatro deposiciones.

Además los síntomas de paresia intestinal fueron apareciendo poco a poco hasta que llegaron a su máximun el décimo dia después de la operacion, pues, la enferma notaba que el vientre se meteorizaba i que el desarrollo de gases aumentaba paulatinamente.

En los demas casos de parálisis intestinal o de paresia que hemos observado casi siempre se han presentado en aquellas operaciones en que se ha manoseado mucho el intestino, que han sido de larga duracion, etc.



IV. EN CUANTO A LAS OCLUSIONES DEBIDAS A FALTAS OPERATORIAS no tienen la importancia de las descritas anteriormente pues las causas que suelen darles origen, son escepcionales. Estas causas dependen del olvido del cirujano que deja abandonada en la cavidad compresas, instrumentos o bien se trata de suturas, de ligaduras mal hechas, o ya se trata de accidentes sobrevenidos a consecuencia de la sutura transversal en vez de longitudinal que se ha hecho en una herida intestinal. Apesar de que hai algunos casos descritos por M. Tuja no los tomamos en cuenta i solo citaremos el hecho por ser dichas causas estrañas a una esplicacion mas o ménos científica.

Dicho esto, sobre la esplicacion de las numerosas causas que, pueden dar lugar a las oclusiones intestinales post-operatorias, entre las cuales se encuentran muchas que pueden espontáneamente producir la oclusion i que, debido al acto quirúrgico, encuentran un terreno apropiado para su produccion no nos faltaria sino citar los hechos que sirven de prueba a este trabajo.—Estas pruebas en cierto modo escasas en cuanto se refiere a nuestra literatura médica i a las observaciones que podamos haber recojido en nuestro paso por las clínicas quirúrgicas no lo son cuando recorreremos las pájinas de la literatura médica de otros países, allí encontramos citados numerosos casos de complicaciones de esta clase comprobados por medio de autopsias i que nosotros no hemos querido citar, sino en breves palabras dando a conocer su origen, su causa i la opinion mas o ménos autorizada del cirujano que la coloca en tal o cual órden.

Hechos de esta naturaleza encontramos citados en la literatura inglesa por Spencer Wells que sobre 1000 ovariotomias nos da a conocer comprobados por la autopsia 10 casos de oclusiones intestinales post-operatorias que hacen un total de 1%.—En Alemania Leopold, Olshausen, Skutsche, Zweifel, Ziegenspeck, Tauffer, etc. etc. han citado varios casos de oclusiones intestinales post-operatorias cuyas observaciones detalladas se encuentran en las revistas i congresos de medicina celebrados en distintas épocas a contar del 79.—Fuera de este Böckel i Wolf Hirsch nos han dado a conocer varios hechos de esta naturaleza sobre todo el 2.º que publicó en los archivos de ginecología de Berlin del año 88 (páj. 247) una serie de 14 casos de oclusiones intestinales post-operatorias.

En Francia Kœberlé, Collas, Legueu, Championnière, Gouilloud, Quénu, Tuja i sobre todo Jakoulay quien ha llevado a cabo



las experiencias sobre el cadáver nos han dado a conocer tambien numerosos casos de oclusiones intestinales post-operatorias, hechos comprobados algunos por autopsias, otros practicando de nuevo la laparotomia i llegando por medio de ese tratamiento a la curacion.

Por nuestra parte fuera del caso de invaginacion consecutivo a la nefrorrafia practicada por el Dr. Carvallo el 97 (apesar de que no se trata de laparotomia), hecho dado a conocer por el Dr. Grez en el PROGRESO MÉDICO, hemos tenido oportunidad de obtener otro en el servicio del Dr. L. Sierra en la sala del Rosario del hospital de San Borja a principios de este año.—Esta complicacion sobrevino a continuacion de la estirpacion de un quiste del ovario de dimensiones regulares, complicacion que llegó a un desenlace feliz no por medio de la intervencion quirúrgica, sino por la aplicacion de medios mecánicos en relacion con el diagnóstico mas o ménos fijo que se hizo de dicha complicacion.—El hecho es el siguiente: N. N. de 27 años de edad, casada i nacida en Tolten, presenta *antecedentes hereditarios* sin importancia.

Antecedentes personales.—Sus primeras reglas las tuvo a los 14 años, son de 5 días de duracion i por lo comun dolorosas.—*Partos* ninguno.—*Abortos.*—Tuvo uno a principios del 92, tiempo que no puede precisar con exactitud.

Enfermedad actual.—Desde hace 2 años empezó a sentir en el lado izquierdo del bajo vientre ciertas perturbaciones mas o ménos molestas i que la enferma clasificaba de picadas.—Estas picadas aumentaban durante las reglas, molestia que a veces coincidia con el aumento de volumen que percibia en esa rejion, es decir, a veces notaba la rejion solevantada, hinchada.—Aparte de estas perturbaciones que tenian su orijen en el lado izquierdo del bajo vientre la enferma ha tenido en diversas ocasiones dolores intensos en la rejion renal del mismo lado.—Desde entónces las molestias fueron haciéndose mas constantes hasta que a fines del año pasado tuvo un absceso en el gran labio derecho, el cual fué abierto en varias ocasiones sin llegar a la curacion.—El 8 de Febrero del presente año se abrió anchamente, se raspó con cucharilla de Volkmann i se cauterizó con ácido fénico al 90%, con lo cual se obtuvo la curacion de dicho absceso.—Una vez completamente curada de la afeccion del labio mayor derecho, se procedió al exámen. A la simple vista se notaba en la rejion izquierda del bajo vientre un solevantamiento marcado que se hacia mucho mas visible a la



palpacion, a tal punto que podia limitarse.—Su tamaño seria mas o ménos el de una cabeza de feto.—Al exámen directo se notaba de una manera clara la existencia de una tumefaccion blanda dolorosa, al nivel del anexo izquierdo, tumefaccion que coincidia perfectamente con la que se palpaba al exterior.—Por lo demás no habia otra alteracion digna de tomarse en cuenta a no ser que el anexo derecho estaba un tanto engrosado, pero insensible a la presion.—Hecho este exámen, previo desocupamiento del recto i de la vejiga i tomando en consideracion los antecedentes i sintomas subjetivos se llegó al diagnóstico de un QUISTE DEL OVARIO IZQUIERDO i en consecuencia se acordó proceder a su estirpacion por medio de la laparotomia, que se llevó a cabo el 18 de Febrero, habiendo preparado a la enferma, útiles etc. etc. de la manera indicada ántes.

Anestesiada la enferma se practicó por encima del púbis i en la linea blanca una incision de 8 c. m. que comprendió los diversos tejidos hasta llegar al peritoneo, el cual al ser incinido se fijó a los bordes de la herida.—Hecho esto i confirmado el diagnóstico se luxó el tumor, lo que se hizo con facilidad apesar de que hubo que romper un pequeño número de adherencias.—Al proceder a esta operacion el quiste se rompió i su contenido se vació en la pequeña pélvis, no alcanzando a ponerse en contacto con el resto de la cavidad peritoneal por estar perfectamente protegida por medio de compresas.—Completamente seca la cavidad se ligó el pedículo, se reseco el saco i se procedió a cerrar la cavidad con crin de Florencia.

Admás de las molestias del anestésico la enferma sentia grandes dolores a la rejion, dolores que aumentando obligaron a hacer uso de la morfina con lo cual la enferma quedó tranquila. Temperatura ese dia en la tarde 37.5°—Al dia siguiente en la mañana 37.4.

Por la tarde 38°—Pulso bueno.—La enferma que en ese dia presentaba cierto desarrollo de gases que no podia espulsar, no manifestaba sintoma alarmante alguno. El 21, dia tercero de la operacion se le administró un purgante de agua de Jano, el cual no surtió efecto alguno; la temperatura de la mañana bajó a 36.5° para subir en la tarde a 37.5; la meteorizacion aumentó, i aunque la espulsion de gases por el ano era nula, la enferma no presentaba vómitos, ni alteraciones del pulso, ni de la facies.

Desde entónces la enferma siguió mal: al dia siguiente la temperatura de la mañana era de 37°, subiendo en la tarde a 38.5, los

síntomas anteriores se acentuaron un tanto i aparecieron alteraciones del pulso que se hizo pequeño i frecuente, dolor al nivel de la rejion epigástrica, además de los vómitos que ese dia empezaron a aumentar las molestias de la enferma. Se le puso sonda rectal i no se obtuvo resultado alguno. Se hicieron grandes lavados como se habian practicado el dia anterior, despues de haber quedado sin efecto el agua de Jano, que tampoco dieron el resultado deseado. No hubo espulsion ni de gases ni de materias.

Al dia siguiente, 23 de febrero, temperatura de la mañana, 37.3, de la tarde 39.5, pulso pequeño, frecuente, filiforme (130,) alteracion de la facies, el meteorismo se hacia mas marcado, los vómitos biliosos se hicieron frecuentes, el dolor al nivel de la rejion epigástrica revestia caracteres de agudeza i la espulsion de gases por el ano se hizo imposible a pesar de que se pusieron en vijencia todos los recursos reconocidos en ocasiones semejantes.

A pesar de este cuadro alarmante, sin embargo, se comprobaba con alguna satisfaccion que no correspondia al de una peritonitis. ¿Se trataba en este caso de una parálisis intestinal o de una oclusion intestinal post-operatoria? El Dr. Sierra sentó el diagnóstico de una oclusion debida a adherencias del intestino con las superficies cruentas del pedículo o de las adherencias rotas.

Se ordenó la estimulación cardíaca por medio de la cafeina i las inyecciones de suero artificial para levantar las fuerzas de la enferma.

El Dr. Sierra convencido del Diagnóstico i listo para intervenir quirúrgicamente, empezó por mover a la enferma bruscamente, viendo modo de romper las adherencias, hasta llegar a colocarla con la pélvis hácia arriba en posicion vertical.

Pocos momentos despues de vuelta la enferma a su primitiva posicion, se pudo observar la presencia de 4 a 6 deposiciones diarréicas acompañadas de la espulsion de gran cantidad de gases, la desaparicion del dolor epigástrico i la reaccion que espermentó la enferma tanto en el pulso como en el estado jeneral. Desde ese momento la enferma siguió perfectamente sin manifestación alguna de malestar.

La temperatura que al dia siguiente osciló entre 37.5 i 38°, se hizo normal, i el pulso fué sucesivamente bajando hasta llegar a 90.

Sin otra perturbacion la enferma llegó a la curacion per prima, levantándose a los 19 dias despues de la operacion.



Se puede decir que la oclusion fué debida a vólvulus, a bridas, a **exajeracion** del ángulo cólico, caso en el cual el tratamiento puesto en práctica habria dado los mismos resultados; pero como no se pudo comprobar de visu el orijen de la oclusion, puesto que no se llegó a la intervencion quirúrgica, sin embargo, dejaremos espuesto que las bridas no existian, que la oclusion por exajeracion del ángulo cólico, era en este caso de mui difícil produccion, a causa del vendaje correcto que se le aplicó i que impedia el descenso, o el libre movimiento de las asas intestinales; por otra parte, la enferma no ejecutó movimientos de ninguna especie, pues se le vijilaba asiduamente

En cuanto a la oclusion por bridas de reciente formacion, son las ménos frecuentes de las oclusiones post-operatorias, siendo por el contrario, las mas comunes las por adherencias.

Sintomatolojia.—La sintomatolojia de las oclusiones intestinales post operatorias es mui difícil de deslindar, es decir, no se puede formar un cuadro clínico perfectamente claro i definido que pueda servirnos para el diagnóstico, pues, muchos de los fenómenos que podemos decir que normalmente se suceden despues de una operacion abdominal, a veces no son sino el comienzo, las primeras manifestaciones de una oclusion. Así ¿cuán'tas veces despues de una laparotomia no nos encontramos con cierto grado de parálisis intestinal, sino tambien vesical, a tal punto que hai que sondar a los enfermos? ¿Cuántas veces estas parecias no se hacen rebeldes i se presentan al cirujano con un cuadro alarmante de síntomas, simulando la peritonitis, la obstruccion i con la sola administracion de un purgativo lijero o de un lavado, todo pasa no dejando sino el recuerdo del sufrimiento? I por el contrario ¿cuántas veces, fenómenos que parecen ser de ninguno o de escaso valor, que de dia en dia ván acentuándose sin fenómenos de reaccion apreciables al termómetro, al pulso, a la vista, sin embargo son los precursores de un desenlace fatal?

Ahora si la oclusion se acompaña de una infeccion peritoneal, por leve que ella sea, sus síntomas se oscurecen i muchas veces no sirven sino para desvirtuar al cirujano, ítem mas de que a veces los fenómenos graves de oclusion son precedidos de un estado intermedio, incierto que insensiblemente nos lleva a los síntomas agudos de oclusion. Por otra parte, sabemos que las operaciones abdominales, siempre que comprometen al peritoneo, aún operando en las mejores condiciones, no dejan casi nunca de presentar

perturbaciones en el funcionamiento de los órganos abdominales. En las numerosas laparotomias que hemos tenido oportunidad de presenciar i observar en su marcha futura, en un solo caso no se presentaron alteraciones de ninguna especie, ni la mas leve que pudiera molestar a la enferma. El cloroformo lo soportó perfectamente i quedó sin las molestias consecutivas: este es el caso de la estirpación de un quiste del ovario en una persona de mas de 50 años, hecha por los Drs. Gonzalez i Amunátegui en su clínica privada.

Los *síntomas* son: Falta absoluta de emision de gases por el ano, punto doloroso al epigastrio, meteorismo, náuseas, vómitos que pueden ser al principio alimenticios, enseguida biliosos i fecaloideos, todo acompañado mas tarde de alteraciones en el pulso, en la facies i en la quietud del paciente.—

Al hacer mencion en 1.º lugar como síntoma de importancia de la falta absoluta de emision de gases por el ano, no nos referimos a la producción de dicho fenómeno en los dos primeros días consecutivos a la operación, pues, esto sucede en gran número de laparotomias sin que nos indique obstrucción.—Nos referimos a la persistencia de dicho síntoma desde el 3.º día adelante, fecha desde la cual la falta de tonicidad intestinal nos hace pensar ya en el comienzo de una infección peritoneal, ya en la primera manifestación de una obstrucción, o bien ser solamente una simple constipación.— La persistencia de este síntoma apesar de los derivativos empleados, acompañado de la presencia de un estado jeneral mas o ménos satisfactorio en cuanto se refiere a alteraciones del pulso i de la facies, nos debe hacer pensar en una obstrucción, sobre todo cuando sabemos por la esperiencia de notables cirujanos que la forma mas frecuente de oclusión intestinal post-operatoria se manifiesta casi siempre desde el 5.º día de la operación adelante.— Los casos en que dicho síntoma se ha presentado al 10.º o 15.º día de la operación como precursor de una oclusión son sumamente raros i en todos ellos han mediado circunstancias estrañas que mas bien nos hacen colocar estos casos entre las oclusiones espontáneas.— Cuando la oclusión es vencida al 4.º o 5.º día, sucede que las deposiciones son precedidas de cólicos violentos i ruidos intestinales que producen dolores sumamente molestos.

En cuanto al meteorismo abdominal diremos que es un síntoma completamente dependiente del anterior, mientras subsista el uno, el otro no puede desaparecer, sino que por el contrario aumentará hasta que se efectúe la espulsion de gases i de materias.



Respecto a las náuseas i vómitos ya hemos dicho que no deben inquietarnos durante las primeras 24 a 48 horas; pero cuando estos persisten por mas tiempo o bien aparecen al 3.º o 4.º dia de la operacion jeneralmente son de mal pronóstico.—(En las oclusiones los vómitos son mas frecuentes i llegan pronto a ser fecaloideos.)—Sin embargo hemos tenido oportunidad de observar en el mismo servicio del Dr. Sierra una enferma que tuvo vómitos durante 4 dias consecutivos, vómitos que por otra parte eran debidos al cloroformo, pues no presentaba síntomas de otra especie.—Este hecho se repitió 2 veces en la misma enferma.

Tambien recuerdo una enferma que en la clínica del ex-profesor Gonzalez tuvo a consecuencia del cloroformo vómitos durante varios dias i la cual enseguida a la sola presencia de la mascarilla del cloroformo presentaba náuseas i vómitos.

Otro síntoma de importancia de las oclusiones intestinales post-operatorias es el dolor localizado en la rejion epigástrica.

M. Glénard, Nicaise, Levrot en diferentes comunicaciones manifiestan que dicho síntoma es constante en las obstrucciones post-operatorias i que su aparicion se manifiesta casi siempre al 4.º i 5.º dia despues de la operacion.—Este dolor aumenta con la presion i es mas violento en las obstrucciones debidas a exajeracion del ángulo cólico infra costal-izquierdo.

Entre los demás síntomas que se presentan en esta complicacion i que son consecuencia de los ya descritos figuran: las elevaciones térmicas con el carácter de vesperales, debidas al estagnamiento de materiales sépticos del intestino i que se reabsorben.—Tambien se presentan perturbaciones en la circulacion local de la rejion i alteraciones del pulso que se hace pequeño, frecuente, depresible, filiforme, alteraciones que por otra parte se presentan jeneralmente del 7.º al 8.º dia de la operacion.

A consecuencia de estas alteraciones en la circulacion local se produce en la mayoria de los casos una cierta cantidad de líquido sero-hemático en el peritoneo.—Este derrame de líquido que se manifiesta por macidez en las partes declives del abdómen, es un síntoma de alta importancia en estas circunstancias, pero que requiere mucha destreza para reconocerlo.—Otro tanto podemos decir de las alteraciones de la facies del paciente, síntoma que aparece jeneralmente ya en momentos criticos i avanzados. Respecto a las perturbaciones de oríjen nervioso que se manifiestan por cierta inquietud, desasociado, insomnio, delirio i que los enfermos revelan



a primera vista son síntomas que sirven para apreciar junto con el estado de la facies, la marcha del estado jeneral i de la complicación misma.

Como se comprende este cuadro sintomático no se presenta de golpe como en las oclusiones espontáneas agudas o sobre agudas sino que empiezan por cierto desarrollo de gases que molestan al paciente i los cuales le es imposible espulsar, fenómeno que en los 2 o 3 primeros dias se atribuye a la paresia intestinal consecutiva a toda laparotomía.

El aumento de gases, su falta de escape como tambien de materias (haciendo la salvedad de que pueden ser expulsadas las del recto, persistiendo la oclusión) produce el timpanismo, apareciendo consecutivamente el dolor al epigastrio a veces violento, los vómitos, la fetidez del aliento, macidez en las partes declives del abdomen, las alteraciones del pulso, las elevaciones térmicas, la inquietud, el insomnio i por último el colapsus precursor de la muerte.

Diagnóstico.—En este capítulo lo que manifiestamente importa dar a conocer es el diagnóstico entre la oclusión post-operatoria, la parálisis intestinal i la constipación simple. —Este diagnóstico es el que debe plantear el cirujano desde que se manifiestan los primeros síntomas sospechosos, pues el diagnóstico con otras afecciones no debe considerarse desde que la vida del paciente talvez estriba en el rápido deslinde de dos o tres afecciones que atañen directamente al bienestar del paciente i en las cuales un tratamiento enérgico i decisivo puede en muchas ocasiones ponernos a salvo de un desenlace fatal; es pues, de gran importancia para el pronóstico i para el tratamiento.

La constipación simple no se resiste a la administración de un lavado, así es que desde luego queda eliminada.—No sucede otro tanto con la peritonitis cuyas dificultades para el diagnóstico en los primeros momentos son, a veces, insuperables desde que se sabe que una de las primeras manifestaciones de una infección es el timpanismo i la paresia intestinal, síntomas que por otra parte son tambien los precursores de una oclusión i no pocas veces se presentan como hechos aislados, simulando fenómenos de suma gravedad.—Cuando esta paresia intestinal, la falta de espulsión de gases se presentan en los 3 primeros dias i se acompañan de elevaciones térmicas, de angustia, de agitación, es lo mas probable que nos encontramos al alcance de una peritonitis inminente.—Es cierto que las copro-estasis que se acompañan de reabsorción intesti-

nal producen elevaciones térmicas; pero el descenso no tarda en producirse después de la administración de un cáomel i de un lavado.—Por el contrario cuando en estos primeros dias nos encontramos con paresia intestinal, falta de espulsion de gases, timpanismo, dolor al epigastrio, sin alteracion del pulso, ni de la temperatura podemos sospechar que se trata de una oclusion.

La marcha de la temperatura en los dias posteriores, la presencia de vómitos, en una palabra la evolucion misma de los síntomas, en los dias posteriores nos servirá de guia en el diagnóstico, así porej: en las oclusiones post-operatorias, las elevaciones térmicas se presentan generalmente con el carácter de vesperales i aparecen relativamente tarde; en tanto que en las peritonitis si es cierto que hai exacerbacion vespéral de la temperatura, ésta se encuentra por encima de la normal por la mañana, i en el dia, además de que su aparicion se manifiesta desde los primeros momentos (salvo raras excepciones).—Por otra parte el dolor en las peritonitis es jeneralizado, angustioso, desesperante i el enfermo experimenta molestias insoportables, por grande que sea el cuidado empleado por el cirujano en la exploracion abdominal.—El enfermo en tales casos se resiste a todo exámen del abdómen por superficial que sea.

En las oclusiones es violento pero localizado, ya sea al epigastrio o al flanco izquierdo del abdómen; el exámen hecho con suavidad es perfectamente tolerado; no así la presion profunda que exajera los dolores.

Otro síntoma que nos lleva al diagnóstico diferencial de la peritonitis i de la oclusion, pero que es difícil reconocer es el derrame de cierta cantidad de líquido (sero-hemático) en el peritoneo, derrame que se manifiesta a la percusion i a la succusion lombo abdominal.

Los Drs. Bard, Gangolphe i Duplay hablan con insistencia del reconocimiento de dicho síntoma como diagnóstico en condiciones semejantes.—Además en las oclusiones intestinales post-operatorias las alteraciones del pulso son tardias, no aparecen desde los primeros dias, como sucede en la peritonitis que al 3.º o 4.º dia tenemos pulso pequeño frecuente filiforme.—En las oclusiones hai dolor, falta de emision de gases por el ano, elevacion de temperatura i sin embargo no hai alteracion del pulso, ni de la facies.—Los vómitos en las oclusiones son mas frecuentes, se hacen rapidamente fecaloideos i son de esfuerzo, miétras que los de la peritonitis son porráceos i sin esfuerzo.

Es en estos síntomas además de la disminución de la orina, del peritonismo, de la alteración de la facies, i de la fetidez del aliento que M. Quénu funda su diagnóstico diferencial.

El diagnóstico con la parálisis intestinal en los primeros días es imposible de establecerlo.—La marcha de la enfermedad, el encañamiento de los síntomas posteriores i la mayor o menor eficacia del tratamiento empleado nos pondrá en conocimiento del diagnóstico, que de otra manera nos sería difícil conocer, dada la semejanza de estas afecciones en su comienzo, en el cual una puede ser el principio de la otra, ser una manifestación de ella o presentarse aisladamente por su cuenta simulando una grave complicación.—

Es en los 3 primeros días cuando la dificultad del diagnóstico es mas grande i para establecerlo debemos ver la evolución de algunos síntomas i esperar la aparición de otros para llegar a la formación de un cuadro clínico que por esclusión nos facilite el diagnóstico. Es al desarrollo i a la evolución de los síntomas a lo único que en estos casos podemos apelar para llegar al diagnóstico con la parálisis intestinal, que como ya lo hemos dicho es imposible de establecer en los primeros días.—Los caracteres del dolor a veces nulo o pasajero, de la temperatura, la falta de vómitos, de alteraciones del pulso, de la facies del paciente, todo esto acompañado de distensión intestinal, falta de espulsión de gases, de materias por el ano i de un estado jeneral mas o menos satisfactorio, nos revelarán en la mayoría de los casos fenómenos de parálisis intestinal. - Por último el tratamiento i su eficacia nos sacarán de duda colocando el diagnóstico en su verdadero terreno.

En cuanto al diagnóstico diferencial de las oclusiones post-operatorias, con otras afecciones que pueden simularlas no tienen como en las oclusiones espontáneas importancia práctica alguna, puesto que desde antemano, desde que se practicó la laparotomía están eliminadas muchas de ellas. Este diagnóstico no presenta importancia alguna para el cirujano, ni su resolución en favor o en contra de tal o cual afección deciden en este caso en pro o en contra de la vida del paciente. Por eso hemos dicho que el diagnóstico importante de establecer es con la peritonitis, la parálisis i la constipación. Fuera de estas afecciones que ponen en peligro la vida del paciente las otras pueden dejarse i no tomarse en cuenta.

Pronóstico.—El pronóstico de las oclusiones post-operatorias depende mas bien que del carácter con que se presentan, de la prontitud del diagnóstico i de la eficacia del tratamiento. Establecido



el diagnóstico de oclusion i sin eficacia el tratamiento médico debe practicarse la laparotomia secundaria ántes que sobrevengan los síntomas de desfallecimiento cardíaco. Los resultados obtenidos por este procedimiento han dado a Collas, Tuja, Riche un pronóstico mas o menos benigno para esta complicacion. Si el diagnóstico tarda en plantearse i no se llega al tratamiento quirúrgico, tan rapidamente como se pueda el pronóstico es letal. Por eso dejaremos establecido que el pronóstico pende ánte todo del diagnóstico i de la rapidez del tratamiento empleado.

Tratamiento.—En una oclusion confirmada ántes de llegar al tratamiento quirúrgico debe ponerse en vijencia el tratamiento médico redoblando la vijilancia de los síntomas—Si el dolor no es violento, si los vómitos son escasos, el vientre está poco abultado i no hai colapsus, se puede administrar con prudencia un purgante que si no da resultados no debe repetirse. Se administrarán lavados intestinales, se colocará la sonda rectal i se administrarán lavados gaseosos, que casi nunca dán resultados.—Los casos de oclusion en que se ha obtenido resultados han sido tal vez los debidos a exajeracion del ángulo cólico en cuyo caso la proyeccion del líquido sobre la parte alta de la S iliaca produce contracciones del colon descendente i transverso. La electricidad i los lavados de estómago son recomendados, pero no con insistencia por los Drs. Boudet i Kussmaul.—La morfina i todos los medicamentos análogos están contraindicados i tienen un uso limitado.

Miéntres se lleva a cabo todo este tratamiento debe de estarse listo para operar lo cual debe hacerse tan luego como los vómitos se hagan frecuentes i la falta de emision de gases persista hasta el 5.º dia, ántes que aparezcan los fenómenos de colapsus, de desfallecimiento cardíaco. - Nunca debe esperarse para intervenir el último momento, lo cual es sumamente perjudicial para el paciente. Decidida la laparotomia siguiendo en su ejecucion las reglas ya establecidas debe examinarse el ciego para determinar el punto donde existe la oclusion: si el ciego está distendido la oclusion sienta sobre el intestino delgado i vici-versa sobre el intestino grueso.—Encontrada la oclusion i su estension se investiga la causa examinando los pedículos, las superficies cruentas, el ángulo cólico, las bridas que pueden existir, si hai vólulus etc. Si el obstáculo no se encuentra se recurre a la evisceracion teniendo cuidado de colocar el intestino entre compresas calientes. Esta maniobra debe practicarse con suma precaucion.



Si la oclusion es debida a alguna de las causas enumeradas se procederá a la seccion de las bridas, de las adherencias etc. segun el caso. Si la oclusion se presenta al nivel de un foco infectado el procedimiento de eleccion queda al arbitrio del cirujano, segun el estado del paciente, pudiendo practicarse la enterostomia.

Se puede practicar el ano contra natura, pero esto se hará solamente en caso que haya que obrar lijero, por el estado del paciente, en que haya un pedazo de intestino gangrenado o no pueda explicarse la causa de la oclusion, o bien no pueda ponerse en práctica un tratamiento mas razonable dada la gravedad de lesiones.—Este procedimiento será de eleccion cuando apesar de la laparotomia secundaria los sintomas de oclusion persistan con caracteres alarmantes. En cuanto al tratamiento seguido en nuestra observacion no lo recomendamos apesar de haber dado buenos resultados en este caso i su práctica la colocamos entre los demás procedimientos seguidos con este fin. Si en este caso dió resultados, en la mayoría no los dará, lo que podemos afirmar con seguridad una vez impuestos del procedimiento i de su accion mas o menos ciega e incierta. Si se pone en práctica debe hacerse en último caso, cuando ya se ha decidido i se está listo para practicar la laparotomia secundaria.

El tratamiento quirúrgico empleado a tiempo dá los resultados mas brillantes i la serie de éxitos obtenidos en las oclusiones post-operatorias se debe ántes que a todo otro tratamiento a la laparotomia secundaria. Cuando ya empiezan a aparecer fenómenos de alteraciones del pulso etc. toda otra intervencion, toda demora no hace sino aproximar el desenlace fatal. Asi pues, una vez confirmada la oclusion intestinal post-operatoria, mientras se pone en vijencia el tratamiento médico se debe de estar preparado para la intervencion quirúrgica i llevarla a cabo al menor indicio de agracion del cuadro clínico, sin esperar el desfallecimiento cardíaco, ni el colapsus etc. etc.

Esta es la descripcion suscita de una de las complicaciones mas graves que pueden sobrevenir a continuación de una operacion abdominal, de una laparotomia i de cuyo rápido conocimiento, difícil casi siempre depende en la casi totalidad de los casos la suerte futura, la vida misma del paciente.

José Antonio Salinas Castro.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Imp. 165.

