

## OFTALMOLOGIA

**Nuevas reflexiones acerca de la posición del enfermo  
y del cirujano en las operaciones oculares**

Por el Dr. JUAN SANTOS FERNÁNDEZ.

Uno de los primeros trabajos que escribimos sobre Oftalmología, fué dedicado á tratar de la posición del enfermo y del cirujano en las operaciones de los ojos y de un sofá portátil en relación con aquella.<sup>1</sup>

Desde entonces aun cuando nuestra opinión sufrió variantes respecto á la posición y al mueble, no habíamos tenido ocasión de tratar el particular hasta que nos provocó á ello la visita reciente del distinguido oculista de México y catedrático de su Escuela de Medicina, Dr. D. José Ramos.

En efecto, mostrábamos al Dr. Ramos, que bondadosamente nos lo pidió honrándonos con este deseo, la Sección de enfermedades de los ojos del «Sanatorio Covadonga,» del centro Asturiano de la Habana, á nuestro cargo, y cuando terminamos una operación de catarata, entre los comentarios con que la ilustró el inteligente oftalmólogo mexicano, recogimos éste:

«Yo he preferido siempre operar sentado, porque me ha parecido que se procedía así más reposadamente y era el cirujano más dueño de sus actos.»

Le referimos en el acto que esa había sido nuestra conducta durante el primer período de nuestra práctica oftalmológica y concebimos desde aquel momento el propósito de ocuparnos de nuevo de la materia y como estábamos al descubierto con la Academia Nacional de Medicina de México, á la que estamos obligados á enviar un trabajo anual, como miembro corresponsal, elegimos desde luego este tema.

Ahora, lo mismo que antes, podemos sostener que en la medicina como verdadera ciencia de observación, no hay detalle, por pequeño que sea, que no merezca fijar la atención del médico acostumbra-

1 Clínica de enfermedades de los ojos, del Dr. J. Santos Fernández, publicada por el Dr. Madan. Un volumen en 8º de 276 páginas. París, 1879. Página 179.

do á luchar con las infinitas formas que adoptan las enfermedades.

Igualmente aceptamos hoy, que si esto es una verdad tratándose de la medicina en general, lo es más aún, si nos referimos á la cirugía en particular. No basta que á la cabecera del enfermo diagnostiquemos el mal y juzguemos indicada una operación, sino que antes de llevarla á efecto, es necesario no calificar de pequeño el más insignificante detalle. La posición que debe guardar el enfermo y el cirujano es lo primero que debemos ventilar, aun cuando no se le preste siempre toda la importancia que merece.

La colocación viciosa de la región en que se va á operar, decíamos tiempo atrás, y la mala posición adoptada por el operador, dificultan á veces un buen resultado y no faltan casos en que sean la causa de una terminación funesta. Razón tenían los cirujanos antiguos al encarecer este precepto que hoy es mirado con cierta indiferencia, aun por prácticos de justísimo renombre, en tanto que otros se lo han concedido tan capital que hay mesas y posiciones que llevarán eternamente sus nombres.

Antes de proceder á cualquier operación, por pequeña que sea, entendíamos que debían colocarse el cirujano y el paciente en una posición tal, que con facilidad pudieran ejecutarse todas las maniobras: con un ancho y libre campo de acción, nuestros movimientos son más desembarazados y nuestros cortes son más precisos porque nada encontraremos que nos estorbe.

Imagináos la impresión que á compañeros y al público causaría un operador que á cada momento mudara de lugar, que ya se colocara á la derecha, ya á la izquierda, ya de frente, ya por detrás, que moviera y removiera al paciente en diversas direcciones; de seguro que no le juzgaríamos bien y nos alejaríamos del lugar con la más desagradable impresión en el ánimo.

El cirujano que sabe colocar á su enfermo, discurríantlos, lo hace siempre de tal manera que nunca estorba á los que presencian la operación y procura siempre que la luz solar ó la artificial venga á iluminar completamente la región en que opera; y si este precepto es de suma importancia en la cirugía en general, juzgad cuál no lo será en la ocular, donde son más delicadas las operaciones y más limitado el campo de acción.

De aquí que no puedan darse reglas circunscriptas y se deje á cada oculista la elección de la posición en que deba colocarse y colocar al enfermo y á los ayudantes; pero esto no veda emitir consideraciones sobre determinados puntos que se rozan con el particular.

En otra época recomendamos un sofá para las operaciones de los ojos que tenía dos objetos: salvar las dificultades con que se lucha en la práctica civil, cuando no tenemos una cama ó un sofá á propósito ó que se adapte á la pieza más iluminada de la casa y el darle una altura que se prestase á que el operador permaneciese sentado durante la operación.

Lo primero creíamos haberlo conseguido haciendo construir un sofá de rejilla, con la madera más ligera y resistente posible y dividido en tres partes; plegadas las extremidades sobre la del medio, presentaba un espesor de 20 centímetros. Así dispuesto y colocado en una funda con su correspondiente agarradera, como se verá en los dibujos, se hace tan fácil conducirlo de un lado á otro, como el saco de noche más portátil. Lo segundo ha sido fácil obtenerlo, dando al sofá la altura que regularmente tiene esta clase de mueble, tanto más cuanto que la poca longitud de las patas debía favorecer la idea de reducirla á menor volumen.

Existen pocas operaciones, creíamos nosotros en que el operador deba permanecer de pie y no sentado; sin embargo, poco experimentados en las operaciones que se practican en otra región que no sea la del aparato ocular, no pretendíamos defender la tesis de una manera general y nos circunscribíamos tan sólo á las operaciones que se practican en los ojos. Empezábamos por recorrer las diversas posiciones que se hacen adoptar á los enfermos, tomando por norma la operación de la catarata y observábamos que en los primeros tiempos se operaban los enfermos sentados y aunque cuando esto discurríamos, se encontraba algún operador que conservaba esta costumbre, la mayoría los colocaban en decúbito dorsal. Este cambio en la posición del enfermo lo interpretábamos como el triunfo de la Fisiología, porque á todas luces se comprende que no es compatible con ésta, el estado violento en que permanece la cabeza del que se opera durante todo el tiempo que dura la operación, es-

tando sentado, aunque éste sea breve y la cabeza se apoye en el pecho de un ayudante.

Comprendíamos que bastaba reflexionar un instante para quedar persuadido de que la posición horizontal era la más adecuada, porque con ella todos los órganos experimentan un verdadero descanso; así se explica que sea la adoptada para el sueño, en que se pasa por lo general un tercio de la vida.

Admitíamos que este mismo triunfo de la Fisiología, lo obteníamos con respecto á la posición del operador, si en vez de colocarse de pie se colocaba sentado. Sabíamos que cuando el individuo está de pie hay menor número de órganos en descanso que cuando está sentado; estando de pie que es lo que fisiológicamente se denomina *estación*, el peso del cuerpo se trasmite por la columna vertebral á la pelvis y de ésta al fémur, los músculos extensores de la pierna impiden que la rodilla se doble y los del pie mantienen la pierna en posición vertical; estos órganos musculares en acción, para sostener la posición vertical, están impulsados por la voluntad y roban más ó menos atención; así podemos observar que cuando el miedo, la ira ú otra pasión vehemente nos domina, á las veces las piernas flaquean porque el elemento pasional se sobrepone á todas nuestras facultades.

Por tanto creíamos que debíamos optar por una posición en que todos los órganos del cuerpo estén con el mayor descanso posible, á excepción de aquellos que se interesen de una manera directa en el trabajo operatorio. Esta posición la obteníamos cuando el operador se hallaba sentado, porque de este modo sólo los músculos de la cabeza y de las extremidades superiores entraban en acción.

Además, encontrábamos que de esta manera hallaba el operador en su propio muslo un sitio de descanso para el codo á veces muy necesario.

Lo que dejamos expuesto, sirve para demostrar que la costumbre de operar sentado que nosotros mantuvimos durante un período de tiempo y que es la norma actual de nuestro excelente colega el Dr. Ramos, está lógicamente basada en la fisiología y por consiguiente sostenida sobre una base sólida.

Ahora bien, estamos en la obligación de explicar por qué desde

1875 á 1891 operamos sentados y de esta última fecha á la hora actual lo hacemos de pie.

Aparte de las razones enunciadas para rechazar toda operación, por pequeña que sea, en un enfermo que esté sentado y no acostado, tenemos otras sugeridas por la práctica profesional.

En dos individuos que ocupan una posición distinguida en nuestra sociedad, practicamos, en distintas épocas, una ligera operación en uno de los párpados, y ambos fueron acometidos de síncope tan intenso que temimos no saliesen de él. En uno de ellos hicimos la misma operación un año después; pero le colocamos en decúbito supino y no hubo el menor accidente, cual ocurre en este género de operaciones. Esto indicaba que no había en el individuo predisposición alguna al síncope, sino que se lo provocó la posición vertical. Desde entonces es de ritual no operar á nadie sentado y resistir á la insinuación de los que se creen tan fuertes que no necesitan acostarse, cual si el síncope fuese capaz de prevenirlo ni evitarlo nadie, por valiente y fuerte que sea.

Acostumbramos igualmente á hacer permanecer en decúbito supino á todos los que se someten á inyecciones subcutáneas ó subconjuntivales de cocaína, aún cuando usemos las soluciones diluídas que aconseja Reclus para evitar accidentes, pues conocemos personas á quienes se les ha permitido salir inmediatamente después de la anestesia local, y al llegar á su casa se les ha encontrado caídos en la parte interior del carruaje.

Ni aún después de usar la estovaina en inyecciones subconjuntivales y subcutáneas, según lo hemos comunicado á esta Academia el año pasado, dejamos de adoptar tal medida, porque la acción vaso-dilatadora de la estovaina, si bien pone á cubierto de los accidentes á que expone la acción vaso-constrictora de la cocaína, tal vez no llegue á precaver en absoluto un síncope cuando, según hemos visto, los individuos sanos y en los cuales no se ha inyectado nada, pueden ser invadidos de él.

La razón por la que nosotros operamos hoy de pie cuando antes lo hacíamos sentados, confirma lo que hace mucho tiempo digimos y es que debía dejarse á cada oculista la elección de cómo debía colocarse y colocar al enfermo y á los ayudantes.

En efecto, después de un largo viaje volvimos á nuestra clínica, y sea porque coincidió la vuelta con el principio de la presbicia ó fuese otra la causa, tal vez el local que ocupaba la clínica en aquella época, es lo cierto que el operar sentado nos pareció oscurecer el campo de la operación por quedar la mesa ó sofá bajo, en tanto que operando en mesa alta á la altura de la cintura, encontrábamos el campo operatorio más iluminado. Desde este momento hasta la fecha hemos operado de pie, sin que por esto dejemos de reconocer que las razones que tiempo atrás exponíamos y las que abonan la costumbre actual del Dr. Ramos, son lógicamente sostenibles y siempre que se puedan armonizar deben tenerse en cuenta.

Tales son las reflexiones que sometemos al juicio de esta docta corporación.

---