

AL MARGEN DE 1.000 OBSERVACIONES CLINICAS

POR EL DR. ULISES VALDES F. A. C. S.

A L anotar 1,000 observaciones clínicas en nuestro Archivo, hemos querido echar una mirada en conjunto y revisar nuestras cifras de mortalidad especialmente. Es útil, de tiempo en tiempo, hacer consideraciones generales, porque de ellas pueden surgir datos que llamen la atención sobre procedimientos inadecuados, causa de fracasos, o simplemente que nos hagan variar nuestra línea de conducta en determinados casos.

La primera condición para una estadística es que sea verdadera. "Las estadísticas deben hacerse diciendo todo y toda la verdad", dice Moynihan. Al llegar a la Ciencia hay que hacer a un lado todo sentimiento de amor propio, de rivalidad, de orgullo; las cifras que se den pueden servir para justificar una intervención y si son falsas quizás conduzcan a un fracaso del que seremos responsables.

Asentada esa base firmísima, varían los conceptos para formar estadísticas, según los establecimientos y según los individuos. Para algunos, los datos deben tomarse en conjunto y de ellos sacar las conclusiones; para otros hay que separar los casos de excepción. Por ejemplo, en ciertos hospitales se anotan como casos médicos los enfermos que mueren por una complicación pulmonar después de una intervención quirúrgica y en otros se tomaría como mortalidad operatoria. Nosotros juzgamos que separar los casos de esa manera complica la formación de estadísticas y que las cifras deben ser totales, aunque se hagan todas las aclaraciones pertinentes. El trabajo estadístico tiene por objeto sacar una enseñanza, modificar lo malo y para eso hay que juzgarlo en conjunto y en detalle, que solo así se podrán obtener resultados eficientes. Por eso es que después de haber presentado las cifras totales de la mortalidad, vamos a dar un resumen de las historias clínicas, en donde se pueden hacer observaciones interesantes. Dos son los factores de mayor mortalidad en nuestra estadística: los

padecimientos agudos abdominales y el cáncer. Si revisamos los casos fatales del primer grupo, encontraremos que buen número de ellos eran individuos con peritonitis generalizadas, en los que la operación solo era un factor probable de alivio, un recurso desesperado que intentar antes de sentirse por completo impotentes. Son enfermos que hubieran muerto también sin la operación y no se habría anotado entonces como mortalidad operatoria. En el terreno del cáncer, se presentaron enfermos con padecimientos viscerales cuyo alcance solo comprendimos al tener la lesión a la vista y si hubiéramos dispuesto de medios más efectivos para precisar el diagnóstico, los hubiéramos considerado inoperables. Otros son los que hemos juzgado en el límite de la operabilidad, pero que han dado las sorpresas que es frecuente hallar en estos enfermos, en quienes las resistencias individuales no pueden valuarse con exactitud y después de la operación flaquean y se agotan, como si solo hubieran tenido necesidad del traumatismo para alcanzar su fin. El resto de la mortalidad no tiene carácter determinado y por lo tanto no merecen que nos detengamos a considerarla.

Nuestra estadística de mortalidad no puede compararse con la de las clínicas extrajeras, porque hay varios factores que la diferencian. Como decimos más adelante, la educación médica de nuestra sociedad no está lo suficientemente avanzada para que se busque directamente al cirujano en muchos padecimientos de su dominio y se pierde tiempo y se deja avanzar el mal, ensayando tratamientos paliativos. Una demostración muy clara de lo anterior, la tenemos al revisar la mortalidad en los padecimientos gastro-duodenales. Las 8 defunciones que se anotan fueron como sigue: 2 por cáncer del estómago, 1 por cáncer del píloro, 2 por úlceras duodenales, 2 por úlceras del estómago y 1 por úlcera gástrica perforada. De los dos enfermos de cáncer, uno de ellos presentaba un estado tan avanzado que no pudo hacerse la resección y nos contentamos con una gastro-entero-anastomosis, y el otro que presentaba un tumor palpable, que se extirpó, murió de neumonía. El cáncer del píloro, presentaba adherencias al páncreas y se extendía sobre la curvatura menor del estómago. Las dos úlceras del duodeno eran extensas, adheridas e inextirpables. Las del estómago se resecaron, pero dejando lesiones sobre el páncreas y la que se perforó fué en un anciano de 63 años de constitución débil y operado varias horas después del accidente. Como se ve, los casos son excepcionalmente graves y muchos de ellos no se admitirían en clínicas extranjeras o se considerarían en los límites de operabilidad con éxito. Nosotros los hemos operado como un último recurso y no porque confiemos en nuestra habilidad, y ante las demandas insistentes de los que sufren y no quieren perder toda esperanza. Fuera de esos casos de excepción, nuestra estadística es buena; sin embargo, repétimos, damos las cifras totales, muy elevadas por cierto, pero

antes nos ha parecido hacer estas consideraciones por estimarlo de justicia. Podríamos ampliarlas a otros capítulos, pero no sería sino repetir lo ya dicho y el examen juicioso de los casos y la lectura de las historias clínicas creemos que bastará para cualquier observación imparcial.

Presentamos una estadística de anestésicos que nos satisface y nos anima a continuar vigilando y mejorando siempre esta parte tan importante del acto quirúrgico.

El resto es la expresión sencilla y sincera de varios años de constante trabajo con la mira de progresar en todas las etapas que sigue un enfermo en busca de salud.

I.—OPERACIONES

En las 1,000 observaciones clínicas que tenemos anotadas, se cuentan 988 operaciones quirúrgicas. Hemos restado algunos tratamientos de la misma índole, no sangrantes, como los aparatos de yeso y el vendaje de Ochsner para las várices, así como en la parte destinada a la obstetricia, la asistencia a los partos normales (73), reduciendo la estadística a intervenciones sangrantes. Como resulta difícil agruparlas, las dividimos en cinco grupos, separando de algunos, como en el primero, cierto número de casos que le pertenecen, pero que forman un todo más homogéneo y con la suficiente importancia para segregarse. Nos referimos a la cirugía ginecológica, que en buena parte corresponde a la del abdomen, pero que como a su vez tiene capítulos extra-abdominales, preferimos formar con ella un grupo por separado. Comprendemos que tal división es criticable, pero como tan solo se trata de formar una base para ordenar los datos estadísticos, carecen de alcance las faltas que se cometan.

Consideraremos seis grupos:

- I.—Cirugía del abdomen.
- II.—Cirugía ginecológica.
- III.—Cirugía obstétrica.
- IV.—Cirugía del aparato urinario.
- V.—Cirugía general.
- VI.—Cirugía de especialidades. (Ojos, oídos, nariz y garganta).

I.—CIRUGIA DEL ABDOMEN

En este grupo cabe una subdivisión: la cirugía de las paredes del abdomen y la de su contenido. La primera comprende el tratamiento de las hernias, como parte principal. Estas suman en total 97 (9.8%). Esta cifra se descompone así:

A.—CIRUGIA DE LA PARED ABDOMINAL

Hernias inguinales.....	70
Hernias umbilicales.....	12
Hernias crurales.....	9
Hernias internas.....	2
Eventraciones.....	4
	<hr/>
	97

En ese número se encontraron:

Hernias dobles.....	4
Hernias estranguladas.....	8
Hernias congénitas.....	4
Reproducidas.....	5

63 se encontraron en hombres y 30 en mujeres.

Hay que agregar como operaciones de la pared del vientre:

Autoplastia de la pared del vientre.....	1
Incisión exploradora.....	1
Fistulotomía del ombligo.....	1
Extirpación de lipoma del flanco.....	1
	<hr/>
	4

Pasando a la cirugía de la cavidad abdominal, consideraremos primeramente las intervenciones que tuvieron por objeto una exploración, después las que motivaron los padecimientos de la serosa y sucesivamente, las operaciones sobre el estómago, intestino (delgado y grueso), apéndice, vías biliares, hígado, bazo y páncreas.

B.—LAPAROTOMIAS EXPLORADORAS

Las laparotomías exploradoras fueron 11 (1.%) por los siguientes diagnósticos:

Sífilis hepática.....	1
Pericolecistitis.....	1
Embarazo extra-uterino.....	1
Embarazo normal.....	1
Cáncer inoperable del estómago.....	2
Cáncer inoperable del útero.....	2
Sarcoma inoperable.....	1

Cirrosis del hígado.....	1
Gastrorragias.....	1
	<u>11</u>

C.—OPERACIONES POR PADECIMIENTOS DEL PERITONEO

Las operaciones por padecimientos del peritoneo se clasifican así:

Canalizaciones por peritonitis generalizadas	3
Liberaciones de adherencias.....	9
Desbridación de abscesos fistulosos del peritoneo.. ..	1
	<u>13</u>

D.—CIRUGIA GASTRICA

Las operaciones sobre el estómago fueron 38 (3.8%), repartidas como sigue:

Gastrectomías	12
Gastro-entero-anastomosis.....	12
Gastro-yeyunostomía.....	1
Gastrorrafia.....	1
Gastropexia	1
Gastrostomía.....	1
Piloroplastías	10
	<u>38</u>

E.—CIRUGIA INTESTINAL

Anotamos 16 intervenciones sobre el intestino, grueso y delgado:

Enterectomía	1
Enterostomías.....	5
Enterorrafias.....	2
Entero liberación.....	1
Duodono-yeyunostomía ...	1
Colostomía.....	1
Colectomías parciales.....	2
Destorciones por vólvulos.....	3
	<u>16</u>

F.—CIRUGIA DEL APENDICE

Las operaciones sobre el apéndice pueden separarse en dos grupos: aquellas que se hicieron por ser la lesión apendicular la principal y las efectuadas en el curso de otras operaciones, a título profiláctico. Las primeras

fueron 100 y las segundas 160. Además de apendicitis supuradas se anotan 3, que dan un total de 263 (26%).

G.—CIRUGIA BILIAR

La cirugía de la vesícula biliar y de los canales comprende las siguientes operaciones:

Colecistotomías	2
Colecistectomías	32
Colecistitis supurada	1
Coledocotomías	4
Coledoco-duodenostomía	1
	<hr/>
	40 (4 2%)

H.—CIRUGIA DEL HIGADO, BAZO Y PANCREAS

La cirugía del hígado solo tiene 2 operaciones por absceso hepático. La cirugía del bazo es excepcional entre nosotros. En las observaciones que estamos revisando, solo se anota una esplenectomía. Participa de esta característica la cirugía pancreática, donde solo hicimos una canalización por pancreatitis aguda. Cerramos este capítulo anotando una ligadura de una rama de la arteria mesentérica superior.

II.—CIRUGIA GINECOLOGICA

Los padecimientos quirúrgicos del aparato genital de la mujer los dividiremos según su localización y en ese concepto, consideraremos las operaciones sobre la vulva, vagina, anexos y útero.

A.—OPERACIONES SOBRE LA VULVA

Extirpación de glándula de Bartholin	1
Ninfectomías	26
Perineorrafias	<u>2</u>
	29

B.—OPERACIONES SOBRE LA VAGINA

Tratamiento de fistula véstico-vaginal	2
Colporrafias	3
Colpotomías posteriores	7
Desbridación por vaginismo	<u>1</u>
	13

C.—OPERACIONES SOBRE LOS ANEXOS

Resección de venas del ligamento ancho	3
--	---

Ovariectomías.....	14
Salpingectomías.....	32
	<hr/>
	49

D.—OPERACIONES SOBRE EL UTERO

Dilataciones del cuello uterino	3
Termocauterizaciones del cuello.....	6
Amputaciones del cuello.....	6
Traquelorrafias.....	11
Miomectomías.....	14
Raspas uterinas	35
Ligamentopexias.....	27
Interposición uterina.....	1
Histerectomía fúndica	1
Histerectomías supra-vaginales.....	68
Histerectomías totales abdominales.....	18
Histerectomías vaginales.....	26
	<hr/>
	216

Las operaciones ginecológicas representan una parte muy importante de nuestras actividades quirúrgicas. Suman 307 y corresponden a un 31% del total de las operaciones. ¿Será que predominan los padecimientos genitales femeninos sobre los demás, o existirán otras causas? A nuestro parecer, son muy abundantes las dolencias que aquejan a la mujer en sus órganos de reproducción, pero a ésto se agrega que existe el conocimiento de que un gran número de esas dolencias solo admiten un tratamiento quirúrgico y las personas vienen a consultar al cirujano con la idea de que probablemente su enfermedad necesitará de operación. Todos saben que el especialista en ginecología es un cirujano y por lo tanto toda la labor de convencimiento está adelantada y no es como en otras clases de padecimientos en que se acude al médico y se pasa cierto tiempo con su método y no todos aconsejan la intervención, como ocurre en algunas lesiones del estómago, de la vesícula biliar y del intestino.

Estos dos factores son, a nuestro parecer, los que explican la crecida proporción de las intervenciones ginecológicas, haciendo a un lado la índole misma de los padecimientos que en tan pocas ocasiones justifica un tratamiento médico.

III.—CIRUGIA OBSTETRICA

Como dijimos anteriormente, no incluimos aquí la asistencia a los partos normales, porque no cabría considerarlos al lado de operaciones quirúr-

gicas. En tal virtud, solo anotamos 3 partos en los que por diferentes circunstancias se practicaron intervenciones, forceps, extracción de placenta, canalización. A esto hay que agregar 2 operaciones cesáreas, lo que da un total de 5 intervenciones obstétricas (0.5%), en 78 alumbramientos (6.4%).

IV.—CIRUGIA DEL APARATO URINARIO

Y GENITAL DEL HOMBRE

Vaginalectomías	4
Epididiotomía	1
Tratamientos de varicocele	6
Uretrotomías externas.....	2
Uretrotomías internas.....	2
Ojales perineales.....	3
Uretrorrafia.....	1
Desbridación de absceso periuretral.....	1
Desbridación de fistulas uretrales.....	1
Prostatectomías.....	16
Desbridación de hematoma del Retzius.....	1
Cistotomías.....	17
Cistectomía parcial.....	1
Ureterectomía.....	1
Pielotomía	1
Desbridación de absceso perinefrítico.....	1
Nefro-ureterectomía.....	1
Nefrectomías.....	10
Nefropexias.....	3
	73(7,3%)

V.—CIRUGIA GENERAL

En este grupo se reúnen operaciones disímbolas que no han tenido cabida en los grupos anteriores y que algunas forman parte de ciertas especialidades; pero como son en corto número, las reunimos aquí al lado de otras que verdaderamente caben bajo el título de cirugía general. Resulta difícil clasificarlas, por lo que hemos preferido hacer con ellas una división topográfica, que no significa nada por lo que respecta a importancia o cualquiera otra consideración.

A.—CIRUGIA DE LA CABEZA

Autoplastia de la mejilla	1
„ del labio.....	1
„ „ párpado.....	1

Extirpación de quiste sub-lingual	1
,, epitelioma de la mejilla.....	1
Osteotomía del frontal.....	1
Sutura de herida de la frente.....	1
	<hr/>
	7

B.—CIRUGIA DEL CUELLO

Extirpación de fibro-lipona.....	1
Tiroidectomías.....	3
	<hr/>
	4

C.—CIRUGIA DEL TRONCO

Amputaciones de seno.....	20
Desbridación de absceso interglúteo.....	1
,, ,, de la axila.....	1
,, ,, márgen del ano	3
,, ,, isquio-rectal.....	1
,, ,, glúteo	1
,, ,, induración de la región glútea	1
,, ,, herida región pectoral.....	1
,, ,, ,, glútea	1
,, ,, ,, adenitis supurada.....	1
Dilataciones del ano.....	5
Extirpaciones de hemorroides.....	14
Extirpación de epitelioma cutáneo seno.....	1
Costotomía.....	1
Fistulectomías del ano.....	2
Fistulotomías del ano.....	3
,, ,, huevo isquio-rectal.....	2
,, ,, recto	1
Injertos de Tiersh.....	1
Osteotomía de la 1ª dorsal.....	1
Pleurotomías	3
Pelviotomía.....	1
Rectotomía.....	1
Toracoplastía	1
	<hr/>
	68

D.—CIRUGIA DE LOS MIEMBROS

Amputaciones	9
Artrectomía.....	1

Artrotomía.....	1
Autoplastia de un dedo	1
Desbridación de flemón del brazo.....	3
,, fractura expuesta peroné	1
Desarticulación de un dedo.....	1
Extracción de placa mal tolerada.....	1
Extirpaciones tumores malignos del muslo.....	2
Extirpaciones de ganglios de la ingle.....	5
Injertos de Tiersh	1
Osteosíntesis del fémur y húmer.....	2
Osteotomías.....	2
Reamputación.....	1
Reconstrucción de un muñón.....	1
Regularización herida de la mano.....	1
Tenotomías.....	2
Tratamiento de várices.....	2
	<hr/>
	37

E.—CIRUGIA DE ESPECIALIDADES

Esta parte de la cirugía no ha sido cultivada por nosotros. La han ejecutado diferentes especialistas y por lo tanto forma un grupo reducido.

Adenoidectomía.....	1
Amigdalectomía.....	1
Avanzamiento muscular.....	1
Iridectomía.....	1
Enucleación ojo.....	1
Trepanación de la mastoides.....	5
	<hr/>
	10 (0.9%)

MORTALIDAD.

Las defunciones ocurridas fueron las siguientes:

- 2.—Cánceres del útero.
- 2.—Cáncer del estómago.
- 1.—Cáncer del píloro.
- 1.—Cáncer de la válvula ileo-cecal.
- 1.—Cáncer del colon.
- 2.—Cánceres de la vesícula biliar.
- 1.—Cáncer de la próstata.
- 3.—Peritonitis generalizadas.
- 3.—Peritonitis apendiculares generalizadas.
- 1.—Absceso apendicular

- 1.—Cáncer de la válvula ileo-cecal.
- 1.—Cáncer del cólon.
- 2.—Cánceres de la vesícula biliar.
- 1.—Cáncer de la prostata.

10 (24.%)

La cirugía del estómago y duodeno contribuyó en la siguiente forma:

- 2.—Cáncer es del estómago.
- 1.—Cáncer del píloro.
- 2.—Úlceras duodenales.
- 2.—Úlceras del estómago.
- 1.—Úlcera del estómago perforada.

8 (19.%)

El contingente de mortalidad dado por las operaciones sobre el intestino grueso y delgado, es como sigue:

- 1.—Oclusión intestinal.
- 1.—Hernia interna estrangulada.
- 1.—Vólvulus de la S iliaca.
- 1.—Cáncer del cólon.
- 1.—Cáncer de la válvula ileo-cecal.
- 1.—Obstrucción intestinal.

6 (17.%)

La cirugía de la vesícula biliar y de los canales tuvo este papel:

- 2.—Cánceres de la vesícula biliar.
- 2.—Colecistitis calculosas.

4 (9.7%).

Solo hubo 4 muertes por apendicitis (9%) y consideradas con las 103 apendicectomías primarias, da tan solo 3.8%, debiendo de hacer notar que las 4 muertes fueron en casos agudos y tres de ellas con peritonitis generalizada, no registrándose ninguna defunción entre las restantes.

La cirugía ginecológica dió las siguientes cifras:

- 2.—Cánceres uterinos.
- 1.—Embarazo tubario roto e infectado.
- 1.—Piosalpinx con peritonitis.
- 1.—Fibrona uterino.

5 (11%)

Las operaciones ginecológicas fueron numerosas, 308, por lo tanto la

mortalidad es muy escasa, 1.6%. Insistimos en que salvo el caso de fibromas uterinos, que tienen en lo general un buen pronóstico, los otros padecimientos son graves. aquí también se comprueba un dato universalmente admitido; que la mortalidad de la histerectomía total es más elevada que la de la parcial. En nuestra estadística la primera es de 11% y la segunda de 2%. Cabría señalar que las dos muertes que hubo después de una histerectomía total se debieron al cáncer que da las cifras más altas.

En lo que corresponde a la obstetricia, solo se anota un caso de muerte por fiebre puerperal, pero la enferma no fué asistida de su parto en el Sanatorio, sino que vino en plena infección.

En la cirugía del aparato urinario solo hay tres casos:

- 1.—Adenoma prostático.
- 1.—Cáncer de la próstata.
- 1.—Pionefrosis.

3 (6.6%)

Queda un reducido grupo de defunciones de las que podemos separar dos, como correspondientes a la cirugía del abdomen: una muerte consecutiva a esplenectomía por leucemia y otra por canalización de pancreatitis aguda. Teneños anotado otra por abscesos peritoneales consecutivos a una apendicitis supurada y en el capítulo de las hernias podemos hacer estas consideraciones: En las 97 hernias operadas en las que están comprendidas las que se estrangularon y las internas, hay una mortalidad de 3 enfermos (3. %); dos hernias fueron estranguladas, una de ellas interna y solo en una hernioplastía se produjo la muerte por las circunstancias que más adelante se expresan. Como fueron 8 las hernias estranguladas su mortalidad es de 25%. Si restamos de la cifra total de las hernias, las estranguladas, quedarán 91; sobre estas hubo una muerte, lo que da 1.1%.

Por último, en lo que respecta a la cirugía general, cuyas operaciones suman 116, solo se produjeron 2 defunciones: una por necrosis del frontal y otra por gangrena de la pierna. Le corresponde por lo tanto el 1.17%.

RESUMEN DE LAS HISTORIAS CLINICAS

Como un complemento interesante a los datos anteriores, presentamos un resumen de las historias clínicas de los enfermos que fallecieron después de la operación.

No. 1.—E. S. M. Viuda de 57 años de edad. Su padre murió de cáncer. Hace 5 meses comenzó a padecer flujo sanguinolento y molestias en el vientre. Se hizo una raspa exploradora y un exámen anatómo-patológico del producto que reveló ser un epiteloma de células cilíndricas. El exámen de

la orina manifestó 21 centgs. por mil de albúmina y cilindros hialinos.— Operación: histerectomía abdominal total. No hubo incidentes y no se canalizó. Anestesia: éter. Durante el primer día la enferma no orinó y durante el segundo emitió 350 c.c. a pesar de la medicación empleada. Pulso frecuente el primer día y timpanismo. A las 58 horas murió la enferma por peritonitis y nefritis aguda.

No. 2.—T. P. viudo de 70 años de edad. Desde hace dos años comenzó a padecer de dolor después de las comidas, agrios y vómitos, lo que lo ha debilitado en extremo. Se palpa un abultamiento doloroso a la derecha de la línea media. Examen del jugo gástrico: aclorhidria. Radiografías: pequeña retención y defectos de plenitud en el píloro. Diagnóstico: epiteloma gástrico. Operación: Resección del estómago (Bilroth II), Anestesia éter (100 grs.) Murió a los cinco días de neumonía. La autopsia de la cavidad abdominal demostró la completa cicatrización, sin adherencias ni inflamación de la serosa.

No. 3.—F. G. Casado de 45 años de edad. Desde hace varios años sufrió por temporadas de crisis de dolor y vómitos que en los últimos tiempos se repitieron con frecuencia. Hay dolor en la región del duodeno y retención estomacal y deformación duodenal al examen radiológico. Diagnóstico: úlcera del duodeno. Operación: cauterización de la úlcera que no pudo extirparse por sus adherencias con el páncreas, gastro-enterostomía y apendicectomía. Anestesia: éter. En el transcurso de las primeras horas se marcó timpanismo en el vientre alto y elevación del número de pulsaciones. El lavado estomacal extrajo como dos litros de líquido negrusco. No había defensa muscular. El pulso siguió debilitándose y murió a las 24 horas de dilatación aguda del estómago,

No. 4.—J. C. Casada de 30 años de edad. A la suspensión de su período, siguieron cólicos repetidos e intensos, hasta el último que ocasionó un estado sincopal grave y que dejó síntomas peritoneales. A la exploración se encontró el fondo de saco posterior ocupado, un tumor que llegaba hasta el ombligo y la matriz y los anexos confundidos con una masa. Diagnóstico: Embarazo tubario roto. Hematocele pélvico. Operación: Laparotomía, resección de la trompa rota, extirpación del feto y sus anexos y canalización con Mickulicz. Los primeros días se mantuvo la fiebre alta. A los 5 días se quitó la canalización y al siguiente se pusieron tubos gruesos por la vagina y por el vientre. Durante 10 días la temperatura descendió y llegó a ser normal dos días. Intempestivamente se elevó hasta 41°6, manteniéndose muy elevada 10 días más, al cabo de los cuales murió, al mes de haber sido operada.

No. 5.—V. M. soltero de 46 años de edad. Su padecimiento databa de 20 años atrás y consistía en perturbaciones digestivas y dolor en el epigástrico que aparecía por temporadas. Ha enflaquecido considerablemente

y tiene dolor a la presión en la zona duodenal. Diagnóstico: Úlcera del duodeno. Operación: Colectectomía y apendicectomía. La vesícula pequeña y adherida al duodeno. No había señales de cicatriz de úlcera. El exámen anatómo patológico reveló un epiteloma de células cilíndricas. Anestesia: éter. Al segundo día comenzó a aparecer ictericia, aunque las materias fecales estaban coloreadas. El tercer día aumentó la ictericia y aparece dolor y ligera defensa en el flanco derecho. Estos síntomas aumentan el cuarto día y el enfermo muere bruscamente. El estudio de la pieza anatómica descubrió una canal hepático supernumerario que no se ligó y que se había tomado como el cístico. La muerte se produjo por inundación peritoneal de bilis. (Para mayores detalles ver el artículo relativo a este caso en el tomo I de los Anales del Sanatorio Valdes).

No. 6.—M. A. casado de 46 años de edad. Desde hace tres meses comenzó a sentir un abultamiento en la frente, que al evolucionar hizo necesarias varias incisiones que no produjeron sino alivio transitorio. Diagnóstico: necrosis del frontal. Operación Resección de toda la porción necrosada. Anestesia: éter. A partir del sexto día, se marcaron signos de absceso cerebral. El séptimo apareció afasia; el octavo parálisis del brazo izquierdo; al décimo día coma y el duodécimo falleció.

No. 7.—F. A. C. casada de 21 años de edad. Hace menos de un año, comenzó con trastornos digestivos, fiebre en la tarde y abultamiento del vientre, lo que motivó una punción que extrajo líquido purulento. Pocos días antes de su ingreso al Sanatorio, tuvo dolor generalizado a todo el abdomen, parálisis intestinal y vómitos. Una nueva punción dió salida a 2 litros de líquido sero-fibrinoso y el mal estado de la enferma obligó a abrir el vientre y canalizar una gran cantidad de pus contenida en un lóculo, que a su vez comunicaba con la cavidad; que también contenía líquido purulento. A pesar de la amplia canalización, la enferma no mejoró y murió a los tres días con fenómenos de septicemia.

No. 8.—G. L. L. de 42 años de edad. Nueve años sufrió de menorragias y metrorragias y dolor en el vientre bajo. Desde hace un mes sus molestias han sido mayores y ha tenido fiebre. Tiene además una desgarradura del perineo y colpocele anterior. Diagnóstico: Desgarradura del perineo, colpocele anterior y piosalpinx izquierdo. Operación: Colporrafia anterior y perineorrafia; histerectomía sub total. Anestesia: éter. Se encontró una pelviperitonitis intensa que dificultó la operación y motivó una desgarradura en el intestino delgado que se suturó debidamente. La enferma murió de peritonitis al cuarto día de operada.

No. 9.—J. L. A. de 35 años de edad. Sufría desde hacía un año de dolor en el epigastrio, pero de 15 días a la fecha de su ingreso a este Sanatorio considerablemente y se agregaron vómitos y pirosis. Diagnóstico:

del estómago. Operación: Resección del antro pilórico. Anestesia: éter. La úlcera formaba una adherencia con el páncreas del que se cortó un pequeño fragmento para poder desprenderla. Murió a los seis días, probablemente por un absceso retro-peritoneal sobre la lesión pancreática.

No. 10.—J. G. Casada de 50 años de edad. Presentaba una larga historia de trastornos gástricos que se acentuaron en el último año y que consistían principalmente en vómitos ácidos, dolor después de los alimentos y en una ocasión hematemesis. Diagnóstico: Úlcera gástrica. Operación: Gastrectomía total. Anestesia: éter e infiltración con novocaína. Se encontró una úlcera de la pared posterior adherida al hígado y al páncreas, donde al despegarse dejó dos cavidades. La extensión de la úlcera hizo que se resecara todo el estómago, anastomosando el cardias con el yeyuno. La enferma murió al cuarto día después de la operación por peritonitis.

No. 11.—F. S. S. Casada de 42 años de edad. En su sintomatología predominaban los vómitos, tres veces al día, de color café oscuro, el adelgazamiento y un tumor en el epigastrio del volumen de una manzana. Diagnóstico: Cáncer del estómago. Operación: Gastro-entero-anastomosis. Anestesia: Eter e infiltración con novocaína. Se encontró una gran masa neoplásica que al exámen anatómico-patológico resultó ser un epiteloma localizado en el píloro y que se extendía al epiplón gastro-cólico, con adherencia a la pared posterior y numerosas metástasis. Ese estado hizo que solo se practicara una g.e.a. anterior. La enferma murió a los seis días de operada.

No. 12.—L. C. Soltero de 65 años de edad. Desde pequeño tuvo una hernia que desapareció con el uso de un braguero, pero que después de varios años se reprodujo. Del otro lado tiene igualmente una hernia inguinal de gran tamaño. Diagnóstico: Hernias inguinales. Operaciones: Hernioplastías. Anestésias: Eter y novocaína. Se hicieron las dos operaciones con una semana de diferencia. La primera cicatrizó bien. La segunda careció de la preparación habitual de la piel y solo se usó mercurocromo. Se produjo una infección local que terminó en septicemia y que originó la muerte a los 22 días de su ingreso al Sanatorio.

No. 13.—J. R. Casada de 46 años de edad. Se presentó con síntomas de oclusión intestinal que databan de cinco días. Daba como antecedentes, una histerectomía abdominal y apendicectomía que sufrió hacía cuatro meses. Diagnóstico: Oclusión intestinal. Operación: Liberación de asas adheridas. Anestesia: Eter y novocaína. Se encontraron las asas intestinales adheridas en la pélvis, detrás del ligamento ancho, con un divertículo de Meckel a punto de perforarse. Se hundieron las porciones del intestino más lastimadas, así como el divertículo. Días después se abrió toda la herida y la enferma murió a los 14 días de la operación por peritonitis.

No. 14.—L. F. R. Casada de 35 años de edad. Sus síntomas predominantes eran dolor constante en el epigastrio con exacerbaciones y trastornos de la digestión. Diagnóstico: Litiasis biliar. Operación: Colectectomía. Anestesia: Eter y novocaína. Se encontró una vesícula muy pequeña en medio de adherencias, que al exámen anatómico-patológico se reveló como un cáncer (epitelioma trabecular). Al despegar las adherencias se abrió el duodeno y se suturó inmediatamente. La enferma presentó como complicaciones un absceso sub-diafragmático y septicemia, de la que murió a los 36 días de operada.

No. 15.—Sr. A. D. Viudo de 76 años de edad. Sus molestias principales consistían en dificultad para orinar. La urea sanguínea era de 4.30 ctgs. Se le trajo al Sanatorio en estado de coma y se le empezó a vaciar la vejiga que casi llegaba al ombligo. Al día siguiente había mejorado, recobró el conocimiento, pero la sonda se salió y después de reiterados y vanos esfuerzos y al ver que el coma volvía, se le hizo una cistotomía. La mucosa apareció congestionada y la próstata muy crecida. Al día siguiente comenzó a sangrar y murió después de 48 horas de operado.

No. 16.—J. I. C. Soltero de 24 años de edad. Había padecido de cólicos apendiculares y el mes antes de su operación, de fiebre vespéral. La víspera de su ingreso al Sanatorio, tuvo un dolor intenso en el hipocondrio izquierdo que se generalizó a todo el vientre. En exploración daba todos los datos de una infección peritoneal aguda. Diagnóstico: Peritonitis generalizada. Operación: Laparotomía y canalización. Anestesia: éter y novocaína. Al abrir el peritoneo salió pus en abundancia. Se trató de exteriorizar el ciego sin lograrlo, por lo que sólo se canalizó con cigarrillos. Después de una evolución post-operatoria accidentada, con parotiditis y bronconeumonía, el enfermo murió 25 días después de la intervención.

No. 17.—M. B. Casado de 47 años de edad. Durante 15 días padeció de fiebre y cólicos intensos que cedieron poco a poco, dejándolo durante cuatro días, para volver nuevamente con los mismos síntomas, dolor y fiebre. Al explorarlo se encontró un punto doloroso en el epigastrio, defensa muscular en todo el vientre y más acentuada en la misma región y oscuridad a la percusión en el vientre alto. Diagnóstico: Peritonitis generalizada. Operación: Laparotomía, canalización y cecostomía. Anestesia: Gas y novocaína. Al abrir el vientre salió el pus y al explorar hacia arriba, igualmente. El apéndice pequeño y sano. El enfermo murió dos días después de la intervención.

No. 18.—J. B. A. Casada de 25 años de edad. Tres días antes de su ingreso al Sanatorio, se inició el dolor localizado en su principio a la fosa iliaca derecha, que aumentó al pasar el tiempo y que solo se calmaba con morfina. Ha tenido igualmente vómitos, abundantes al principio. T

como antecedentes haber sufrido tres operaciones abdominales. Diagnóstico: Oclusión intestinal por adherencias post-operatorias. Operación: Liberación del intestino. Anestesia: Gas y novocaína. La laparotomía reveló además de los signos de peritonitis, una foseta profunda en el mesenterio que estaba libre, pero que probablemente fué el sitio de un estrangulamiento intestinal que se deshizo en las maniobras de exploración. La enferma murió 6 días después de la intervención por peritonitis.

No. 19.—E. G. A. Casado de 50 años de edad. Su padecimiento databa de 2 meses y se había iniciado con los síntomas habituales: hormigueos, después dolores más y más intensos, edemas y manchas negruzcas en la pierna. Diagnóstico: Gangrena de la pierna por endarteritis obliterante. Operación: Amputación del muslo en el tercio superior. Anestesia: Gas y éter. Se encontraron las arterias femorales obstruidas con lesiones de endarteritis. Se produjo gangrena de los colgajos que se extendió a la región glútea uniéndose a una escara sacra que se formó a las 24 horas. Sucumbió a los seis días después de la operación.

No. 20.—J. S. Casado de 55 años de edad. Con antecedentes de estreñimiento habitual se presentó ocho días después de haberle comenzado dolor en el vientre que le repetía cada vez que sentía deseos de evacuar; supresión completa de materias fecales y fracaso de todos los medios usados para mover el intestino. Vientre doloroso, timpánico y aumentado de volumen. Diagnóstico: Oclusión intestinal. Operación: Laparotomía y destorsión de un vólvulus. Anestesia: Gas y novocaína. Al abrir el peritoneo se presentó el colon enormemente distendido que hubo de vaciarse para poder llegar al sitio de la torsión. La herida se infectó probablemente por la sonda de la colostomía y el enfermo murió a los 15 días de haber sido operado, por septicemia.

No. 21.—J. M. G. Viuda de 63 años de edad. Después de algunas perturbaciones digestivas, se sintió atacada de un violento dolor en el epigastrio y después de ictericia. Dos días antes de su ingreso al Sanatorio tuvo un nuevo dolor y aún conserva el tinte icterico muy marcado. Diagnóstico: Colecistitis calculosa y obstrucción de los canales. Operación: Colectomía. Anestesia: Gas y éter. Se encontró una vesícula pequeña que contenía un cálculo grande. No se halló cálculo en los canales que aparecieron duros como cordones. Se canalizó con tubo. La enferma murió a las 8 horas de haber terminado la operación, probablemente por choque.

No. 22.—M. M. A. Casada de 20 años de edad. Después de un parto prematuro en su casa, tuvo una infección puerperal de la que vino a tratarse al Sanatorio, una semana después del principio del padecimiento. A pesar del tratamiento sucumbió siete días después de su ingreso. Diagnóstico: Infección puerperal.

No. 23.—H. B. Casado de 44 años de edad. Hacía tres días del principio del dolor que después de una remisión se exacerbó por un purgante. La exploración física dá todos los datos de una infección apendicular. 32,000 leucocitos y 92 polinucleares por ciento. Diagnóstico: Peritonitis generalizada de origen apendicular. Operación: Laparotomía y canalización. Anestesia: Infiltración de novocaína. El enfermo estaba muy agotado y casi sin pulso, por lo que hubo necesidad de inyectarle suero en las venas. Por la incisión se logró canalizar un absceso. El enfermo murió cuatro días después de la operación por neumonía.

No. 24.—R. R. Casado de 48 años de edad. Contaba 11 días de haberse iniciado su padecimiento, cuando ingresó al Sanatorio. Tuvo dolor intenso en el vientre, vómitos y constipación y le administraron purgantes y lavativas. No mejoraba y apareció fiebre. Su vientre presentaba un empastamiento en la fosa iliaca derecha, doloroso y con defensa muscular. Diagnóstico: Absceso apendicular. Operación: Laparotomía y canalización. Anestesia: Infiltración con novocaína. Al abrir el peritoneo salió gran cantidad de pus fétido y grumoso. No se encontró el apéndice. Murió a los 14 días de la operación.

No. 25.—G. M. C. Viuda de 47 años de edad. Después de haber tenido varios cólicos hepáticos, sufre de ictericia a consecuencias del último, cinco días antes de su exámen. Diagnóstico: Litiasis biliar y obstrucción del colédoco. Operación: Colectomía y canalización del colédoco. Anestesia: Gas y novocaína. Se extirpó la vesícula con cálculos, pero no se encontró obstáculo en el canal, que se canalizó, lo mismo que el vientre. El hígado estaba grueso y de color oscuro. La corriente de la bilis se normalizó los primeros días, pero a pesar de esto la enferma murió seis días después por insuficiencia hepática.

No. 26.—F. H. Casado de 30 años de edad. Nueve meses atrás tuvo un absceso apendicular que le abrieron y canalizaron y que cicatrizó. Con diferentes intervalos se le han formado abscesos en el lugar de la cicatriz. Diagnóstico: Absceso fistuloso de la cavidad abdominal. Operación: Desbridación y canalización. Anestesia: Gas y éter. Los trayectos fistulosos condujeron a una extensa cavidad donde se encontraron tejidos esfacelados y una asa intestinal perforada. Continuó la septicemia y murió el enfermo a los 14 días de su operación.

No. 27.—R. D. de 3 años de edad. Se inició su padecimiento con pulmonía y dos días después aparecieron los síntomas abdominales que al tercero tenían todos los caracteres de una peritonitis generalizada. Diagnóstico: Peritonitis generalizada de origen apendicular. Operación: Apendicectomía. Canalización. Anestesia: Cloroformo. Existía pus en la cavidad y el apéndice gangrenado apareció a la vista por lo que se extirpó. La niña murió cinco horas después por peritonitis.

No. 28.—A. L. Casado de 36 años de edad. Hacía seis años que tenía crisis dolorosas, no muy intensas en la fosa iliaca derecha. Desde hacía cinco meses sufría más y presentaba vómitos, diarrea sangrienta y fétida y pérdida considerable de peso. A la exploración se percibía un tumor móvil. Diagnóstico: Tumor canceroso del intestino grueso. Operación: Colectomía parcial. Anestesia: Gas y éter. Se encontró una masa neoplásica a la mitad del cólon transversal adherida al ciego. Se resecó todo el ciego, el cólon ascendente y parte del transversal, terminando con una anastomosis término lateral. El enfermo murió por peritonitis a los cinco días de haber sido operado.

No. 29.—Soltera de 47 años de edad. Databa su padecimiento de un año con los síntomas habituales. El tumor se palpaba como una naranja grande. Diagnóstico: Fibroma uterino. Operación: Histerectomía abdominal supravaginal y apendicectomía. Anestesia: Gas y éter. La enferma evolucionó sin incidentes y murió repentinamente al octavo día.

No. 30.—C. V. Casado de 42 años de edad. Había padecido de cólicos hepáticos. El día anterior a su ingreso tuvo un dolor intensísimo en el epigastrio e hipocondrio derecho, acompañado de vómitos y estado sincopal. Diagnóstico: Perforación de la vesícula biliar. Operación: Canalización. Anestesia: Gas y éter. Al abrir el vientre escurrió líquido sanguinolento; las asas intestinales rojas; la cabeza del páncreas muy abultada, así como la cola. Se rompió la cápsula pancreática y se canalizó, modificando el diagnóstico por pancreatitis aguda. Al quinto día apareció un flemón del muslo que hubo necesidad de desbridar y cuyo origen no se determinó. Pareció ser la causa de la muerte que ocurrió dos días después de la desbridación del flemón.

No. 31.—C. B. Z. Casado de 63 años de edad. Con antecedentes de una úlcera gástrica, fué traído al Sanatorio varias horas después de haberse iniciado un dolor intenso en el vientre, acompañado de vómitos. Presentaba defensa muscular generalizada y desaparición de la ocuridad hepática. Diagnóstico: Perforación de úlcera gástrica. Operación: Oclusión de la úlcera y canalización. Anestesia: Gas y éter. Se encontraron dos úlceras, una en la pared anterior y otra endurecida y perforada en la posterior. Esta se suturó y se canalizó el vientre en distintos puntos por el estado de la serosa. Murió el enfermo por peritonitis al segundo día de su operación.

No. 32.—A. M. Casado de 38 años de edad. Ingresó al Sanatorio dos días después de haberse iniciado un fuerte dolor en el vientre, que motivó la aplicación de un lavado intestinal y de un laxante. Como el dolor no disminuiera y hubiera vómitos y fiebre, se le trajo para operársele. Había defensa muscular, dolor señalado en la fosa iliaca derecha, timpanismo en

la región hepática. Diagnóstico: Peritonitis de origen apendicular. Operación: Laparotomía y canalización. Anestesia: Gas y éter. Salió pus de todos los puntos de la cavidad. El apéndice perforado y dejando escapar gases. Se puso un Mickulicz y se suturó parcialmente la pared en un solo plano. Al quinto día se abrió totalmente la herida y a pesar de las curaciones el enfermo murió de septicemia 20 días después.

No. 33.—T. D. I. Casada de 40 años. Su padecimiento tenía 9 años de haber comenzado y consistía en dolor a las tres o cuatro horas de haber tomado alimento y que se calmaba con las comidas. Había además hematemesis y melena. El dolor se localizaba a la palpación a tres dedos arriba y a la izquierda del ombligo. Diagnóstico: Úlcera del duodeno. Operación: Gastro entero-anastomosis. Anestesia: Gas y éter. Se encontró una úlcera de la segunda porción del duodeno que abarcaba casi toda la circunferencia. Por la proximidad del ámpula no se pudo extirpar. Presentó neumonía de la que murió tres días después de haber sido operada.

Nº 34.—P. S. R. Casado de 48 años de edad. Decía padecer de flujo amarillento con mucosidades sanguinolentas desde hacía un año. El útero era grande y móvil. El cuello enrojecido, con puntillero hemorrágico, con una yema carnosa roja y sangrante y dejándose entreabrir con facilidad. Diagnóstico: Cervicitis precancerosa. Operación: Histerectomía abdominal total. Anestesia: Gas y éter. Al sexto día tuvo un desfallecimiento cardíaco que le causó la muerte en cinco minutos. Por la herida operatoria se hizo una inspección de la región operada encontrándola enteramente cicatrizada y sin alteración alguna.

Nº 35.—A. B. S. Casada de 35 años de edad. Después de un puerperio tuvo cistitis que ha continuado hasta la fecha. Cuatro meses antes principió a sentir dolor en el lado derecho en la región lumbar que se propagaba al muslo. Tiene además elevaciones de temperatura y sudores. La palpación de la región renal revela un empastamiento. Diagnóstico: Pionefrosis. Operación: Pielotomía preparatoria y a los 24 días Nefrectomía. Anestésias: Novocaína para la primera y gas y novocaína para la segunda. Al canalizar la bolsa en la primera intervención se notaron sus grandes dimensiones que la hacían llegar hasta el estrecho superior de la pelvis. La herida cicatrizó y el riñón destruido casi en su totalidad se extirpó en la fecha indicada. El choque operatorio fué muy intenso y la enferma murió a las 30 horas de la nefrectomía.

Nº 36.—L. V. Casado de 58 años de edad. Padecía de una hernia de la línea blanca que nunca se había estrangulado, hasta dos días antes de su ingreso que presentó esos caracteres y que después de una reducción parcial, aún continuaba. Diagnóstico: Hernia estrangulada. Operación: Hernioplastia y canalización. Anestesia: Gas y novocaína. Se encontró

que tanto el saco herniario como la cavidad estaban profundamente infectadas, con líquido purulento que se canalizó por distintos puntos. La peritonitis continuó su evolución y determinó la muerte del enfermo a las 40 horas de su operación.

Nº 37.—L. V. C. Desde hacía seis años comenzó a notarse pálida, a fatigarse y a percibir sensación de pesadez en el vientre. Había enflaquecido y además presentaba tos seca, sudores y anorexia. Se palpaba el bazo muy crecido que llegaba a la fosa iliaca. Diagnóstico: Leucemia mielógena. Operación: Esplenectomía. Anestesia: Gas y novocaína. Se extirpó con bastantes dificultades un bazo de 2 kilos 100 gramos de peso. A pesar de una transfusión que se le hizo, la enferma murió por desfallecimiento cardiaco.

Nº 38.—V. V. Casado de 65 años de edad. Comenzó a sentirse enfermo desde hacía ocho meses con molestias digestivas después de los alimentos, vómitos, y últimamente regurgitaciones ácidas. Diagnóstico: Cáncer del píloro. Operación: Gastro-entero-anastomosis. Anestesia; Novocaína. Se encontró un neoplasma que se extendía a una buena porción de la curvatura menor y al duodeno, con adherencias al páncreas. Después de varios días de evolución operatoria normal, comenzó a presentar síntomas de obstrucción de la anastomosis, por lo que fué necesario reoperarlo, encontrándose que las asas intestinales estaban adheridas a la pared y por múltiples acodamientos formaban la obstrucción. A pesar de que la operación fué practicada con anestesia regional, el enfermo sucumbió tres días después por colapso cardiaco.

Nº 39.—V. M. Casado de 67 años de edad. Sufrió tres años de los síntomas ordinarios que da el crecimiento de la próstata y en los últimos tiempos de su enfermedad de pérdida de apetito y de peso. La próstata estaba crecida e irregular en su superficie. Diagnóstico: Cáncer de la próstata. Operación: Cistotomía previa y canalización. Anestesia: Novocaína. El enfermo continuó agotándose sin recibir beneficio de la operación, muriendo por agotamiento, 20 días después de la cistotomía.

Nº 40.—E. T. Soltero de 56 años de edad. Su padecimiento databa de dos meses y consistía en vómitos, más o menos abundantes, pérdida del apetito, en ocasiones diarrea y en otras estreñimiento. Vientre globuloso y timpanizado. Diagnóstico: Obstrucción parcial del intestino. Operación: Laparotomía y enterostomía. Anestesia: Novocaína. Se encontraron las asas del ileon gruesas y edematosas, por lo que se prefirió hacer una enterostomía para poder más tarde buscar el obstáculo. El enfermo murió tres días después por peritonitis.

Nº 41.—S. G. de 56 años de edad. Sufría de dolor en el hipogastrio, irradiado a las fosas y pérdida de apetito. Posteriormente tuvo nueve días

de constipación completa y fiebre. A la palpación se notaba defensa muscular generalizada. Diagnóstico: Obstrucción intestinal. Operación: Laparotomía y colostomía. Anestesia: Novocaína. Se encontró una masa neoplásica que fijaba el cólon a la fosa renal izquierda y numerosas metástasis. El enfermo murió seis días después por inanición.

A N E S T E S I A S .

La recopilación de datos estadísticos en las observaciones que hemos venido estudiando, nos sugieren algunas consideraciones. Las primeras notas datan de una época en que el protóxido de ázoe y el etileno, hacían sus primeras pruebas (1923) y comenzaban a introducirse en hospitales y clínicas. En nuestro medio solo disponíamos entonces del éter y del cloroformo. Posteriormente a la introducción de esos nuevos elementos, la difusión de las anestésias regionales por la novocaína, nos hizo darles la preferencia y en la actualidad el método que empleamos es el siguiente: Preparamos a nuestros enfermos haciendo que la noche anterior la pasen tranquila y entregados a un verdadero reposo, para lo cual les damos un hipnótico, sulfonal, veronal, y procuramos influir sobre su psiquismo con frases que los animen y los conforte. A eso contribuye también la estancia en el Sanatorio, uno o dos días antes de su intervención. Llegado el día, se inyecta a los pacientes con hora y media de anticipación, morfina, atropina y escopolamina y se les coloca en una pieza en que haya poca luz, lejos de todo ruido y en suma, en condiciones de que la inyección desarrolle todo su efecto, y lleguen a la mesa de operaciones en un estado de somnolencia, propicio para la administración del anestésico. Usamos para operaciones de importancia el protóxido de ázoe, al que se mezcla, si es necesario, algunas inhalaciones de éter. Sobre la región por operar, hacemos una infiltración de solución de novocaína al 0.50%, usando por lo común de 100 a 150 c.c. Las curvas de tensión arterial, pulso y respiración que sistemáticamente tomamos en cada enfermo, son enteramente satisfactorias y hasta la fecha no registramos ningún accidente mortal y por el contrario el sueño es enteramente tranquilo y las consecuencias post-operatorias, felices. Este es el tipo de anestesia común; usamos también la anestesia regional, cuando el paciente reúne las condiciones propicias. También hemos obtenido resultados muy halagadores con la anestesia epidural.

El cloroformo solo lo usamos en los niños y en las parturientas, según la técnica llamada «a la Reina». Solo son excepcionales los casos en los que lo hemos empleado como cualquier otro anestésico.

Antes de 1925 en que comenzamos a anestesiarnos con protóxido de ázoe y oxígeno, el éter era el anestésico preferido y nos prestó servicios de gran utilidad. Hasta esa fecha anotamos 203 anestésias etéreas. Desde

el empleo del gas, solo por excepción lo usamos solo (35 anestias). En cambio, contribuye en buen número de veces a hacer la anestesia por el protóxido de ázoe más profunda en algunas operaciones abdominales. La infiltración de novocaína que hacemos en la pared, tiene la ventaja de relajarla por completo lo que no se obtiene con la simple anestesia por el gas, motivo por el que en otros hospitales, se ven ogligados siempre a adicionar la dicha anestesia de gas, con éter

La raquianestesia constituye para nosotros un procedimiento excepcional, sin que por esto seamos enemigos de ella. En nuestro concepto, los métodos de anestesia que usamos nos satisfacen ampliamente y no tenemos por que sustituirlos por otros, que aunque eficaces, no nos prestan la misma confianza.

He aquí nuestro cuadro de anestias:

<i>Anestésicos.</i>	<i>No. de anestias.</i>	<i>%</i>	<i>Mortalidad.</i>
Eter.....	238	30.7.	0.
Eter-novocaína... ..	37	4.7.	0.
Eter-gas.....	22	2.8.	0.
Gas-novocaína.....	263	34.	0.
Gas.....	126	16.	0.
Novocaína.....	61	7.8.	0.
Cloroformo.....	15	1.9.	0.
Cloroformo-novocaína	4	0.5.	0.
Cloroformo-éter.....	5	0.6.	0.
Intra-raquídea.....	2	0.2.	0.

El número de anestias es menor que el de operaciones, porque en varios se practicaron dos intervenciones bajo la misma anestesia.

Las anestias por cloroformo a la Reina, fueron 36; 3.6% sobre el número de partos normales.

CUIDADOS PRE Y POST-OPERATORIOS.

Es indudable que los cuidados que tiene el enfermo antes de ser operado y los que se le dan después, contribuyen en gran parte al éxito final de un tratamiento quirúrgico, por lo que nos ha parecido conducente señalar los principales. Como es difícil decir en cada caso lo que le corresponde, solo tomaremos los lineamientos generales, susceptibles de modificarse según el padecimiento que sufra el paciente y su condición particular.

Los cuidados pre y post-operatorios, están inspirados en las ideas de Crile sobre el choque quirúrgico, que han sido expuestas por nosotros en diferentes ocasiones (Anales del Sanatorio Valdés. Tomo I.—Curso de

Cirujía del Vientre en la Universidad Nacional. 1ª lección), por lo que nos parece ocioso repetir las. Si diremos que a nuestros pacientes tratamos de evitarle el choque por todas sus puertas de entrada. choque psíquico de la víspera de la operación, haciéndoles dormir y dejándolos en contacto con operados y enfermeras que les reanimen; del principio de la operación, como lo indicamos al hablar de la anestesia y por último la aplicación de la morfina en los días subsecuentes, para evitarles sufrimiento y gasto de energías que tienen que ser aprovechadas en otras actividades. Choques traumáticos, impidiendo la conductibilidad de la médula con la anestesia regional y la de los centros nerviosos con el protóxido de ázoe; defendiendo los tejidos de toda maniobra brusca de desgarramientos, de frío, en fin de todos los tiempos de una intervención en que se agreguen causas de choque.

Como desgraciadamente no es posible por completo suprimir el choque, tenemos necesidad de luchar contra el que se presente. Los medios de que echamos mano con mayor frecuencia, son el uso abundante de líquidos después de la intervención por la vía hipodérmica y por la vía rectal, con soluciones glucosadas, saladas o con agua simple, según cada caso, sirviéndonos para orientarnos el exámen químico de la sangre, que da normas muy interesantes para ajustar nuestra conducta. Ya hemos mencionado el uso de la morfina en líneas anteriores, por lo que solo nos queda por agregar, que el calor, los tónicos cardiacos y generales y las otras medidas que son usuales, tienen su debido empleo según cada caso.

La colaboración del laboratorio nos parece también un elemento digno de ser señalado. Además de los exámenes que el padecimiento requiera, en todo individuo que va a sufrir una intervención, practicamos un exámen de la orina, un estudio citológico de la sangre y la dosificación de la urea, glucosa y cloruros en ese mismo medio. Estos exámenes se repiten todas las veces que sean necesarios después de la intervención y en los padecimientos agudos añadimos el índice de resistencia de Wilson Saunder, que proporciona elemetos de importancia para el diagnóstico. Estos son los lineamientos generales de conducta. Cada caso tiene algo de especial que sería difícil de marcar dentro de los límites de una exposición general.

Con el capítulo anterior, terminamos la revisión de un millar de historias clinicas, que representan un prolongado trabajo. Tenemos fundadas esperanzas que las próximas mil, nos ofrezcan una estadística mejor, por las modificaciones que en todos los capítulos pensamos emprender.