

LA SIMPLIFICACIÓN EN LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

En una conferencia pronunciada hace algún tiempo por el Dr. Th Truffier, en Bruselas, ante un escogido auditorio, sobre los *Progresos y papel social de la cirugía*, ha dicho: "La guerra, es el reactivo, por excelencia <le los valores reales."

En efecto, una de las lecciones de extraordinario alcance., derivadas de la pasada Guerra Mundial, ha sido positivamente, la notable simplificación de la técnica quirúrgica, su absoluta sencillez. En este orden de ideas," creo muy oportuno, y especulando divulgación, citar aquí de un trabajo del Dr, Jorge de Tarnowsky, aparecido en *The Journal of the Am. Med. Ass*, Mayo 10 de 1924, y traducido para la *Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, que dirige el Dr. José A. Fresno, por el Dr. Carlos M. García. las siguientes conclusiones :

1º—El ceremonial de la sala de operaciones necesita un reajuste completo; existen médicos, enfermeras, practicantes y hasta cirujanos, obcecados por la-idea de que la preparación de un campo operatorio con el solemne ritual de una misa celebrada en un templo griego, conjuraría por manera misteriosa, el shock post-operatorio y la peresia intestinal.

2º—Los afiliados a esta Religión, en aras de su liturgia, derrochan a manos llenas, tohallas, sábanas, material de sutura, y soluciones de todo género.

3º—Suavidad y gentileza en el manejo de los tejidos y organismo respectivamente, son partes integrantes de un arte, al que desventuradamente, hasta el presente, no le conceden toda la importancia que debieran, profesores, y publicistas.

4º—La inanición preoperatoria, al igual que-la administración de purgantes, y el temor que se les infunde a los pacientes, constituyen poderosos factores en la génesis del shock post-operatorio, de la pereza intestinal, y de la convalecencia accidentada.

5º—Óptimos resultados sólo se obtendrán, cuando se -emplee la técnica quirúrgica más sencilla, basada en el conocimiento profundo de la región •anatómica en que se opere.

En esa misma conferencia a que he aludido el doctor Truffier, decía este gran maestro, *con su* autoridad mundial: "Que las instalaciones quirúrgicas deben basarse sobre una propiedad minuciosa, la *asepsia perfecta*, y poseer todo el material científico necesario o útil; todo lo que sea lujo, desterrarlo. Se puede hacer excelente cirugía, en una

habitación blanqueada con cal." En uno de sus viajes de estudios por América, este profesor relataba, que fue a inspeccionar el más bello hospital, el más nuevo, el mejor organizado; para final de visita, y como última y fuerte impresión, le reservaron *la sala de operaciones*. Era maravillosa; de paredes de mármol, los cristales elegidos, las armaduras de nickel y plata; un anfiteatro, en el que cada asistente tenía una butaca tallada en solo block de mármol blanco. Se le dijo, para mejor precisar la superioridad de esta instalación, que su costo ascendía a varios millones. Frente a este lujo desmedido, retrocedió casi horrorizado. No manifestó ningún sentimiento de aprobación a los miembros del consejo de administración, ni ellos le interrogaron. El silencio glacial acabó por hacer explotar la demanda inevitable, "¿Qué piensa usted de este anfiteatro?" "No lo enseñéis a nadie", fue la sola respuesta del gran cirujano. Había visto, echándolos a la calle, los pobres que acudían en demanda de socorro, a este palacio reluciente de lujo. Desde el punto de vista social, este hecho no necesitaba comentarios.

La aplicación de muchos de los preceptos de la técnica de cirugía de guerra, a la práctica civil, ha sido lenta y meditada, como es natural, pues mientras que la primera considera al soldado herido como un gladiador caído, como a un atleta inutilizado, la segunda considera todas las cir-

cunstancias que concurren en el enfermo, aumentando o disminuyendo su resistencia.

Por otra parte, en la práctica civil, *en cirugía de urgencia*, no se mira al enfermo tal como lo hace la cirugía de guerra?

Es así que se ha llegado a la conclusión, de la necesidad de modificar, simplificándolo, ese aparato ritual quirúrgico, que aún mantiene la rutina en muchos lugares., con perjuicio manifiesto para los enfermos.

Mi identificación absoluta con estos principios», así como circunstancias especiales de carácter que me reservo, me han llevado a *hacer cirugía en cualquier medio*, habiendo tenido la inmensa satisfacción, de ver demostrado de manera positiva y brillante, las ideas pre-enunciadas, robusteciendo así mi criterio propio, basado en la experiencia y la realidad.

Quiero hacer constar antes de seguir, que soy de los que *codifico rigurosamente lo que significa conciencia y responsabilidad, al decidir un acto de terapéutica quirúrgica*.

PREPARACIÓN DEL ENFERMO.

Excluyendo desde luego, aquellos casos que demandan investigaciones determinadas de laboratorio, pruebas especiales, y preparación adecuada (bocio con hipertiroidismo; metabolismo basal, lugol, etc., adenoma prostática; permeabilidad renal, drenaje vesical, dieta, etc.), nuestra conducta es la siguiente:

Hecho el diagnóstico, se practican los exámenes corrientes de orina y sangre.

No administro nunca purgantes antes de la operación, que mueven mucho el intestino, producen gaces, y deshidratan el organismo, todo lo cual hace un período post-operatorio agitado.

Durante las veinticuatro horas antes, dieta hídrica abundante, hasta las dos que preceden a la intervención. Suero, aceite alcanforado, etc., si es necesario.

Rasurado del campo operatorio, cubriéndolo con un aposito impregnado de alcohol.

ANESTESIA.

Generalmente uso el éter. En los viejos y tarados pulmones, cloroformo. Las anestесias raquídeas, esplánicas, etc., por carecer de peritos en su administración, muy raras veces las empleo.

Recientemente he ensayado lo que pudiéramos llamar anestesia por auto-sugestión, en dos señoras operadas de apendicitis, y un viejo de 63 años, de hernia inguinal doble, a los cuales se les hizo creer que se les inyectaba cocaína localmente; soportaron la intervención admirablemente.

OPERACIÓN.

Tratamos la región operatoria con tintura de yodo y alcohol.

Para las manos, agua, jabón y cepillo; alcohol y oxicianuro o bicloruro de mercurio: LA frase de Semmelweis,: "No ensucie vuestro dedo; eso es mas seguro, que limpiarlo después de haberlo manchado", debe ser un artículo de fe para el cirujano.

Los guantes, los prefiero, después de estéril izados, sumergirlos en alcohol y la solución antiséptica, teniendo por costumbre mojar las mangas de la bata por encima de los codos con dichas soluciones, lo cual repito distintas veces durante la operación.

La región operatoria, la circunscribo con una sola sábana, amplia, cuya hendidura preparada de antemano convenientemente, en situación y longitud precisa para cada intervención (laparotomía supra e infra. laterales o medias, etc.), la fija a la piel por dos pinzas-erinas pequeñas, 'usando una o dos compresas solamente. Esto da una exposición adecuada, cómoda, del campooperatorio, más aún, si añadimos la posición conveniente del enfermo.

En instrumental, la menor cantidad posible, lo absolutamente necesario, que se hace me-

nor, practicando las ligaduras inmediatamente a la colocación de las pinzas, y exactamente, con la fijación de planos anatómicos, dejando siempre libres los más superficiales, hasta llegar al profundo, por sustitución progresiva. Esto tiene la inmensa ventaja de no mutilar los tejidos, no traumatizarlos, conservando así su mayor vascularización, una de las bases necesarias para el proceso de cicatrización normal.

Como auxiliares, el anestesista y UJI ayudante, pasándome frecuentemente sin este último, pues para uno malo, prefiero ninguno. Para una apendicectomía, una hernia, un Wolkmaun, etc., operaciones corrientes, la falta de ayudante no me es problema; lo hago solo perfectamente. Al principio, como en todo, hay dificultades, pero con la práctica se vencen. *Urgencia hace ley.*

El eminente cirujano Dr. Dargües, ha escrito en sus *Causas Chirurgicales*: "El ideal de la cirugía es poder operar sin ayudante". {Refiriéndose a la operación propiamente dicha}. Después de unas consideraciones sobre el particular, relativas a los ayudantes que deberá improvisar el cirujano rural en múltiples ocasiones, añade: "este último, debe a menudo, pudiéramos decir con un poco de, ironía, acercarse al ideal de la cirugía, que es operar solo....".

Esa es la estricta verdad en cirugía, axiomática: *Asepsia ri-*

gurosa, minimum de contactos con la herida.

Tal es la divisa del gran cirujano inglés, Sir Berkeley Moynihan, expresada en su frase: In the craft of surgery, the master word, is simplicity".

Terminada la operación, aplico gasa empapada en alcohol sobre la herida, y apósito seco (Dr. Julio Ortiz Cano).

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO.

Tan pronto el enfermo va pasando su anestesia, y puede tragar, le indico te caliente y jugos.

Es un hecho real de observación fácil, que el enfermo que va a vomitar, lo mismo lo hace, tomando líquido que no tomándolo, antes, como después de la operación. Además, se facilita notablemente el vómito, y no se fatiga el paciente.

No existe fundamento científico para ese estado de casi inanimación pre-operatorio, ni para obligarlo a la sed, después de la operación,

El celo desmedido, dice Tarnowsky, que muestran algunos médicos y enfermeras, en la administración urgente de un purgante, en el período post-operatorio, sólo lo encuentro comparable con el novato que en Obstetricia, recurre festinadamente a la expresión de la placenta, sin indicación concreta para ello.

Desde luego, que me refiero aquí a la cirugía corriente, hernias, apendicitis, vaginitis, etc., pues sabemos perfectamente que

en muchísimos casos, el éxito de una operación depende más de los cuidados *pre y post-operatorios*, que de la intervención misma.

EN RESUMEN

La técnica es uno de los medios auxiliares de la cirugía; no es un fin, y sus cualidades de precisión y habilidad, se hallan subordinadas rigurosamente a una alta cultura anatómica.

Por otra parte, los fines de la cirugía moderna, sintetizados en el doble concepto, *conservación y restauración anatómica y fisiológica de los órganos*, se vinculan estrictamente a la precisión en la observación clínica, y a la precisión en la aplicación a la cirugía, de las ciencias experimentales (Física, Química y Biológica). Aceptada por consiguiente en los momentos actuales, esta polarización de la cirugía contemporánea (como también -de la medicina) hacia el vasto y fertilísimo campo de

la biología general, deseo señalar el hecho, de que aquí en Cuba, en nuestros grandes centros quirúrgicos, lo mismo (Oficiales que privados, contrastan sus soberbios pabellones, magníficas y costosas instalaciones de Rayos X, laboratorios, etc. *con la falta de laboratorios de cirugía experimental e investigaciones*, los cuales, ocupan lugar preponderante ¿en todas las grandes instituciones quirúrgicas, escuelas de medicina, universidades, de los países más adelantados, por los grandes beneficios que a diario reportan a la Ciencia Médica.

La aplicación de los métodos y de la técnica quirúrgica a las experiencias fisiológicas, es decir, la organización de los laboratorios, de fisiología, así como el entrenamiento del cirujano en los métodos de la fisiología, tal como la han comprendido los americanos, son las bases que deben inspirar estos servicios, cuya creación urge en nuestra Universidad.