

El criterio clofiláctico en la nueva cirugía

Por el Dr. JUAN JOSÉ SAMANIEGO

El arte quirúrgico ha seguido, en la historia de la humanidad, un proceso evolutiva de sucesivas transformaciones que, por cierto, no siempre constituyeron un verdadero perfeccionamiento, aunque momentáneamente, o hasta durante años, parecieran tal.

La "Medicina Operatoria" creyó haber alcanzado el *non plus ultra* de su eficiencia cuando, a fines del pasado siglo, pudo ya sentar como bases inamovibles de todo acta quirúrgico esas tres elementales condiciones de hondo sentido humanitario al par que técnico: *analgesia, antisepsia, hemostasia*. Si a ello sumaba el operador otras tres características adquiridas en su Práctica diaria: sencillez, seguridad y eficacia, para cada uno de los "tiempos operatorios" (diéresis, síntesis, etc.), la intervención quirúrgica presentaba cierto colorido de perfección, elegancia y hasta refinamiento que eran para el iniciado un atractivo irresistible y formó un núcleo de cirujanos cuyas salas de operaciones han batido *records* de éxito por su mortalidad mínima.

Pero la cirugía de algo más que eso, y en la práctica no siempre se trata de tan pulcros "deportes": más frecuente es que en lugar de una cómoda operación hecha en enfermos preparados a conciencia para su intervención, el cirujano se vea en el caso de atender una vulgar herida (simple o infectada), una fractura, una quemadura, un absceso, una supuración cavitaria, etc. Particularmente la traumatología en sus nuevas modalidades (accidentes del trabajo o de tráfico, heridas de guerra, etc.) ha venido a complicar en mil formas la ya difícil función quirúrgica.

Más aún, la biología de las "heridas, el procesa histogenético de reparación tisular que acompaña a estas lesiones o precede a su *cicatrización* (sin la cual de hecho no es posible la cirugía), es ya mucho mejor conocida en su fisiopatología, así en el orden anatómico y dinámico-humoral.

Ahora bien, la técnica operatoria, demasiado optimista a causa de sus deslumbrantes éxitos en la cirugía aséptica y confiando a ciegas en el criterio listeriano, mecanizó en extremo su función y resumió en el *método da Friedrich*; síntesis quirúrgica y antisepsia, el esquema de tratamiento del traumatismo. Además, el cirujano se acostumbó a confiar más en la antisepsia prolija y frecuente que en la vieja *Natura Medicatrix* de los hipocráticos y nadie volvió a acordarse de que "el reposo y la inmovilización bastan casi siempre para asegurar la cicatrización de las heridas, así sean éstas infectadas." Desde entonces, la costumbre se tornó rutina y el herido fue la víctima: tanto la úlcera o herida infectada como el abs-

caso ya incindido, la quemadura o la fractura "expuesta," debían ser diariamente sometidos a irrigaciones fuertes antisépticas; la curación tenía que ser ante todo microbicida, y el "horror a la retención del pus" obligaba a *drenar* largo tiempo. La antisepsia quirúrgica creó un *modus operandi* inspirado exclusivamente en el ataque a la infección, presente o sospechada, del sitio o tejido lesionado. Los manuales de terapéutica dedicaban entonces frondosos capítulos al análisis de las propiedades antisépticas del yodo, del agua oxigenada o de algún nuevo producto comercial para uso quirúrgico, cuyas cualidades parecían no igualables, y el mejor practicante o enfermero era el que mejor manejaba el irrigador y más once en traba sus soluciones antisépticas, aunque el enfermo manifestara a gritos su dolor, aparte de que tales, maniobras eran servidas de "inexplicables" o inadvertidas reacciones térmicas. Y cada día la escena era igual: lavado de la herida, un poco de sangre, muchos gemidos, nuevo dren o "mecha" bien a fondo ("para que no cierre en falso"), hasta que el milagro de la cicatriz retardada sobrevenía...

Así han transcurrido las cosas (imitadas inconscientemente por los empíricos y la medicina doméstica), por más de medio siglo.

Pero diversos trabajos realizados en Centros quirúrgicos de gran actividad han sometido a imparcial experiencia este sistema, y los resultados allí obtenidos *son* tales que llevan a poner en duda sus ventajas: lo mismo en la Clínica del traumatólogo vienes Boenler que en algunos Servicios similares angloamericanos; y argentinos (alguno de ellos conocido y luego imitado por nosotros) la supresión de estas curaciones costosas y crueles no solo está lejos de originar las complicaciones que antes se temía —retención purulenta, gangrena, etc.,— sino que acorta el tiempo de curación, ahorra sufrimientos al enfermo y economiza gastos inútiles.

La medicación antiséptica es necesaria únicamente al principio, en la curación inicial de una herida o absceso, de una fractura abierta o de una quemadura, y no debe olvidarse que la *limpieza mecánica* del foco traumatizado y una indicación seroterápica eventual son más beneficiosas que los tan ponderados productos quimioterápicos (con la excepción, tal vez, de la moderna sulfanilamida). Fuera de estos casos, la antisepsia quirúrgica clásica atenta contra el proceso natural de la reparación de las heridas, actuando no sólo como parasitotropa sino como citolítica, y en este sentido debe reaccionar la nueva cirugía utilizando medicaciones eminentemente *citofilácticas*.

Esta nueva orientación, calificada con razón "neo-hipocrática" (cuya apología hizo recientemente el original cirujano argentino

Lelio Zeno), establece entre otras cosas, así para la cirugía aséptica como para la séptica, que:

%

1°—Toda herida exige para cicatrizar que se la deje en reposo;

2°—Los antisépticos y la curación diaria destruyen las células neoformadas, retardando así el proceso cicatricial;

3°—Estas maniobras rompen los pequeños vasos sanguíneos superficiales y abren nuevas puertas de entrada a la infección a menudo evidenciada por una alza térmica que acusa el paciente);

4°—El drenaje prolongado además de esto puede dar origen a la epitélización del trayecto (fistulización) y su aparente necesidad se evita con drenajes declives;

5°—En general es preferible el simple cambio de aposito y curación plana, seca y espaciada, a la irrigación antiséptica frecuente, o cuando más*, ésta debe limitarse al uso de diluciones "cifiláticas" como el suero fisiológico tibio o la solución de Delbet.

Análoga conducta debe seguirse en las fracturas abiertas después de reducidas e inmovilizadas, en las quemaduras, etc. **Por** lo demás, la misma anestesia local puede en ocasiones hacerse "anticitofiláctica" cuando se le agrega adrenalina (causa frecuente de gangrena); el drenaje quirúrgico, por las razones ya dichas; el abuso de la "compresa" en las laparatomías (porque destruye el endotelio peritoneal — origen de adherencia), etc. Por analogía, calificamos de anticitofiláctica a toda incisión que seccionando filetes nerviosos, evitables con una buena técnica, compromete el trofismo de un músculo (origen de eventraciones).

Para terminar, aconsejamos al cirujano (si ya no lo ha hecho): a) desterrar de su servicio la rutina de la curación frecuente; b) reemplazar el drenaje prolongado, cuando parece justificarlo una supuración persistente, por contraberturas "estratégicas" y declives (por ejemplo, abriendo en una extremidad las diversas celdas aponeuróticas infectadas, a veces no comunicadas con la primera abertura); c) olvidarse del "irigador" y de las "mechas" de gasa. (En la actualidad, decía el Maestro argentino Pedro Chutro, el irigador sólo debe usarse para lavados intestinales o genitales).

Estas breves consideraciones relativas a la cura usual de heridas y otros procesos quirúrgicos, nos han parecido necesarias por dos¹ razones: la una, que entre nosotros la población, mal acostumbrada ya, sigue reclamando el viejo método; la otra, que en todos los casos atendidos por el suscrito en la forma indicada el resultado ha sido convincente hasta para el mismo enfermo, y por eso nos permitimos recomendar la continuación, o el ensayo en su caso, de estos métodos.

Quito, 1941

—De la Revista Médica. — Ecuador.—