

para estos casos, Bonnet fija en un mango largo una aguja ligeramente curva formando lo que él llamaba su *tenedor*. Implantada la aguja en el tumor de abajo arriba y de delante atrás; inclina entonces el mango del instrumento contra el pecho, con lo cual hace bascular el tumor hacia arriba y adelante, y además coloca á veces en la parte superior del esternón una pequeña almohadilla, en la que se apoya el instrumento para bascular más ventajosamente; entonces se aplican los cáusticos.

Es excusado decir que después de la primera cauterización destinada á producir adherencias, podemos practicar otras, que tendrán por objeto la destrucción más ó menos completa del tumor.

De este modo Bonnet obtuvo en 9 casos 8 curaciones.

Terrillon ha repetido esta operación con buen resultado. Ollier no trata de levantar el tumor, sino que procura mantenerlo fijo en su posición por cauterizaciones practicadas en la parte superior, á fin de determinar en este punto adherencias con la piel. Este medio me parece menos eficaz que el procedimiento de Bonnet.

Cuando el bocio por su volumen y desarrollo dificulte notablemente la respiración, se ha procurado facilitar su desarrollo hacia el exterior seccionando los músculos y las aponeurosis del cuello. Bonnet, Liston, Billroth y Gosselin, siguiendo el ejemplo de Dupuytren, han seccionado el esterno-mastoideo ó los músculos infrahioides. Gross ha propuesto el desbridamiento de las aponeurosis del cuello. Estas operaciones son poco aplicables al bocio oculto y tampoco son muy útiles en los bocios hipertróficos que ocasionan disnea. Esta complicación depende más del bocio mismo que no de la compresión que ejerce por la acción de los músculos que lo rodean.

Casos hay en los cuales se hace preciso intervenir con urgencia por la traqueotomía. Puede seccionar el istmo entre dos ligaduras (Rose) ó con el estrangulador; pero el peligro y la dificultad de la operación, las tan frecuentes desviaciones de la tráquea en esta circunstancia, han de inducir á practicar por encima del bocio la laringotomía intercricotiroidea, como lo ha aconsejado y practicado dos veces Krishaber.

CAPÍTULO VI

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL TÓRAX

I.— De los tumores de la mama

La glándula mamaria descansa sobre el músculo pectoral mayor, y su mayor diámetro sigue de ordinario la dirección de las fibras inferiores de este músculo. El cáncer se encuentra también más veces prolongado en este sentido que en ningún otro, gracias á la degeneración consecutiva de las glándulas de la axila; de aquí el precepto de que el diámetro mayor de la sección cutánea lleve esta dirección.

Podemos atacar los tumores de la mama con el bisturí ó con los cáusticos.

1.º *Extirpación con el bisturí*.—Dos casos pueden presentarse aquí, que es preciso distinguir. Si se trata de un tumor benigno, de un fibroma ó de un adenoma, como sucede á veces en mujeres jóvenes y aún púberes, el cirujano se limita á extirpar el tumor; al contrario si se trata de un tumor que se puede suponer maligno: cáncer verdadero, sarcoma ó adenosarcoma, transformación quística, la indicación consiste en extirpar no tan sólo el tumor, como se ha hecho durante mucho tiempo, sino la mama en su totalidad; de aquí surgen dos operaciones distintas.

A. *Extirpación parcial*.—Echado el enfermo con la cabeza y pecho elevados, y el brazo separado del tronco de manera que pongan tirantes la piel y el pectoral mayor, el cirujano distiende la piel por debajo del tumor, y empieza practicando una incisión semielíptica de concavidad superior; practica después la incisión superior. Se procede así cuando, siendo el tumor muy voluminoso, es de temer que después de la operación quede una cantidad excesiva de tegumentos; pero, en el caso contrario, nos limitaremos á una simple incisión, haciendo lo posible por no interesar el mame-lón. Se coge entonces el tumor y poco á poco se le va desprendiendo, primero de la piel y después de las partes profundas. No me cansaré de recomendar la conveniencia de que se obre siempre sobre los límites del tumor, porque muchas veces éste se deja

enuclear en cierta extensión de su superficie por incisión y hasta por desgarro del tejido celular.

B. *Extirpación total*.—De otro modo debe obrarse cuando se trata de operar un tumor maligno, pues en este caso debe extirparse toda la mama.

1.º *Con el bisturí*.—En este caso es de regla la incisión elíptica, que debe comprender, en el colgajo circunscrito por las dos incisiones, toda la porción de piel alterada, parte de los tejidos sanos, y en general el mamelón, al que van á parar todos los conductos glandulares. Se desprende la mama de su parte inferior y después de su cara profunda, corriendo siempre por el tejido celular que le separa del pectoral mayor, y por último se la desprende de su parte superior. Es preciso cuidar de que el filo del instrumento corra siempre inclinado hacia los tejidos sanos, de los cuales es necesario escindir también una pequeña zona. En caso necesario, no habría inconveniente alguno en separar una porción del músculo pectoral y hasta de las costillas cuando á estos órganos haya llegado la afección. La rapidez con que se efectúa esta disección permite dejar de ligar las arterias hasta concluida; y si se encuentran algunas más voluminosas que de ordinario, bastará por el momento que uno de los ayudantes aplique el dedo sobre su abertura.

Una vez extirpado el tumor, se examina, no sólo con la vista sino con tacto, el estado de los tejidos que hayan quedado, y meras sospechas serán suficientes para que apliquemos de nuevo el bisturí ó las tijeras para extirpar la porción conveniente. Si existiesen ganglios axilares alterados, para descubrirlos, deberíamos prolongar hasta ellos el ángulo externo de la herida, quitando todos los tejidos intermedios en medio de los cuales se encuentran los linfáticos. Hase aconsejado que cuando se tema mucho la herida de un vaso de mayor calibre, arterial ó venoso, se le comprenda en una ligadura más allá de las partes enfermas, para escindirle por fuera del hilo. En mi práctica, á menos que surgan dificultades imprevistas, después de haber incindido la piel y la aponeurosis, prefiero ir en busca de los ganglios indurados con el dedo y desprenderlos ó hasta arrancarlos. Los que se ocultan en lo más profundo de la axila y hasta debajo de la clavícula, no podemos atacarlos de otro modo.

Después de haber ligado todas las arteriolas, se procede á la reunión por puntos de sutura haciendo lo posible por conseguirla por primera intención. Se deja un tubo de drenaje en la profundidad de la herida durante veinticuatro ó cuarenta y ocho horas. Es condición indispensable para el buen éxito establecer en toda

la extensión de la herida, no sólo en su parte superficial sino en la profunda, una suave pero eficaz compresión.

2.º *Por los cáusticos*.—Quince años atrás se atacaba aún el tumor directamente con los cáusticos, aplicando sobre toda su superficie, si era de mediano volumen, la pasta de Viena ó de zinc, y para los tumores más voluminosos, se procedía por porciones. Pero la lentitud y los crueles dolores de este procedimiento han sido justos motivos para abandonarlo. Hoy día no usan este medio más que los charlatanes, que se sirven de estos cáusticos para destruir la mama entera, pretendiendo que de este modo se podrá evitar la operación.

Maissonneuve cree conveniente atacar la mama por su cara profunda, atravesándola con flechas del cáustico de Canquoin. Todos estos procedimientos no merecen la consideración que de momento les concedieron algunos cirujanos. Casos se han visto en los cuales las flechas cáusticas han llegado á abrir la cavidad torácica, y por otra parte, la cauterización es un medio lento, horriblemente doloroso, y por consiguiente lo rechazo en absoluto, excepto para los casos de recidiva después de una operación, cuando se trate únicamente de extirpar algunas porciones de tejidos de mala índole. El bisturí, el galvanocauterio ó el asa galvánica son los únicos medios que se pueden aconsejar para la ablación de los tumores de la mama.

Apreciación.—Existe hoy día unanimidad de pareceres tocante á la ablación total siempre que se trata de un tumor maligno. De este modo se puede tener alguna esperanza de evitar recidivas; pero conviene recordar que aquí, como en todos los cánceres verdaderos, la recidiva es una regla que tiene muy pocas excepciones. Muchos cirujanos franceses erigen también en precepto casi constante la necesidad de practicar el rascado de la axila. Sin duda que cuando existen evidentemente ganglios degenerados, los axilares deben ser extirpados; pero esta operación dista mucho de ser siempre necesaria, y si no se encuentran ganglios hipertrofiados é indurados, es inútil complicar y agravar con esto la primitiva operación. En efecto, la experiencia demuestra que, aun en los casos en que no se ha extendido la operación á la axila, la recidiva aparece de ordinario al nivel en que se encontraba la mama, sea en los tegumentos, sea en el pectoral mayor.

Las recidivas del sarcoma de la mama han sido á veces en número extraordinario. Gross cita un caso en que se practicaron 23 operaciones sucesivas. Yo mismo he operado cinco veces una enferma que lo había sido ya por otro cirujano y que posteriormente lo ha sido por mi consejo cuatro veces más por mis antiguos

discípulos, sin que de ello haya resultado ni caquexia ni generalización.

Recordaré sucintamente los resultados á veces extraordinariamente notables que he alcanzado de la compresión practicada con energía durante seis meses, un año, y hasta diez y ocho meses por medio de un aparato especial. Este aparato, que me construyó quince años há Collin, es una especie de coraza almohadillada que abraza el pecho, comprimiéndolo por medio de vendas elásticas.

De este modo he visto desaparecer tumores que muchos de mis colegas debían operar, y hasta dos veces tumores por los cuales yo mismo había aconsejado la operación. He visto desaparecer así, un sarcoma recidivado operado por Czerny. Nunca aconsejaré bastante el empleo de este medio en los adenosarcomas. Este tratamiento se ha frustrado dos veces en tumores fibrosos y tres veces en sarcomas quísticos. A título de paliativo he apelado también á este medio en algunos casos de cáncer inoperable, y me ha parecido evidente que esta compresión ha detenido notablemente la marcha local de la enfermedad.

II.—Paracentesis del tórax y operación del empiema

Podemos encontrarnos en el caso de tener que evacuar una cantidad de serosidad, pus ó sangre situada en una de las cavidades pleurales. Algunas veces una prominencia exterior indica el sitio en que debe hacerse la perforación; pero mucho más á menudo no existe indicio alguno de esta naturaleza, y el cirujano puede escoger el sitio libremente.

El contenido pleural puede ser evacuado por la punción ó por la incisión; tanto en uno como en otro caso debe escogerse el punto en que la operación deba hacerse.

El sitio de elección más ventajoso debe reunir las tres condiciones siguientes: 1.º colocar la abertura en un punto suficientemente declive; 2.º evitar la herida del diafragma; 3.º alejarse de la arteria intercostal. Esta última condición puede cumplirse muy fácilmente: la arteria desde las articulaciones costovertebrales hasta el ángulo de las costillas y aún un poco más adelante, atraviesa oblicuamente de abajo arriba el espacio intercostal, para ir á alojarse, en la extensión de unos 8 centímetros, en el canal de la costilla superior. Más allá de este punto, sale ya de su canal y se divide en dos ramas, cuyo volumen es poco para dar lugar á una hemorragia temible, pero de todos modos hay seguridad absoluta de no hierla desde el ángulo de las costillas hasta un punto igualmente dis-

tante del esternón que de las vértebras; en general, se conviene en escoger la unión del tercio posterior del pecho con los dos tercios anteriores. Siguiendo esta regla, en los últimos espacios intercostales podríamos herir el diafragma, y por esto nunca debemos descender por debajo de la décima costilla. En Francia se aconseja introducir el instrumento entre la décima y la novena en el lado izquierdo, y en el derecho entre la novena y la octava por causa del hígado, lo cual no está muy puesto en razón. En efecto, las inserciones del diafragma están al mismo nivel á la derecha que á la izquierda, y un derrame que sea bastante considerable para exigir la operación, lo mismo lo deprime de un lado que de otro. Podemos, pues, en ambos lados atacar el tercer espacio intercostal (contando de abajo arriba); pero, para mayor seguridad, sería preferible el cuarto.

Estos dos espacios satisfacen la condición de ser suficientemente declives, cuando la disnea obliga al enfermo á permanecer sentado; cuando puede estar echado, lo cual no deja de ser muy raro, notó Laënnec que los espacios intercostales de la parte media del pecho sobresalen más hacia atrás que los inferiores, y por esto prefería operar entre la sexta y la séptima costilla. No hay en ello ni serios inconvenientes ni grandes ventajas; y esto sólo prueba que no es absolutamente necesario el operar en el cuarto.

Para encontrar este espacio, se ha aconsejado que cuando el sujeto está flaco se cuenten las costillas de abajo arriba; pero si la gordura ó el edema impiden este modo de exploración, se fija el sitio de la incisión á seis dedos por debajo del ángulo inferior del omóplato, ó bien se hace que el enfermo aplique la mano sobre el esternón y se opera al nivel del codo un poco inclinado hacia atrás. Fácilmente se comprende cuán sujetas á error están estas últimas indicaciones; ni siquiera la primera ofrece grandes seguridades, pues que nada más fácil que tomar la undécima por la duodécima. Mejor será, en los sujetos flacos, tomar por punto de partida la última costilla que se inserta en el esternón, ó el último espacio intercostal que llega á este hueso, que es el sexto. Hasta en los sujetos gruesos ó anasarcados será posible encontrar el reborde inferior del pecho, y entonces, sin temor alguno, podremos practicar la incisión á tres dedos por encima de él.

1.º *Punción con el trócar ó toracentesis.*—Mucho antes del descubrimiento de la acción de los fermentos atmosféricos, la observación clínica había demostrado los peligros de dejar penetrar el aire en la pleura. Por esto G. Pelletan inventó, en 1831, para un caso de hidrotórax, un trócar de bomba y llave, y pronto se construyeron trócares de esta clase y de formas variadas. Reybard llena el mismo objeto por un medio más sencillo, que consiste en colocar en la

extremidad externa del trócar ordinario, una especie de camisa ó tubo ancho de la misma materia del condón; antes de emplear el instrumento, es preciso mojar esta membrana. Resulta de esta disposición que, cuando el pus se presenta en la cánula, por ejemplo, al hacer un esfuerzo, la encuentra constantemente abierta; y si el aire, por el contrario, tiende á penetrar durante los movimientos de inspiración, el tubo mojado se aplasta y forma una especie de válvula, la que de ningún modo puede el aire franquear.

El procedimiento operatorio es de los más sencillos. Sentado el enfermo en su cama, un poco inclinado hacia el lado sano, con el brazo levantado y el cuerpo sujetado por ayudantes, el cirujano, después de haber reconocido el sitio de elección, tira de la piel hacia arriba é introduce el trócar hasta la cavidad pleural. Evacuado ya todo el líquido, retira suavemente el trócar, suelta la piel y cierra la herida exterior con un pedacito de tripa de buey y colodion.

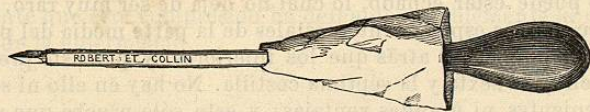


FIG. 572

Todos estos procedimientos han sido justamente abandonados desde que se inventaron los aparatos aspiradores, y por lo tanto la toracentesis ya no se practica hoy día de otro modo que con el trócar capilar y los aparatos de Dieulafoy ó de Potain.

Apreciación.—La toracentesis ó punción con el trócar, aplicada durante mucho tiempo con cierto temor, ya que la imperfección de los procedimientos operatorios hacía temer la entrada del aire en la cavidad torácica, la practican hoy día con indecible facilidad la mayoría de los médicos. Nada más sencillo y fácil que introducir un trócar capilar en un espacio intercostal; nada más inocente en apariencia que una pequeña puntura, que ni siquiera parece grave cuando alcanza accidentalmente el pulmón. Pues bien, me parece indudable que, desde los primeros años del ejercicio de mi profesión, la frecuencia de las pleuresías purulentas ha aumentado mucho, y son de ello una prueba fehaciente las estadísticas que se pueden consultar. Por mi parte, y desde hace ya muchos años, no titubeo en atribuir esta frecuencia de las pleuresías purulentas á las repetidas toracentesis. En efecto, tal derrame agudo ó subagudo, que era seroso cuando la primera punción, se reproduce y da en la segunda un líquido turbio, rico ya en leucocitos, y á la tercera ó cuarta, se encuentra ya pus en vez de serosidad.

La toracentesis es una excelente operación cuando existen de ella formales indicaciones; cuando el derrame crónico resiste á los vejigatorios, á los embadurnamientos yodados, á los revulsivos intestinales y á los diuréticos; cuando este derrame, antiguo ya, amenaza la integridad orgánica del pulmón comprimido, rechazado y reducido de volumen por el mismo derrame, y cuando esta colección, aunque serosa y determinada por una pleuresía todavía en el período agudo, amenaza por su abundancia la función respiratoria: en todos estos casos serían mucho mayores los peligros de la abstención, que los de la punción.

Cuando en vez de un derrame seroso se trate de una colección de pus, la punción simple debe considerarse como insuficiente; y también lo sería la punción con el bisturí seguida de la aplicación de los medios de desagüe y de las inyecciones. El cirujano no debe, por consiguiente, tener reparo alguno en practicar la operación del empiema y hacer una ancha abertura que permita la fácil salida del pus y de las falsas membranas, operación que deberá ir seguida de abundantes inyecciones, repetidas dos veces al día, con agua en la que se añadan algunas gotas de tintura de yodo, cloro ó cualquier otro líquido que sea á la vez excitante y desinfectante (1).

(1) No puede juzgarse en términos tan absolutos como lo hace Le Fort de la insuficiencia de la toracentesis cuando el derrame pleurítico es purulento, porque en el niño la experiencia demuestra lo contrario. Bouchut, Archambault, Dieulafoy, Moutard-Martin, Cadet de Gassicourt y muchos otros han publicado numerosos casos que prueban que la toracentesis más ó menos repetida llega á curar el piotórax en el niño, sobre todo si tiene menos de cinco años.

El método de las punciones sucesivas lo consideran algunos menos peligroso, más sencillo y de efectos más rápidos que la evacuación continua; pero atendiendo á que por una parte los mayores peligros los evita la antisepsis, y por otra no son nada complicados los procedimientos de desagüe, al paso que las inyecciones pueden precipitar la curación, y, por último, cuando se reflexiona que las punciones sucesivas rara vez bajan de diez en intervalos más ó menos separados y han llegado hasta 122, mientras las estadísticas no prueben lo contrario, el ánimo del práctico se inclinará más fácilmente por una solución definitiva.

No considero estas notas sitio á propósito para la relación de casos clínicos, de otro modo expondría el de un niño de cinco años á quien el doctor Cardenal, en compañía del que estas líneas escribe, practicó una operación de esta índole. Diré, no obstante, que el pus ocupaba toda la cavidad pleural izquierda, dislocando el corazón hasta el extremo de que la punta de éste latía debajo de la tetilla derecha. Abrióse el sexto espacio intercostal, reseccáronse unos 2 centímetros de la sexta costilla y dejóse colocado un grueso tubo de caucho. En la operación y en todas las curas sucesivas se tomaron escrupulosamente todas las precauciones del método listeriano. Practicáronse al principio inyecciones con una disolución de cloruro de zinc, y últimamente con tintura de yodo extensamente diluida en agua; disminuyóse sucesivamente el calibre del tubo, hasta que últimamente servía muy bien para el desagüe un pedazo de sonda de caucho rojo. La curación era completa á las seis semanas, y la deformidad consiguiente ha desaparecido por completo á los cuatro meses.

No obstante, debo decir que en casos muy excepcionales la curación de una pleuresía purulenta aguda se ha obtenido con una simple punción. De ello he observado un caso en mi práctica particular, y Moutard-Martin, que vió asimismo este enfermo, me dijo que había ya observado otro ejemplo.

2.º *Incisión ú operación del empiema.*—Colocado el enfermo como en el caso anterior ó tendido de lado, si se ha empleado el cloriformo, el cirujano, armado de un bisturí recto, pone tensa la piel con la mano izquierda y la divide paralelamente á la dirección del espacio intercostal, aproximándose más á la costilla inferior que á la superior, en la extensión de 3 á 4 centímetros. Levanta el borde superior de la herida, divide en la misma dirección el tejido adiposo ó edematoso hasta el primer plano muscular; al llegar á este punto, reconoce con el índice la posición exacta de las costillas, y desde entonces sigue incindiendo á igual distancia de una que de otra, pero aplicando á cada golpe de bisturí el dedo en la herida. Al llegar á la pleura, ó bien se percibe fluctuación evidente, y en este caso se la atraviesa con la punta del bisturí, ó bien está cubierta de neomembranas, á menudo fibrosas y muy gruesas, y en este caso se continúan las incisiones procediendo siempre con infinita cautela. Si se llegase al tejido del pulmón sin haber encontrado líquido alguno, sería preciso explorar en todos los sentidos la herida con el índice, en busca de un punto fluctuante al cual poder dirigir la incisión. Si, por el contrario, ninguna fluctuación se notara, convendría cerrar la herida y practicar otra en donde fuese más evidente la existencia del foco. En tal caso, antes de hacer la incisión es siempre bueno practicar una punción capilar exploratriz.

Apreciación.—Merece especial atención la conducta que debe observarse después de la operación del empiema. Véase lo que decía yo en la octava edición: «Cuando el derrame es puramente seroso puede conseguirse la curación sin deformidad alguna del pecho; pero cuando es purulento y sobre todo cuando ha sido necesario dar salida al pus por una ancha abertura, el pulmón queda adherido á la pared costal por un verdadero tejido inodular que á su vez aproxima también las costillas, lo cual disminuye por este lado la circunferencia del pecho, hasta el punto de llegar á producirse, por esta misma causa, una desviación consecutiva del raquis.» Esto es lo que entonces preocupaba á los cirujanos; pero hoy día sucede todo lo contrario, lo que se desea es conseguir la retracción de las costillas, que muchas veces no se obtiene sino después de su resección parcial (operación de Eslander), que se practica con el objeto de obtener la oclusión de las cavidades pleu-

rales más ó menos dilatadas y convertidas en verdaderos abscesos fistulosos. Estas fistulas pleurales, que en otro tiempo eran poco frecuentes, hoy, al contrario, lo son bastante. Esta diferencia en los resultados me parece debida al diferente modo de tratamiento consecutivo á la operación.

Al principio de mi carrera, una vez evacuado el pus, colocábase en la herida una mecha de lienzo en forma de cinta, cubierta de hilas, compresas y un vendaje de cuerpo. *El aire en el intervalo de las curas no podía penetrar en la pleura.* Una ó dos veces al día, según los casos, se retiraba la mecha, se lavaba la pleura con líquidos desinfectantes y se sustituían la mecha y la cura.

Posteriormente se ha colocado dentro de la pleura no sólo un tubo de drenaje, sino gruesos tubos unidos para facilitar los lavados, *tubos que ponen en comunicación permanente la cavidad de la pleura con el aire atmosférico.* En la práctica antigua, la elevación de las costillas en el acto de la inspiración tenía por efecto solicitar el pulmón á desarrollarse por la tendencia al vacío pleural. En la práctica actual no se pretende nada de esto, puesto que el aire entra libremente en la cavidad de la pleura. Desde este momento nada se opone á la retracción del pulmón, que se retrae hacia la columna vertebral, y las dos paredes del foco, costal y pulmonar, no tienen ninguna tendencia á unirse entre sí llenando la cavidad pleural. Creo, pues, necesario, después del empiema, dejar colocado un tubo de drenaje para facilitar los lavados; pero este tubo debe estar sujeto exteriormente en el intervalo de las curas y éstas deben hacerse de manera que se evite la libre introducción del aire en la pleura.

III.—Resección costal. Operación de Eslander

He descrito este punto en el artículo *Resección de las costillas*, tomo I, pags. 480, 482.

IV.—Paracentesis del pericardio

Podemos llegar al pericardio por tres puntos principales, á saber:

1.º *A través del esternón.*—Ya en los tiempos de Riolan, se discutió si sería conveniente trepanar este hueso á una pulgada por encima del xifoides; pero no tengo noticia de que se pusiese en práctica en el vivo este procedimiento.

2.º *Entre el apéndice xifoides y el cartílago de la séptima costilla.*—Larrey aconsejaba que se introdujese por este punto un bisturí dirigido de abajo arriba, evitando á la vez el herir la pleura, el peritoneo, el diafragma y la arteria mamaria interna.

3.º *Por uno de los espacios intercostales.*—Lejos se está aún de un acuerdo sobre cuál espacio sea el preferible: Desault quería practicar una incisión entre la sexta y la séptima; Larrey entre la quinta y sexta. Otros han sustituido el bisturí por el trócar, y hoy día se da la preferencia al trócar aspirador. Schuh lo ha introducido entre la tercera y cuarta costillas inmediatamente al lado del borde izquierdo del esternón; Heger entre la quinta y sexta, á 5 centímetros y medio del hueso; Béhier entre la séptima y la octava, en el trayecto de una línea vertical que pasa sobre el borde externo de la mama; y, no habiendo dado resultado, introdujo de nuevo el instrumento entre la sexta y séptima costillas inmediatamente por debajo de la mama. Finalmente, Jobert, de común acuerdo con Trousseau, ha escogido el quinto espacio intercostal á 3 centímetros del esternón, practicando, antes de la punción, una incisión que profundice hasta los músculos; punto que casi coincide con el en que operó también Aran; únicamente que, para mayor seguridad, después de haber incindido la piel con una lanceta, empleó un trócar capilar.

Se ve, pues, que los cirujanos se han abierto paso hasta el pericardio á través de cuatro espacios intercostales, desde el tercero hasta el séptimo; únicamente ha dejado de utilizarse el cuarto, y que unas veces se han aproximado y otras alejado del esternón. Hagamos notar, ante todo, que el pericardio, distendido por la hidropesía, alcanza un ámbito mucho mayor que en el estado normal, y sólo así se comprende la posibilidad de atacarlo por puntos tan diversos. No obstante, parece que el punto más ventajoso es el quinto espacio intercostal á unos 3 centímetros del esternón. Lo que aquí importa, ante todo, es asegurarse bien del diagnóstico del hidropericardias, y será útil investigar también en qué punto se encuentra esta membrana separada del corazón por una mayor cantidad de líquido. A este fin, después de haber designado con toda exactitud por la percusión los límites del pericardio, procúrese indagar por la auscultación, el punto, dentro de estos límites, en que el silencio de los ruidos del corazón es más completo.

Richerand había aconsejado, en el tratamiento de hidropericardias, las inyecciones irritantes; Aran practicó, con doce días de intervalo, dos inyecciones yodadas, y parece que no se notó por ello novedad alguna en su enfermo.

CAPÍTULO VII

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL ABDOMEN

Hasta estos últimos años la abertura de la cavidad peritoneal se consideraba expuesta á los más grandes peligros. La ovariectomía, recomendada en 1855 por Spencer Wells, Baker, Brown y Kæverlé, y practicada después como operación corriente por todos los cirujanos, ha demostrado que este temor era muy exagerado. Por error de diagnóstico se había practicado al principio algunas veces la escisión de órganos tales como el bazo; gradualmente los cirujanos han adquirido mayor atrevimiento, y gracias á la confianza que inspira á todos ó casi todos ellos el método antiséptico, se ha llegado á atacar todos los órganos de la cavidad abdominal. Se ha practicado la resección del estómago; se han establecido fistulas en este órgano y en el intestino y se han extirpado los quistes del hígado y órganos como el bazo, el riñón, el útero y sus anexos.

Vamos á estudiar sucesivamente las operaciones que se practican en el estómago, los intestinos, el bazo y los ovarios, refiriendo á los capítulos correspondientes á la vejiga, el útero y sus anexos, las que en ciertos casos se practican por la vía abdominal.

ARTÍCULO PRIMERO

LAPAROTOMÍA

Se da el nombre de laparotomía á la incisión de la pared abdominal que tiene por objeto poner al descubierto, en una extensión más ó menos grande, las vísceras contenidas dentro del abdomen. La laparotomía las más veces es el primer tiempo de otra operación, como la extirpación de los ovarios, de un quiste ovárico del bazo ó del riñón; se practica á veces en el concepto de operación exploratoria para afirmar un diagnóstico que debe motivar una operación más completa, y otras veces se practica como medio que ha de permitir obrar directamente sobre el intestino en el íleo, la estrangulación interna, las heridas del estómago, del intestino, etc. Para evitar su descripción con motivo de hablar de cada una de estas operaciones en particular, indicaremos aquí las precauciones que conviene tomar cuando se trate de proceder á ella.