

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.

Tomaremos por tipo la laparotomía practicada en la línea media siguiendo la línea blanca; éste es el sitio de elección para casi todas estas operaciones, excepto cuando se trata de aquéllas que, como la gastrotomía, la gastrostomía, ciertos quistes hepáticos, etc., reclaman que la incisión se haga en determinados puntos.

Por lo común, las operaciones en el abdomen se practican estando el enfermo sobre una cama especial muy estrecha, muy baja y muy corta, de manera que no baje más allá del nivel de la pelvis,

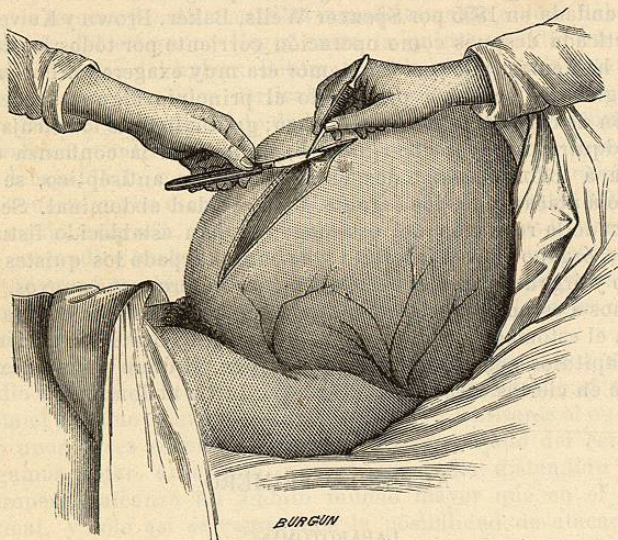


FIG. 573

LAPAROTOMÍA.—Incisión del peritoneo (según el atlas de Krassowski)

y dos prolongaciones susceptibles de separarse lateralmente prestan apoyo á los miembros inferiores. Esta disposición permite al cirujano practicar sentado operaciones delicadas y á veces de muy larga duración, permitiéndole al mismo tiempo sentarse entre las piernas separadas de la enferma. Esta cama especial no es indispensable, y yo casi siempre en el hospital he practicado la ovariectomía en la mesa de operaciones ordinaria, pero no negaré que es más cómodo tener á su disposición la cama especial de las operaciones abdominales.

El cirujano debe tener á mano compresas calientes en cantidad suficiente, esponjas purificadas por haber permanecido veinticuatro

horas al menos en una solución fenicada y luego cuidadosamente exprimidas y lavadas en agua pura ligeramente adicionada de alcohol alcanforado.

Las singulares ideas que desde algunos años dominan en el ánimo de algunos cirujanos exigirían muchas otras precauciones: atmósfera purificada por el espray, ligaduras especiales, agua previamente calentada á 140 grados para destruir los gérmenes (los fanáticos para ser lógicos deben sentir mucho que el cirujano no pueda, sin quemarse, lavarse las manos en el agua á 140 grados),

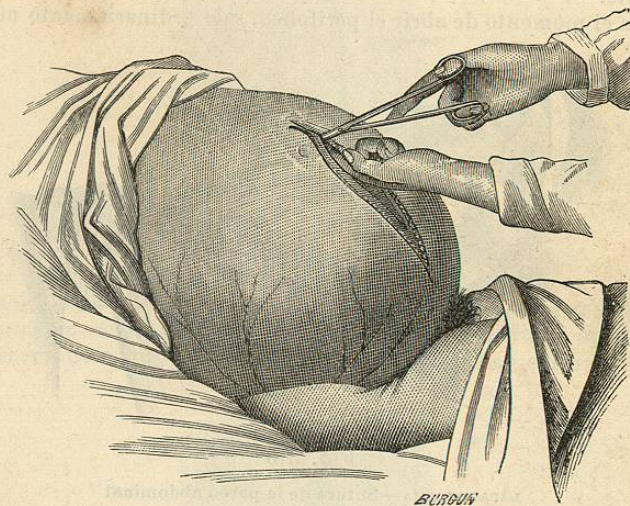


FIG. 574

LAPAROTOMÍA.—Dilatación de la incisión abdominal con las tijeras (según Krassowski)

esponjas que han sufrido numerosas preparaciones, etc. Lo que llevo dicho en la introducción me exime de insistir sobre este particular. Nunca me cansaré de recomendar la precaución de tener bien contadas las esponjas (diez bastan para todas las operaciones), porque ha sucedido muchas veces que después del lavado del peritoneo ha quedado una de ellas dentro del vientre.

Después de bien lavado el vientre con agua y jabón (ya he dicho porque considero nacido de una teoría falsa el lavado previo con una solución antiséptica), se practica sobre la línea media una incisión que interesa la piel y la aponeurosis superficial. Esta incisión empieza por debajo del ombligo y se prolonga hacia abajo hasta el monte de Venus previamente rasurado. Debe empezarse

siempre por una incisión moderada, dispuestos siempre á dilatarla si resulta insuficiente para la operación que se va á practicar. Si se cae sobre el borde interno de uno de los músculos rectos, se aísla y se separa. En este momento, si algunos pequeños vasos dan sangre, se los coge con las pinzas hemostáticas, y si son algo voluminosos, lo cual es raro, se practica la ligadura. No se abrirá el peritoneo sin que haya cesado toda hemorragia.

Para practicar esta abertura, se coge con unas pinzas de garfios la aponeurosis profunda, se la levanta y se incinde longitudinalmente.

En el momento de abrir el peritoneo, sale ordinariamente cierta

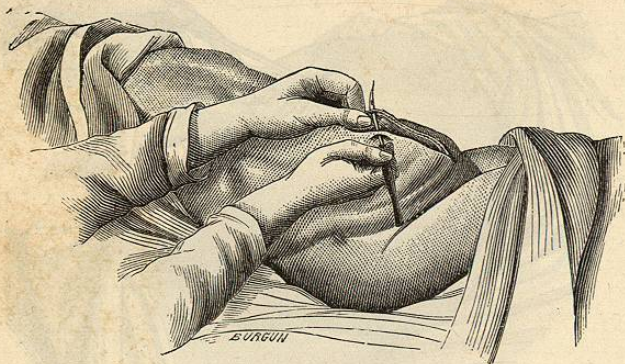


FIG. 575

LAPAROTOMÍA.—Sutura de la pared abdominal

cantidad de líquido. Por esta abertura se introduce el índice de la mano izquierda, cuyo pulpejo sirve de guía para la rama de las tijeras, que van á incindir la aponeurosis y el peritoneo en toda la extensión de la incisión de la piel.

En este momento debe considerarse si la abertura será suficiente para permitir la operación que se va á practicar: extracción de un tumor fibroso, de un quiste, de un sarcoma ovárico, etc. Si la abertura parece demasiado pequeña, se introduce el índice y el medio de la mano izquierda á fin de proteger mejor al intestino y al epiploon, y se dilata la incisión, rodeando por la parte izquierda y á una distancia suficiente el ombligo que en todo caso se debe respetar.

Una vez terminada la operación, cuyo primer tiempo es la laparotomía, se debe cerrar inmediatamente el vientre. Por lo general, se aplican dos planos de suturas hechas con hilos de plata, unos

profundos, que llegan hasta el peritoneo, y los demás superficiales, que no comprenden más que las partes musculares y cutáneas. Yo coloco primero todos los hilos de la sutura profunda, pero no los anudo hasta después de haber colocado las suturas superficiales.

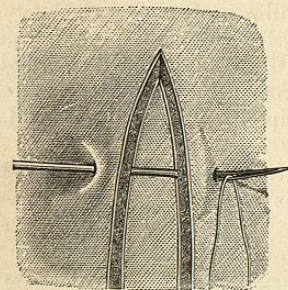


FIG. 576

Sutura de la herida abdominal

Para colocar las suturas profundas, podemos servirnos ó de las grandes agujas de Boinet ó de una aguja tubulada con mango que se introduce sin hilo, el cual se aplica antes de retirarla, después de haber atravesado los dos labios de la herida. Las suturas pro-

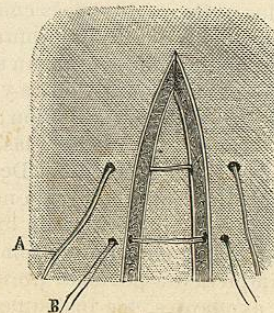


FIG. 577

A, sutura profunda peritoneal.—B, sutura superficial parietal

fundas, en general, no deben penetrar en la cavidad peritoneal. Yo dirijo la aguja de manera que, penetrando á través de la piel y el músculo, va á salir exactamente por el punto en que el peritoneo ha sido seccionado y no atraviesa más que el borde externo de la herida peritoneal, ó mejor dicho, la cara externa únicamente del

peritoneo. La introduzco de nuevo y al mismo nivel por el otro labio de la herida peritoneal, de tal suerte que, una vez anudada la sutura, la adhesión de los dos labios de la serosa deja en cierto modo el hilo fuera de la cavidad peritoneal.

Algunos años atrás, en mis primeras operaciones, yo introducía los extremos de los hilos profundos á través de una sonda de goma elástica agujereada y los sujetaba sobre una pieza de plomo perforada ó un tubo de Galli en forma de embudo. Últimamente he renunciado á este procedimiento por ser una complicación inútil, pues basta cerrar simplemente los hilos de plata en asa y sujetarlos por torsión.

Los puntos de sutura superficiales son más en número y más aproximados que los profundos; su colocación no tiene nada de particular.

Se cierra ante todo el hilo profundo situado en el ángulo superior de la herida y luego los hilos superficiales próximos; se cierra en seguida el segundo hilo profundo, después uno ó más hilos superficiales y así sucesivamente hasta la parte inferior de la herida.

La cura que yo aplico es muy sencilla: cubro la herida con una pequeña tira de tafetán engomado, haciendo de manera que sobresalga lateralmente de los puntos de sutura, y encima de esto aplico una buena capa de algodón sujeta con un vendaje de cuerpo.

A los cuatro ó cinco días, se pueden retirar los puntos de sutura superficiales; los hilos profundos quedan en su sitio uno ó dos días más. En general, los quito en dos veces con veinticuatro horas de distancia. Una vez quitados los hilos profundos, para prevenir cualquier accidente que pudieran provocar: un acceso de tos, los vómitos, etc., será conveniente apoyar el vientre y la cicatriz con una extensa sutura seca hecha con gasa y colodion, después de haber secado bien, por un lavado con alcohol, las partes del vientre sobre las cuales se ha de aplicar el colodion. Debe ponerse especial cuidado en no poner colodion sobre la herida misma.

Como se ve, no complico la operación con todas las ceremonias del ritmo antiséptico, sino que me limito á tomar las precauciones de la más minuciosa limpieza y á purificar previamente las manos del cirujano y de los ayudantes, los instrumentos y las esponjas, por la posibilidad de que pudieran contener algún germen contagioso. En el hospital, practico mis operaciones en el anfiteatro ó en la sala, dejo mis operadas en las salas comunes, y sin embargo mi estadística operatoria no es menos satisfactoria que la de los cirujanos más fanáticos por las teorías reinantes.

ARTÍCULO II

HERIDAS DEL ABDOMEN

I.— Heridas penetrantes sin salida de las vísceras

Las heridas penetrantes con bastante frecuencia van complicadas de herida del intestino ó de una víscera abdominal, pero sería un error creer que esta complicación es constante. Las numerosas observaciones de heridas penetrantes sin accidentes graves consecutivos no dejan duda sobre este particular, y los experimentos practicados por muchos observadores, en particular por Henko, experimentos que se han verificado en el cadáver humano, han demostrado que el intestino puede quedar ileso. Estos experimentos se han verificado con una espada triangular de 16 milímetros de ancho y se han repetido 95 veces, dando el resultado siguiente:

	Experimentos	Intestino ileso
Del hipocondrio al epigastrio.. . . .	20	9 veces
De la región lumbar al epigastrio.. . . .	30	6 —
De la región lumbar al ombligo.. . . .	30	4 —
De un hipocondrio al otro.. . . .	5	1 —
De la región iliaca á la parte media del vientre.. . . .	10	0 —

Así es que, en estos 95 experimentos, 20 veces el intestino no ha sido herido y de las 75 en que lo ha sido, 23 veces tenía una sola herida; 32 veces 2 heridas; 16 veces 3 heridas; 3 veces 4 heridas, y 1 vez 5 heridas.

Trélat ha sostenido que toda herida del intestino delgado es mortal, y esto es un error manifiesto, pues las observaciones de curación, sin ser frecuentes, no son tan absolutamente extraordinarias, y puedo asegurar que he visto curar dos enfermos cuyo intestino había sido herido el uno por una bala y el otro por una cuchillada.

La conducta del cirujano variará según las circunstancias que hayan acompañado ó seguido á la herida. Si la salida de materias intestinales por la herida da la seguridad de haber sido herido el intestino, no es permitido vacilar: la laparotomía se impone.

En caso de duda, antes de practicar la abertura del abdomen, debe esperarse la aparición de los síntomas ordinarios de la perito-