

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-

nitis en su principio: descenso de la temperatura, pequeñez y frecuencia del pulso, dolores y meteorismo; pero será útil disminuir los movimientos del intestino y la irritabilidad de los nervios del gran simpático administrando el opio á altas dosis y sujetando al enfermo á una dieta rigurosa, hasta á la de las bebidas, esperando que se produzcan adherencias firmes, que puedan evitar todo derrame en el interior del abdomen.

Cuando la herida está complicada por la presencia probable ó cierta de un cuerpo extraño, como, por ejemplo, una bala, también debe esperarse la aparición de accidentes, que no en todos los casos se presentan; pero también en este caso, luego de aparecer estos accidentes, sin dilación se procederá á la laparotomía.

En resumen, en estos últimos quince años, la conducta del cirujano en las heridas del abdomen se ha modificado en el sentido de que, en todos los casos dudosos, la acción por la laparotomía debe sustituirse por la abstención de toda operación quirúrgica.

II.—Heridas complicadas por salida del epiploon

Estas heridas se presentan en tres circunstancias diferentes:

O bien el epiploon está sano y es fácilmente reducible; ó bien está estrangulado y no es posible reducirlo sin previo desbridamiento; ó bien, por último, está gangrenado ó está próximo á la gangrena, y entonces conviene dejarlo al exterior. Únicamente en el caso de que la porción gangrenada tarde mucho en desprenderse, se la incindiré con el bisturí; y si quedase después una porción no gangrenada muy exuberante, se la destruiría por los cáusticos.

Los cirujanos están hoy día bastante acordes acerca de la conducta que conviene observar en este último caso; pero no es así respecto de los otros dos. Malgaigne ha insistido mucho sobre la indicación de no reducir nunca el epiploon cuando ha estado en contacto con el aire. Por punto general, debe observarse esta indicación, pero hay que tener en cuenta otras circunstancias: si el epiploon ha estado algún tiempo al exterior, si ha sufrido el contacto de los vestidos ó de otros objetos exteriores, debe researse la parte salida. Lo mismo sucede cuando la masa epiploica es algo voluminosa, porque los peligros de inflamación son entonces muy grandes; pero antes de proceder á la resección debe desdoblarse el epiploon para asegurarse que no contiene ningún asa intestinal, lo cual sucede en estos casos con bastante frecuencia.

El cirujano puede seguir aquí dos caminos: ligar en masa el epiploon, resear la parte que sobresale de la ligadura y mantener

el pedículo al nivel de la herida; ó bien aplicar al epiploon desdoblado cierto número de ligaduras finas, fuertemente apretadas, cortar los hilos al nivel del nudo y el epiploon todo lo más cerca posible del hilo y reducirlo. Por mi parte doy la preferencia á este último procedimiento. Procediendo en contra de la opinión de Malgaigne, si es poca la cantidad de epiploon que ha salido al exterior, lo lavo con cuidado con agua alcoholizado-alcanforada y lo reduzco.

III.—Heridas complicadas por salida del intestino

La indicación más perentoria de estos casos es reducir el intestino. Si está ya tumefacto hasta el punto de no poder ser reintroducido por la herida, nos quedan dos recursos: 1.º disminuir el volumen del asa intestinal puncionándola con una aguja tubulada para evacuar los gases: 2.º desbridar la herida. Este desbridamiento debe ser todo lo menos extenso posible, á fin de disminuir los peligros de una hernia ventral consecutiva; y por este motivo debemos practicarlo por el ángulo superior de la herida, porque los intestinos gravitan más sobre la parte inferior del vientre que sobre la superior.

Podemos desbridar de dentro á fuera aplicando sobre la sonda acanalada el bisturí ordinario; ó dividir los tejidos de fuera á dentro con el mismo instrumento, protegiendo los intestinos con el dedo, ó bien, por último, podemos recurrir al tenotomo obtuso ó á los diversos bisturios herniarios, que desbridan de dentro á fuera sin el intermedio de la sonda acanalada.

Primer procedimiento.—Echado el herido en decúbito supino, con los muslos doblados y la cabeza y pecho elevados, el cirujano inclina hacia abajo con la mano izquierda el intestino herniado, mientras que con la derecha introduce por la parte superior dentro del abdomen una sonda acanalada. Cuando ésta ha penetrado lo suficiente, tira un poco hacia sí el paquete intestinal, para asegurarse de que no ha quedado porción alguna de este órgano entre la sonda y el borde de la herida; inclina entonces el instrumento para aproximar su canal á la superficie del peritoneo, y sujetándola con la mano izquierda, desliza por su canal la punta del bisturí con el filo mirando arriba. En esta disposición, se desbrida en la extensión conveniente y se retiran los dos instrumentos juntos, para que la punta del bisturí no pueda herir órgano alguno.

Segundo procedimiento.—Cuando la estrangulación es demasiado

considerable para permitir la introducción de la sonda, el cirujano inclina hacia abajo el paquete intestinal con la mano izquierda, para poner al descubierto el ángulo superior de la herida sobre el cual apoya el índice de la misma mano con la uña mirando arriba, de manera que proteja contra el bisturí la porción del intestino más próxima. Se dividen entonces con precaución, todo lo más cerca posible de la uña: la piel, los músculos y las aponeurosis, y esto es en general suficiente para obtener la reducción, y sino se dividirá también el peritoneo sobre la sonda acanalada.

Tercer procedimiento.—Colocado el índice izquierdo como en el procedimiento anterior, con la uña dirigida arriba ó abajo se desliza de plano sobre este dedo la estrecha hoja de un tenotomo obtuso ó bisturí herniario, la cual se introduce entre las partes herniadas y el ángulo superior de la herida; después se levanta el filo dirigiéndolo contra al ángulo, y se incide de dentro á fuera, acompañando siempre el dorso de la hoja con el dedo que sirvió de conductor.

Es bastante raro que el intestino forme hernia á través de una herida exterior sin que haya sido herido al mismo tiempo, y en este caso, podemos encontrarnos en tres circunstancias diferentes: ó bien la herida es muy pequeña, y entonces su dirección importa poco, ó bien es más extensa, y las heridas transversales están sujetas al mismo tratamiento que las longitudinales mientras no interesen los dos tercios de la circunferencia del tubo intestinal; ó bien, en fin, la sección es completa ó poco menos, y para este caso se han ideado procedimientos especiales.

IV.—Pequeñas perforaciones del intestino

Comprenderé con esta denominación todas las perforaciones que miden menos de 1 centímetro, lo mismo si son producidas por un instrumento vulnerante que por cualquier otra causa, como por el hecho de la estrangulación de una hernia. Quizá convenga recordar que no debemos ocuparnos en este lugar más que de las perforaciones que están á la vista del cirujano por salida del intestino al exterior; más arriba hemos consignado ya qué conducta debíamos seguir cuando ha quedado oculta dentro del abdomen.

Cuando, pues, el intestino herniado presenta una pequeña perforación, Boyer aconseja reducirlo dejando la herida como esté, bastándole por toda precaución mantener el asa herida inmediata á la herida exterior, pasando á través del mesenterio un hilo, cuyos

dos cabos salgan al exterior. Es éste un precepto que es preciso borrar de la cirugía.

En un caso de perforación por gangrena en una hernia estrangulada, A. Cooper cogió con unas pinzas el contorno de la pequeña herida y lo comprendió dentro de una ligadura; redujo el intestino sin otra precaución y reunió la herida de los tegumentos con cinco puntos de sutura. El enfermo curó.

¿Qué se hizo, no obstante, la porción estrangulada, que, según parece, debió haber perdido toda vitalidad? Sobre este particular practicó Malgaigne el experimento siguiente: tomó un perro y le ligó cerca de la mitad del calibre del intestino delgado, cortó los hilos cerca del nudo y operó la reducción. Al cuarto día el perrito estaba restablecido. Pasados dos meses, lo sacrificó y no se encontraron ni señales de ligadura, pues que había caído en el interior del intestino; la pequeña porción que con aquella operación debía eliminarse, estaba allí reunida íntimamente por todas sus tunicas y se adhería por su cara externa á una franja del epiploon.

Por consiguiente, sin gran temor pudiéramos imitar la conducta de A. Cooper; no obstante, creo que se podría obtener el mismo resultado con menores peligros todavía, por medio de un punto de sutura *perdida*, es decir, cortando el hilo cerca del nudo.

V.—Heridas intestinales extensas

Estas heridas pueden ser longitudinales, oblicuas ó transversales. En las longitudinales, á extensión igual, los bordes se separan menos, y por lo tanto se prestan mejor á la reunión que las heridas transversales, pero exigen igualmente la sutura.

Hasta principios de este siglo, cualquiera que fuese la sutura empleada, se procuraba mantener los hilos al exterior del abdomen. Se contaban muchas variedades: *sutura entrecortada*, á *punto por encima*, *en asa*, á *puntos pasados*, etc. La única que se ha conservado es la entrecortada; tiene todas las ventajas de la sutura á punto por encima sin ninguno de sus inconvenientes, y las demás no están en relación con lo que se sabe sobre el modo de reunirse las heridas de los intestinos.

Thompson (de Edimburgo) fué el primero que tuvo la idea de cortar los dos hilos de la sutura cerca del nudo, y abandonar así el intestino al interior del vientre: esto es lo que se denomina *sutura perdida*. Puede aplicarse de esta manera la sutura entrecortada; pero Géli ha ideado una nueva forma de sutura, que ofrece mayores ventajas; se llama *sutura picada*.

En otros tiempos, se practicaba también la sutura de los intesti-

nos prescindiendo de las partes que debían ponerse en contacto; en las suturas en *asa* y á *puntos pasados*, se coaptaban las superficies de la mucosa, absolutamente impropias para la reunión inmediata. Jobert ha sido el primero en formular el importante precepto de confrontar las superficies serosas. Moreau-Boutard escindía la mucosa en toda la extensión de la herida, á fin de poner en mutuo contacto superficies cruentas; pero este proceder no ofrece ventaja alguna sobre la coaptación de las serosas, y, por el contrario, expone á la estrechez del intestino.

Por lo tanto, debemos únicamente describir para este caso dos suturas: la entrecortada, que á voluntad podemos hacerla fija ó perdida, y la picada, que es esencialmente una sutura perdida.

En todos estos casos podemos servirnos de agujas de coser ordinarias y de hilo de seda.

1.º *Sutura entrecortada. Procedimiento de Jobert.*—Después de lavados con agua fría los bordes de la herida intestinal, se los invierte hacia adentro con la aguja y se pasan los hilos transversalmente de uno á otro borde, procurando colocarlos bastante aproximados para que la mucosa no forme hernia entre sus intervalos, y que únicamente las serosas estén en inmediato contacto; se anuda en seguida cada uno de los hilos por separado, y se los corta al nivel de los nudos, ó bien se sujetan sus extremos al exterior.

Procedimiento de Lembert.—Se introduce la aguja á 9 ó 10 milímetros de la solución de continuidad, penetrando hasta la mucosa; después se la introduce de nuevo de dentro á fuera, de manera que salga á unos 2 milímetros del borde de la herida. Se la dirige del mismo modo contra el otro borde, con la única diferencia de que esta vez penetra á 2 milímetros de la herida para salir á 7 ú 8 milímetros más lejos. Después de haber colocado de este modo cuantos puntos de sutura se consideren necesarios, bastará tirar de los cabos de cada uno de los hilos, para aproximar los bordes de la herida, procurando invertir éstos hacia adentro para poner en contacto sus serosas; después de haber apretado los dos nudos, se cortan los hilos y se introduce de nuevo el intestino en el abdomen (fig. 578).

2.º *Sutura picada. Procedimiento de Gély.*—Se coge un hilo y se coloca en cada uno de sus extremos una aguja cilíndrica ordinaria; se introduce luego una de estas agujas paralelamente á la herida, por fuera y detrás de uno de sus ángulos y á una distancia de 4 á 5 milímetros, para hacerla salir de nuevo atravesando el intestino de dentro á fuera después de un trayecto de 4 á 5 milí-

metros. La misma operación se practica con la otra aguja en el labio opuesto de la herida. Cruzando entonces los hilos, la aguja del lado izquierdo pasa al lado derecho y recíprocamente, y cada una de ellas sirve en seguida para practicar un nuevo punto enteramente igual al primero, con la precaución de empezar por intro-

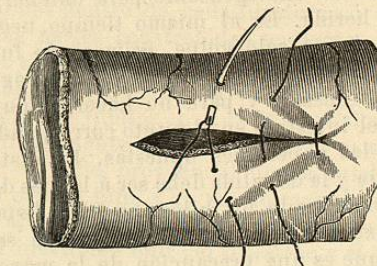


FIG. 578

Procedimiento de Lembert

ducirla en el agujero de salida del hilo que acaba de ser conducido al lado opuesto; esta maniobra se repite cuantas veces es necesario para circunscribir toda la herida. Hecho esto, y antes de anudar los hilos, es preciso cerrar convenientemente cada uno de los puntos, para lo cual debemos coger sucesivamente cada escalón transversal,

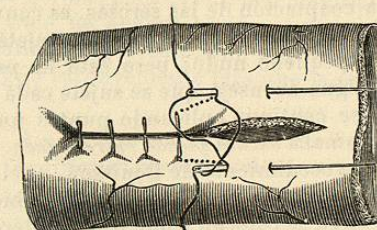


FIG. 579

Procedimiento de Gély

y aun cada uno de los dos hilos que lo componen, con unas pinzas de disección, para ejercer la tracción conveniente, procurando al mismo tiempo deprimir los labios de la herida. De este modo se los une por sus superficies serosas, con tal exactitud, que ni siquiera exteriormente es posible ver los hilos que han producido este resultado. Cuando esta confrontación queda hecha en toda la extensión de la herida, se anudan los dos hilos opuestos, y se

cortan los cabos al nivel del nudo, el cual en este caso queda tan oculto como el resto del hilo (fig. 579).

En este procedimiento es preciso perforar el intestino á lo menos á 4 milímetros por fuera de la herida en cada lado, y así las líneas formadas por las asas laterales distan una de otra 8 milímetros, espacio absolutamente indispensable para obtener la inversión de los labios de la herida. Es al mismo tiempo necesario perforar todas las túnicas de un solo golpe, primero de fuera á dentro y después de dentro á fuera, para evitar el que la aguja corra oblicuamente por su espesor, y para no hacer el punto demasiado largo, se aplasta el intestino en el punto correspondiente cogiendo entre dos dedos las superficies opuestas. La distancia entre la abertura de entrada y la de salida debe ser á lo más de 6 milímetros. Después de haber cruzado los hilos, no es indispensable que la aguja penetre exactamente por el agujero de salida del lado opuesto; pero sí que es una precaución de la mayor importancia el mantener perfecto paralelismo entre la longitud de los puntos de cada lado, para que las partes que se han de aproximar se correspondan exactamente.

Nada tengo que oponer en contra de este procedimiento cuando sólo es necesario un doble punto de sutura; pero cuando es preciso practicar más, como quiera que toda la herida queda cosida con un mismo hilo, si uno de los puntos se afloja, se aflojan también todos los demás. Ya el mismo Gély había observado que, para facilitar la perfecta coaptación de las serosas, es conveniente apretar cuando tan sólo se han hecho dos puntos, sujetándolos inmediatamente con un pequeño nudo; pero esto no es suficiente, y por lo mismo Malgaigne aconseja que se sujete cada punto por un doble nudo, y que se continúe aplicando puntos nuevos con hilo nuevo, á lo que él llamaba *sutura picada entrecortada*.

No describo ni el procedimiento de Bouisson, ni el de Berenger-Feraud, ni el de Péan. Bouisson coloca en cada labio de la herida un alfiler, y las suturas se colocan sobre estos alfileres; Berenger-Feraud se sirve de alfileres clavados en rodajitas de corcho (1); y Péan intenta colocar por medio de un instrumento especial, tenacitas en el interior del intestino. Todos estos procedimientos tienen muchos inconvenientes sin ventaja alguna que los compense; no valen la que la sutura de Gély ni la de Lembert, y por lo tanto creo que deberían ser absolutamente desechados.

Aplicada la sutura y reducido el intestino, tiene lugar alrededor de los hilos y de la herida una exudación de linfa plástica que lo

(1) El doctor Gall ha modificado el proceder de Berenger-Feraud sustituyendo el corcho por caucho y empleando agujas en punta de dardo ó anzuelo.

envuelve todo en una especie de callo provisional, y á medida que la linfa se organiza, reúne no sólo las dos porciones confrontadas de la serosa intestinal, sino este mismo punto del intestino al peritoneo que lo rodea, sea de los demás intestinos, del epiploon ó de la pared abdominal. Aunque paulatinamente, los hilos dividen las partes comprendidas dentro de cada ligadura; ó, para hablar con más exactitud, las partes constreñidas se dividen lentamente por un procedimiento todavía no bien estudiado y dejan libre el hilo de la sutura. Cuando el cirujano ha cortado los hilos cerca del nudo, quedan enteramente envueltos en el callo provisional, y al quedar libres, caen inevitablemente en el intestino, y si se los ha mantenido al exterior, el callo provisional queda interrumpido en el punto por donde pasa el hilo, y en vez de caer al intestino, se hace preciso atraerlos al exterior, resultando en este punto una abertura de comunicación inevitable entre el intestino y el exterior. Puede suceder que esta abertura sea muy pequeña y se cierre casi inmediatamente; pero también puede ser que quede bastante grande y se convierta en una verdadera fistula. En esto consiste la inmensa desventaja que tiene la sutura fija respecto de la perdida.

Algunos meses después de la curación parece que las adherencias con el peritoneo circundante tienden á desaparecer, y por lo tanto el intestino queda libre en el abdomen. Pero en el interior, la confrontación de las serosas produce un rodete formado por los bordes invertidos de la herida, rodete que tiene escasa importancia cuando se trata de heridas poco extensas ó longitudinales; pero si, al contrario, se trata de anchas heridas transversales, tiende á estrechar el intestino; quizá bajo este punto de vista la sutura picada tendría algún inconveniente más que la entrecortada.

VI.— Sección completa del intestino

Puede suceder que el intestino sea dividido completamente ó poco menos, ya oblicua, ya transversalmente por una herida directa; pero lo que más comunmente acontece es que el cirujano reseca una porción más ó menos extensa del intestino, porque una hernia estrangulada lo gangrenó real ó aparentemente, de lo cual resulta, por lo común, una sección transversal completa.

Hasta últimos del siglo xvii fueron consideradas estas lesiones como incurables, y por lo mismo se las abandonaba casi siempre á los esfuerzos de la naturaleza. Verduc fué el primero que practicó en tales casos un ano artificial suturando los extremos del intestino á los labios de la herida de los tegumentos. Scarpa, para los casos de hernia, aconseja que se dejen las cosas como estén, espe-

rándolo todo de las adherencias que naturalmente se habrán producido.

Pero la reunión del intestino, ensayada por vez primera por Ramdohr, tiene muchos más partidarios. Podemos practicarla por dos métodos principales: la *invaginación* y la *reunión directa*.

Primer método. Invaginación.—Ramdohr introdujo el extremo superior dentro del inferior, y los sujetó en esta posición por un punto de sutura medianamente apretado, fijando además los dos extremos del hilo fuera de la herida abdominal. De cuatro casos conocidos en los cuales se ha hecho aplicación de este procedimiento, resultaron dos curaciones y dos muertos.

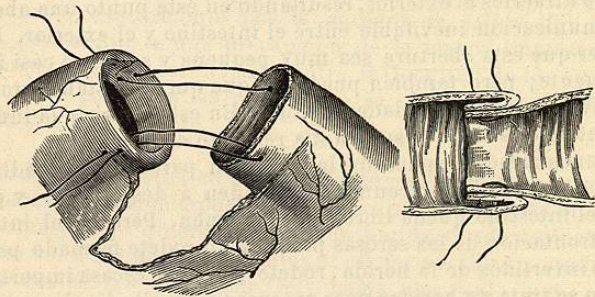


FIG. 580

Procedimiento de Jobert

Evidentemente estos dos resultados atestiguan más bien un esfuerzo supremo de la naturaleza que la eficacia del procedimiento, puesto que es muy difícil comprender que un punto de sutura único pueda ser suficiente para evitar todo derrame. Por esto, en lo sucesivo, se han multiplicado los puntos de sutura, y luego, para asegurar mejor la coaptación, se ha dejado permanentemente en el intestino al nivel de la sutura un cilindro de cartulina barnizada ú otros tubos análogos. Finalmente, Jobert combinó la invaginación con la confrontación de las serosas, invirtiendo sobre sí mismo el extremo inferior antes de introducir en él el superior (fig. 580).

A pesar de estas modificaciones, no deja por esto de ofrecer este método los mismos peligros. Prescindiendo de la dificultad que puede haber para distinguir cuál sea el extremo superior, supongo la operación practicada según todas las reglas, la sutura fija sustituida por la perdida y hasta la reunión felizmente obtenida: con

todo, queda en el extremo inferior una válvula formada por el superior invaginado, que necesariamente debe estrechar el intestino en este punto, estrechez que será mucho más considerable todavía cuando la válvula esté formada por los dos extremos del intestino á la vez, como en el procedimiento de Jobert. De quince perros operados por este método por Reybard, ocho llegaron á una curación aparente, pero tres de ellos sucumbieron antes de un mes; los cinco restantes sufrieron vómitos con más ó menos frecuencia, y la autopsia demostró que el extremo superior estaba considerablemente dilatado por encima de la válvula, y que el inferior estaba, por el contrario, muy estrechado por debajo de la misma.

Segundo método. Reunión directa.—A este método corresponden los procedimientos de Jobert, Lembert y Gély para el tratamiento de las heridas extensas.

El excelente resultado obtenido por Reybard, de que hemos hablado más arriba, lo consiguió por medio de la sutura á puntos pasados; pero con mayor seguridad alcanzaríamos el mismo objeto empleando la sutura entrecortada, y Dieffenbach obtuvo lo mismo empleando el procedimiento de Lembert. En todos los casos es de esperar que resulte cierto grado de estrechez circular del intestino al nivel de la sutura. En el operado por Dieffenbach, habiendo muerto algunas semanas después de la curación, encontré un rodete interior en el punto de unión; tal vez el procedimiento de Jobert produciría un rodete menos prominente, y por el contrario la sutura picada es probable que dejaría una válvula más saliente, por lo cual debería considerarse inferior á los demás procedimientos.

No me ocuparé del procedimiento de Denans, quien opera la reunión directa aproximando los dos extremos por medio de tres virolas de plata ó estaño; porque, aparte de esta complicación en el manual operatorio, es natural que se tema la presencia de estos cuerpos extraños al nivel de la sutura, y por otra parte hasta ahora no tenemos noticia de que se haya hecho de él ninguna aplicación.

Quizá merezca un juicio más favorable la *ligadura circular*, propuesta primero por Béclard y después por Amussat. Después de invaginado el uno en el otro los dos extremos del tubo intestinal, se los constriñe con un hilo fuerte y apretado, y luego se escinde con las tijeras toda la porción del extremo intestinal que sobresale por fuera de esta ligadura. Hé aquí lo que sucede: las serosas de los dos extremos se ponen en contacto por encima del hilo, y por efecto de la inflamación que determina la ligadura, se adhieren; ésta, al cabo de más ó menos tiempo, divide las partes que rodea, cae en el intestino y sale con las deposiciones, y finalmente, en

los experimentos practicados en animales vivos, no se ha encontrado jamás en el punto en que se colocó la ligadura estrechez alguna.

Este proceder tiene la ventaja de no hacer necesario el reconocimiento del extremo superior para la invaginación; con todo, tiene algo de sorprendente, y por lo tanto antes de ensayarlo en el hombre, es preciso hacer sobre él estudios más extensos.

ARTÍCULO III

I.—PUNCIÓN DEL ABDOMEN

El abdomen se punciona en los casos de ascitis, quistes hidatídicos, abscesos y quistes del ovario. Nos ocuparemos aquí de una manera general únicamente de la punción en los casos de ascitis.

El líquido de la ascitis se extrae por medio de la paracentesis, y algunos cirujanos han añadido, después de esta operación, diversas inyecciones por la cánula del trócar, con objeto de obtener la curación radical.

La punción podría practicarse en rigor por el recto ó por la vagina en la mujer, ó también en el hombre por el escroto en los casos de hidrocele congénito; pero la pared anterior del abdomen ofrece por lo menos tantas ventajas como estos puntos y mayor comodidad que ellos. No toda la extensión de esta pared se presta á ello; la zona epigástrica está ocupada á la derecha por el hígado, á la izquierda por el bazo, el centro por el estómago; la zona hipogástrica lo está por la vejiga en el centro, á los lados por el intestino grueso más ó menos aproximado á las fosas ilíacas; la zona umbilical por el contrario está libre casi en toda su extensión.

Los cirujanos ingleses prefieren la línea blanca; en Francia, se adopta generalmente el centro de una línea que va desde la espina ilíaca ántero-superior izquierda al ombligo. Operando así el enfermo puede permanecer en decúbito dorsal y el líquido se derrama fácilmente por la cánula.

El desarrollo de la matriz por el estado de embarazo ó por cualquier otra causa, y la presencia de tumores anormales pueden hacer este sitio de elección peligroso y hasta pueden impedir por completo la operación en este punto. Scarpa aconsejaba que durante el embarazo se practicase la punción en el hipocondrio izquierdo, un poco por debajo de la tercera costilla; Ollivier propuso la operación en el ombligo; y Velpeau asegura que se puede practicar en toda la extensión del vacío izquierdo. Por regla gene-

ral, conviene escoger en estos casos el punto en que el líquido abulta más y en que la fluctuación se percibe más claramente, y en los casos dudosos, se incindiré la pared abdominal con un bisturí, capa por capa, hasta llegar al peritoneo.

1.º *Punción simple*.—Se coloca al enfermo en decúbito dorsal, un poco inclinado del lado en que debe hacerse la punción, las piernas en extensión y el lado izquierdo aproximado todo lo posible al borde de la cama; se pasa previamente por debajo de la región lumbar una toalla, y un ayudante colocado á la derecha comprime moderadamente con sus dos manos completamente abiertas las paredes del vientre. El cirujano, colocado á la izquierda, reconoce el sitio de elección y hunde en él el trócar de un solo empuje rápido y brusco, marcando con el dedo aplicado sobre la cánula el punto límite de la introducción del instrumento. Retira inmediatamente el trócar, sujetando con la mano derecha la cánula en su lugar, y deja caer el líquido en una vasija que tiene de antemano preparada otro ayudante. Mientras que el líquido fluye, el primer ayudante continúa la presión sobre el vientre, el cirujano sostiene la cánula haciéndole seguir la retracción de las paredes abdominales, y si algún obstáculo, tal como un copo albuminoso, ó quizá la presencia del epiploon, interrumpiese la salida del líquido, lo separaríamos introduciendo en la cánula un estilete.

Quando haya salido la cantidad de líquido conveniente, se retirará la cánula sin imprimirle movimiento alguno de rotación, mientras que, con los dedos índice y medio izquierdos, sujetaremos la piel, que sería arrastrada por el instrumento. No es necesaria cura alguna en la herida; pero sí es conveniente aplicar una toalla ó un vendaje de cuerpo bastante apretado, á fin de continuar la presión que sobre las vísceras del abdomen ejercían anteriormente el líquido primero y las manos del ayudante después, y evitar el síncope que podría sobrevenir por la cesación brusca de esta compresión.

Prefieren algunos cirujanos no extraer de una sola vez todo el líquido y reiterar la punción á intervalos más cortos. Fleury (de Val de Grace) creía conveniente, á fin de hacer más lenta la evacuación, introducir por la cánula una sonda de goma, y retirar aquélla. Dejada á sí misma la evacuación, se haría lentamente y las paredes abdominales se retraerían sin presión alguna. La sonda es un cuerpo extraño cuyo contacto prolongado con el peritoneo de seguro no sería siempre inocente. Creo, pues, que debemos abandonar el procedimiento de Fleury.

Rara vez la paracentesis va seguida de hemorragia: si tal acon-