

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 aquella. 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-

teciese, lo mejor sería establecer una compresión sobre el trayecto de la herida por medio de una tenacita de las mayores ó de un punto de sutura ensortijada. Si al retirar la cánula saliese al exterior una porción del epiploon, no debemos empeñarnos en reducirlo, sino que debemos aguardar que al día siguiente haya contraído adherencias, para entonces escindirlo al nivel de la piel.

2.º *Inyecciones*.—Para la curación radical de la ascitis, hanse ensayado las inyecciones de vino, las de las aguas de Bristol, el agua de breá, el espíritu de vino, el gas óxido de ázoe, y finalmente la tintura de yodo. Las inyecciones yodadas cuentan con un número más que regular de curaciones; conviene confesar, no obstante, que no debemos esperar resultado alguno más que en la ascitis idiopática ó sin complicación visceral, y que, además de que estos casos son muy raros, es difícil diagnosticarlos con certeza.

ARTÍCULO IV

DE LOS QUISTES HIDATÍDICOS DEL ABDOMEN

Las hidátides se presentan generalmente bajo la forma de una vesícula esférica ú ovoidea, cuyo volumen varía entre el de una cabeza de alfiler y el de una cabeza de feto de término; vesícula que contiene un líquido transparente, salado, que no se coagula ni por el calor ni por los ácidos. Están siempre encerrados en un quiste al que no se adhieren; este quiste, muy delgado al principio, adquiere con el tiempo un espesor considerable, y hasta llega á ofrecer la consistencia de una membrana fibrosa ó de un fibrocartilago; se los ha llegado á encontrar parcial ó totalmente osificados. Unas veces no contiene más que una sola hidátide, que entonces lo llena ordinariamente por completo; pero otras veces contiene muchas, y algunas veces se las ha contado por centenares y hasta por millares.

Los quistes hidatídicos se presentan mucho más frecuentemente en el abdomen que en ninguna otra parte de la economía; se los encuentra en el bazo, en el mesenterio y en todos los puntos del peritoneo; siempre, no obstante, cubiertos por esta membrana, principalmente en la pelvis menor. Pero el hígado es su sitio predilecto; según las investigaciones de Davaine, de cada 6 quistes del abdomen cubiertos por el peritoneo, 5 pertenecen al hígado. A menudo existen muchos á la vez: en 38 casos, Barrier encontró

únicamente 21 de quiste único, y no es infrecuente ver que un quiste se comunique con otro.

Un punto muy importante de su historia es el siguiente: al revés de lo que sucede en los quistes serosos que segregan su líquido y son los propios agentes de su dilatación, éstos nada segregan y se dilatan en virtud del crecimiento de las hidátides que contienen, y, según ha observado Cruveilhier, parece que luchan contra esta dilatación extraña, resistiéndola en cierto modo. Así es que, cuando la hidátide tiene rotas sus paredes y ha perdido su líquido, es decir, cuando ha muerto, el quiste se reacciona sobre sí mismo, y se encuentran en él restos más ó menos alterados de la hidátide con mayor ó menor cantidad de líquido, pero de naturaleza diferente, pues que esta vez parece procedente del quiste y sin tendencia alguna á aumentar. Este hecho arroja ya alguna luz sobre el tratamiento quirúrgico de esta afección.

Los medios empleados contra estos quistes pueden reducirse á cuatro: 1.º la *punción*; 2.º las *inyecciones*; 3.º la *abertura del quiste*, y 4.º la *extirpación*.

1.º *Punción*.—Se practica con un trócar capilar ó con un trócar mayor.

A. *Punción capilar*.—Récamier empezó por introducir en los quistes de este género, á título de punción exploratoria, un trócar muy fino ó una aguja de catarata, retirando inmediatamente el instrumento para evitar que el líquido hidatídico cayese en el peritoneo. Practicó después una simple punción con el trócar, dejando salir el líquido por la cánula, y como este proceder le procurara alguna curación, aparte de su utilidad diagnóstica, es generalmente reconocido como un recurso para la terapéutica, y cuenta ya hoy día un número regular de curaciones; por supuesto que ha sido abandonado el empleo de la aguja.

Creyó por un momento, Leudet, que el contacto de la bilis sería suficiente para matar las hidátides, y por esto aconsejaba que cuando estos quistes residen en el hígado, se desgarrase en un solo punto su pared interna, á fin de que penetrara en él la bilis. A este fin podría servir la aguja, pero lo mismo pudiéramos hacer con la punta del trócar, y de todos modos, como quiera que la idea de Leudet es puramente hipotética, él mismo dejó pronto de ponerla en práctica.

B. *Punción con el trócar mayor*.—Este método, propuesto por Boinet, ha sido preconizado por Verneuil. Sírvese de un trócar muy

grande de modo que pueda no solamente evacuar el líquido si que también restos de hidátides. Una vez evacuado el líquido, se sustituye la cánula por un drenaje de caucho rodeado de tripa de buey para impedir la entrada del aire.

2.º *Inyecciones.*—Aran fué el primero que después de la punción capilar inyectó en un quiste del hígado 50 gramos de tintura de yodo con cantidad igual de agua y de 2 á 4 gramos de yoduro potásico disuelto en esta mezcla, dejándola toda dentro del quiste. Dos veces alcanzó la curación, y otros cirujanos que han imitado su proceder han alcanzado también algunos resultados satisfactorios. A. Richard ensayó á su vez una inyección de 8 gramos de alcohol, ya puro, ya mezclado con agua, dejándolo igualmente en el interior del quiste; también consiguió dos curaciones. Debemos decir finalmente que, habiéndose ensayado las inyecciones de bilis, poniendo en práctica la idea abandonada ya de Leudet, no se obtuvo beneficio alguno.

3.º *Abertura del quiste.*—Se ha practicado esta operación repetidas veces directamente con el bisturí, la lanceta ó el trócar, dejando la cánula en la herida; pero casi siempre sobrevinieron accidentes graves y la muerte como última consecuencia. Récamier estableció la regla de no abrir el tumor sino después de haber procurado adherencias del peritoneo al punto en que debe practicarse la abertura; esta regla es hoy día generalmente adoptada. Para ponerla en práctica, hay dos procedimientos principales.

Procedimiento de Récamier.—Este cirujano empezaba por aplicar sobre la piel una capa de potasa cáustica, capaz de producir una primera escara bastante extensa. Pasados algunos días, incidía con el bisturí esta escara y aplicaba en el fondo de esta incisión una dosis de cáustico, y continuaba así sucesivamente hasta que estas repetidas cauterizaciones hubiesen extendido su acción hasta el peritoneo y determinado las deseadas adherencias. Abría entonces el quiste con el bisturí ó el trócar, y una vez evacuado el líquido, como que las paredes del quiste no se aproximan hasta ponerse en contacto, dejan libre acceso al aire, inconveniente que dicho cirujano trataba de evitar llenando esta cavidad con una inyección de agua pura ó que llevase en disolución algunos principios medicamentosos.

Procedimiento de Bégin.—Bégin, á fin de alcanzar más pronto su objeto, incidía los tejidos blandos hasta llegar al peritoneo, curaba de plano la herida, y al tercer día, contando ya con adherencias suficientemente sólidas, abría el quiste con el bisturí.

Graves (de Dublin) empleaba contra los abscesos del hígado un procedimiento que reúne las ventajas del de Bégin sin sus inconvenientes: dividía, este práctico, los tejidos blandos hasta cerca del peritoneo, y curaba de plano, tanto para establecer las adherencias, como para determinar la abertura del absceso enfrente de la herida. Este procedimiento podría aplicarse perfectamente á la abertura de los quistes hidatídicos.

Procedimiento de Volkmann.—Hoy día, que no se teme la abertura de la cavidad abdominal, se tiende á abandonar el procedimiento de Récamier y todos los que, como éste, tienden á producir adherencias previas. Se practica la incisión de la pared abdominal sobre el punto más saliente del quiste, incisión que á veces resulta paralela á las falsas costillas, y de este modo se llega hasta el quiste. Si hay adherencias, debemos limitarnos á abrir simplemente el quiste; si no existen tales adherencias, debemos detenernos; se aplica con cuidado la cura y después de la formación de las adherencias se abre el quiste. Si no se quiere esperar, se puede punccionar el quiste con el trócar explorador y vaciarlo de la mayor cantidad posible de su contenido, y luego se suturan sus paredes á los dos labios de la herida abdominal y se abre el quiste en el intervalo de los dos planos de sutura.

4.º *Extirpación.*—En 1885, F. Terrier, habiendo tomado un quiste del hígado por quiste del ovario y encontrando que este quiste era pediculado, practicó la extirpación casi total y suturó la porción restante del quiste á la pared abdominal. Su ejemplo fué imitado por Richelot, Segond, Championnière y por mí mismo. Actualmente, y desde algunos años há, la extracción del quiste es un procedimiento que se emplea siempre que es posible. Consiste en practicar una incisión en la pared abdominal, ya sobre la línea blanca, ya por fuera de esta línea; en poner el quiste al descubierto, aislarlo, evacuar su contenido y reseca su pared. Una vez practicada la escisión, se puede cerrar el vientre ó bien suturar los bordes restantes del quiste con los labios de la pared abdominal.

Apreciación.—La extirpación del quiste es hoy día el procedimiento más empleado, pero no por esto deja de merecer algunas graves objeciones. Desde luego es de advertir que no siempre es posible: en un caso en que me propuse practicarla, tuve que suspender la operación por causa de la extensión y solidez de las adherencias, y me limité á una extirpación parcial. En segundo lugar, esta extirpación, por extensa que sea, jamás es completa, puesto que una parte de la pared quística está íntimamente unida

al parénquima hepático. Quedan, pues, como en todos los demás procedimientos, restos de la membrana quística formando una bolsa más ó menos reducida.

¿Cuál es el mecanismo de la curación después de la punción, las inyecciones ó la abertura del quiste? Créese generalmente que el quiste se oblitera, lo que, en efecto, se obtiene cuando pueden salir todas las hidátides y el quiste está situado en el tejido celular subperitoneal; por esto Bobillier ha visto un caso en el que un quiste de la región umbilical, cuyo diámetro medía 70 centímetros, no dejó más que una pequeña induración en el vientre, que aun con el tiempo desapareció. Pero en el hígado, la densidad del tejido que rodea la colección impide que las paredes del quiste se aproximen ó se retraigan más allá de cierto límite. Velpeau extrajo de un quiste hidatídico del lóbulo izquierdo del hígado, por medio de la punción, 1500 gramos de líquido. El quiste no se reprodujo; por lo tanto, bajo toda apariencia, se había obtenido la curación; pero dos meses y medio después la autopsia demostraba que este quiste estaba marchitado; arrugado y que no contenía resto alguno de hidátides, pero sí se encontraron todavía en su interior unos 120 gramos de un líquido ligeramente viscoso.

Cuando el quiste ha supurado y ha quedado durante mucho tiempo abierto, parece á lo menos que debiera desaparecer su cavidad; pero aun esto es muy dudoso. Durante mucho tiempo la abertura exterior queda fistulosa, rara vez se cierra antes de los dos meses y se la ha visto persistir durante cinco meses. Por último se cierra, ¿pero qué es lo que resulta? probablemente un quiste lleno de líquido, pero sin hidátides y sin ninguna ó muy poca tendencia á desarrollarse. Esta es, no obstante, una cuestión que reclama nuevas investigaciones.

Por lo demás, las curaciones obtenidas lo han sido al lado de mucho mayor número de casos desgraciados; tanto, que podemos decididamente considerar como grave toda operación que se practique en los quistes hidatídicos del bajo vientre. La punción capilar misma, aunque generalmente benigna, ha traído algunas veces las más terribles consecuencias. Unas veces parece que esta insignificante abertura da paso al líquido hidatídico, que cae en el peritoneo y lo inflama; hasta operando con la aguja de catarata vió Nélaton desarrollarse una peritonitis parcial; Goyrand, después de haber extraído todo lo más 15 gramos de un enorme quiste del bazo, tuvo grandes trabajos para conjurar la peritonitis general que seguidamente se desarrolló. Moissenet fué más desgraciado aún, pues que perdió un enfermo en veintiocho horas á consecuencia de una peritonitis fulminante, desarrollada después de haber extraído 125 gramos de líquido de un quiste del hígado. Cuando no aparece la peritonitis, es algunas veces el quiste el que

se inflama. Pidoux ha visto á esta inflamación ocasionar la muerte del operado en diez días; y en un caso de Gendrin, la muerte acaeció á las pocas horas.

La punción capilar que precede á las inyecciones debe exponer evidentemente á los mismos peligros, y con mayor frecuencia aún á la inflamación del quiste. Cuando se haya establecido la supuración, lo procedente será abrir el tumor inmediatamente, después de haber provocado no obstante adherencias peritoneales. Debemos entonces tratar una cavidad á menudo enorme, que, supurando en toda su extensión, puede ser el punto de partida de una infección pútrida ó purulenta, ó producir la demacración del enfermo por exceso de supuración. A estas causas de muerte debemos añadir una mucho más rara aún: sucede algunas veces que la bilis se derrama al exterior con el pus; si bien este accidente no siempre tiene las más graves consecuencias, uno de los operados de Malgaigne murió, tanto por la excesiva pérdida de bilis, como por la extraordinaria cantidad de supuración (1), y yo perdí del mismo modo el enfermo á quien había hecho la extirpación parcial de un quiste hidatídico.

(1) La experiencia ha demostrado que la forma de la intervención quirúrgica en los quistes hidatídicos debe variar según la naturaleza del líquido contenido. Si es citrino, podrá ser suficiente la punción, si es turbio y albuminoso, difícilmente bastará este recurso aun repitiendo las operaciones; si es purulento, será necesario un desagüe más rápido y permanente.

En el primer caso, antes que á la punción evacuadora, podemos recurrir, como Hilton Fagge y Cooper Forster, á la electrolisis, introduciendo en la cavidad quística las agujas del polo negativo; pero la descomposición del líquido provoca un considerable desprendimiento de gases en el extremo de este polo, y Dujardin Beaumetz encuentra que esta circunstancia es un serio inconveniente. En su lugar propone la introducción en la bolsa quística de dos ó tres agujas en comunicación con el polo positivo, haciendo terminar el negativo en un electrodo ancho aplicado sobre la piel del abdomen. En los demás detalles debe procederse como en los aneurismas. Si con esto no se consigue la destrucción de las hidátides, al menos se producirán adherencias de la pared quística con la abdominal y podremos proceder con más desembarazo á la punción.

Esta se practicará preferentemente con un aspirador; el de Potain tiene ventajas sobre el de Dieulafoy, porque la aguja canaliculada de éste hiriendo la bolsa ó el parénquima hepático podría provocar hemorragias ú otros accidentes, lo cual no es posible con el trocar con su correspondiente cánula del de Potain.

El desagüe puede establecerse con tubos de caucho rojo de paredes gruesas, previa introducción de una ancha cánula de trocar. Por este tubo se practicarán frecuentes lavatorios con sustancias antisépticas (ácido fénico, bórico, salicílico, alcohol, cloral, etc.) Dujardin-Beaumetz recomienda especialmente una disolución de cloral al 2 por 100.

La generalización de la cura antiséptica hará más frecuente el empleo del bisturí para la abertura de los abscesos de la cavidad abdominal. La lentitud ó rapidez del procedimiento deben determinarlas las circunstancias del tumor, y particularmente las mayores ó menores probabilidades de adherencias establecidas entre las paredes de éste y la abdominal.