

Reconózcase la tráquea por la vista y por el tacto, y luego, mientras se separa hacia fuera el paquete vásculonervioso (carótida primitiva, yugular interna y nervio vago) reconózcase también el esófago, que se encuentra inmediatamente detrás de la tráquea y que sobresale un poco de ésta en forma de un tubo aplanado, de borde redondeado, consistente, rojizo o carnoso. Se le reconoce en seguida si está ya distendido por un cuerpo extraño, a menos de confundirlo entonces con el lóbulo tiroideo izquierdo, como ha ocurrido algunas veces.

Si se quiere abrir el esófago sin conductor, cójase su borde con unas pinzas dentadas, levántese un poco, punciónese de fuera adentro en una profundidad de 3 milímetros, y luego agrándese la abertura de arriba abajo, a lo largo del borde, en la extensión de unos 2 centímetros y medio, con el bisturí y la sonda acanalada o con las tijeras, cerciorándose de que la mucosa, que cede a menudo delante del bisturí a causa de la laxitud del tejido conjuntivo subyacente, es hendida al mismo tiempo que la túnica muscular; si no, hiéndasela



Fig. 840. — Esófagotomía externa (incisión)

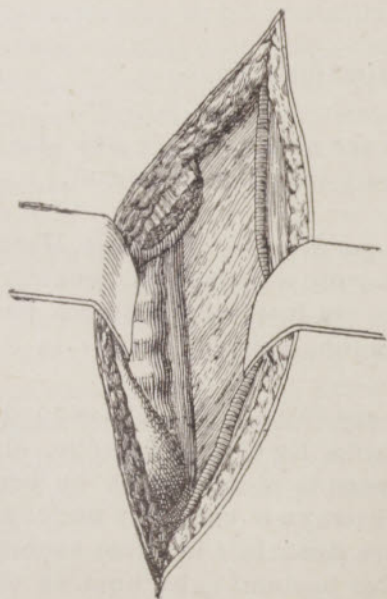


Fig. 841. — Esófagotomía externa. Descubrimiento del esófago (Ricard y Launay)

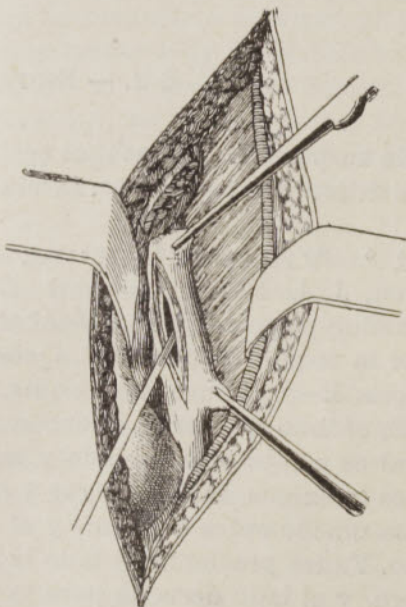


Fig. 842. — Esófagotomía externa. Incisión del esófago (Ricard y Launay)

entonces. Durante este tiempo de la operación evítese la lesión del nervio recurrente que descansa delante del esófago contra la tráquea y, si se la ve al paso del instrumento cortante, divídase la arteria tiroidea inferior entre dos ligaduras.

Si se emplea el conductor de Vacca, introdúzcasele como una sonda con

mandrín, insinúese su extremidad detrás del anillo cricoideo, con su convexidad hacia atrás, y luego vuélvase el instrumento sin separarlo, de modo que la convexidad se apoye sobre el borde izquierdo del esófago, y empújese el botón del mandril para hacer sobresalir este último y poner tenso el borde correspondiente del esófago. Puncióñese e incíndase el esófago, como se ha dicho anteriormente.

Manténganse separados con asas o de otro modo los bordes de la abertura esofágica, determínese la posición del cuerpo extraño, si no está en la misma abertura, y examínese el modo cómo se presenta; luego se le coge directamente con las pinzas, o, si continúa descendiendo bajo éstas, amárresele con un gancho de báscula o un instrumento análogo y extráigasele.

Si se proponía el tratamiento de una estrechez situada por arriba o por abajo, escarifíquese o desbrídese con un bisturí de botón, un herniotomo, etc.

Sutúrense los labios de la incisión esofágica mediante una serie de puntos separados, cogiendo en un solo plano mucosa y musculosa. Reúnanse las partes blandas, con desagüe.

No se colocará la sonda esofágica; déjese al enfermo a dieta absoluta durante cuarenta y ocho horas, y después, alimentación líquida sin sonda.

2.º Vía media. — Berger (1) aconseja, para mayor seguridad, que se haga una incisión casi media en lugar de la incisión lateral clásica. «Se llega así al istmo del cuerpo tiroides, se le corta entre dos ligaduras, se separa de la tráquea su mitad izquierda y el lóbulo correspondiente de la glándula. Haciendo apartar la tráquea fuertemente hacia la derecha con una erina, se encuentra en seguida la parte lateral del esófago y se tienen que ligar pocos vasos.»

§ 2. — ESOFAGOTOMÍA TORÁCICA (2)

En su porción torácica, el esófago puede ser abordado por dos vías igualmente difíciles y peligrosas: la vía mediastina y la vía transpleural.

1.º Vía mediastina. — Reglada por Nasiloff, Quénu y Hartmann, Potarca, J. L. Faure y Sencert. El procedimiento consiste en penetrar en el mediastino posterior y en descubrir el esófago sin interesar la pleura pasando, ya por la izquierda (Nasiloff, Quénu y Hartmann, Forgue), ya por la derecha (Potarca, Rehn, Faure) del raquis.

En el lado izquierdo estorban la aorta y sus ramas, pero el fondo de saco pleural es menos pronunciado y más despegable. En el lado derecho, el único vaso es la ázigos, fácil de ligar y de cortar, pero la pleura forma un seno que avanza mucho entre el raquis y el esófago, obstruye el camino y puede ser perforado. Faure preconiza el lado izquierdo para descubrir la parte superior del esófago, y el lado derecho para la inferior. Por lo demás, he aquí su técnica:

a) Acuéstese al enfermo sobre el lado izquierdo. A nivel del ángulo de las costillas, incíndase desde la sexta costilla hasta el trapecio. Denúdense y reséquense 4 centímetros de la sexta costilla y luego despéguese la pleura de las

(1) Berger, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1893), pág. 281.

(2) Consúltese Nasiloff, *Vratch* (1888), n.º 25, pág. 481; Quénu y Hartmann, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1891), pág. 82; Potarca, tesis de Bucarest (1893); Stoyanov, *R. v. de chir.* (1896), t. XIX, pág. 388; Llobet, *R. v. de chir.* (1900), t. XXII, pág. 674; J. L. Faure, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1903), t. XXIX, pág. 122; L. Sencert, tesis de Nancy (1904), n.º 33.

costillas subyacentes que se resecarán o seccionarán hasta la segunda y aun hasta la primera inclusive (J. L. Faure).

b) Córtense los vasos intercostales y despéguese la pleura hasta el mediastino protegiéndola cuidadosamente; lléguese así al esófago.

c) Hágase la esofagotomía o la esofagectomía; vuélvase a cerrar el esófago lo más herméticamente posible.

d) Sutúrese la brecha torácica plano por plano, con desagüe, o mejor sin desagüe (Faure).

2.º Via transpleural. — Propuesta por Taffier. En lugar de despegar penosamente la pleura y de obtener un acceso muy limitado, pásese francamente a través de la cavidad pleural.

A expensas de las séptima, octava, novena y décima costillas, córtese un gran colgajo de 12 a 15 centímetros de lado con pedículo externo; se le disecciona y echa hacia fuera, provocando un neumotórax progresivo. El pulmón se retrae hacia el hilio y el esófago aparece directamente bajo la pleura mediastina, que basta incidir en el punto conveniente.

VI. — ESOFAGOSTOMÍA

Esta operación consiste en practicar una abertura definitiva o provisional en la parte inferior del esófago cervical. Según J. Berger, data de más de cien años.

Si es definitiva, la abertura debe permitir únicamente la alimentación, cuando la faringe se ha hecho impermeable a consecuencia de ulceraciones, de gangrenas, de una neoplasia cancerosa, y es entonces muy preferible a la gastrostomía. Si es provisional, puede servir para el tratamiento directo, ya de estrecheces cicatriciales superiores (Sklifosowski), ya de estrecheces análogas inferiores, combinándose, en este último caso, con la esofagotomía interna de Gussenbauer o con la gastrostomía (cateterismo retrógrado, cordel-sierra de Abbe).

Los tiempos de la operación son al principio los mismos que para la esofagotomía externa. Luego, cuando el esófago ha sido abierto, se atraen los bordes de la herida esofágica con asas o pinzas y se les fija, en contacto o a distancia, según sea posible, mediante puntos de sutura, a la herida cutánea; se colocan algunos otros puntos en los ángulos superior e inferior de ésta, para reducir su extensión. Se instala una cánula permanente, análoga a la de la traqueotomía (esofagotomitubo), o mejor, se deja la herida libre, se aplica una cura absorbente laxa, y para la alimentación se pasa de vez en cuando una sonda de Krishaber.

VII. — ESOFAGECTOMÍA

1.º Esofagectomía cervical. — El manual operatorio no difiere al principio del de la esofagotomía externa. Cuando el esófago ha sido descubierto por el lado izquierdo y se ha encontrado el cáncer bastante limitado, se le aísla por delante y por detrás, se fijan sus extremidades con asas de hilo por arriba y por abajo de la neoplasia, luego se escinde ésta y se sutura el extremo torácico del esófago en la parte inferior de la herida cutánea; si es necesario, cuando la escisión ha sido muy baja (nos dice Kocher, que ha practicado varias veces

la operación), puede limitarse a amarrar ese cabo durante algunos días con pinzas de forcipresión. Se tapona con la gasa yodofórmica el cabo superior, así como la herida. Alimentación con la sonda, durante cuatro o cinco días, por el trozo inferior, y luego por la boca.

«Poco a poco los dos trozos se retraen y acaban por cicatrizarse sin estrechez alguna» (véase Winiwarter). Si queda una fístula, se la puede cerrar mediante una operación complementaria.

En cuanto a la mortalidad de la operación, se comprende sin trabajo que sea muy elevada: 8 muertes en 12 casos, según Ashurst.

2.º Esofagectomía torácica. — Intentada cuatro veces, hasta ahora sólo ha dado fracasos, con muertes rápidas. Se la practicará como la esofagotomía, bien por la vía mediastina (Faure: 2 casos con 2 muertes), bien por la vía transpleural.

Como la exéresis del neoplasma no permitirá la sutura de los dos cabos, habrá que practicar una gastrostomía previa o bien abocar el cabo inferior a la piel, para asegurar la alimentación del enfermo.

VIII. — ESOFAGOGASTROSTOMÍA TRANSDIAFRAGMÁTICA (1)

Propuesta por Biondi y Gosset, esta intervención, destinada a realizar la exclusión del cardias sin recurrir a la gastrostomía ordinaria, consiste en abocar el extremo inferior del esófago en el estómago a través de una abertura del diafragma. La técnica está calcada sobre la de la gastroenterostomía posterior de von Hacker (véase más adelante).

Puede ejecutarse por la vía transpleural o por la vía mediastina. He aquí sus grandes rasgos:

1.º Vía transpleural (Gosset). — *a)* El enfermo se acuesta sobre el lado derecho, con el brazo izquierdo muy levantado. Por una larga incisión en U de concavidad superior, se forma y levanta un colgajo, cuyo vértice corresponde al noveno espacio y que comprende cuatro o cinco costillas. Ábrase la pleura y créese un neumotórax progresivo.

b) Incíndase la pleura mediastina delante de la aorta, descúbrase y aíslese el esófago en su extremo inferior.

c) Incíndase el diafragma en sentido anteroposterior en una longitud de 4 centímetros, atráigase la tuberosidad mayor del estómago en forma de un cono de 12 centímetros de alto, cuya base se sutura al contorno del orificio diafragmático.

d) Practíquese entonces una anastomosis lateral o terminal entre el cono y la dilatación esofágica situada encima de la estrechez (véase más adelante *Técnica de las anastomosis*).

e) Después de haber fijado el cono gástrico a la pleura parietal, para evitar tracciones, tiéndase y sutúrese el colgajo torácico y luego practíquese la aspiración del aire pleural para destruir el neumotórax creado.

2.º Vía mediastina (Sencert). — *a)* Enfermo acostado sobre el lado derecho. Incisión paralela a la línea espinosa, a tres traveses de dedo de

(1) Consúltese: Gosset, *Rev. de chir.* (1903), t. XXVIII, pág. 694; L. Sencert, *Rev. de gynéc. et de chir. abd.*, Mayo y Junio de 1905, pág. 469.

esta línea y al lado izquierdo, desde el ángulo de la séptima costilla a la undécima o duodécima.

b) Légrense las costillas y reséquense prudentemente 5 a 7 centímetros de los octavo, noveno, décimo y undécimo arcos costales.

c) Despéguese suavemente la pleura sin abrirla. El esófago aparece en la parte inferior de la herida, inmediatamente delante de la aorta, como un cordón muscular longitudinal, oblicuo hacia abajo y a la izquierda. Aíslese prudentemente. Córtese, si existe, el ligamento interpleural y prosígase el despegamiento de la pleura hasta el nivel de la cúpula diafragmática. Este despegamiento es incómodo.

d) Pálpese el diafragma. Allí donde cesa la resistencia del hígado, incídase el músculo en una longitud de 3 a 4 centímetros. El estómago forma hernia y se deja estirar en forma de cono.

e) Practíquese entonces como anteriormente el abocamiento esofagogástrico.

CAPÍTULO IX

OPERACIONES EN LAS PAREDES DEL ABDOMEN

I. — INCISIÓN DE LOS ABSCESOS DE LA PARED ABDOMINAL

1.º Abscesos subcutáneos. — La incisión no presenta dificultad alguna. Previa anestesia local con la estovaina, se practicará siguiendo el eje mayor de la colección.

2.º Abscesos profundos. — Son subaponeuróticos, situados detrás de la línea alba. Se les abrirá por una incisión en la línea media subumbilical que, capa por capa, interese la piel, el tejido celular y la línea alba misma. Evacuada la colección, se buscarán con la sonda acanalada los divertículos posibles para abrirlos y desaguarlos a su vez.

II. — PARACENTESIS DEL ABDOMEN

Es la punción de la cavidad peritoneal, cuando esta cavidad contiene un derrame líquido. Es evacuadora o exploradora.

Se practica por medio de un trócar de 3 a 4 milímetros de diámetro, con llave, al que se puede adaptar un tubo de caucho.

El sitio de elección para los ingleses es la línea alba a igual distancia del pubis y del ombligo.

Más a menudo, y en Francia particularmente, se punciona en el punto medio de una línea que une el ombligo con la espina ilíaca anterosuperior izquierda, después de haber reconocido por la percusión los límites respectivos de la macidez y de la sonoridad abdominales.

Asepsia de la región, de las manos del cirujano y del trócar. Con o sin anestesia local previa con el cloruro de etilo, el cirujano coge el trócar con la mano derecha, el pomo del punzón bien apoyado en la palma de la mano, el índice derecho alargado sobre la cánula, y con un golpe seco y brusco, atraviesa la pared en el punto escogido, en plena zona mate, evitando las venas subcutáneas (fig. 843).

El extremo del trocar parece quedar libre en la cavidad abdominal. Se retira el punzón, se ajusta el tubo de caucho al pabellón de la cánula y se deja fluir el líquido, mientras un ayudante, colocado al otro lado del enfermo, com-

primo regularmente el vientre con sus manos extendidas. Si cesa bruscamente la salida del líquido, cámbiase la dirección de la cánula. Cuando la evacuación



Fig. 843. — Paracentesis del abdomen

ha terminado, retirese vivamente la cánula, obtúrese la puntura con un poco de algodón colodionado y comprímase el vientre con un vendaje de cuerpo.

III. — LAPAROTOMÍA

Es la incisión de la pared abdominal: *incompleta* cuando se detiene en el tejido conjuntivo subperitoneal, *completa* (celiotomía de algunos autores) cuando se abre la cavidad peritoneal.

La laparotomía puede ser: 1.º *exploradora*; 2.º *final* (tratamiento de la ascitis tuberculosa y de las peritonitis), o bien, 3.º *preliminar*, la más común, cuando constituye el primer tiempo de una operación visceral intraabdominal.

§ 1. — CUIDADOS PRELIMINARES

En los casos urgentes, habrá que contentarse con practicar, según las reglas habituales, una desinfección completa de toda la pared, previa la rasura del vello y el cateterismo vesical.

1.º Régimen alimenticio. — En los demás casos, será útil preparar a los enfermos durante algunos días o algunas semanas, del modo siguiente. Pauchet (1) ha insistido acerca de la importancia del régimen preoperatorio.

(1) Pauchet, *Congrés de gynéc. de Rouen* (1904).

Cuando los enfermos son adiposos, de pared abdominal gruesa, hay que someterlos durante tres, seis o doce semanas a un régimen de enflaquecimiento, compuesto únicamente de agua, caldo de legumbres, legumbres verdes y fruta, sobre todo naranjas. Por esta influencia se produce un enflaquecimiento de 10 a 30 kilogramos, favorable por todos conceptos.

A menudo es útil imponer a los enfermos antes de la operación una dieta hídrica de cuatro a cinco días, con purgantes y enemas oleosos repetidos, a fin de combatir la distensión intestinal. En todo caso, es de regla administrar la antevíspera de la operación un buen purgante (40 a 45 gramos de sulfato de magnesia o dos grandes vasos de Sedlitz o una botella de Hunyadi-Janos) y ese día el enfermo toma como única alimentación un poco de leche, de caldo o de agua hervida. La vispera de la operación se vuelve a dar un purgante a dosis menor, y el enfermo toma sólo un poco de leche o de agua hervida. La vispera por la noche o por la mañana misma, dieta absoluta y un gran enema de agua hervida que debe ser devuelto antes de la operación.

2.º Desinfección de la pared. — En los días que preceden a la operación se tomarán varios baños jabonosos o lavados con jabón y una disolución sódica. Desde la antevíspera, la pared abdominal quedará completamente afeitada o depilada.

La *rasura* será practicada con una navaja aséptica, con ayuda de una abundante jabonadura y con todas las precauciones para no provocar una foliculitis cutánea.

La *depilación* (1) se obtendrá por medio de una pasta depilatoria: sulfhidrato de calcio por ejemplo. Se extiende sobre la región que se quiere depilar. Se quita al cabo de cinco o diez minutos por medio de un lavado con mucha agua. Se lociona la región con vinagre y luego se enjabona.

Después de la rasura o de la depilación, se practicará minuciosamente la desinfección de toda la pared y del ombligo en particular, según las reglas habituales de la asepsia pura o de la asepsia combinada con la antisepsia (véanse págs. 24 y 25).

Se colocará sobre el abdomen un apósito aséptico o antiséptico, bien sujeto por medio de vendajes a propósito. Se ha aconsejado aplicar un apósito antiséptico húmedo (sublimado al 1 por 1000 o 1 por 2000, formol al 5 por 1000, etc.) para asegurar mejor la desinfección; pero es frecuente ver que esta práctica ocasiona una erupción de dermatitis o de foliculitis. Vale más un apósito seco.

La vispera, nueva preparación de la pared, igualmente minuciosa y completa.

Y finalmente, última limpieza, la mañana misma de la operación, seguida de la aplicación, durante la media hora que precede a la operación, de una compresa aséptica empapada en agua oxigenada.*

3.º Envoltura de los miembros inferiores. — Para evitar todo enfriamiento, se envolverán los miembros inferiores, desde los pies hasta la raíz de los muslos, en una gruesa capa de algodón sujeta por medio de vendas o de anchas polainas de franela.

4.º Inyecciones leucotácicas (2). — Con el fin de excitar la fagocitosis peritoneal para luchar contra la infección, M. Kulicz inyecta *debajo de la piel*, doce horas antes de la operación, 50 centímetros cúbicos de una disolución de ácido nucleínico al 2 por 100. Esta disolución, para ser estable, debe ser alcalinizada con un poco de bicarbonato sódico.

Schmidt inyecta *en el vientre*, por medio de un trócar especial, diez y siete a diez y ocho horas antes de la operación, una mezcla de 5 centímetros cúbicos de suero de caballo y 250 de agua salada al 9 por 1000.

Veremos más adelante que, con el mismo fin, Raymond Petit vierte y deja en el peritoneo al terminar la intervención, cierta cantidad de suero caliente de caballo.

(1) Raybaud, *Marseille médic.* (1900), pág. 364.

(2) Véase *Deutsche med. Wochenschrift* (1904), n.º 31, pág. 1140, y n.º 49, pág. 1807.

§ 2.— MATERIAL OPERATORIO

Comprende, en su conjunto, los instrumentos siguientes:

a. Un plano o una mesa de inclinación que permita poner al enfermo en posición declive, con la cabeza baja, llamada posición de Trendelenburg (figs. 844 y 845),

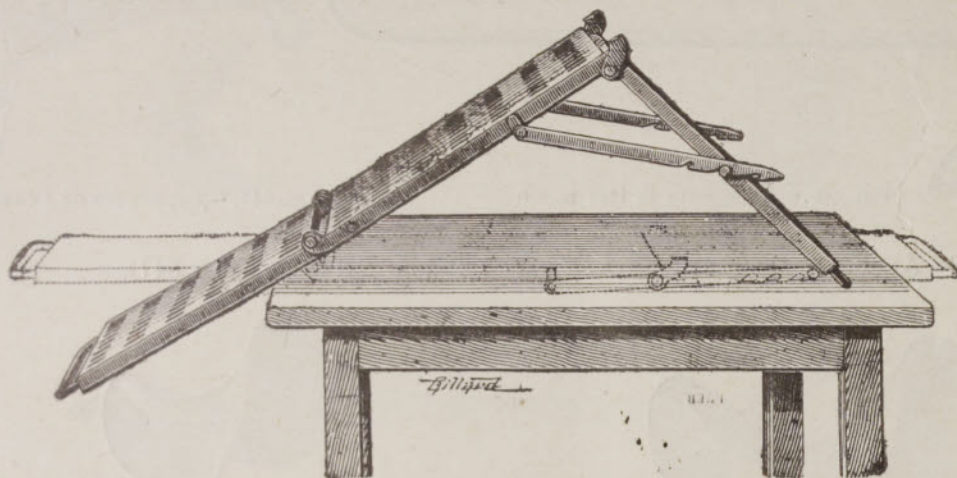


Fig. 844. — Plano inclinado portátil, colocado sobre una mesa ordinaria

Existen actualmente modelos muy numerosos de esas mesas, unas fijas para salas de operaciones y otras plegables y portátiles.

En cirugía de urgencia, la posición de Trendelenburg podrá hacerse con bastante sencillez por medio de un larguero de mesa colocado entre dos caballetes para

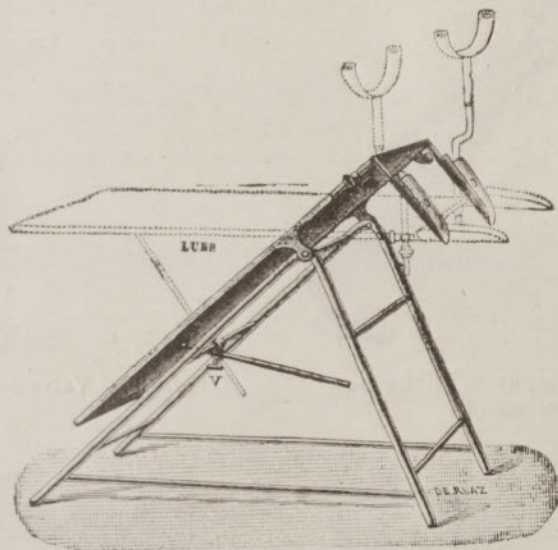


Fig. 845. — Mesa de inversión

la horizontal y sobre uno solo para la inclinación, o bien también por medio de una mesa ordinaria que se levantará de un lado, pasando debajo de los pies correspondientes una caja de la altura deseada.

b. El aparato instrumental ordinario: bisturís, tijeras, pinzas de disección, pinzas hemostáticas, sonda acanalada, aguja de Deschamps, agujas de sutura, etc.

c. Instrumentos especiales, variables según la naturaleza de la operación proyectada y de los cuales los más necesarios son:

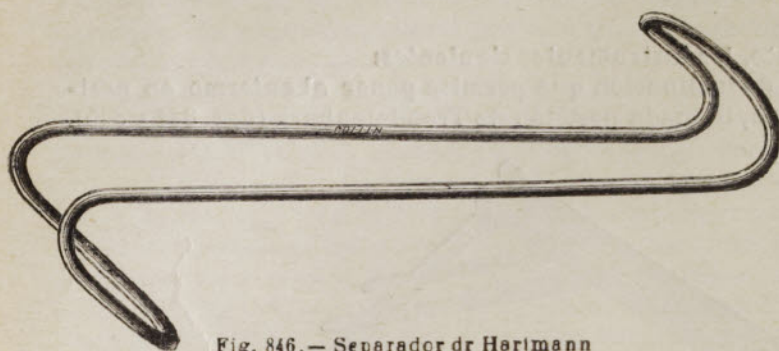


Fig. 846. — Separador de Hartmann

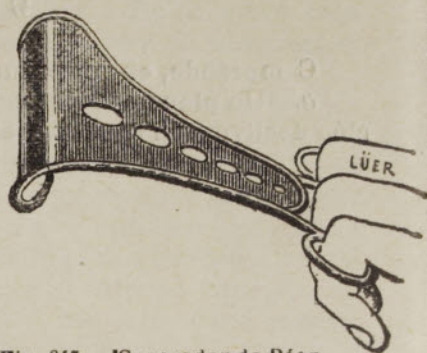


Fig. 847. — Separador de Péan

1.º Anchos separadores para la pared abdominal (figs. 846 y 847).

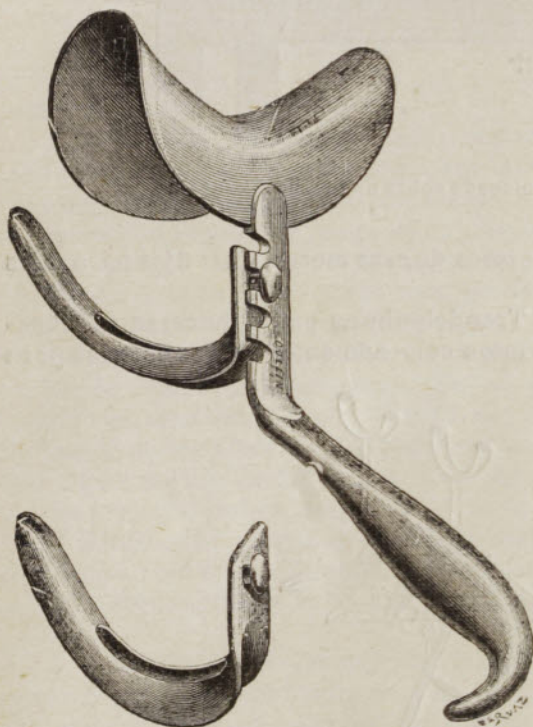


Fig. 848. — Valva suprapúbica abdomino-vaginal de Monprofit

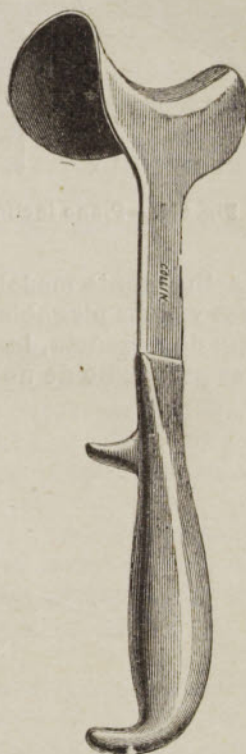


Fig. 849. — Valva suprapúbica de Doyen

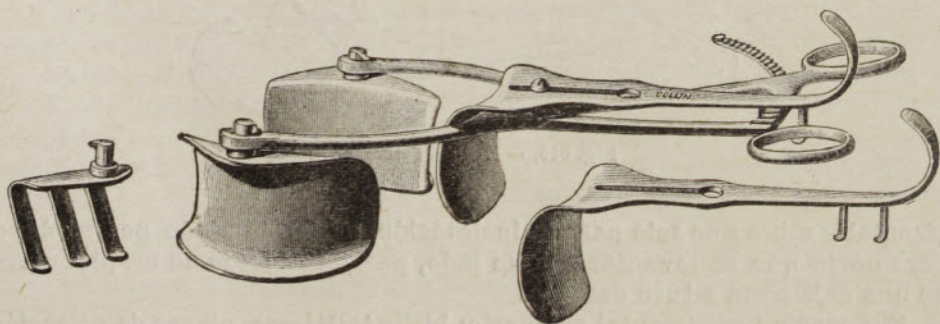


Fig. 850. — Separador trivalvo de Collin, cuyas valvas laterales pueden ser reemplazadas por los garfios de Houzel

2.º Valvas abdominales simples o combinadas y autocfijadoras (figuras 848 a 851).

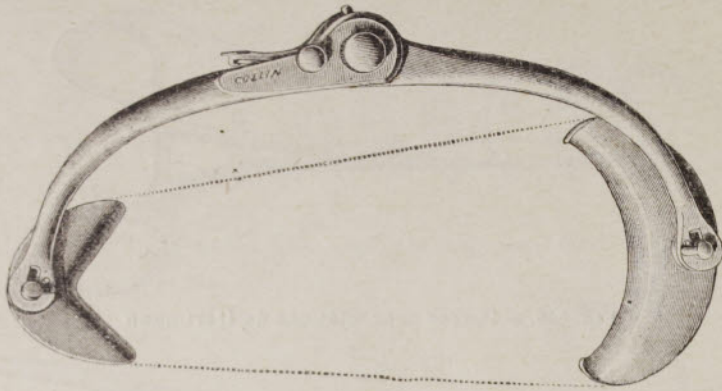


Fig. 851. — Separador bivalvo de Delagénère



Fig. 852. — Pinzas-clamp rectas de Terrier



Fig. 853. — Pinzas-clamp curvas de Terrier



Fig. 854. — Pinzas-clamp de Richelot

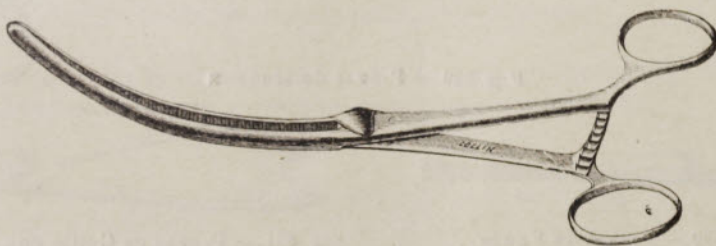


Fig. 855. — Pinzas coprostáticas de Doyen

3.º Pinzas-clamp de tamaño y curvatura varias (figs. 852, 853 y 854).

4.º Pinzas para coprostasis (figs. 855 y 856), que pueden en rigor ser reempla-

zadas por clamp poco apretados y cuyas ramas se pueden guarnecer, si se quiere, con tubos de caucho.

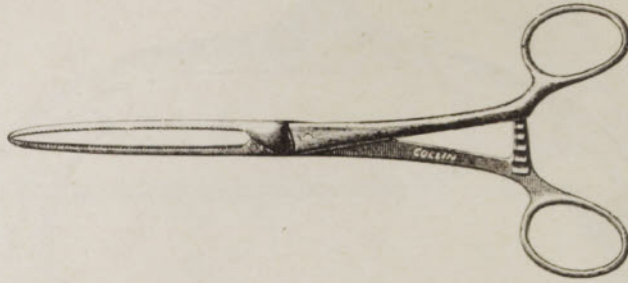


Fig. 856. — Pinzas coprostáticas de Hartmann

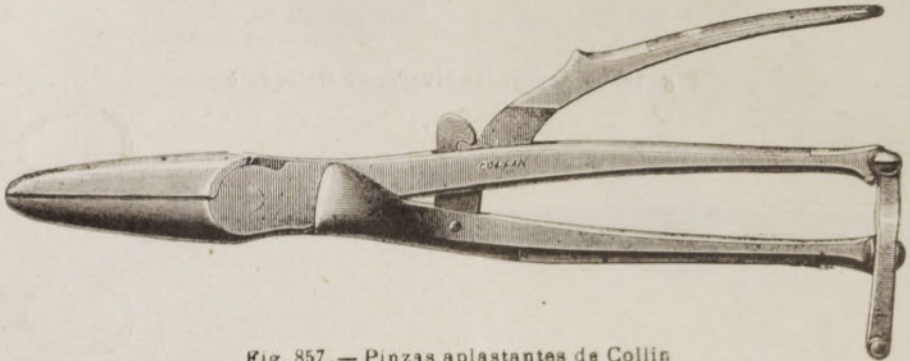


Fig. 857. — Pinzas aplastantes de Collin

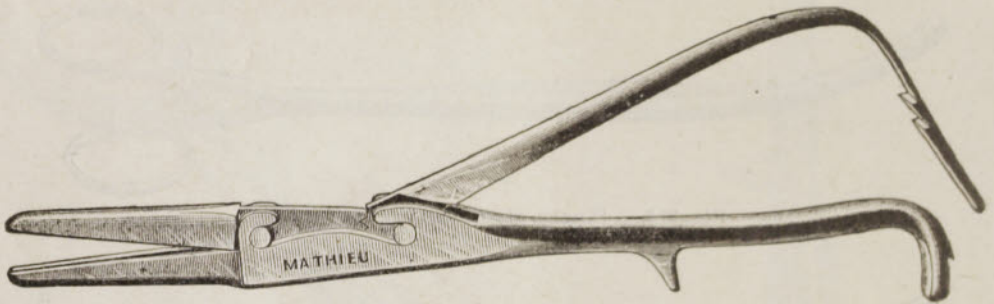


Fig. 858. — Pinzas aplastantes de Mathieu



Fig. 859. — Pinzas de Museux



Fig. 860. — Pinzas de Faure

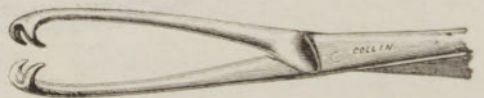


Fig. 861. — Pinzas de Collin con garfios romos

- 5.º Unas pinzas aplastantes para pedículos o para intestino (figs. 857 y 858).
 6.º Pinzas de tracción para tumores sólidos, pinzas de Museux (fig. 859), pinzas de Faure (fig. 860), pinzas de Collin con garfios romos (fig. 861).

7.º Tractores o desenclavadores helicoidales (figs. 862 y 863).

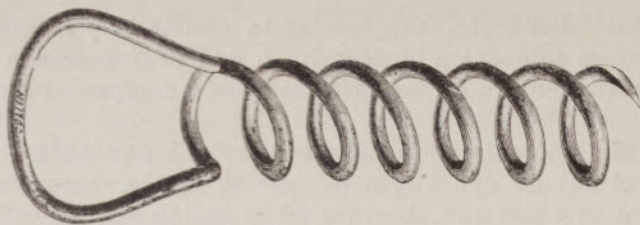


Fig. 862. — Desenclavador de Delagénière

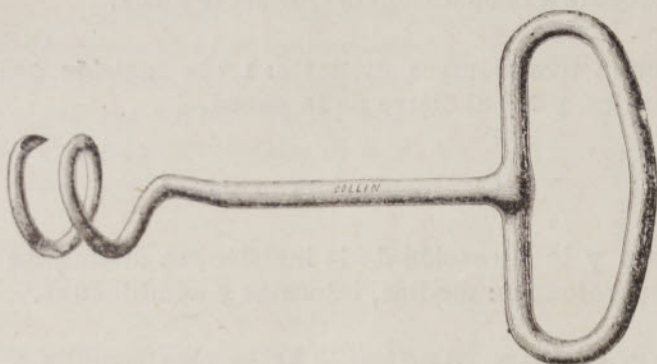


Fig. 863. — Tractor de Doyen



Fig. 864. — Trocar para quiste

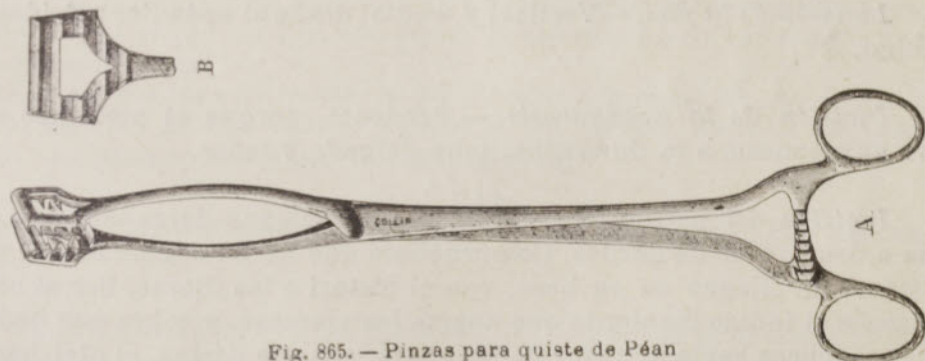


Fig. 865. — Pinzas para quiste de Péan

8.º Un trocar para la evacuación de los tumores líquidos (fig. 864).

9.º Pinzas adecuadas para estos mismos tumores (fig. 865).

§ 3. — TÉCNICA DE LA LAPAROTOMÍA

El enfermo, antes o después de la anestesia, será colocado y sujetado sobre la mesa de operación. Brazos y piernas se sujetarán sólidamente en posición adecuada, éstas para que el enfermo no resbale en la posición declive, *aquellos para evitar las parálisis radiales y radiculares* que suceden a menudo a una mala actitud o a

la compresión de los nervios del brazo cuando éste descansa sobre los bordes de la mesa.

Cuando todo está dispuesto, aseguradas la anestesia y la asepsia, el cirujano, según su costumbre, se colocará a la derecha o con preferencia a la izquierda del enfermo, su ayudante frente a él, los instrumentos y compresas a su alcance (véase fig. 1).

Se descubrirá el vientre del enfermo y se limpiará por última vez si conviene. Se circunscribirá el campo operatorio por medio de una compresa muy ancha que cubra todo el abdomen y con una abertura en la región conveniente, o más sencillamente por medio de cuatro servilletas unidas entre sí con pinzas.

Entonces se procede a la operación propiamente dicha.

Ésta comprende tres tiempos distintos: 1.º la incisión de la pared; 2.º las maniobras viscerales, y 3.º el cierre de la pared.

I. — Incisión de la pared

Según el sitio y la dirección de la incisión, se distinguen tres variedades principales de laparotomías: medias, laterales y combinadas.

A. Laparotomía media. — Es la más sencilla y la que más se emplea. Es supra o subumbilical.

1.º **Laparotomía media supraumbilical.** — Utilizada para las intervenciones en la región superior del abdomen: abscesos subfrénicos, estómago, hígado y bazo.

Será ventajoso colocar al enfermo en posición proclive o con el vientre colgando, según la manera de Kelling (véase pág. 5).

a. *Incisión de la piel.* — Vertical y media, desde el apéndice xifoides hasta el ombligo.

b. *Incisión de la aponeurosis.* — Prudente, porque el peritoneo está a menudo yuxtapuesto a la línea alba, muy delgado y tenso.

c. *Incisión del peritoneo* — Levántese un pliegue delgado de la serosa con una o dos pinzas de garfios. Compruébese que se ha cogido sólo el peritoneo. Córtese el pliegue en su base, con el bisturí o las tijeras. Por el orificio, introdúzcase el índice izquierdo que aparta las vísceras, y sobre este dedo protector, ensánchese hacia arriba y hacia abajo, con las tijeras, el ojal hecho en el peritoneo, y luego reténganse sus labios con pinzas.

Si por abajo hay que rebasar el ombligo, rodéesele por la izquierda para evitar la hoz de la vena umbilical, volviendo en seguida a la línea media.

2.º **Laparotomía media subumbilical.** — Utilizada para la región inferior del abdomen: intestino y órganos genitales internos de la mujer.

Será ventajoso colocar al enfermo en posición declive.

a. *Incisión de la piel.* — Vertical y media, desde el borde superior de la sínfisis al ombligo (fig. 866, 1), o bien más arriba, rodeándolo por la izquierda.

Córtese la grasa, a veces muy gruesa. Hemostasia de las superficies de sección. Si la pared sangra, son de temer adherencias profundas de las vísceras a la pared (Terrier).

b. *Incisión de la aponeurosis.* — La línea alba es de ordinario muy estrecha. Es a menudo difícil y, además, inútil seguirla muy exactamente. Es más cómodo abrir la vaina de uno de los rectos y separar hacia fuera el borde interno del músculo para incidir a su vez la hoja profunda de la vaina. Algunos cirujanos aconsejan abrir la vaina de los dos músculos y de un tijeretazo reseca la línea alba interpuesta para poder luego suturar uno a otro los bordes internos de los músculos (Jonnesco, Monod y Vanverts).

c. *Incisión del peritoneo.* — Después de haber incidido la grasa subperitoneal, a menudo muy gruesa, pellízquese el peritoneo, ábrasele con precaución, introdúzcase el índice izquierdo y ensánchese prudentemente la abertura, primero hacia arriba y luego hacia abajo, poniendo el mayor cuidado en respetar la vejiga, y asegurándose por la vista, por el tacto, y si es necesario por el cateterismo vesical, de que este órgano no corre riesgo.

La abertura del peritoneo presenta a veces ciertas dificultades, cuando el tejido subperitoneal está muy engrosado; en este caso, el cordón fibroso del uraco que sube recto hacia el ombligo ofrece un precioso punto de referencia porque indica la vecindad inmediata de la serosa.

Otras veces son las adherencias de las vísceras a la pared las que pueden producir algún estorbo. En este caso es necesario, sin vacilar, abrir el peritoneo más arriba en una zona no adherente (Gérard-Marchant).

Abierto el peritoneo, reténganse los labios de la incisión con una serie de pinzas.

B. Laparotomías laterales (1). — Pueden interesar o no la vaina del músculo recto mayor.

1.º Laparotomía por la vaina del músculo recto. — Presenta tres variedades:

a. *A través del músculo mismo* (Edebohls, Doléris, Howitz). — Previa sección de la piel, de la grasa, de la hoja anterior de la vaina, se incide el músculo mismo paralelamente a sus fibras y luego la hoja profunda de la vaina, la fascia subperitoneal y el peritoneo.

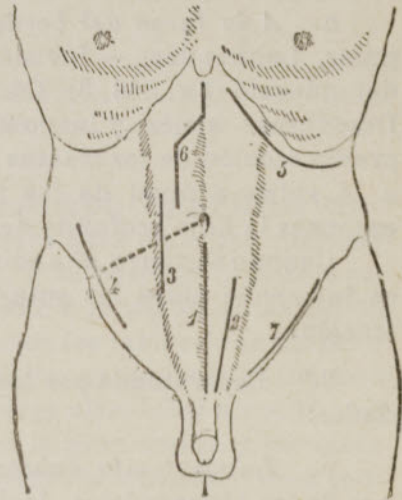


Fig. 866

1, laparotomía media subumbilical. — 2, laparotomía submedia de Longuet. — 3, laparotomía lateral de Kammerer-Jalaguier. — 4, laparotomía iliaca de Nélaton-Roux. — 5, laparotomía subcostal. — 6, laparotomía en bayoneta de Kehr. — 7, laparotomía inguinal subperitoneal de Pozzi.

(1) Consúltense: Longuet, *Presse méd.*, 9 de Septiembre de 1903, pág. 641; Joanin, Tesis de París, Julio de 1903.

b. *A lo largo del borde interno del músculo* (Longuet). — Propuesta por este cirujano con el nombre de celiotomía abdominal submediana. Incisión cutánea oblicua hacia arriba y afuera, desde la espina pública izquierda hasta dos traveses de dedo (fig. 866, 2) por fuera y abajo del ombligo. Ábrase la vaina del recto, apártese el borde interno del músculo hacia fuera, incíndase la hoja posterior de la vaina y el peritoneo. Ciérrase por planos.

c. *A lo largo del borde externo del músculo* (Kammerer, Battle, Jalaquier, Lennander). — Incisión cutánea un poco por dentro del borde externo del músculo (fig. 866, 3). Córtese la piel, la grasa y la hoja anterior de la vaina. Descúbrase, aíslese y luego apártese hacia dentro el borde externo del músculo, previa sección de los tractus vasculares que lo atraviesan y de las adherencias a la vaina a nivel de las intersecciones aponeuróticas del recto. Incíndase entonces la hoja profunda de la vaina, la fascia subperitoneal y el peritoneo.

Cuando se cierra el abdomen, el músculo se extiende de nuevo en su vaina, se interpone entre las suturas de las dos hojas de ésta y se opone a la eventración.

2.º *Laparotomía por fuera del músculo recto mayor*. — Presenta tres variedades:

a. *Laparotomía subcostal*. — Utilizada para las operaciones en los órganos de los hipocondrios. Incisión oblicua, paralela al borde costal, a dos traveses de dedo debajo de él (fig. 866, 5). Córtese la piel, la grasa y las tres capas musculares: oblicuo mayor, oblicuo menor y transverso, y, finalmente, la fascia subperitoneal y el peritoneo.

b. *Laparotomía iliaca*. — Utilizada para la apendicitis o la creación de un ano contranatural. Incisión curvilínea, paralela al arco de Falopio, con su punto medio frente a la espina iliaca anterosuperior (fig. 866, 4). Córtese la piel, la grasa y la aponeurosis del oblicuo mayor. Entonces se puede, o bien cortar francamente el oblicuo menor y el transverso en toda la extensión de la herida (Nélaton, Roux), o bien penetrar por entre dos haces del oblicuo menor, disociarlos, apartarlos con separadores y obrar análogamente con el transverso (Mac Burney, Hartmann). Córtese, por último, la fascia subperitoneal y ábrase el peritoneo.

c. *Laparotomía inguinal subperitoneal*. — Utilizada para la abertura de ciertos abscesos ilíacos o de los flemones del ligamento ancho pegados a la pared anterior. Es una laparotomía *incompleta*, en la que se respeta la cavidad serosa. Incisión paralela al arco de Falopio (fig. 866, 7). Córtese la piel, la grasa y la aponeurosis del oblicuo mayor y secciónese o apártese hacia arriba el borde inferior del oblicuo menor y del transverso. Lléguese al tejido celular subperitoneal. Levántesele para alcanzar y seguir el suelo ilíaco hasta la colección, respetando el peritoneo, al que protege un ancho separador, y que, además, se halla alejado por la posición fuertemente declive.

C. *Laparotomías combinadas*. — En la variedad más sencilla, si la incisión media abre un paso insuficiente, se practica arriba o abajo un *desbridamiento transversal a través de los rectos*, que se procurará retener cuidadosamente con hilos suspensores para practicar mejor su restauración por sutura.

La laparotomía crucial (Küstner, Segond, Dartigue) (1) requiere una incisión cutánea transversal, situada exactamente encima del pubis, en la zona pilosa, y luego, previo desprendimiento de los labios de esta incisión, que dos separadores apartan hacia arriba y hacia abajo para transformarla en abertura vertical, los planos profundos son seccionados longitudinalmente. Terminada la operación, estos mismos planos se unen a lo largo y la piel de través; la cicatriz queda oculta por los pelos.

II. — Maniobras viscerales

A. Exposición y limitación del campo operatorio. —

Habitualmente se coloca al enfermo en posición declive para todas las operaciones concernientes a la región inferior del abdomen, y en posición proclive, con una almohada bajo los riñones, para las que interesan a la región superior. Se aplican dos compresas asépticas debajo de cada uno de los labios de la incisión. Se coloca un separador abdominal uni, bi o trivalvo para abrir al máximo los labios de la herida. Entonces se colocan compresas aisladoras alrededor de la zona o del órgano enfermo para cerrar y proteger la gran serosa y las vísceras vecinas contra la irrupción de materias o de gérmenes sépticos. Estas compresas, que es posible caigan y sean olvidadas en el vientre, deben ser *siempre* muy anchas y cuidadosamente retenidas por medio de pinzas (pinzas de anillos dorados) provistas de una marca distintiva. Fisher (2) ha propuesto recientemente, para más seguridad, enhebrarlas en una larga cinta aséptica montada en un pasador.

B. Operación visceral. — Variable con la lesión.

C. Limpieza y lavado del peritoneo. — La limpieza del peritoneo se debe ejecutar siempre con mucho cuidado por medio de compresas-esponjas que, por frote suave, quitan la sangre o las materias derramadas.

El lavado del peritoneo es, por el contrario, de aplicación excepcional. Se le acusa de ser incompleto (por lo tanto inútil) y peligroso, porque expone a generalizar una infección localizada y aumenta siempre el choque operatorio. Hoy se practica únicamente con agua esterilizada (o mejor con suero fisiológico) a la temperatura de 40°.

Con el fin de excitar el poder leucotóxico del peritoneo y de luchar contra la infección, Mikulicz (3), independientemente de una inyección hipodérmica de ácido nucleínico (véase pág. 778), hace un abundante lavado del peritoneo con agua salada y deja una parte de ella en el peritoneo.

Raimond Petit (4) vierte y deja en el vientre cierta cantidad de suero caliente de caballo.

D. Peritonización de las superficies cruentas. — Actualmente es el tiempo final necesario en toda laparotomía. Toda superficie cruenta visceral o parietal deberá ser sepultada bajo una cubierta serosa, destinada

(1) Dartigue, *Presse médic.* (1899), t. II, pág. 202.

(2) Fisher, *Sem. médicale* (1904), n.º 2.

(3) Mikulicz, *Anal. in. Deutsche med. Woch.* (1904), n.º 31, pág. 1140.

(4) R. Petit, *Ann. de l'Institut Pasteur* (1904), n.º 6, pág. 407.

a disminuir las probabilidades de infección y a prevenir la producción de adherencias y de oclusión intestinal.

Excepcionalmente se deberá recurrir a un injerto epiploico (Loewy), que se desprenderá completamente del epiplón mayor y que se aplicará mediante algunos puntos sobre la superficie o sobre el órgano que se ha de cubrir.

Más a menudo se utilizará el peritoneo vecino, que se aplicará sobre la superficie cruenta por medio de puntos seroserosos, de una jareta en forma de bolsa (apéndice, intestino) o bien, en las intervenciones sobre la pelvis, se empleará el mesocolon y el colon pelvianos que se desplegarán en forma de abanico para fijarlos al contorno de la pelvis menor desnuda.

E. Desagüe. Taponamiento. — El primero es preferible al segundo, el cual sólo está indicado en las hemorragias.

1.º Desagüe. — Hoy se practica únicamente con el auxilio de tubos de caucho, de vidrio o de metal, suficientemente rígidos para resistir la presión de las asas vecinas, provistos o no de una mecha aséptica en su interior, análoga a las mechas de las lámparas redondas (H. Delagénère). Estos tubos están a menudo cubiertos y rodeados de tiras de gasa que hacen su contacto menos ofensivo para las vísceras vecinas, pero perjudican a la eficacia del desagüe.

Resulta, en efecto, de los recientes experimentos de Murphy (1) que la producción muy rápida de adherencias alrededor del material de desagüe, hace que éste resulte ineficaz e ilusorio al cabo de diez y ocho horas para las mechas de gasa y de setenta y dos horas para los tubos de vidrio o de caucho.

Resulta de ello que: 1.º en las infecciones localizadas del peritoneo y cuando se desea circunscribir un foco provocando rápidamente a su alrededor una zona de adherencias limitantes, conviene emplear las mechas de gasa; 2.º en las infecciones generalizadas del peritoneo y cuando se quiere desaguar el mayor tiempo posible la gran cavidad peritoneal, hay que usar los tubos de caucho o de vidrio, y 3.º en todos los casos, después del tercer día se puede y se deben quitar o acortar los tubos, cuyo contacto prolongado podría perjudicar a los órganos vecinos.

El desagüe puede ser abdominal, vaginal, abdominovaginal y complejo. Se utiliza para establecerlo, o bien la incisión de laparotomía que se deja más o menos abierta, o bien incisiones o contraaberturas de descarga (incisiones abdominales laterales, colpotomía, perineotomía, rectotomía, etc.).

En las infecciones difusas del peritoneo, es necesario, para realizar un desagüe eficaz, abrir y desaguar: 1.º el epigastrio en la línea media; 2.º el hipogastrio en la línea media; 3.º las fosas ilíacas a cada lado (contraaberturas laterales), y 4.º la pelvis, con el auxilio: en la mujer, de una ancha colpotomía (incisión del repliegue de Douglas y del fondo de saco vaginal posterior); en el hombre, ya de una incisión del repliegue de Douglas y del periné (perineotomía), ya de una incisión del recto (Pauchet), ya de una incisión practicada en uno de los lados del recto y del coxis (Rémy). Para la técnica detallada de esas diversas incisiones, véanse sus respectivas descripciones en los capítulos de la colpotomía, de la perineotomía y de la apendicitis.

2.º Taponamiento. — El taponamiento «a la Mikulicz» era y es todavía el más usado. He aquí el modo de ejecutarlo (figs. 867 y 868):

(1) Murphy, *Boston med. and surg. journal*, 12 de Enero de 1905, pág. 35.

En el centro de un trozo bastante ancho de gasa esterilizada, se fija una seda sólida por medio de un nudo que apriete muy fuertemente la gasa. Cójase

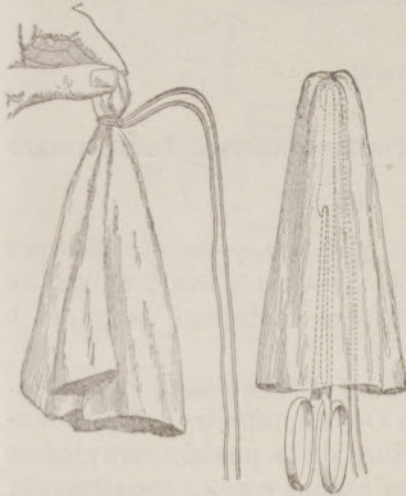


Fig. 867. — Taponamiento de Mikulicz
Confección del saco (J. L. Faure)

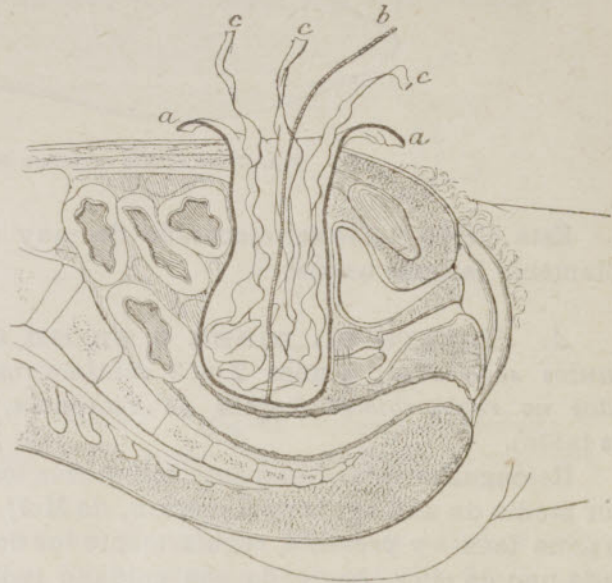


Fig. 868. — El saco aa está colocado. El hilo b está fuera.
Se empiezan a colocar las mechas ccc (Pozzi)

este nudo con unas pinzas largas, déjese caer la gasa alrededor del hilo y de las pinzas, formando una especie de saco (fig. 867). Con las pinzas, llévase el fondo de saco al fondo del vientre y al sitio deseado, dejando salir por la herida el extremo libre del saco y el hilo fijador.

En el interior del saco, métense y apídense mechas de gasa esterilizada o bien un tubo rodeado de mechas (figura 868).

Para quitar el taponamiento, empápense primero las piezas con suero o mejor con agua oxigenada (Poncet) que, al desprender burbujas gaseosas, tiende a despegar las mechas y el saco. Retírense primero las mechas una por una y luego tírese del hilo para extraer el saco (fig. 869).

Este taponamiento debe ser ejecutado, no con gasa yodofórmica, sino con gasa aséptica simple. Debe permanecer colocado de dos a cinco días aproximadamente.

III. — Sutura de la pared

Terminadas las maniobras viscerales y la limpieza peritoneal, se quitarán con cuidado todas las compresas abdominales. Se comprobará que no queda en el vientre ni compresa, ni instrumento. Se hará levantar al enfermo, si está en posición declive, para que el epiplón y el intestino recobren su sitio normal y para que el aire contenido en la cavidad abdominal pueda escapar libremente sin causar enfisema de la pared. Se efectuará la hemostasia, y luego de haber deslizado debajo de los labios de la herida una pequeña compresa o la soleta metálica de Rever-



Fig. 869. — Manera de retirar el saco, tirando progresivamente del hilo, previa ablación de las mechas (J.-L. Faure).

din (1) (fig. 870), destinada a proteger los intestinos, se procederá al cierre de la pared.



Fig. 870. — Soleta metálica de Reverdin

Este cierre puede ser ejecutado de muy diferentes maneras. Indicaremos solamente las más usadas.

A. Sutura en masa o en un solo plano. — Se ejecuta por puntos separados, a unos 2 o 3 centímetros uno de otro y valiéndose de hilos no reabsorbibles (crines de Florencia, alambres metálicos de plata o de latón).

Reténganse cuidadosamente con pinzas los labios peritoneales de la herida. Por medio de una aguja de Reverdin, de Moij o de Doyen, mientras el ayudante pone tensos y presenta regularmente los dos labios de la pared, atraviésese cada uno de ellos, cogiendo con cuidado todos los planos que la constituyen: piel, capa fibromuscular, peritoneo; engánchese uno de los cabos del hilo escogido y arrástresele de dentro a fuera (fig. 871).

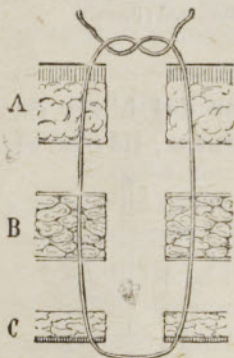


Fig. 871. — Sutura en masa en un solo plano.

A, piel y tejido celular; B, músculo y aponeurosis. — C, peritoneo y grasa subperitoneal.

Repítase igual maniobra en el labio opuesto y en un punto bien simétrico. Colóquense así, sin apretarlos, los hilos separados de 2 a 3 centímetros; reténganse con pinzas. Una vez pasados todos los hilos, el ayudante, por medio de ellos mismos, levanta y confronta los labios de la herida; el cirujano los ata sucesivamente de arriba abajo o de abajo arriba *vigilando minuciosamente la confrontación exacta, sección por sección, de las diferentes capas de la pared.*

Si es necesario, algunos hilos superficiales o algunos corchetes de Michel intercalares completan la coaptación de la piel.

B. Sutura en planos superpuestos con hilos perdidos. — Comparte con la precedente el favor de los cirujanos. Se la ejecuta con seda fina o con catgut en los planos profundos, con crines de Florencia o con los corchetes de Michel en la piel. Por último, se pueden emplear los puntos separados o el punto por encima.

1.º Sutura en tres planos. — Es la más usada. Primer plano seroso o fibroso, interesando entonces para mayor solidez la hoja profunda de la vaina. Segundo plano: músculoaponeurótico. Tercer plano cutáneo: sutura percutánea con hilos separados, sutura intradérmica o corchetes de Michel (fig. 872).

2.º Sutura en dos planos. — Primer plano peritoneomúsculoaponeurótico. Segundo plano cutáneo (fig. 873).

(1) A. Reverdin, *XVII Congr. fr. de chir.* (1904), pág. 823.

Cuando los músculos rectos hayan sido interesados transversalmente, habrá que reconstituirlos con cuidado por medio de hilos en U.

Cuando se haya practicado una laparotomía en el borde externo del músculo recto, será necesario: 1.º suturar el peritoneo y la hoja profunda de la

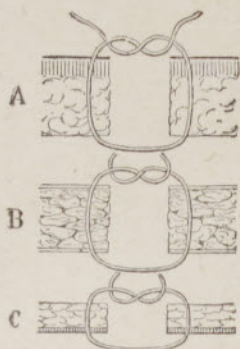


Fig. 872. — Sutura en tres planos

A, piel y tejido celular; B, músculo y aponeurosis;
C, peritoneo y grasa subperitoneal

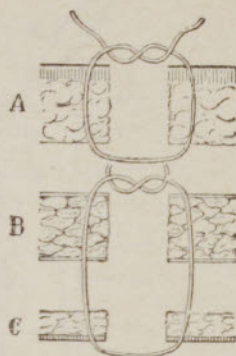


Fig. 873. — Sutura en dos planos

A, piel y tejido celular; B, músculo y aponeurosis;
C, peritoneo y grasa subperitoneal

vaina; 2.º reponer el músculo en su sitio y sujetarlo mediante algunos puntos en el ángulo externo de la vaina; 3.º suturar la hoja anterior de la vaina, y 4.º reunir la piel.

C. Sutura en planos superpuestos con hilos no reabsorbibles y que, por lo tanto, deberán luego ser extraídos. — Sólo describiremos tres procedimientos:

1.º **Sutura a punto por encima (Doyen).** — Calcada en la sutura intradérmica que ya hemos descrito en la página 94.

Con una aguja armada de seda gruesa, pínchese la piel de fuera adentro más allá de uno de los ángulos de la herida para volver a salir a nivel de la aponeurosis en el ángulo mismo de la herida. Sujétese el cabo del hilo con un nudo, un perdigón o un tubo de Galli. Con la misma seda, únense los dos labios de la herida, exceptuando la piel, mediante una sutura a punto por encima que comprenda el peritoneo, el músculo y la aponeurosis. Al llegar al extremo opuesto de la incisión, pínchese la piel de dentro afuera para salir más allá del ángulo correspondiente de la herida y sujétese análogamente el hilo por medio de un nudo o un plomo.

Reúnase la piel con corchetes de Michel.

Al duodécimo día, movílcese la seda mediante tracciones en sus extremos. Retíresela completamente al vigésimo.

2.º **Sutura en U (Jonnesco) (1).** — Cada uno de los labios seroso, aponeurótico y muscular se retiene bien distintamente. La aguja, conducida de fuera adentro, pincha uno de los labios cutáneos a buena distancia del borde y atraviesa sucesivamente la piel, la hoja anterior de la vaina, la hoja posterior de la vaina y el peritoneo del labio correspondiente, y luego simétricamente el peritoneo del labio opuesto, la hoja posterior y la hoja anterior de la vaina; entonces, sin atravesar la piel, engancha uno de los cabos de un hilo metálico o de una crin y lo hace pasar. Libre de este cabo, vuelve a atravesar de fuera aden-

(1) Jonnesco, *Presse médicale* (1899), t. II, pág. 257.

tro el mismo labio cutáneo, pero más cerca de la superficie de sección; y luego solamente la hoja anterior de la vaina del mismo lado. Engancha entonces el segundo cabo del hilo y lo hace pasar (fig. 874).

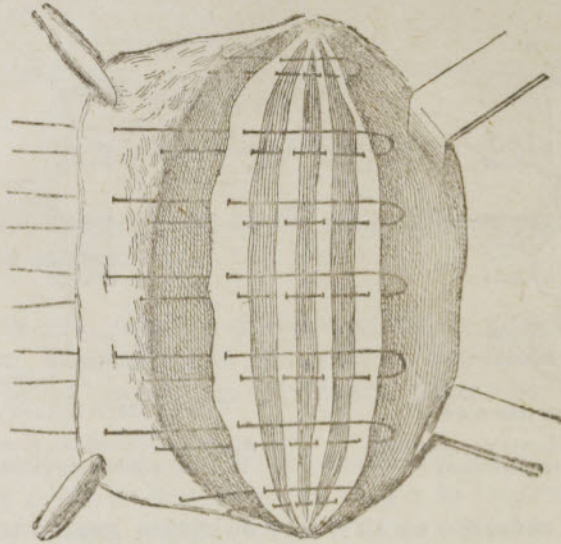


Fig. 874. — Sutura en U de Jonnesco

Estos hilos en U se atan en serie sobre uno de los lados de la herida, encima de un rollo de gasa.

Se unen los labios cutáneos propiamente dichos por medio de hilos secundarios o de corchetes.

3.º Sutura en 8 (Koehrer, Segond, Civel, Canac Marquis) (1). — Se practica con puntos separados, con crines o hilos metálicos.

Cada punto representa un 8 cuyo anillo profundo abraza el peritoneo y la capa músculoaponeurótica, mientras el anillo superficial confronta la piel y se ata directamente sobre ella o sobre un rollo de gasa (fig. 875).

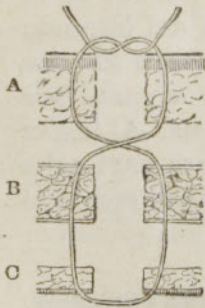


Fig. 875. — Sutura en 8 de guarismo

A, piel y tejido celular;
B, músculo y aponeurosis;
C, peritoneo y grasa subperitoneal.

D. Sutura por imbricación. — Con este nombre o con el de «overlapping methode», Juvara (2) y más recientemente Kenelm Winslow (3), han descrito un procedimiento de sutura en el cual los dos labios de las aponeurosis de los rectos, previamente libertados en cierta extensión, son superpuestos y cruzados a la manera de los dos paños de un chaleco doble.

Incisión media de la piel y de la grasa. Abertura de la vaina de los rectos a cada lado de la línea alba y disección de la hoja anterior que se separa del músculo subyacente en forma de colgajo.

Incisión de la hoja profunda y del peritoneo. Esto en cuanto a la celiotomía. Para restaurar la pared, punto por encima en la serosa; puntos separados

(1) Consúltese: Civel, *Arch. prov. de chir.*, Enero de 1902; Canac-Marquis, *Presse médic.*, 29 de Julio de 1903, pág. 528.

(2) Juvara, *Arch. prov. de chir.* (1900), pág. 538.

(3) K. Winslow, *Annals of Surgery* (1904), t. XXXIX, pág. 245.

en la hoja aponeurótica profunda y en los músculos que se yuxtaponen o se superponen por sus bordes internos. El borde interno del colgajo aponeurótico izquierdo se fija entonces por suturas en U a la base del colgajo derecho previamente levantado. Éste se extiende luego sobre el colgajo izquierdo y su

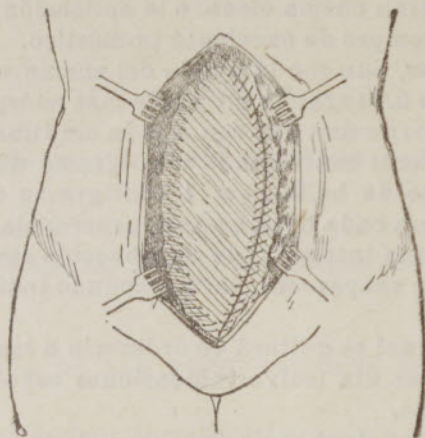


Fig. 876. — Sutura por imbricación

borde libre se fija a su vez en la superficie de este último. La piel se reúne por encima (fig. 876).

Este método se parece al de Sapiejko para las hernias umbilicales y las oventraciones espontáneas (véase *Laparoplastia*) y al de Berger para las hernias inguinointersticiales (véase *Hernia inguinal*).

§ 4. — CURA Y CUIDADOS CONSECUTIVOS

A. Cura. — Gasa aséptica o antiséptica sobre la herida, en dobleces regulares o apelonados. Varias capas de algodón hidrófilo y ordinario. Vendaje de cuerpo bien sujeto por medio de alfileres dobles, con tirantes por debajo de los muslos para evitar que se mueva.

B. Cuidados consecutivos. — Se vuelve a colocar al enfermo en su cama con precaución y se le calienta con ropas calientes y caloríferos de agua. Éstos deben ser vigilados, teniendo en cuenta la posibilidad de quemaduras en un sujeto todavía dormido.

Si el operado está deprimido, en estado de *shoc* o de colapso, practíquense sin tardar varias inyecciones de éter, de alcohol o de cafeína y luego una inyección hipodérmica y aun, si es necesario, intravenosa de suero artificial. Esas inyecciones se repetirán una, dos o tres veces al día según la necesidad y se continuará hasta el restablecimiento.

Si hay parálisis vesical, cateterismos asépticos, repetidos dos veces al día, o bien sonda permanente durante los dos primeros días.

Si hay vómitos, hágase inhalar oxígeno (Jeannel). vinagre fuerte, colóquese un saquito con hielo sobre el cuello o sobre el hueco epigástrico, practíquese, si es necesario, una inyección hipodérmica de morfina o de medio miligramo de bromhidrato de hioscina (Stewart), o un lavado del estómago, y sobre todo déjese al enfermo a dieta absoluta.

El enfermo no tomará nada durante el primer día. La noche de la operación, si no hay vómitos, se podrán permitir algunas cucharaditas de las de café de champaña helado o algunos trocitos de hielo. Al día siguiente, si los vómitos han cesado completamente, líquidos en pequeñas tomas: champaña, grog, agua mineral, limo-

nada. Al otro día, leche y caldo. Después de la primera deposición, reanúdese progresivamente la alimentación.

Desde el día siguiente a la operación, adminístrese un enema de agua jabonosa, de agua glicerinada o de vino añejo. En la mañana del tercer día, dése un purgante (aceite de ricino, calomelano o limonada cítrica). A veces se necesita, para provocar la primera evacuación, un gran enema oleoso o la aplicación de una cánula rectal. La eficacia de la purga es siempre de excelente pronóstico.

Si el purgante es ineficaz, aun con la ayuda del enema y de la sonda, adminístrese una enteroclisís o dése un segundo purgante más enérgico. El aceite de ricino a muy altas dosis (200 gramos de una vez con ayuda del tubo esofágico) (Dittel) o el arseniato de estricnina (píldoras conteniendo 1 miligramo de arseniato de estricnina, 1 milligramo de extracto de belladona, 1 centígramo de extracto de cannabis indica, a razón de una píldora cada hora hasta concurrencia de 10) consiguen ordinariamente vencer una paresia intestinal de significación siempre inquietante.

Si los vómitos persisten o reaparecen, será a menudo indispensable lavar el estómago (Terrier-Reynier).

El taponamiento abdominal se quitará de ordinario a las cuarenta y ocho horas; el desagüe al segundo o tercer día (salvo indicaciones especiales) y los puntos de sutura al décimo o duodécimo.

Por último, el enfermo guardará cama durante quince a diez y ocho días y será bueno que lleve durante algunos meses un vendaje o una faja abdominal de sostén.

IV. — LAPARECTOMÍA

Es la ablación de una parte más o menos extensa de la pared abdominal, practicada para extirpar un neoplasma de esta pared. Es distinta de la laparoplastia, que a menudo comprende también una escisión parietal, pero con el fin de restaurar la forma y la solidez del abdomen.

Es *completa* o *incompleta* según que el peritoneo se halle o no comprendido en la escisión.

Ésta, hecha a buena distancia del neoplasma, afectará generalmente la forma de un rombo o de un óvalo con el eje mayor vertical. Pero se respetarán, si están intactos, los tegumentos y el peritoneo.

La reparación de la brecha se hará por suturas superpuestas que reconstituyan metódicamente los diversos planos de la pared.

Según que uno de estos planos haya sido más o menos escindido, se recurrirá a maniobras especiales para restaurarlo suficientemente.

Cuando falte peritoneo se probará de despegar los labios de la serosa en cada lado de la brecha para facilitar su deslizamiento, o bien se tomará del epiplón mayor un injerto seroso, o también se suturará este epiplón delante de la herida como una cortina.

La capa músculoaponeurótica será restaurada más minuciosamente todavía. Se ensayará, si es posible, aproximar por puntos de hilván o en U los haces musculares y los tejidos fibrosos vecinos. En caso contrario, habrá que recurrir a la heteroplastia. Phelps, Meyer (1) y Willard Bartlett (2) preconizan calurosamente el empleo de enrejados de alambre de plata fino y flexible que se incorporan en el espesor de los tejidos. Bartlett ha referido recientemente 6 casos felices en los cuales ha obtenido de esta manera una pared abdominal flexible y sólida. Unas veces ha colocado un solo enrejado entre el peritoneo y la piel reconstituídos, fijando la rejilla en los músculos y aponeurosis próximos por

(1) Meyer, *Annals of Surgery*, Noviembre de 1902.

(2) Willard Bartlett, *Annals of Surgery*, Julio de 1903, pág. 47, n.º 1.

medio de una especie de punto por encima circular. Otras veces ha colocado dos, uno entre el peritoneo y la capa fibrosa, otro entre ésta y la piel.

Éstos cuerpos extraños serán bien tolerados con la condición de una asepsia perfecta y de una flexibilidad suficiente del enrejado. Éste es penetrado por los mamelones carnosos de la herida y acaba por formar cuerpo con los tejidos de cicatriz.

V. — LAPAROPLASTIA

Cura de las eventraciones espontáneas y postoperatorias

La laparoplastia es la restauración de la pared abdominal anterior debilitada y relajada por distensión excesiva, traumatismo o laparotomía anterior.

§ 1. — CURA DE LAS EVENTRACIONES ESPONTÁNEAS (1)

Comprende dos métodos: intraperitoneal y extraperitoneal, según que la cavidad abdominal es abierta o no.

I. — Método intraperitoneal

1.º Procedimiento de Maas-Mayld. — Es el más sencillo, calcado en la laparotomía y la laparectomía habituales. Consiste en escindir el huso exuberante de la pared por medio de una incisión elíptica y luego en reconstituir los diversos planos por medio de suturas superpuestas: sutura en el peritoneo, sutura en la hoja posterior de la vaina de los rectos, sutura en los músculos y la hoja anterior de la vaina; sutura cutánea.

2.º Procedimiento de Depage (2). — Se aplica a los casos con grande ptosis abdominal y comprende una laparectomía parcial con escisión de un gran colgajo cutáneo.

a. Resección de la piel. — Incisión transversal que reúna el extremo inferior de las undécimas costillas. De los dos extremos de esta línea, hácese partir otras dos incisiones oblicuas hacia abajo y adentro, midiendo cada una la mitad de longitud de la primera. Continúeselas por dos incisiones curvilíneas de concavidad externa que se reúnen hacia el pubis.

Diséquese y levántese este colgajo (fig. 877).

b. Resección de la línea alba y del peritoneo. — Reséquese luego toda la parte de la línea alba y del peritoneo comprendida entre los bordes internos separados de los dos músculos rectos.

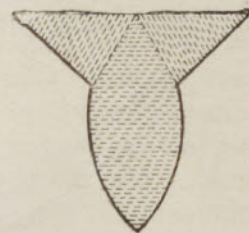


Fig. 877. — Procedimiento de Depage. Trazado del colgajo que se ha de quitar.

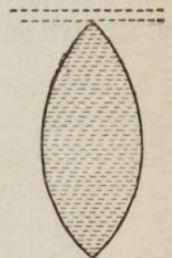


Fig. 878. — Procedimiento de Depage. Sutura de la piel.

(1) Consúltese Cange, tesis de París (1898).

(2) Depage, *Ann. de la Soc. belge de chir.* (1893), n.º 7, pág. 297.

c. Refección de la pared. — Por medio de 6 planos superpuestos: 1.º serosa; 2.º músculo y serosa; 3.º músculo solo; 4.º aponeurosis y músculo; 5.º aponeurosis sola, y 6.º piel. La piel es suturada de suerte que los dos ángulos superiores del rombo se reúnen primero en la parte media del labio superior de la herida transversal y luego los dos bordes de la elipse que queda se reúnen entre sí. Se obtiene de este modo una cicatriz que afecta la forma de una T y las paredes abdominales resultan estrechadas en todos sentidos (fig. 878).

3.º Procedimiento de Sapijko (1). — Piccoli y Heidenhain han propuesto aplicar a las eventraciones el procedimiento que Sapijko ha preconizado para las grandes hernias umbilicales. Este procedimiento consiste en desdoblarse muy ampliamente la pared abdominal sobrante, separando la piel del plano fibromúsculo-seroso y en superponer las dos mitades de este último a la manera de los dos paños de un chaleco cruzado.

Se practica una incisión vertical media de longitud conveniente, que llegue



Fig. 879. — Procedimiento de Sapijko. Desdoblamiento de la pared

en profundidad hasta la aponeurosis. Los labios cutáneos son liberados en cada lado muy extensamente y apartados hasta más allá de los bordes externos de los rectos (fig. 879).

La línea alba y el peritoneo se abren entonces en la línea media y se cogen los dos labios con pinzas. Uno de ellos es invertido hacia fuera cuanto sea posible. El otro se desliza debajo del primero tan lejos como se pueda y se fija en



Fig. 880. — Procedimiento de Sapijko. Superposición y sutura de los colgajos profundos
Sutura de la piel

buen lugar con un punto por encima o una serie de puntos separados en U. Entonces se extiende el labio invertido sobre el labio subyacente y se fija en su superficie con una sutura. Así, los dos colgajos seromúsculoaponeuróticos se encuentran cruzados y superpuestos. Y por último, se reúne la piel, previa escisión de la parte exuberante (fig. 880).

II. — Método extraperitoneal

Procedimiento de Quénu (2). — Una incisión de longitud variable, respetando el peritoneo, permite, por ancha liberación de los labios cutá-

(1) Sapijko, *Rev. de chir.* (1900), t. XXI, pág. 241.

(2) Quénu, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1896), pág. 179.

neos, buscar la vaina de los rectos. Esta busca es a veces delicada a causa de la separación de los músculos, que se descubren con el auxilio de pequeñas incisiones exploradoras. Se abren las vainas en cada lado, paralelamente a la línea alba. Los labios internos de estas incisiones se extienden hacia dentro, hacia la línea media y se suturan uno a otro, por medio de puntos que atraviesan al mismo tiempo, para solidarizarlos, el plano fibroso constituido por el peritoneo y la hoja posterior de la vaina de los rectos. Otra sutura de puntos separados une entre sí los músculos rectos puestos en contacto y despegados, si es necesario, de su vaina. Para reforzar esta sutura, es bueno utilizar las intersecciones tendinosas de los rectos y notablemente una constante a la altura del ombligo. Otra sutura reúne los labios externos de las incisiones practicadas en la vaina de los rectos. Finalmente, se reúne la piel.

El operado guardará cama varias semanas y llevará una faja durante algunos meses.

§ 2. — CURA DE LAS EVENTRACIONES POSTOPERATORIAS

En general es bastante sencilla y comprende los tiempos siguientes:

a. Incisión. — Media, vertical, o mejor en forma de elipse alargada, circunscribiendo un huso de piel cicatricial, adelgazada, que se ha de reseca. Diséquense con precaución los dos labios de la herida para reconocer y separar sucesivamente los diversos planos de la pared. Ábrase prudentemente el peritoneo, porque las adherencias con el intestino y el epiplón son bastante frecuentes.

b. Tratamiento de las adherencias. — Se circundan con el dedo las adherencias epiploicas, se las aísla todo lo posible y se las secciona, previa ligadura simple o ligadura en cadena, a fin de evitar toda hemorragia.

Las adherencias intestinales reclaman más cuidado. Se prueba de despegarlas suavemente con una compresa, un instrumento romo o las tijeras, respetando la serosa intestinal. Si resisten, se reseca del saco una rodaja exuberante que se desprende con el intestino y cuyos bordes se suturan invertidos para presentar exteriormente su cara serosa. Esta precaución tiene por objeto peritonizar la porción de intestino que adhería y evitar adherencias ulteriores.

c. Supresión del saco. — Entonces se escinden el saco y todos los tejidos cicatriciales.

d. Restauración de la pared. — Se practica como en toda laparotomía, ya en uno, ya mejor en varios planos.