Sant

18

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE

LA LAPAROTOMÍA

SEGUIDAS

DE LA EXPOSICIÓN DE DOS CASOS PRÁCTICOS

POR EL

DR. AMOR Y RICO

Profesor Clínico, por oposición, y Catedrático Supernumerario

de la Facultad de Medicina de Granada

GRANADA

IMPRENTA DE D. JOSÉ LÓPEZ GUEVARA

1896

BIBLIOTECA HOSPITAL REA
GRANADA
Sala: C
Estante: 002
Número: 077 (18)

R. 30582

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE

LA LAPAROTOMÍA

SEGUIDAS

DE LA EXPOSICIÓN DE DOS CASOS PRÁCTICOS

POR EL

DR. AMOR Y RICO

Profesor Clínico, por oposición, y Catedrático Supernumerario

de la Facultad de Medicina de Granada

C
38
41(10)

GRANADA

IMPRENTA DE D. JOSÉ LÓPEZ GUEVARA

1896

BIBLIOTECA HOSPITAL REAL
GRANADA
Sala: C
Estante: 002
Número: 077 (18)

R. 30582

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE

LA LAPAROTOMÍA

SEGUIDAS

DE LA EXPOSICIÓN DE DOS CASOS PRÁCTICOS

POR EL

DR. AMOR Y RICO

Profesor Clínico, por oposición, y Catedrático Supernumerario

de la Facultad de Medicina de Granada

C
38
41(10)

GRANADA

IMPRENTA DE D. JOSÉ LÓPEZ GUEVARA

1896

6279

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE

LA LAPAROTOMÍA

SEGUIDAS DE LA EXPOSICIÓN DE DOS CASOS PRÁCTICOS

Acertada y expresiva, conceptuamos la frase del erudito y hábil cirujano de la Universidad de Madrid, Doctor Rivera, cuando dice en su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina, que el *carácter más saliente de la cirugía de nuestros días es el ser cirugía de las cavidades, gracias á los seguros procederes de la asepsia y antisepsia.* Con ellos, sin apartarnos un ápice de su rigurosa etiqueta, y con la vista puesta siempre en ellos, los cirujanos de hoy, han podido verificar la investigación y realización de hechos quirúrgicos en la cavidad torácica, en la abdominal, en la pelviana y en la craniovertebral.

No quiere esto decir que los cirujanos anteriores á nuestra época, no realizasen empresas quirúrgicas como las de hoy; no, lo que quiere significar es: que hasta que los positivos fundamentos de la teoría de la exterioridad en cirugía, dieron á los cirujanos modernos la explicación racional y la demostración evidente de las complicaciones sépticas de nuestros heridos y operados, aquellos no tuvieron conocimiento exacto del poderoso enemigo que malograba sus labores, ni en sus manos el arma para combatir los numerosos ejércitos de legiones microbianas, siempre dispuestas y aprestadas esperando el momento oportuno de las debilidades de nuestro organismo, del escaso valer de nuestros plasmas ó de la aminoración de poder fagocito de nuestros elementos globulares, para proceder en juicio sumarísimo contra nuestra vida: ejecutando ellas mismas la terrible

sentencia ó haciéndose representar dignamente por virulentas toxinas ó alcalohídricas ptomainas. Por lo tanto, sin conocer los fundamentos de la teoría de los gérmenes y sin armas para combatirlos, la práctica quirúrgica de ayer no pudo ostentar los lujosos atavíos que engalanan la de hoy, mostrándolos orgullosa con éxitos irrecusables, innúmeros y sorprendentes; y por lo mismo se explica que operadores insignes, de larga práctica y sólidos conocimientos, se arredrasen ante los fracasos obtenidos, como sucedió al profesor Nelaton, que con sobrada justicia caracteriza la cirugía del segundo imperio francés, cuando ejecutó é hizo la abertura del vientre para practicar una quisto-ovariotomía.

Aunque sea muy cierto el adelanto de la cirugía, pocas son las operaciones que han descubierto ó han presentado en el pavés quirúrgico con el sello característico de la novedad, los cirujanos de hoy; la laparotomía, la ovariotomía, la histerectomía, la miomectomía, la nefrectomía, la enterotomía, la esplenectomía, la gastrotomía, los abcesos y quistes del hígado, abertura del pericardio, de la pleura, del cráneo, del raquis, etc., operaciones son que pertenecen á la era preantiséptica; operaciones regladas, estudiadas y discutidas fueron por las eminencias del arte quirúrgico de dicha época, que nos legaron su saber en forma de monumento digno de atención y de respeto; pero, ni generalizaron su práctica en las grandes operaciones, ni sus estadísticas convencieron al ánimo de mayor intrepidez quirúrgica, para seguir el camino trazado por tan eximios maestros. Para ello se necesitó la invención de un *medio* que nos inhibiese de los terribles accidentes del contagio en cirugía; ese medio fué la asepsia y antisepsia. Con tan hermosa creación, con el poderoso impulso de tan suspirado *fiat*, los cirujanos perfeccionan los antiguos procederes, estudian sin miedo las indicaciones de los grandes indicados quirúrgicos, y ejecutan hechos que asombran, no por lo nuevos, sino por lo inocuos; dando á conocer estadísticas sorprendentes que animan á los representantes del

arte quirúrgico, á cumplir la benéfica misión de hacer *el bien* á nuestros semejantes; y sin temores ni recelos, se lanzan á la práctica de la cirugía, diciendo á la inmensa falanje de los que sufren afectos operables, lo que César dijera al barquero que le condujo á través del mar embravecido: *no tiembles que César va en tu barca.*

No deben, pues, mostrarse los cirujanos con desfallecimientos impropios de nuestra época; que si fueron bien vistos y adecuados cuando el arte de la cirugía caminaba vacilante por los bizantinos senderos de las probaturas y de los tanteos, sembrados de planchuelas, ceratos, ungüentos y mil cocimientos de ineficacia y mal gusto, no están legitimados hoy que conocemos á la perfección la etiología y patogenia de la infección, la biología y condiciones de los agentes microbianos, nuestros medios de defensa y resistencia, y llegamos con la experimentación y el cultivo, no solamente á librarnos del influjo de esos microscópicos seres provocando su destrucción y aniquilamiento parcial, sino á someter las especies más virulentas y agrestes á una domesticidad y civilización rayanas en el saprofitismo; sirviéndonos en determinadas ocasiones como agentes profilácticos ó como elementos terapéuticos. Y con esta abundancia de datos, de indiscutible certeza, y esta exuberancia de conocimientos del objeto infectivo y del sujeto infectado, de la inhibición por la asepsia y de la purificación por la antisepsia, ¿no podemos con bizarría atravesar el oleaje quirúrgico con atronadora tormenta de mil dificultades de región, de lesión, de naturaleza, de período, de edad, enfermedad, etc., diciendo y parodiando á César? *¡Cirujanos: no hay que temblad: llevando la asepsia por bandera, y siendo la antisepsia nuestro código, es fácil la conquista del mundo quirúrgico!*

Si es una verdad que la cirugía del último tercio de este siglo, es cirugía de cavidades, no es menos cierto que de todas las cavidades de nuestra economía, la pélvico-abdominal ha sido y es el escenario donde se han efectuado las mil proezas quirúrgicas de nuestros tiempos; y ha sido y

es, el anhelado polo que con justísima emulación han tratado de explorar y ojear todo el que pretenda prodigar el bien y adquirir carta de *ciudadanía* en la Roma de la cirugía moderna.

En este modesto y mal hilvanado trabajo, me propongo dar cuenta de dos casos quirúrgicos que han exigido de mi escasa pericia en el arte de la cirugía, la intervención decidida para practicar en la cavidad abdominal, la extensa abertura de la misma, y por ella la extración de un voluminoso tumor del ovario en un caso, y en el otro para diagnosticar una afección dudosa del peritoneo, que resultó ser una hidropesía ascítica; solucionando en ambos no escasos inconvenientes de lugar y medio de los que hablaré después.

La *koiliotomía* ó *laparotomía* ha sido definida de modo y maneras muy distintas por los cirujanos, pero ninguna de ellas nos satisface, como la que da el Dr. Rivera en las anotaciones del Erichsen, porque ella resulta á más de clara, tan comprensiva, que abarca las tres indicaciones que cumple ó puede cumplir esta operación. *Es,* dice el Sr. Rivera, *la abertura del abdomen destinada á combatir una afección intra-abdominal, á hacer posible una operación ó á facilitarnos un diagnóstico.*

No siempre el concepto y la definición de lo que, sin gran motivo etimológico, llamamos laparotomía ha sido el mismo. Los cirujanos franceses en general, y principalmente Pean y Petit la denominan *gastrotomía;* nominación que en España empleamos, lógicos con el significado etimológico de la palabra, á la abertura del estómago previa la laparotomía media supra-umbilical ó la del hipocondrio izquierdo; los ingleses, considerando que el hecho y el acto más saliente de toda laparotomía es la penetración en la cavidad abdominal por incisión del peritoneo, han propuesto llamarle *peritoneomía;* y con este nombre estudian las más variadas operaciones, algunas que no tienen como precepto ineludible la peritoneomía; tal sucede á la ligadura de la ilíaca externa, que puede efectuarse con ó sin

abertura de la gran serosa peritoneal; en cambio, hay considerable número de operaciones abdominales, que son verdaderas y extensas laparotomías y para su realización no es precisa condición herir el saco peritoneal, eso ocurre en la nefrectomía; como se puede realizar una amplia peritoneomía sin necesidad de solucionar las paredes abdominales, en la histerectomía vaginal, por ejemplo. La palabra laparotomía, pues, no puede nunca sustituirse con la de peritoneomía; esto nos llevaría lejos de la finalidad y objeto de laparotomía; tan lejos, que á más de lo expuesto, tendríamos que admitir en revuelto montón entre las laparotomías á la cistotomía suprapuviana cuando se hiriese el peritoneo, hecho que no es difícil ni infrecuente, y á las herniotomías inguinales, crurales y umbilicales; que por mucho que forcemos los términos, estrechemos las semejanzas y ensalcemos la sencillez y belleza de la generalización, no podremos conceptuarlas como verdaderas operaciones de laparotomía.

Define Albert la laparotomía, en el Diccionario Enciclopédico de Eulenburg (página 312, t. 7.°), diciendo *que es la abertura artificial del peritoneo por medio de instrumentos cortantes*. Consideramos innecesaria la aclaración que hace en la segunda parte de la definición, «*por instrumentos cortantes*,» pues no supongo á nadie, que de cirugía entienda, inclinado á herir con fin quirúrgico el peritoneo, por medio de un serruche ó por el desgarro con los dedos; y aunque así se hiciera deliberada ó accidentalmente, no por eso dejaría de ser una peritoneomía ó abertura artificial de la cavidad peritoneal; si á esto se añade que la abertura de la serosa peritoneal no constituyen por sí, hecha con la clase de instrumentos que se quiera, el acto *in totto* de la laparotomía, de aquí, que no consideremos la definición dada por Albert en el Diccionario, como la más adecuada para dar á conocer el objeto definido; que el mismo Albert cuida de aclarar en su obra, cuando significa que con el nombre de laparotomía se puede comprender no sólo la abertura de los vacíos, sino la del abdomen sea cualquiera el

punto en que se haga la incisión, la cual comprende en último término el peritoneo con previa sección de los planos que forman las paredes abdominales.

El Dr. Fargas, actual catedrático de Barcelona, en un folleto que publicó en 1886, sobre una serie de diez ovariotomías, decía que con el nombre *genérico* de laparotomía, puede comprenderse «*toda operación que mediante la abertura de las paredes del abdomen, penetra en la cavidad del mismo, para cumplir indicaciones distintas.*» El concepto sintético que tiene el Dr. Fargas, de la laparotomía, demostrado en su definición, está en consonancia con el talento y la pericia que le reconocemos; si de algo peca es de ser demasiado abstracta y general, pues en ella podríamos encasillar operaciones no estudiables como laparotomías, tal como nosotros la entendemos; pero, en sentido más abstracto aún se expresa Chalot, que considera esta operación como la abertura del abdomen por medio de una incisión, en un punto y una extensión cualquiera, y no por eso se puede decir que tales definiciones desmerecen por lo abstractas, ó dejen de envolver ó representar certeza.

La gastrotomía, según Petit, *es una operación preliminar, con el fin de alcanzar un órgano cualquiera ó un tumor del abdomen para incindirlo;* esta es una definición que no corre parejas con el talento quirúrgico de su autor, y que inaceptable hoy, y aun en los días que Petit la dió, expresa muy incompletamente el objeto de la laparotomía ó de la gastrotomía; con la cual nos proponemos en ocasiones hacer algo más ó algo menos, que extirpar ó incindir un órgano, ó atacar un tumor intra-abdominal; y es que Petit no paró mientes al definir, en las laparotomías exploradoras, en las que practicamos con fines diagnósticos, y en las llamadas finales por Chalot: es decir, en aquellas cuyo finiquito es hacer la abertura, vaciar el contenido peritoneal, limpiar, suturar, etc., y esperar los resultados.

«*De la abertura del abdomen considerada como parte del tratamiento quirúrgico de las enfermedades de esta región.*» Así titula Nairne un folleto dedicado al estudio de los pro-

cederes laparotómicos, detallando con verdadero conocimiento del asunto, las indicaciones precisas de este medio quirúrgico y demostrando que el concepto que tiene de la operación, es más perfecto, más claro y más aceptable que el de Petit.

Por las citas que anteceden se comprende la variedad de ideas y conceptos sobre el acto quirúrgico que nos ocupa; y es, que definir y expresar enunciados sintéticos sobre un hecho ó serie de hechos no es cosa fácil ni liviana, y de ello depende la diversidad de opiniones entre los autores, que forzados ó impelidos al escribir á dar una opinión ó definición, consideran de buen gusto darla nueva y flamante aun á trueque de no ostentar la claridad necesaria, como acontece en este asunto; en el cual, podríamos, aceptando la palabra koiliotomía, definir la operación diciendo que era «la incisión del abdomen», pero como la costumbre ha impuesto la de laparotomía y ésta por su significado (1) no expresa tan genuinamente la abertura de la cavidad abdominal, de aqui que haya precisión y necesidad de ampliar la definición para contener mejor el definido y que aceptemos por inmejorable la propuesta por el Sr. Rivera, como dijimos en anteriores renglones.

Historia. ¿Quién practicó por primera vez la laparotomia? Esta es una cuestión histórica de difícil ó imposible resolución, y su esclarecimiento depende del sentido más ó menos amplio que le demos á la significación del hecho quirúrgico. Si consideramos á la laparotomía como acto insólitamente terapéutico ó curativo de una enfermedad intra-peritoneal, su historia podemos decir que comienza en el momento que aparece en el horizonte quirúrgico la aurora de la asepsia, diciendo á los cirujanos que la herida quirúrgica del peritoneo ha dejado de pertenecer á la gran clase de los traumatismos de gravísimo pronóstico; y por lo tanto, que para el tratamiento de muchos afectos intra-abdominales podíamos atravesar las paredes del vientre,

(1) Según Harris *Lapara* es un término antiguo usado en los tiempos hipocráticos para nombrar los vacios. Según Littré Laparotomie significa sección del hijar.

sin que este hecho quitase ni sumase un ápice de gravedad á la lesión que tratamos de curar, paliar ó explorar. La historia, pues, de la laparotomía en este sentido tan limitado, es la historia de la cirugía actual, la historia de la cirugía moderna, la historia de nuestros días: que comienza en 1862 en que Spencer Wells comunica que la incisión de las paredes abdominales, su sutura y curación consecutiva, proporcionaba alivio y curación en los casos de tuberculosis peritoneal, que prosigue cuando Jacob, Poncet, Terrillón y Ceccherelli manifiestan los resultados obtenidos con la laparotomía en las tuberculosis abdominales de forma seca y de forma ascítica; que continúa con las comunicaciones de Richelot á la Sociedad de Cirujanos de París en 1890 y 91, sobre la laparotomía en tuberculosos abdominales, que sigue con Routier en la ictericia grave, con Mosetig, White, Demons, Villar y Lawson-Tait, propalando los buenos resultados de esta operación en los más variados afectos intra-abdominales, como tumores inoperables (carcinomas), infartos hepáticos, etc., y termina con Rivera, Cardenal, Rubio, Tillaux, Martín, Pozzi, Reclus, Marchand, etc., que atestiguan y confirman las excelencias de la laparotomía como acto quirúrgico, que por sí solo constituye todo el atrezzo terapéutico de lesiones abdominales.

Pero, si consideramos á la laparotomía como medio que nos abre el camino de la cavidad del vientre para avistarnos con lesiones y enfermedades variadas, diagnosticadas ó presumibles, que tenemos que combatir, no constituyendo ella el hecho saliente, preconcebido y final del proceso operatorio, en este caso, la historia de la laparotomía es la historia de todas las operaciones importantes que se han realizado en la cavidad abdominal; y por tanto, no podemos negar que aquel atrevido cirujano, que antes de los comienzos de nuestra Era, atravesó las paredes del koilia (1) en busca de un feto encerrado en la ca-

(1) Nombre que Rufus de Efeso daba á la pared del vientre ó á todo él.

vidad uterina, practicó la primera laparotomía como prefacio obligado de su programa; como tampoco podemos dar al olvido citas de algunos autores sobre operaciones cesáreas mencionadas en el Talmud de Babilonia compilado en el siglo V antes de nuestra era; pero, de operaciones medianamente regladas y metodizadas con sujeción á determinados principios del arte, no se sabe con fijeza hasta el año 1500 en que Jakob Nufer, en Alemania, capador de animales, abrió el vientre y operó con éxito á su mujer Isabel Alespachen: en 1561 que Ambrosio Pareo escribió oponiéndose á la abertura del abdomen en los casos de imposibilidad para verificar el parto, y lo mismo opinaba en 1612, su discípulo y sucesor Guillemeau; en 1537, que dice Hayward que mediante la operación cesárea, hecha en Juana Seymour, mujer de Enrique VIII, nació Eduardo VI de Inglaterra. Después, las laparotomías por motivos obstétricos sufrieron un verdadero eclipse, y tan sólo cuando las fuerzas de apuradas circunstancias lo exigían, se practicaban en las maternidades de España y del extranjero, con resultados siempre funestos; hasta el 27 de Mayo de 1876 que el Dr. Porro de Pavía, hoy de la maternidad de Milán, hace su primera laparo-histerectomía en el acto del parto para evitar los terribles accidentes de la cesárea; que ya había también tratado de evitar en 1870, Gaillard Thomas, de Nueva York, verificando sus ingeniosas laparo-elitrotomías.

Pero el período más brillante de la historia de la laparotomía, podemos decir que es aquel que se desprende, á falta de historia peculiar ó propia, examinando los antecedentes de la ovariotomía abdominal.

La extirpación de los ovarios sanos ó enfermos, á través de las paredes del vientre es una operación de nuestra época, por más que en el campo de la historia se encuentren esparcidos hechos operatorios más ó menos indubitados; pero la categoría de operación reglada, con indicaciones precisas, no la alcanza la laparo-ovariotomía hasta mediados de este siglo, y la perfecciona cuando la cirugía

cavitaria recibe el poderoso empuje de los actuales procederes de curación.

Háse llegado á presentar como dato histórico, por algún autor amigo de ver en la civilización de los antiguos pueblos, costumbres y usos idénticos á los de la civilización actual, que los lidios acostumbraban á castrar por el vientre á las mujeres, para servirse de ellas en la guerra y como eunucas; y Wierus asegura que un *porquero* húngaro, disgustado con la incorregible lujuria de su hija, y con el fin de poner correctivo a ella, le practicó la radical mutilación de la ovariotomía doble, tal como él la varificaba en las cerdas puestas á sus cuidados.

En 1595, Félix Plater, y en 1679 Diemerbroek, hablaban ya sobre la posibilidad de hacer la castración de la mujer, con un fin terapéutico (que en 1872 la verifica Battey con éxito, y desde entonces con el nombre de tan ilustre cirujano, se le conoce en Cirugía) y más adelante, en 1770, Percivial Pott, de Inglaterra, realiza la extirpación de los ovarios en una enferma que los presentaba herniados en los canales inguinales, determinando fenómenos alarmantes de histero-epilepsia.

La idea de la ovariotomía para la cura radical de los quistomas del ovario, fué discutida en 1685 por Schorkopff, y formalmente propuesta á la Sociedad de Cirugía de París en 1715, y de ella se ocupan después con más ó menos vaguedad Schlenker en 1722, Willios en 1731, Peyer en 1751 y Targioni en 1752; Moran y La Porte, hacen en 1758 en el seno de la Academia francesa, la defensa calurosa de la ovariotomía y oyen de la docta corporación el primer fallo condenatorio de tan preciado medio.

En 1776 al abrir el Sr. Lemonnier, de Rouen, un absceso pelviano, refieren los escritores franceses que hizo una ovariotomía con éxito lisonjero, por más que Parvin, refutando á Baker Brovon, dice, y nos parece esto lo más verosímil, que fué solamente la abertura de una colección purulenta lo que Lemonnier hizo pasar por ovariotomía. Los autores ingleses detallan el hecho ocurrido á Thomas Kirkland, en

1786, que punzó un voluminoso quiste ovárico cual si fuese una hidropesía ascitis, y por el orificio de la punción vió con sorpresa salir, pasados algunos días, la membrana quística, que por suaves y continuadas tracciones pudo conseguir su eventración y la curación inmediata, Otra hubiese sido la suerte de la ovariotomía, si Kirkland, de estos hechos no hubiese sacado la errónea conclusión de que era posible la cura permanente de la hidropesía enquistada, cuando después de una punción se exprimía el vientre solicitando la salida del quiste. Después de estas fechas, en 1787, John Hunter, y posteriormente William Hunter, siguieron ocupándose de las mismas cuestiones sugestionados por los escritos de los cirujanos anteriores, llegando Chambon en 1798 á pronosticar que la laparo-ovariotomía sería andando el tiempo un preciado recurso quirúrgico y y que legítimamente tomaría puesto entre las operaciones factibles; y ya en nuestro siglo, en 1808, Samuel d'Escher, de Montpeller, discípulo de Thumin, propone un método para la realización de ella, que nunca llegó á ensayarse.

Pasada esta época, de verdadera vacilación, los ánimos de los cirujanos se hallaban preparados para aceptar como ley la posible posesión del peritoneo durante los actos quirúrgicos, y con gusto reciben la noticia en 1809, que Ephraim Mac-Dowel, de Kentucky, discípulo de Jonh Bell, de Edimburgo, había practicado la primera ovariotomía con laparotomía, en un quiste del ovario, cuya enferma sobrevivió veinticinco años. Con razón, pues, los cirujanos americanos reivindican la prioridad de haber comenzado el brillante período de la cirugía cavitaria, con la audacia de Mac-Dowel, como dijo Piorry, que desde 1809 á 1830 hizo trece ovariotomías y obtuvo ocho curaciones.

Al tenerse noticia en Europa de los éxitos alcanzados por el cirujano de Kentuky, y los que después publicó en 1821 su compatriota Natham Smith de New Hawen, comienzan estas operaciones con resultados varios: Lizars de Edimburgo en 1823, verificó cuatro operaciones seguidas de defunción, según Gaillard Thomas, con éxito algu-

nas de ellas según Samuel Pozzi; pero sea de ello lo que fuere, es cierto que Lizars introdujo en Escocia la práctica americana de las ovariotomías abdominales; y que desde el año veinte al cuarenta, siguieron en América operándose con frecuencia por Athe, Kimball, Peasleè y Dunlap; y en Inglaterra desde que Granville, en 1842, opera dos enfermas, y Carlos Clay presenta á la Facultad de Medicina de Londres, los resultados de su práctica en Manchester, es aceptada y seguida por Wells, Keith, Lane, Bryant, Baker-Brown, Spencer-Vells, Lister y otros; pero América que fué la cuna de estos procederes operatorios, sigue llevando hasta muy entrado nuestro siglo, la bandera de las estadísticas como puede comprenderse por la que presentó, con caracteres de gran verosimilitud, Washington L. Atlee, en la cual demostraba que desde 1840 á 1871, llevaba hechas 246 laparo-ovariotomías; y con la misma actividad parece que continúan Tait, Panrose, Boldy, Wylie, Munde, Gardeer, Marion Sims, etc.

En Alemania no fué aceptada esta operación con el entusiasmo que en Inglaterra y América: Crysmar, de Wurtemberg, opera el primero, en 1820, con desgracia, y el año 28 el gran cirujano de toda Alemania Dieffenbach se pronuncia contra la operación diciendo: *que debe ser muy insensato el que considere la abertura del abdomen como cosa trivial;* y aunque Quittenbaun, en 1835, Stilling, en 1841, y Martín, en 1851, operan y prosiguen la historia de esta operación sin cuidarse gran cosa de las opiniones de Dieffenbach, esta lumbrera del arte, á los veinte años de su primer anatema, escribía con un pesimismo tan injustificado cual demuestra al decir: *que la operación no aprovecha á la enferma ni al cirujano y que ni razonable ni útil es la idea de abrir el vientre de una mujer enferma y caquéctica:* si bien consideró la operación posible cuando el tumor era quístico, pequeño y movible; condición esta última que aclaró Büring, en 1852, diciendo que las adherencias no contraindicaban la operación. Por esta época, operadores tan renombrados en Alemania, como Kiwisch,

Gustav Simon, y Scanzoni, vuelven á dirigir acerbas censuras contra este procedimiento, y se necesitó la voz y los actos quirúrgicos seguidos de curación de Gusserow, Hildebrandt, Speigelberg, Martin, Stilling, Billroth, y Wagner, para que la laparo-ovariotomía, fuese aceptada y considerada como uno de los más grandes adelantos de nuestra época, en el arte de la cirugía.

No fueron gran obstáculo las alternativas habidas entre los alemanes, para que estos proporcionasen algunos adelantos y perfecciones en los procederes operatorios: la inci-laparotómica de pequeña extensión y punción consecutiva sión del quiste, un alemán la inicia, Quittenbaun; el tratamiento externo del pedículo, idea fué de los alemanes Stilling y Duffin, que después perfecciona Martin asegurándolo en los bordes de la herida del vientre; y si hoy fuese á citar nombres, sería interminable la serie de cirujanos laparotomistas que con brillantez operan en todos los estados alemanes.

Si en Alemania tuvo la operación sus detractores y defensores, la introducción y aceptación por los cirujanos de Francia, también presenta sus períodos de alza y baja, de bonanza y de tormenta. Según Wieland y Dubrisay, fueron Woyerkowski, en 1844, y Vaullegeard, en 1847, los primeros que ejecutaron el procedimiento; y en 1856, se dió cuenta á la Academia de Medicina de París de la laparotomía, y fué rechazada y condenada casi unánimemente, como lo hizo un siglo antes; y hasta hubo un cirujano, miembro de tan sabia corporacion que se atrevió á decir: *que tal operación debería comprenderse entre las atribuciones del verdugo;* sólo la autorizada voz de Cazeaux se levantó en aquella atmósfera de desafecto para la laparotomía á defender lo racional y conveniente del medio quirúrgico que tan injustamente condenaba la Academia; fallo, que no bastó para que al año siguiente Boinet insistiese nuevamente en la ejecución de ovariotomías, ni para que el ilustre Nelaton marchase á Londres en 1862, y presenciase la práctica de Spencer-Wells, y á su regreso diese una con-

ferencia pública sobre estas operaciones en el Hospital de San Antonio, operando después varias enfermas con dudoso éxito; ni empece para que Maisonneuve, Jovert, Demarquay, Worms, Labalbary, y sobre todo Koeberlé, de Estrasburgo, diesen un impulso sorprendente á la cirugía de las regiones abdominales, que hoy con Péan, Pinard, Pozzi, Tilleaux, Réclus, Forgue y otros innumerables cirujanos, la vemos tan floreciente y adelantada como pueda estarlo en cualquier centro quirúrgico de América ó de Europa; donde puede decirse que en todos los estados ó naciones que la constituyen, existen notables operadores habituados y familiarizados con la arriesgada práctica de la cirugía cavitaria.

En España, como en las demás naciones de Europa, la laparotomía no toma el debido incremento, ni presta los estimados servicios de hoy en el tratamiento de las enfermedades abdominales y pélvicas, hasta que los cirujanos, puestos bajo la hermosa tutela de los procederes inhibitorios de la asepsia, penetran sin exposición ulterior en la cavidad del vientre. Así se comprende y se explica que nuestro ilustrado Dr. Viguera, en 1827, hablando en su obra de la rotura expontánea de los quistes ováricos, dijese que antes de llegar á estos extremos, se puede aliviar á las enfermas, haciéndoles puncionar el quiste en los momentos más oportunos; *pero, si antes ó después de la rotura del saco se ha desarrollado en los líquidos alguna acrimonia, es muy de recelar que se afecten las partes inundadas, que sobrevenga calentura con sed ardiente y la muerte acelere su término.* Además, el Sr. Viguera aceptaba como tratamiento posible, á más de la punción, la incisión y la extracción del quiste; la cual considera como traumatismo de menor gravedad que la operación cesárea; de cuyas dificultades técnicas, dice, se triunfa muchas veces por *el celo y destreza de algunos profesores.*

En 1845, aparece el *Tratado completo de las enfermedades de las mujeres*, del insigne Arce y Luque, y en él se menciona que la extirpación de los quistes del ovario pre-

senta dificultades y peligros; y aunque no se muestra absoluto partidario de la proscripción de esta terapéutica, considera indicado el procedimiento en *casos extremos y cuando la movilidad del tumor ofrezca probabilidades de que está libre de adherencias*. La opinión del Dr. Arce y Luque en 1845, era aproximadamente la misma que tres años después sostuvo Dieffenbach en Alemania; y bien considerada no puede estar más distante de las que hoy sostienen los ginecólogos; que no reputan casos extremos aquellos en los cuales el quiste es pequeño, movible y sin adherencias. Estos casos son tan de *principio*, que ante ellos únicamente podemos de modo transitorio, y como prueba, pensar en terapéuticas que vengan del lado médico, sin los radicalismos quirúrgicos; por más que nuestra humilde opinión sea la contraria, y esté más conforme con el procedimiento activo ó quirúrgico desde el momento que sea completa la seguridad del diagnóstico; y aunque no lo sea, consideramos más conveniente la intervención, porque nos pone en camino de hacer conocimiento del asunto, curarlo si posible es, ó aliviar las molestias de la enferma cuando no sea factible la cura radical.

En 1867, el Dr. Federico Rubio, cirujano distinguido y eminente, que en dicha época ejercía en Sevilla, ejecutó en España la primera laparo-ovariotomía con satisfactorio resultado; el 24 de Enero de 1872, el Dr. Gómez Torres, uno de mis más estimados maestros, operó, en una nulípara de veinticinco años, un quiste dermoideo del ovario izquierdo, que presentaba adherencias con la pared abdominal y una extensa ulceración de la misma con eventración parcial del tumor; en 1873, otro de mis queridos maestros, el sabio y reputado cirujano Dr. Creus, verifica una laparo-ovariotomía con desgraciado resultado, y en Diciembre de 1874 repite la operación para extirpar un tumor sólido de grandes dimensiones de un ovario; á cuya enferma, al pedir ser alta, curada, á los cuarenta y cuatro días después de la operación, le sorprende una pneumonía extensa que le hizo sucumbir en pocos días; este ilustre cirujano, después de

esta fecha, siendo catedrático de clínica quirúrgica en la Universidad Central, tuvo infinitas ocasiones de repetir estos hechos quirúrgicos, y la satisfacción de ver curadas á varias de sus operadas.

Después de los éxitos obtenidos por los señores Rubio y Creus, y los alcanzados posteriormente por los doctores Encinas, Manrique de Lara y Revuelta Carrillo, se generalizan en nuestra nación los procederes antisépticos, y con ellos aparecen y se dan á conocer la pléyade de laparotomistas que hoy constituyen nuestro glorioso presente, sosteniendo con energía las hermosas tradiciones de la Cirugía española. En ese ejército forman cirujanos tan sabios como Rivera, Fernández Chacón, Gutiérrez, Uztariz, Isla, Cospedal y otros, en Madrid; Fargas, Cardenal, Robert y Morales Pérez, en Barcelona; Arpal, en Zaragoza; Meléndez y Rubio, en Cádiz; Martín Gil y Gálvez, en Málaga; Cortiguera, en Santander, y Cuadra en Úbeda (Jaén).

En nuestra ciudad de Granada, donde la cirugía española ha tenido épocas de brillantez y renombre que le dieron cirujanos como el Dr. Ávila, catedráticos tan entusiastas y sabios como Guarnerio, Creus, Duarte y José Godoy; fallecido este último prematuramente, y cuya pérdida conceptuamos como verdadera desgracia para la ciencia, para su familia y para los que sentíamos por él tan entrañable afecto, que hoy nos impulsa á rendir, desde estas páginas, á su memoria, un cariñoso tributo de admiración y de respeto; no se había practicado la laparotomía desde la fecha que la hizo el Sr. Creus, hasta el 25 de Agosto de 1893 y 18 de Julio del corriente año, que verificamos las que después serán detalladas.

Divisiones.—Si recordamos la definición que aceptamos de la laparotomía, sobre ella, como en sólida base, podemos muy cómodamente fundamentar una división racional, sencilla y clara.

Al considerar y meditar sobre cualquier enfermo, de cuya observación nazca la necesidad más ó menos lejana de la abertura del vientre, podemos hallarnos en esta disyuntiva: ó

tenemos perfectamente formado juicio diagnóstico del caso ó no le tenemos; sabemos el nombre y apellidos de la enfermedad con sus aditamentos de extensión, vecindad, complicaciones probables, por su naturaleza, crecimiento, etcétera, ó tan sólo conocemos que á nuestra vista se presenta una afección intra-abdominal, presumible ó no diagnosticada. En ambos casos podemos pensar en la intervención quirúrgica realizando una laparotomía; que en el primero será una laparotomía previa, preliminar, ó lo que es igual, el primer acto indispensable de un proceso operatorio intra-ventral ó intra-pelviano, cuyo programa de antemano hemos trazado y conocemos con detalles; y en el segundo, verificamos una laparotomía á *riesgo* y *ventura*, porque pueden sucedernos dos cosas: 1.ª que por la herida de las paredes del vientre exploremos minuciosamente todas cuantas alteraciones de la normalidad nos encontremos, y formado que sea el juicio de operabilidad procederemos á escogitar el método y á terminar con perfección la cura radical del afecto: 2.ª que abierta la cavidad del peritoneo, nos hallemos con una enfermedad inoperable por su naturaleza y extensión, que nos obliga, con pesar nuestro, á saturar y dar por terminado el acto. En ambos casos realizamos koiliotomías de mera *exploración*, aunque el finiquito del proceso sea tan poco parecido; pues al paso que en la primera clase terminamos todo un proceso terapéutico, en la segunda el cirujano no traspasa los límites de un hecho quirúrgico que nunca puede ser curativo, porque deja la enfermedad, por más que ambos sean explorativos: la finalidad los separa y el comienzo los une; por eso no aceptamos la desemejanza en la esencia.

Parece, con lo expuesto, que algo nos desviamos de la definición dada por el Sr. Rivera sobre la operación que nos ocupa, que aceptamos gustosos por inmejorable, porque no hablamos de la laparotomía *diagnóstica*, ni hacemos de ella un grupo natural. Si con la koiliotomía nos proponemos combatir una afección intra-peritoneal, hacer posible una operación, ó proporcionarnos un diagnóstico,

parece lógico que deberíamos aceptar un grupo de laparotomías diagnósticas; tanto más, cuanto que éstas, según su significado, no pretenden ni alcanzan otro objeto que aclarar nuestras dudas suministrándonos datos de naturaleza, extensión, período, relaciones y forma del mal ú órgano que tratamos de operar, una vez que seamos dueños del diagnóstico que no tenemos, para discutir después, con otros ó con nosotros la conveniencia de la operación, su posibilidad y sus accidentes.

Consideramos que así planteado el problema, ni existe ni ha podido existir la koiliotomía netamente diagnóstica, y aun creemos que bajo el punto de vista moral no se puede defender la tesis de este proceder. La demostración nos parece sencilla: abrir el vientre para hacer un diagnóstico, que no poseemos, de una afección interior de la cavidad pélvica ó abdominal, no se debe hacer porque es un acto quirúrgico de elevada categoría puesto al servicio de nuestra curiosidad para esclarecer nuestra duda, para modificar un prejuicio, para completar y afirmar un juicio, ó para formarlo cabal por carecer de él; objeto y fines que no son de la importancia ni están en igualdad de calidad con el medio empleado. Ahora bien, si nosotros por medio de la abertura de las paredes del vientre completamos el conocimiento llegando á la posesión del diagnóstico, y proseguimos, operando si operable es, ó nos limitamos á reinstalar y á reconstituir las partes de la pared del vientre para su cicatrización, porque la condición de inoperabilidad del afecto nos hace batirnos en ordenada retirada, no verificamos con esta serie de hechos una koiliotomía de mero diagnóstico, verificamos algo más y vamos algo más allá, buscamos, si posible es, el beneficio y curación de un paciente, y para ello hacemos y ejecutamos esos actos que más que partes de un simple diagnóstico son de neta exploración.

De las laparotomías diagnósticas, como quieren algunos autores, no puede formarse un grupo porque no puede admitirse que haya cirujanos capaces de abrir una cavidad,

averiguar su estado y después de pensar y meditar, fallar el pleito con los *considerandos* que la observación le sugiera como fundamentos de la sentencia en pro ó en contra de la operación. Habrá, y á diario se pueden ver, cirujanos inseguros del diagnóstico, que abren una cavidad, la observan y operan, unas veces, y otras, con un *imposibilia* absoluto se ven precisados á no hacer nada; pero todo esto lo hacen en una sola sesión realizando en ambos casos una abertura exploradora que no podemos reputar como diagnóstica. Para nuestro modo de ver y apreciar estas cuestiones, no existe la koiliotomía diagnóstica; y si alguno la ejecuta, no encontramos justificado su procedimiento.

Se nos podrá objetar diciendo: el que abre la cavidad peritoneal para darse cuenta del mal, como diría Albert, ó para resolver un problema diagnóstico, como dice el profesor Rivera, realiza una koiliotomía exploradora; y explorar y hacerse cargo del mal, son actos que nos proporcionan el esclarecimiento del diagnóstico, que es la aspiración suprema de todo enjuiciamiento médico-quirúrgico, y por tanto, la laparotomía exploradora es á su vez diagnóstica. Nada tenemos que replicar á los cirujanos que así piensan; para nosotros es aceptable este eclecticismo que envuelve las ideas de medio diagnóstico y medio curativo; lo que no aceptamos, como ya dijimos, es la incisión informativa ó simplemente diagnóstica para proceder en días subsiguientes a otra operación. Esto siempre nos parecerá un *modo de hacer* inadecuado y antiestético.

Otra división puede aceptarse de la laparotomía: aquella que efectuamos sin mayor intervención sobre los órganos intra-abdominales, sin ulterior ni consiguiente operación, realizando con ella todo el acto quirúrgico, sin ir más allá de la sección de las paredes abdominales. En los derrames peritoneales, en las peritonitis difusas y en las tuberculosis de esta serosa, nos vemos precisados, si queremos seguir una terapéutica racional y positiva, á practicar estas koiliotomías, *sine altera opera*, admitidas por Nairne, especificadas por Chalot, que las denomina *finales* porque

con ellas comienza y termina todo el proceso operatorio, y estudiadas por Albert, que las llama *curativas*. Nos parece este grupo muy natural, y por ende que debe admitirse.

La koiliotomía exploradora, lo mismo que la final, no han sido actos preconcebidos ó ideados, fueron hijos de errores de diagnóstico; no se crearon por los cirujanos, resultaron de sus equivocaciones; y aunque es una gran verdad al dicho de Albert: *que la laparotomía exploradora es en cierto modo el sello de la Cirugía de nuestra época*; no pueden envanecerse con esa conquista los cirujanos, pero sí la Cirugía; ellos no dijeron que abrir el vientre, explorar, ver, investigar, operar ó no, es indiferente, y después suturar la herida solicitando su curación, eran funciones, con asepsia, puramente inocentes; tanto, que no actuaban desfavorablemente sobre la enfermedad que demanda la intervención quirúrgica; pero, cuando así se hizo, ó cuando así resultó, se comprendió que este proceder reporta el inapreciable beneficio de saber todas las cualidades del afecto intra-abdominal ó pélvico, si inoperable se presenta ó se cura si operable lo juzgamos. Esto es un gran paso en el progreso quirúrgico; Albert lo dice y hay que reconocerlo.

Cirujanos hay que hacen otras divisiones en el estudio de las laparotomías: tomando en consideración grupos tan inverosímiles cómo los de laparotomías completas é incompletas, según interesan ó no, la serosa peritoneal. No participamos de esta opinión; aceptamos como condición preceptiva de toda koiliotomía la herida peritoneal para llegar á la cavidad del vientre, y por tanto, cuando la mano del cirujano detiene su acción antes de incindir el peritoneo, no realiza de modo alguno una laparotomía, sino una incisión en los planos de las paredes abdominales.

Nos hablan de incisiones exploradoras, algunos operadores, en un sentido muy distinto del que nosotros aceptamos, sobre las laparotomías de este nombre, haciendo que las divisiones y subdivisiones resulten abrumadoras por ser tan numerosas; debiéndose esto, en puridad de verdad,

á que los cirujanos no quieren llamar las cosas por su nombre, y al encontrarse ante una equivocación diagnóstica bautizan el hecho con el pomposo nombre de koiliotomía explorativa y consiguen aumentarnos el número y las clases de estas operaciones.

Estudia el Sr. Rivera una clase de laparotomías que resultan de lo que bien pudiéramos llamar *extralimitación* quirurgica en unas ocasiones, y en otras débense á hechos puramente de necesidad. Nos referimos á las laparotomías *accidentales*. Estas, unas veces tienen por génesis la casualidad y la rareza en la disposición topográfica de los planos anatómicos regionales, y otras son hijas de una extralimitación en la faena quirúrgica. Cuando practicamos la cistotomía hipogástrica ó talla supra-pubiana de Franco, podemos, aun haciendo la elevación vesical por el globo rectal de Petersen y forzando la dilatación del reservario urinario por inyección en el mismo, alcanzar el peritoneo, que no descendía más ni menos que lo ordinario; y por ende hacer una laparotomía accidental por extralimitación del corte, necesaria ó fortuíta, según que la realicemos con ó sin necesidad, dado el tamaño del cálculo. Pero, hay ocasiones en las cuales el peritoneo, como hacen notar algunos anatómicos, desciende y se refleja tan bajo, sobre todo en los adultos, que casi toca á la cara anterior del cuello vesical; y entonces, por mucho que se fuerce la elevación y la dilatación vesical en el acto de la cistotomía abdominal, tenemos que herirle, verificando una koiliotomía accidental, es verdad, pero inevitable, no por extralimitación, por necesidad, dada la anómala disposición de la serosa peritoneal.

El ilustrado catedrático Sr. Fargas, hace una división de las laparotomías, sirviéndole para este fin como idea fundamental, el objeto que las motiva. Así habrá koiliotomías motivadas por quistomas ováricos, por fibromas uterinos, por tumores viscerales, por neoplasmas sólidos del ovario, etc. Esta es una división muy práctica, y de utilidad por su carácter clínico, pero nos parece una clasifica-

ción indeterminada, amovible y sujeta á mil variaciones por los multiplicados afectos que pueden presentar, como indicación la abertura de la cavidad del vientre.

Resumiendo, pues, dividimos estas operaciones en cuatro grupos, cuya demostración puede verse en el siguiente cuadro:

Laparotomías ó Koiliotomías.	1.° Previa ó preliminar.	
	2.° Exploradora.	Con operación intra-abdominal.
		Sin operación subsiguiente.
	3.° Final.	
	4.° Accidental.	

Operación.—Antisepsia fuera del vientre, asepsia dentro del vientre. He aquí la fórmula actual: dice Reclus y Forgue, que se debe tener y ostentar por divisa en el acto operatorio, antes y después de él. Separándonos de estos preceptos, nos veremos expuestos á grandes contrariedades, por nuestra parte, y á terribles complicaciones, por parte de las enfermas, que pondrán muy en peligro su vida. Y sin embargo, la importancia de los consejos de Forgue y Reclus parece que disminuye y se aminora, cuando consideramos que operadores tan expertos y diestros en la cirugía cavitaria, como Bantock y Lawson-Tait, les asignan tan poca utilidad que casi prescinden de ellos, y no por esa ausencia dejan de obtener brillantes y lucidos resultados en la práctica quirúrgica. Pensando sobre esto de un modo ligero, parece que hemos dado demasiada importancia al método inhibitorio de la asepsia, y al proceder germicida de la antisepsia, y que nuestro cariño á tales métodos, no es el resultado de un detenido examen sancionado por la labor y la práctica diaria en la sala de operaciones, puesto que, cirujanos distinguidos prescinden de ellos sin menoscabo ni depreciación en su obra quirúrgica.

Dice un adagio de nuestro pueblo «el hombre es hijo de sus obras» que podríamos comentar diciendo que las obras exteriorizan la cualidad moral del hombre; pero en las obras producidas y en el hombre productor influye de un modo evidente el medio; y por ello, la manera de ser y de operar

de un cirujano, se encuentra influenciada por las condiciones (higiénicas) del medio donde labora. «Dime dónde y cómo operas y te diré el trabajo que gastas y frutos que obtienes», sería la fórmula de un nuevo aforismo que aunque malo é inservible nos explicaría perfectamente las palabras de Lawson-Tait, y nos daría la razón del por qué de su modo de obrar en Cirugía, desviándose y prescindiendo de las prácticas antisépticas; y nos explicaría también la especie de contradicción que existe de un modo más aparente que real, entre lo dicho por Reclus y Lawson-Tait. Como prueba de ello nos bastará seguir paso á paso los detalles de la práctica de unos y de otros, y llegaremos á saber que en America, Tait y Bantock prescinden de la antisepsia porque son altamente asépticos; no hacen gran caso de los caldos y líquidos antisépticos, de la antisepsis *química*, pero, y esto es lo que importa, esterilizan y se inhiben de los gérmenes con gran cuidado, por medio del calor; prefieren la antisepsia *física* para conseguir la absoluta asepsia. Esto no se puede erigir en método; es un modo de proceder útil y conveniente en casas y hospitales de limpieza, de pulcritud y asepsia habitual; mas no se puede consignar como método absoluto y provechoso en una obra didáctica como la de Reclus, pues no siempre tiene á su disposición el cirujano laparotomista medios y hospitales de tal limpieza, que sea ley la etiqueta de la asepsia para proceder en estos hechos quirúrgicos sin antisepsia química, como quieren ó recomiendan Lawson-Tait y Bantock.

Varios son los preceptos que hay que cumplir antes y después de la ejecución de una koiliotomía, y éstos hacen referencia: al *medio*, al *operador* y sus *ayudantes*, á los *instrumentos*, á la *operación* en sí, y á la *enferma* en la *operación* y antes y después de ella.

Medio.—En todos los hospitales bien asistidos y bien administrados, existe hoy ó debe existir un local exclusivamente dedicado á practicar operaciones de cierta delicadeza, que exigen de nosotros mayor número de precaucio-

nes y medios de purificación y asepsia, y en el cual puedan con facilidad y prontitud realizarse éstas. Á más, debe tener salas de curación quirúrgica en buenas condiciones de aseo, para la cura de las heridas en estado de asepsis; y otra para la exclusiva asistencia de heridas sépticas, ó en las cuales no se haya obtenido la suspirada asepsis ó pureza, que debe ser la constante solicitud y el deseo inmanente en todo cirujano.

Estos locales deben estar apartados de las enfermerías, de los retretes, de las salas de disección ó de necropsías; necesitan tener un asentamiento sin cañerías ni alcantarillas, estar bien orientados y aislados; deben poseer una buena cubierta de cristal para obtener luz cenital, y buenas y bien dispuestas ventanas que den luz á los costados y tengan herméticamente colocadas sus cristaleras para que sea verdadero el aislamiento de la atmósfera interior y exterior, pero fáciles de abrir y para la renovación en caso de urgente necesidad durante la anestesia; el pavimento y las paredes deben ser compactos, impermeables y lisos, de color claro, y que se puedan frotar, lavar y baldear con líquidos germicidas sin que sufra ni se deteriore el material empleado en su composición; debe procurarse que los ángulos y rincones afecten una forma redondeada que simplifique la limpieza. No debe tener la sala de operaciones gran altura, con cuatro metros es suficiente; y con esta altura y un perímetro de seis metros por cada lado, un chorro de agua (ó líquido antiséptico conveniente) que con suficiente presión alcance á todos lados, y un desagüe bien estudiado para que quite y reste elementos perniciosos y no sea vivero de gérmenes patógenos, es lo muy suficiente para obtener una sala con destino á las operaciones, en la cual, con los cuidados de un personal idóneo, se obtiene fácilmente la asepsis.

En el menaje debe evitarse y suprimirse toda materia contumaz que pueda retener el polvo y sea difícil de lavar y desinfectar; todo cuanto se instale en esas salas con el objeto de procurar asepsia y facilitar los tiempos operato-

rios, debe ser de metal niquelado ó pintado, cristal, porcelana ú otras sustancias semejantes; y todo el ajuar debe hallarse de tal modo dispuesto, que con facilidad pueda trasladarse y desalojarse para ejecutar la limpieza escrupulosa del local quirúrgico. Débese también tener en cuenta que en estos lugares no debe existir más que lo meramente preciso y necesario; todo sobrecargo de aparatos y utensilios es embarazoso, inútil, difícil de purificar y muy dado á que los descuidos de los ayudantes y encargados de la vigilancia aséptica, proporcionen el estancamiento de gérmenes que en cualquier momento sea material de contagio. Según nuestro criterio, las habitaciones destinadas á las operaciones cavitarias, deben tener una mesa de operaciones, de cristal, ligera, con ranura y canal central, cuya limpieza irreprochable se obtiene con facilidad diariamente después de cada operación; debe tenerse uno ó dos veladores de hierro, con ruedas y con diferentes vasares de cristal en forma de cubetas planas, para tener á la mano los instrumentos esterilizados á la lámpara ó al calor de una estufa seca de buena clase, que bien pudiera ser la de Poupinel ó la de Wiesnegg; no se puede olvidar la utilidad que presta y lo necesaria que es una estufa para esterilizar por medio del vapor de agua á una temperatura alta (120 á 140) los apósitos y vendajes, ó un atoclave donde á más de la temperatura del vapor dispongamos de presión. Con esto, una instalación de gas del alumbrado bien dispuesta, un filtro de Chamberland para filtrar agua, una caldera bien tapada para tener agua caliente, varios botes de algunos litros de capacidad, para las soluciones antisépticas y agua esterilizada, anaqueles de cristal bien cerrados para los materiales de cura, un pulverizador de vapor para mantener la temperatura de 25 á 30 centígrados y con la debida humectación, y un buen lavabo para el aseo del personal que debe intervenir, se completa lo más necesario y útil en una sala ó anfiteatro de operaciones.

No queremos dar á entender que participamos de la idea de considerar supérfluo y perjudicial todo lo mucho que

falta en la enumeración hecha, no, cuanto más completa y más perfeccionada esté ó se encuentre una sala de operaciones, por el número y clase de sus aparatos para producir con seguridad la asepsia, nos parece bien, puesto que todo cuanto se haga y se invente con este fin nos parece bueno; pero, hemos querido señalar lo más principal y adecuado, con lo que, siendo poco, nos daríamos por muy satisfechos si lo poseyéramos los que á diario prestamos nuestros servicios en las dependencias oficiales del Estado, en las cuales, por mucho que quieran hacer los jefes ó directores de los centros docentes, no pueden más que emplear y distribuir paulatinamente, la escasa consignación que reciben para material, procurando hacer y cumplir aquel bíblico milagro del *pan* y los *peces*.

En nuestra Facultad de Medicina, hasta hoy, no contábamos con nada de lo poco que dejamos enumerado, ¡ni la instalación de gas en el anfiteatro para producir y tener agua esterilizada por el calor! ni ¡una estufa de esterilización! pero de hoy en adelante puede decirse que una nueva era se abre para la antisepsia en nuestra casa de estudios. Gracias á los laudables esfuerzos del catedrático de Bacteriología el Sr. Rector Dr. García Solá y del señor Decano, Dr. Castillo, se cuenta con un local estucado, con buena luz, con suelo impermeable, con instalación de gas, estufas esterilizadoras, frascos para líquidos, etc,, que nos hará olvidar la pésima instalación del antiguo anfiteatro quirúrgico, en el cual, aun parece que oimos vibrar la voz del malogrado Dr. José Godoy, catedrático de operaciones, y uno de los primeros apóstoles en España, quizá el más convencido y entusiasta, de los procederes asépticos, clamar con toda la fuerza de argumentación de su privilegiado talento, de las malas condiciones de aquel insano lugar que malograba sus labores quirúrgicas; con lo cual parecía profetizarnos su temprana muerte por una terrible infección cogida en el maldito anfiteatro objeto de sus justos, razonados y cultos anatemas.

No creo necesario hacerle constar á nuestros ilustrados lectores que cuanto ya digimos sobre las condiciones con-

venientes de las salas de operaciones, sea preceptivo, necesario y sustancial para obtener la asepsia en las intervenciones quirúrgicas de las cavidades. Se puede proceder sin esos requisitos; ellos son convenientes, pero no de absoluta necesidad; si así fuese, menguada andaría la Cirugía, pues no siempre se pueden hallar locales como nosotros los queremos; si los tenemos, nos dan facilidades y seguridad; si no los poseemos, podemos buscar la asepsia con más trabajo, es verdad, pero la hallaremos siempre que nos propangamos á ello, aunque nos rodease una atmósfera, tan excepcional por su sobrecargo, como la del hospital de la Pitie, en París, donde el diestro observador Miquel, del observatorio de Montsouris, halló en sus célebres experimentos la respetable cantidad de 16.000 bacterias por metro cúbico.

No hace muchos años, cuando el mismo Lister daba gran importancia al estado de la atmósfera por su pureza ó suciedad, los cirujanos se afanaban por obtener una aséptica y pura; todos los tiros iban disparados al aire, aire sin gérmenes nos hace falta, decian, aire limpio, como el de las altas cumbres del Mont-Blanch, el del nevero de Aletzch, ó el de las interioridades innotas del Océano y del mar Glacial. Se inventaron filtros para el aire, se prodigó inusitadamente el spray como germicida; Neuber se esforzó en todo lo relativo á la antisepsis atmosférica, y y hasta se inventaron por la industria aparatos *caza-microbios*. Todo esto fueron delirios y paradojas antisépticas que nos condujeron á otro delirio constante que nos hizo ver como terrorífica la idea microbio, y que su presencia, fuese causa de pánico indescriptible. Pero, después, ahondando en el estudio etiológico de la infección, y en el de la vida y propagación de los organismos bacterianos en el aire, en el suelo, y en el agua, se comprendió que el primero es el medio menos apto y menos apetecido por estos microscópicos seres, para el ejercicio de su nefanda colonización; y se comprendió también la verdad que encerraba el dicho de Tyndall: «*es preciso no absolver ni acusar demasiado á la materia viva que flota en el aire.*» Con este eclecticismo, que en-

vuelve la justa concepción que debemos tener de la materia viva de la atmósfera, podemos proceder para librarnos de ella á costa de escaso trabajo: con sólo el reposo atmosférico, con la quietud del aire, nos veremos libres de espectadores bacterianos, porque éstos tienden á posarse en el suelo, en las paredes, en los muebles, y en todos los objetos, y puede el cirujano, atendiendo á esta precipitación ó caída de gérmenes, proceder á su labor con la seguridad de no verla asaltada por tan molestos y perjudiciales vecinos; y libre de ellos, y libre por consiguiente del contagio atmosférico, tan sólo debe preocuparle y tan sólo debe evitar la principal fuente de contagio, que es el contagio, por *implantación*, por las manos y por los instrumentoros que usa. Deben tener, pues, los cirujanos gran cuidado con la atmósfera de las enfermerías y salas de operaciones, para que antes de descubrir heridas ó de hacerlas, esté tranquila veinticuatro ó cuarenta y ocho horas; y no se concibe que en estos tiempos de la asepsis, aun haya cirujano que tranquilamente cure y descubra á sus operados en las horas de la limpieza de su sala, cuando las Hermanas de la Caridad y las enfermeras con sus artes de limpiar, ponen en espantosa danza y vertiginosa revolución en el aire, á todos los gérmenes del mobiliario y paredes; pues sin embargo, conocemos enfermerías en las que, para nada se tienen en cuenta estas cosas por los cirujanos que las sirven.

El distinguido cirujano Dr. Cardenal, en sus preciados estudios de Cirugía antiséptica, tiene sobrada razón cuando aconseja al médico rural que estudie y se penetre bien de la técnica y de los fundamentos de la doctrina de la antisepsis, pues en cualquier momento se puede conseguir con medios defectuosos una asepsia como la de la mejor Casa de Salud; con líquidos germicidas, con agua esterilizada por el calor, con la esterilización de los instrumentos á la llama de una lámpara de alcohol, y cuando no, con el agua hirviendo, con las ropas hervidas también, la atmósfera en reposo (48 horas), bien aseado el enfermo por el lavado con soluciones fénicas, hidrargíricas ú otras, y la es-

meradísima (este cuidado es siempre importante) desinfección de nuestras manos, podemos en cualquier momento practicar operaciones en las cuales no se manifieste la más pequeña colonia de strectococos piógenos, que es siempre el signo y elemento etiológico de la supuración.

Operador y Ayudantes.—Cuanto se diga ó se escriba, y hay que considerar que sobre esta parte del método listeriano se ha escrito mucho y bueno, es poco comparado con la elevada importancia que tiene para la buena y desembarazada marcha aséptica de una herida quirúrgica, el esmero y el cuidado en la desinfección del operador y sus ayudantes. Debieron comprenderlo de este modo los más famosos y concienzudos cirujanos nacionales y extranjeros, cuando tan rigurosamente cumplen los preceptos del listerismo personal, á cuyas opiniones y prácticas nos asociamos con el entusiasmo y la fe del más fervoroso creyente; pero, sin que lleguemos á creer pertinente ir tan lejos, que caigamos en las exageraciones tenidas por distinguidos cirujanos; siempre dispensables á nuestros ojos, pues las conceptuamos como rigorismo saludable para los efectos de pureza en la buena cirugía listeriana y para la consecución del resultado en la cirugía abdominal.

Es hermoso el espectáculo de rigor que daba aquel laparatomista que invitaba á su honorable colega Gaston Du Pre, de Bélgica, para ejecutar ó presenciar una ovariotomía, rogándole además cortesmente, á trueque de pasar por meticuloso y hombre amigo de nimios detalles, que viniese *sin la ropa que hubiese usado en la visita de los enfermos;* y no menos edificante nos parece el formalismo que describe el Dr. Cardenal usado en el *Samaritan free Hospital*, de Londres, donde para presenciar las habilidades quirúrgicas de Bantock, Thornton y Meredith, necesitó declarar bajo la garantía de su firma, que no había visto recientemente enfermos septicémicos ni había asistido á las salas de disección. En honor á la verdad, todo sacrificio lo merece la asepsis, por más que hoy día sabemos que no hay que ser tan exigentes ni se necesitan para la prác-

tica los rigores trascritos, por el mejor conocimiento que se tiene del mundo bacteriano y de la infección directa y á distancia ó por el aire; pero, si en la infancia del método planteado por el célebre cirujano de King-Hospital, José Lister, no se hubiese procedido con tales miramientos de disciplina, la adolescencia de hoy sería decadente y raquítica, porque los fracasos, desencantos y frecuentes caídas no le hubiesen dejado mostrar la lozana robustez de la actualidad; y tendríamos el infortunio de ver al arte de la Cirugía tan postrado como le tuvimos en edades pasadas.

En las koiliotomías, pues, los cirujanos y ayudantes han de mostrar en sí una rigurosísima antisepsis; han de procurar no entrar al anfiteatro con las ropas que tuvieron puestas cuando estuvieron en las enfermerías ó visitaron enfermos; á más, deben cubrirse con blusa ó hábito de color blanco, de irreprochable limpieza que deje al descubierto los antebrazos para su buena desinfección. Débese por el cirujano limitar cuanto pueda el número de los ayudantes en todas las operaciones, y muy especialmente en las que recaen en la serosa peritoneal; con cuatro ayudantes en los casos de laparotomías es suficiente, contando con que sea personal adiestrado en la técnica listeriana, de convicciones asépticas por su práctica y por sus estudios, y avezado á esta clase de cirugía; pues no hay que olvidar la observación hecha por Volkmann, de Halle, el cual dice que siempre que tiene renovación, en sus servicios clínicos, del personal de ayudantes, las complicaciones sépticas en los operados, ocurren con mayor frecuencia que cuando es antiguo .

El operador y sus precisos colaborantes, una vez en el anfiteatro, lo primero que deben practicar es una desinfección de sus manos y antebrazos, secándolos con un paño esterilizado. La enferma en el mayor estado de antisepsia ocupará la mesa y por el propio cirujano se debe proceder á una inspección ocular pre-operatoria, para cerciorarse del modo como fueron cumplidas é interpretadas sus órdenes,

desinfectando nuevamente la región si preciso fuese, hasta quedar satisfecho de la limpieza más minuciosa, para después proceder á una última lavadura de las manos y antebrazos de todo el personal, incluso el cirujano. Estas desinfecciones se pueden hacer con diferentes líquidos cuya bondad germicida sea reconocida y admitida. Nosotros acostumbramos á lavarnos detenidamente durante seis ó siete minutos con agua, á una temperatura soportable, esterilizada, puesta en una palangana esterilizada también por el calor, con jabón líquido y un cepillo previamente lavado en líquidos bactericidas; después, con otro cepillo proseguimos la limpieza en alcohol, y por último terminamos con el cepillo en un baño de disolución de bicloruro hidrárgico acidificada, la cual, renovada, la tenemos cerca para lavarnos cada vez que se manchen los dedos en el curso de la operación. Todos nuestros ayudantes, con las uñas bien cortadas y á nuestra presencia sufren igual número de lavados y con igual cuidado, pues todo es poco para conseguir la asepsis de las manos; como dice muy oportunamente Kümell, es más fácil hacer y conseguir la asepsis de una esponja, que la de las manos del hombre, siendo como es la esponja el objeto quizá más contumaz y de difícil esterilización que conocemos.

Instrumentos.—Deben los instrumentos conservarse muy limpios y secos en anaqueles de cristal con armadura metálica, bien cerrados, y desde ellos, previa nueva limpieza, llevarlos á la estufa de desinfección donde permanecerán por espacio de sesenta minutos á una temperatura de 120 á 140 grados centígrados; colocándolos seguidamente en cubetas llanas de porcelana ó cristal provistas de solución fénica al 5/00 ó de lysol al 3/00 Con la mencionada temperatura, puede suponerse que los antiguos instrumentos de mango de madera no pueden servirnos, puesto que, inservibles quedarían en la primera desinfección por el calor, inconveniente que se evita usando los instrumentos de moderna confección, con mangos metálicos y bien niquelados.

Si carecemos de estufa ó cámara de desinfección adecua-

da, fácilmente obtendremos la esterilización del instrumental, siguiendo el precepto de *von* Bergmann, el cual los manda hervir durante quince minutos en agua esterilizada y alcalina (carbonato sosa al 1/00) para que no sufran deterioro; y para hacer una desinfección más rápida en aquellas piezas que no sean instrumentos de corte, podemos servirnos de la lámpara de alcohol, haciéndolos pasar varias veces por la llama de la misma; y mejor aún, mojándolos en alcohol y aproximándoles una luz que haga arder á éste y complete la desinfección.

Los bocados de las piezas deben mirarse con especial cuidado, limpiándose con un cepillo fuerte en alcohol, después al calor y luego en la disolución fénica.

Cuidados referentes á la operación.—Los actuales medios de curación, nos obligan á entrar en algunas consideraciones referentes á los cuidados minuciosos y atención debida que el cirujano ha de dispensar á todo lo referente á la operación de la koiliotomía; la cual, si ha de llegar felizmente á realizarse, necesita, no sólo hacerse con toda la perfección que se debe esperar del cirujano que á ella se lanza, sino que antes de comenzar tan delicada labor, debe dirigirse una mirada á todos y cada uno de los efectos y objetos que en manos del que opera han de contribuir al acto, siempre solemne, de abrir la cavidad más grande de nuestra economía á un semejante, que buscando curación ó alivio, se entrega ciegamente á nosotros confiando en Dios y en nuestra pericia.

La atención del cirujano durante la operación debe concentrarse en ésta, en su marcha y en el estado de la enferma; antes debió tenerla en los objetos, como ya digimos, y por ello, algo mencionaremos de los que ha de usar, y directamente han de contribuir á la obra, para después ocuparnos de la obra misma.

Haremos gracia á nuestros ilustrados lectores de la enumeración de los instrumentos necesarios para verificar la laparotomía, porque el número y clase de éstos, subordinado ha de estar á la clase de operación que subsiga á la

abertura del vientre; pero, daremos un consejo, no como cirujanos de práctica dilatada y extensa, pues ésta la dan los años de constante trabajo quirúrgico, sino como modestísimos cirujanos que por espacio de veinte años colaboramos al lado de nuestros maestros, y es: que se debe preparar todo el instrumental necesario para lo que se piensa hacer y para lo que pueda hacerse; así se evitarán ó se disminuirán las ocasiones de faltas de instrumentos y con ellas las molestas dilaciones que ocurren alguna vez al tener que ir por un instrumento, desinfectarlo y entregarlo al cirujano. Dos, tres, veinte instrumentos más en una operación que se sabe cómo comienza, pero que no se sabe cómo ni con qué operación termina, no perjudican en nada, y puede, en cambio, evitarnos interrupciones y accidentes molestos para el que actúa y perjudiciales siempre para la enferma. Lo que nunca debe olvidarse, en esta como en todas las operaciones, son medios y útiles para verificar la respiración artificial, ó acelerarla caso de languidecer en los momentos angustiosos de una exagerada narcosis; no queremos decir que se tengan prevenidos cuantos utensilios se puedan necesitar en casos tales, pero sí que no falte el *abre-bocas* de Roser-König y pinzas para sacar la lengua fuera de la cavidad bucal, evitando la caída de èsta hacia atrás y la consiguiente oclusión de la glotis y la inmediata asfixia. Cualquiera pinza puede servir en la urgencia, aunque consideramos de gran utilidad la que ordinariamente usamos de ramas fenestradas, triangulares y acanaladas, modelo inglés.

Necesidad imprescindible es la del operador, de contar con materiales de cura de inmejorable calidad, bien conservados y mejor esterilizados; entre éstos, los que más directamente ha de necesitar y usar son los de ligadura y sutura. El catgut, producto orgánico de larga preparación y de difícil purificación, ha tenido y tiene sus encomiastas partidarios y sus duros detractores; Billroth y Traisfontaines, llegaron á proscribirlo en absoluto de sus servicios clínicos, porque á él inculparon los casos funestos de in-

fección orgánica general; el cirujano de Lourcine-Pascal, en París, Samuel Pozzi, se sirve del catgut en las laparotomías como medio de sutura y ligadura, pero le somete á operaciones previas, que asegurando el estado aséptico de este hilo orgánico, no dejan de ser un tanto pesadas, como fácilmente se comprenderá si consideramos un lavado primo en solución de sublimado al milésimo, una maceración, por espacio de ocho días, en aceite esencial de madera de enebro y conservación en alcohol rectificado con un tercio de esencia de enebro, para sacarlo al tiempo de usarlo lavándolo antes, y por última vez, en la solución hidrargírica al tanto por ciento dicho; Martín, de Berlín, sigue un procedimiento análogo, conservándolo en alcohol con un tercio de aceite esencial de enebro; y en la Frauenklinik de Berlín, después de tenerle veinticuatro horas en esencia de aceite de enebro, lo sostienen igual tiempo en glicerina para conservarlo en alcohol absoluto. Otros cirujanos son más radicales en la preparación del catgut, Augusto Reverdin, por ejemplo, antes de ponerle en soluciones germicidas, lo desengrasa, lo deja estar cuatro horas consecutivas en una estufa á 140°, para después conservarle también en alcohol con la esencia de enebro. En la clínica de Bergmann se somete por espacio de catorce días á la acción de un preparado, con frecuencia renovable, de alcohol (800), sublimado (4), y agua destilada (200), conservándole en otra igual, pero con la cuarta parte de compuesto hidrargírico. Á la acción de soluciones tenues (½/00) de ácido crómico someten Leopold y Mikulicz el catgut durante cinco horas, para tenerlo después en glicerina fenicada y conservarle en alcohol: y Doderlein, á más de esto, le pone dos horas en estufa á la temperatura de 130°.

Consideramos demasiados cuidados y lavados los exigidos por Pozzi y demás cirujanos citados, para el catgut, pero, á buen seguro que si tuviesen en este medio gran confianza por las facilidades para obtenerlo puro, no pensarían en tantas manipulaciones persiguiendo el hecho de su positiva esterilización; nosotros usamos el catgut lo

menos posible, sirviéndonos del que prepara en solución de sublimado la fábrica de curas antisépticas establecida en Montpellier, el cual, lavado repetidas veces ante nosotros en una solución igual, conservamos los carretes en alcohol rectificado con la tercera parte de aceite esencial de enebro, sin que háyamos tenido motivo en los años que le usamos en todas las operaciones, para imputarle efectos ó cualidades infecciosas.

Preferimos en muchas ocasiones la seda, que para ligaduras y suturas, tiene mayor seguridad, y aunque no es reabsorbible como el hilo de catgut, pero en el estado de pureza la toleran sin protesta los tejidos de todas clases y aun la serosa peritoneal, cuya delicadeza y excesiva impresionabilidad es y ha sido desde antiguo comentada. Además, la seda se desinfecta con menor número de operaciones y con mayores facilidades; pues, por más que cirujanos como Terrillon, quieren que sufra parecidas ó análogas operaciones que el catgut, haciendo la sumersión en agua hirviendo durante veinticinco minutos, como preliminar de la desinfección, que lleva á término, poniendo los carretes en tubos de cristal llenos de un agua aséptica, en cuya composición entra el sublimado (2), el timol (1), el fenol (5), el alcohol (20 centímetros cúbicos), y el agua hervida (980), y tapa estos frascos con tapones de cautchuc, sometiéndolos después á la presión de tres atmósferas en autoclave (que corresponde á una temperatura de 115 á 134°c., según se deje ó no salir el aire para el espurgo); nos parece que todo este trabajo es no sólo inútil, sino que tiene mucho de perjudicial por la complicación que supone la ejecución de tanta minuciosidad; y hablamos así, porque tenemos la costumbre de esterilizar la seda, hirviéndola por espacio de media hora en solución carbólica al 5/oo, procedimiento del profesor Czerny, conservándola en solución alcohólica de bicloruro hidrargírico al milésimo, y hemos dejado en la cavidad peritoneal ligaduras perdidas sin que se hayan manifestado signos de flogosis en esta serosa, como evidente señal de protesta por

la infección local que pudo determinar la ligadura ó la sutura al no hallarse completamente estéril la seda empleada.

Antiguamente, y aun en nuestros días, muchos cirujanos mal avenidos con la fortuna que representa el disponer de medios de sutura y ligadura de acrisolada pureza, emplean hilos de cáñamo, lino y seda sin previas preparaciones de esterilización; representando este burdo proceder una verdadera siembra de gérmenes piógenos en la pequeña herida de la sutura ó el lugar de la ligadura, siendo después la causa de las difusas y abundantes supuraciones de los reglados traumatismos quirúrgicos. En las operaciones que recaen en la región del vientre, no hay que pensar en esa técnica de *brocha-gorda* que todo lo sanciona como bueno, y que encerrada en un fatalismo ignorante, desprecia por supérfluos los delicados y necesarios detalles de la asepsis, á los cuales debe suscribirse siempre el cirujano en todo acto de su ministerio, y mucho más en la cirugía cavitaria, donde con mucha frecuencia han de hacerse suturas y ligaduras, cuyos hilos los destinamos al enquistamiento preciso para su indeterminada ó constante permanencia dentro de la cavidad. Para la antigua cirugía, ó mejor dicho, para los antiguos cirujanos, y aun para los de hoy, apegados al arcaismo quirúrgico, fué un buen descubrimiento el uso de los hilos metálicos para las suturas, que los americanos Sims y Bozeman aplicaron á la cirugía del vientre, porque estos materiales con dificultad se impurifican ó infectan y con sencillez, por cualquier procedimiento, se esterilizan; pero, en la laparotomía, ni las suturas metálicas con hilos de plata ó los de hierro de Audry, de Tolosa, ni la crin de Florencia, pueden servir al cirujano que goza de alguna experiencia, porque en esos hilos hallará condiciones físicas de rigidez más adecuadas para causar daño y molestias, que para prestar servicios de utilidad.

En las operaciones laparotómicas, el cirujano tiene que pensar muchas veces en el establecimiento de un desagüe

quirúrgico que evite la acumulación de líquidos patológicos y las consecuencias infectivas que la descomposición de los mismos pudiera acarrear al organismo. El operador debe, pues, ir al acto quirúrgico prevenido de los suficientes medios de drenaje para el caso de establecer éste en la herida abdominal ó en la cavidad del peritoneo. Peaslee, primero, y Kœberlé, después, comenzaron á usar el drenaje de Chassaignac en la cirugía del vientre, llegando en manos de Sims á hacerse preceptivo para todas las operaciones intraperitoneales. Por medio de tubos de variadas clases por su tamaño, calibre y figura, y cuya composición puede ser de cristal, aluminio, cautchuc y otras substancias, podemos establecer el desagüe, que le consideramos de indiscutible utilidad y conveniencia, siempre que el criterio del cirujano sea el que determine en presencia de las circunstancias, cuando se ha de instalar, escojitando la clase, forma y substancia de los tubos que considere oportuno emplear.

Nosotros que á diario usamos el desagüe en aquellas soluciones que lo han menester y lo demandan, no tenemos experiencia respecto del que establecerse pueda en la cavidad abdominal, porque las enfermas que operamos no lo necesitaron; pero, siempre tenemos, como es de rigor y de ritual antiséptico, tubos de cautchuc de variados calibres, bien lavados y esterilizados por medio de la ebullición en disolución fénica al 5/oo, conservados en soluciones de la misma clase renovadas con frecuencia, y cuidando de su lavado antes de usarlos, en líquidos germicidas; pero, procurando una rápida y eficaz pureza, podemos esterilizarlos á una corriente de vapor, en un autoclave con poca presión ó lavándolos con legía de sosa caliente, en la proporción que queda dicha al tratar del cuidado de los instrumentos; todas estas operaciones ejecutadas para tener tubos disponibles en abonadas condiciones de asepsia, necesitan una pequeña advertencia, y es, que si se han de colocar en la cavidad de la serosa peritoneal, han de sufrir un nuevo lavado en agua esterilizada, para

quitar de las paredes del tubo toda la substancia antiséptica.

Por medio de hebras de seda esterilizada ó manojos de cerdas purificadas con soluciones antisépticas, podemos conseguir drenajes capilares, como ya lo hacía Lister en el comienzo de las prácticas antisépticas; como también se usan con menos éxito el desagüe por hilos de catgut y por los tubos de hueso decalcificado, que Trendelenburg y Neuber quisieron encomiar, pero que bien pronto se demostró que la posibilidad de la reabsorción de estos materiales, y por lo tanto la permanencia de un apósito, no compensaba las complicaciones que podía determinar un desagüe defectuoso; esto hizo pensar á los cirujanos en la adopción de medios especiales de desagüe para la cirugía abdominal, y en la actualidad vemos en la vagina y en la herida abdominal aplicarse por Keith tubos de vidrio, fáciles de obtenerlos asépticos, resucitando con ello la práctica del gran laparatomista Kœberlé, seguida por muchos y entre ellos por nuestro compatriota Dr. Cardenal; y á Hegar y Kaltenbach dejar en la herida abdominal un grueso tubo que á guisa de especulum asegura la salida de los líquidos; á Lawson Tait poner una verdadera ventosa que funcione permanentemente; pero á Nussbaum y más principalmente á Keherer se debe la verdadera sistematización del desagüe en la cirugía abdominal por medio de delgadas mechas de algodón hidrófilo, bien esterilizado, que después Breisky, Chrobak y Mikulicz, han substituído en esta clase de intervenciones quirúrgicas, y aun en las de cirugía general, por tiras delgadas de gasa fenicada ó yodofórmica; que en operaciones de resección articular y amputaciones hemos empleado como drenaje, quedando muy satisfechos de su poder absorbente y de su valimiento para el desagüe capilar.

Otros medios ha de usar el cirujano laparotomista en el acto quirúrgico y sobre ellos ha de dirigir su investigación; nos referimos á las soluciones germicidas que no hemos de enumerar y discutir de un modo prolijo, porque

de ellas nos ocupamos al hablar de los líquidos para esterilizar los instrumentos y las manos del operador y ayudantes, y por más que, en la página referida no pasamos revista más que á los caldos antisépticos de frecuente aplicación, dejaremos consignado que en la cavidad del peritoneo no podemos penetrar esgrimiendo armas bactericidas representadas por los medios líquidos de acción antiséptica comprobada; para la koiliotomía, el mejor líquido es el agua á una temperatura de 37 á 40°c., previamente esterilizada y ligeramente salina (solución pura de cloruro de sodio al 7/000), pero, esta práctica, si tenemos la fortuna de que en la cavidad peritoneal no queden restos, coágulos sanguíneos ni substancias líquidas de otra clase, podemos muy bien suprimirla de la *toilette* peritoneal, aunque hay laparotomistas de tanto fuste como Lawson Tait, que siempre que termina una operación del interior del vientre, vierte gran cantidad de agua (esterilizada) y lava con las manos la cavidad y el paquete intestinal, secando después con esponjas finas y estériles el líquido mencionado. Nos parece esto una conducta inadoptable como método constante y que tan sólo debe seguirse cuando las circunstancias lo determinen; la aspiración ha de ser que el peritoneo quede limpio con las menores molestias físicas y químicas para esta membrana, acordándonos para comprobarlo de las ideas sostenidas por Reclus, que asegura, que todos los traumas mecánicos y químicos que hacen sufrir al peritoneo, acaban por abolir su propiedad absorbente, unas de sus funciones normales, predisponiéndolo para la infección ó inflamación; accidente temible que á costa de cuidados y precauciones estamos en la obligación de evitar, pero, sin traspasar el límite de la conveniencia y utilidad; pues siendo cierto de toda certeza cuanto dice Reclus, no podemos dar al olvido la rapidez con que absorbe el peritoneo los productos septógenos de la descomposición de resíduos quirúrgicos, causas muchas veces de septicemias hiperagudas que explican la muerte de las operadas en poco tiempo, y por ende, la obligación

que también tenemos de ser minuciosos con la gran serosa esplágnica; las circunstancias y nada más, son las que han de servir de guía al cirujano en esta parte de la técnica laparotómica.

Antes de ocuparnos de lo concerniente á la operación de la laparotomía, diremos cuatro palabras de los medios de curación antiséptica que han de formar el apósito, y en el curso de la operación han de ser utilizados por el operador. Somos amigos de la sencillez en la técnica listeriana, y en nuestro servicio clínico hace años que no usamos otros materiales de cura en las operaciones, que algodón hidrófilo de esmerada fabricación y cuidadosamente esterilizado, gasa de la misma naturaleza y preparación, gasa yodofórmica al 10/00 y makinstoch para recubrir y aislar las capas de gasa, terminando todo apósito con gruesas mantas del algodón ya mencionado; cuidando que los vendajes sean dobles: uno de gasa esterilizada y otro de franela fina, lavada y hervida ó de lienzo también desinfectado. Como medio absorbente y de limpieza nada nos parece mejor que la esponja esterilizada, pero es un cuerpo tan contumaz y fácil de impurificarse, que damos la preferencia á las compresas de gasa hidrófila bien purificada por el calor. En la línea sutural de los traumatismos, usamos el yodoformo finamente pulverizado, el airol, ó una mezcla á partes iguales de subnitrato de bismuto químicamente puro, ácido tánico cristalizado, creta y yodoformo, todo reducido al estado de fina pulverización.

Es indudable que en esta última década se ha prodigado la intervención laparotómica, hasta el extremo de aparecer la época actual con tendencias, algo exageradas, á encerrar toda la cirugía de importancia, en los estrechos límites de las cavidades pélvica y abdominal de la mujer. No se habla, ni se escribe, ni se admira más que la realización de atrevidas empresas quirúrgicas llevadas á feliz término en las interioridades del vientre; parece que los cirujanos, impulsados por febril arrebato quirúrgico, se apresuran afanosos para llevar su investigación y su técnica á las cavi-

dades orgánicas, revolviendo los órganos y determinando el sitio afecto para lanzarlo fuera, si posible es, condenándolo á extrañamiento por peligroso y dañino. Lo cual puede comprobarse fácilmente si dirigimos una mirada hacia el último congreso de Ginecología y Obstetricia, celebrado en Ginebra en los primeros días del próximo pasado Septiembre, donde el ilustre cirujano de París Dr. Pean, al hablar del tratamiento de las supuraciones pelvianas, cita sus 360 casos de *histerectomias vaginales* ejecutadas con fines curativos en las supuraciones dichas; en que el Doctor Delageniere cita la suma de treinta operaciones por él ejecutadas de *histerectomias abdominales*, motivadas por fibromas; y el Dr. Schwartz da cuenta de las 46 *histeropexias* abdominales para combatir de un modo eficaz las retrodeviaciones uterinas.

Aquella cirugía que fué acompasada y rítmica, encerrada en los moldes de un enjuiciamiento atildado y calcada sobre cuadrículos de perfecta armonía geométrica, podemos decir que terminó; hoy necesitamos estar impuestos en las severidades de una técnica que no admite componendas ni dispensa deslices, pero que deja libre al cirujano el camino de todos los misteriosos ámbitos de nuestros órganos, con tal de que al final de la jornada escriba en el encerado del saber, siquiera una sola palabra en bien del progreso verdadero y en beneficio de la humanidad.

Todo esto se debe á la gran verdad que representa la asepsia, que nos hizo atrevidos, pero, no fué tanto que nos permitiera llegar al pecaminoso extremo de no ver en la labor quirúrgica que trazaron los genios de pasada época, la obra de hombres de indiscutible mérito por su destreza, su saber, su abnegación y su talento, que sin los medios de hoy, y esto sublimiza más su técnica, atravesaron las paredes del vientre curando afectos ováricos y uterinos, con facilidad que aun nos admira, sin que acertemos á explicarnos como faltos de asepsia expresa, pudieron realizar aquellas proezas; que en la actualidad nos parecen cosas fáciles, como fáciles y de leve pronóstico nos parece

la *peritoneomia*, que aparenta con sus satisfactorios resultados demostrarnos un cambio radical en la gravedad de las heridas del peritoneo, cuando en verdad, sería una locura pensar que el pronóstico de estas soluciones varió de ayer á hoy; lo que varió, como dice muy oportunamente Nussbaum, fueron nuestros medios operatorios; sépticos antes, rara vez, y esto sin darse cuenta, asépticos; ahora, preceptiva y expresamente asépticos. Este es el secreto y el motivo de la variación en los resultados, lo que da alientos al cirujano y veloz progreso á la cirugía.

Convenientemente dispuesto todo para la operación de la koiliotomía, y colocada la enferma, bien desinfectada como ya dijimos, en una mesa especial como indican la inmensa mayoría de los cirujanos, ó en una de forma usual y corriente, con tal que sea obra fácil su antisepsis, única condición en que debemos ser exigentes, pues la forma del tablero puede darnos facilidades, pero nunca puede afectar á la esencia del hecho quirúrgico, lo primero que tenemos que resolver es la cuestión, ya muy debatida, del sitio y extensión de la *incisión* laparotómica. Conformes y contestes encontramos á los cirujanos, en que la incisión debe practicarse en la línea media, desde dos centímetros por debajo de la cicatriz umbilical, hasta cinco ó seis por encima de la sínfisis de los pubis; pero, no hay razones de absoluta imposibilidad para que pueda el cirujano verificar la incisión de las paredes del vientre en sus regiones laterales superiores é inferiores con el fin de llegar á la cavidad; hay razones y motivos de conveniencia por la diversa disposición anatómica de unos y otros puntos, que dan facilidades y simplifican los tiempos operatorios.

En esto se basa y fundamenta el procedimiento más comunmente seguido por los cirujanos, de atacar la pared abdominal por la línea media, aprovechando la disposición anatómica de esta región, en la cual hallamos condiciones singulares por su menor vascularidad, mayor densidad en sus tejidos, coloración diferente en la piel y en el plano fibroso que constituye la línea alba, y puntos de relación

invariables, como son los bordes de los músculos rectos y la línea figurada que desde el apéndice xifoides á la sínfisis pubiana, pasando por el ombligo, puede servirnos de constante guía en las primeras maniobras y en el curso de la operación. Estas condiciones, que dan facilidades como ya consignamos antes, y que hacen simpática la incisión mediana en las koiliotomías, no deja de tener sus inconvenientes muy apreciables, que pueden explicarnos la causa de accidentes consecutivos á la operación, como las hernias post-operatorias de la cicatriz, de cuya profilaxis y terapéutica nos ocuparemos después, discutiendo, llegado el caso, las opiniones sustentadas por los ginecólogos Granville-Bank, Latorre, Doleris y otros; pero, por adelantado diremos: que si otras fueran las condiciones de los tejidos de esta línea media, ostentando ellos mayor vascularidad y por ende, mayor fuerza plástica y adhesiva, no serían temibles ni frecuentes las eventraciones post-operatorias en la cicatriz de la laparotomía mediana.

Comenzaremos, pues, haciendo la incisión en la parte media, fijando antes con exactitud por medio de un hilo extendido desde el apéndice xifoideo á la parte más superior y céntrica de la sínfisis de los pubis, la precisa situación y dirección de ésta, interesando primeramente la piel y el panículo adiposo subcutáneo, tan desarrollado y grueso en algunas personas, cuya desnutrición no acompañó á la enfermedad, motivo de la intervención, que puede medir el grosor de uno, tres y aun cinco centímetros; después, aparece la superficie nacarada y brillante de la línea blanca que dados sus caracteres físicos no es fácil confundirla ni dejar de percibirla. Esto dicen los cirujanos experimentados que cuentan á centenares las laparotomías efectuadas, y sin embargo, cuando incindimos el plano cutáneo y del grasoso, sangran algunos ramúsculos arteriales ó venosos, que momentáneamente enrojecen la herida y obligan á limpiar y á ligar, no se percibe con tanta claridad la brillantez nacarada de la línea alba, apareciendo momentos de duda fácilmente disipables con calma y aten-

to examen. Pero, si con todo nuestro cuidado, no cayésemos exactamente sobre la parte media ó interlínea muscular, y sí en la vaina de alguno de los rectos, proseguiremos el camino fraguado, desviando hacia fuera con retractores el músculo descubierto, hasta llegar á las fibras transversales de la *fascia transversa*. Este incidente, lejos de constituir una transgresión de la preceptiva clásica, lo considera algún que otro cirujano, Doleris y La Torre entre ellos, como método preferible para obtener después una cicatriz de mayor solidez; y en busca de esta condición no dudan un momento en resecar á continuación de toda operación la mayor parte de tejidos fibrosos de la línea alba, para hacer una costura que sólidamente una los bordes de los músculos rectos abdominales. Incindida la fascia transversal y el tejido subyacente formado por el adiposo subperitoneal, que rara vez suele faltar, ligados los vasillos, seca la herida, y separados sus bordes por compresas de gasa, veremos transparente y azulenca aparecer la hoja parietal del peritoneo, que cuidadosamente cogeremos con pinzas de bocados finos y en ella haremos un ojal suficiente á permitir la introducción del índice izquierdo, y sobre la cara palmar de la extremidad libre del mismo, apoyaremos la hoja de una tijera de punta roma y curva por el borde, para completar la sección de la serosa en la extensión conveniente; lo cual nos parece más útil, rápido y seguro, que realizar este tiempo de la abertura con el bisturí guiado por la sonda acanalada.

Sólo una precaución hay que tener presente antes de abrir el peritoneo, y aunque ya mencionada, no debemos olvidarla por su importancia; hay que ligar cuantas arterias y venas, pequeñas ó grandes, veamos en la herida abdominal, y seguros de la hemostasia haremos la peritoneomía en la forma indicada. Samuel Pozzi quiere y recomienda, á más de lo dicho, otro cuidado en el momento de hacer la división de la serosa; dice que debemos adquirir en ese momento la seguridad de que no habrá contingencia de herir la vejiga, alguna vez anormalmente

distendida en los casos de grandes tumores intra-peritoneales, en los cuales, podemos caer en el lamentable error de tomar á esta por una fuerte adherencia resistente y engrosada. Accidente que no es raro aun procediendo á la evacuación vexical preoperatoria, y en el que incurrieron cirujanos experimentados como Reverdin y Sænger, que aconsejan practicar la sutura del reservario urinario si fuese herido; Leopold, que consiguió curar perfectamente por la sutura de las paredes vexicales á una enferma á quien hirió el vértice de esta víscera en una laparotomía extensa; y el Sr. Pozzi, por medio de la sutura á punto por encima y el establecimiento de un sifón por un ojal abdominal, curó una enferma, la cual, por casi iguales motivos que las anteriores, sufrió la sección de la vejiga al practicar la abertura de la serosa peritoneal. Aconseja el último de los citados cirujanos, levantar el dedo índice ó la sonda acanalada, cuanto sea dable, para separarse y prevenirse del desgraciado incidente de la herida vexical en la peritoneomía, hecho difícil de suceder si nos acostumbramos á practicarla con el dedo y las tijeras colocadas como ya expusimos.

Queda abierta, pues, la cavidad peritoneal, hecha por tanto la laparotomía y dispuestas las cosas para emprender la acción quirúrgica que á esta subsiga: pero, no debemos olvidar que á la incisión peritoneal, debe acompañar el redoble de cuidados por parte de los ayudantes, que procurarán renovar las compresas de gasa recubriendo los labios de la herida, incluso los de la serosa, y comprimirán con cuidado el paquete ó asas intestinales que alguna vez se presentan á continuación de las peritoneomías, por más que este accidente, nunca bueno, dependa de la clase y volumen del tumor intravental, estado y desarrollo del mismo, de la serosa y sus adherencias, y de alguna que otra circunstancia imposible de preveer ni de evitar por el cirujano, aunque la aspiración y el ideal de todos sea no tener que entablar lucha con masas intestinales que pugnan por eventrarse. Así dice Reclus, con razón de técnico que le

abona: *¡Felices, como pronóstico, son las laparotomías donde no se vió el intestino!*

La longitud de la herida en las koiliotomías, tiene importancia. Realmente el cirujano debe aspirar á ejecutar la mayor suma de operación, con la menor cantidad de solución abdominal, pero esto no depende de la voluntad y del deseo del actuante; la longitud de la incisión supeditada tiene que estar á las necesidades que ha de llenar la laparotomía. Generalmente se le asignan longitudes de seis, ocho y hasta diez centímetros como quiere Samuel Pozzi; ó como dice el Dr. Cardenal, debe extenderse desde un par de centímetros por debajo de la cicatriz umbilical á seis por encima de la sínfisis pubiana; y ni uno ni otro de estos expertos cirujanos pueden dar, y como tales se aceptan, más que reglas y consejos que sirvan de guía y pauta en un asunto dado á las mayores variaciones, y donde un tumor sólido intraperitoneal, no muy grande con relación á los voluminosos quistes del ovario, puede necesitar para su extracción una incisión laparotómica más amplia y extensa que otro perteneciente á la última clase citada, el cual, si no tiene adherencias, puede el cirujano, por una incisión escasa, verificar su erradicación con punción y vaciado previo. La herida, pues, debe ser en la parte media y tener una longitud de ocho á diez centímetros sin perjuicio de ampliarla, por abajo, hasta la sínfisis de los pubis, y por arriba, hasta el ombligo; pudiéndose sin grandes riesgos y caso de necesidad, traspasar los límites del mismo, rodeando su lado izquierdo, hasta la región supra-umbilical.

Abierta la cavidad del abdomen, variadas incidencias tendrá que resolver el cirujano fallándolas en primera y única instancia, según la operación que realice; pues en todas las clases de laparotomías, menos en las que llamamos finales con Chalot, tendrá que hacer y practicar después operaciones de más ó menos importancia, como cumplimiento racional de la indicación posible de la koiliotomía. No es nuestro objeto ocuparnos del crecido número de estas importantes intervenciones que pueden recaer en

todos los órganos de la cavidad pélvica y de la abdominal; pero, diremos algo de las maniobras post-operatorias, ó sea de aquellas que hay que realizar eliminado que fué el tumor ú órgano objeto de nuestra intervención quirúrgica. El cuidado que nos merece y debemos dispensar al peritoneo es igual y constante en toda koiliotomía con operación consecutiva ó sin ella; por eso los técnicos consideran y dan merecida importancia á lo que se llama por casi todos de los diversos países *toilett* del peritoneo ó limpieza y aseo del mismo después de la operación; aunque nuestra conducta no sea ni debe ser igual en todas y cada una de aquéllas; serán iguales la investigación y los cuidados, pero el proceder del cirujano con relación á la *toilett*, depende del estado en que quede la cavidad de la serosa después de una grave intervención. Otras veces, la toilett peritoneal era el complemento obligado de toda laparotomía, á ellas seguía como la sombra al cuerpo, la maniobra de la escrupulosa antisepsis de la superficie de la gran serosa, de sus fondos de saco, de sus desigualdades y de sus repliegues, para echar fuera, si hubo, líquido quístico, pus, sangre, girones ó restos de tumor, coágulos, etc. Hoy nos congratulamos y complacemos en llevar la técnica de la koiliotomía con tal severidad que pueda resultar impertinente la toilett peritoneal, pues siempre es de más conveniencia llegar á un resultando aséptico, que no acudir á procederes de limpieza, que aun bien ejecutados, nos dejan siempre zozobra y duda sobre si podrán ó no presentarse accidentes de infección; por esto, la toilett del peritoneo, en ocasiones, no es precisa ni conveniente y de ella se prescinde; la dificultad se halla en fijar bien cuando está indicada y cuando no lo está.

En las koiliotomías que hacemos por lesiones supurativas de los órganos de la pelvis, en aquellos tumores con grandes adherencias, y en general, en todos los afectos que sospechamos ó vemos que pueden dejar inficionada la serosa, imprescindiblemente tenemos obligación, atendiendo á las experiencias de Demboski, de verla, examinarla y

limpiarla; y sólo cuando tengamos la evidencia de que ni la herida de la pared abdominal, ni ligaduras, pedículos y adherencias ó bridas rotas, dieron en el curso de la operación, sangre ni otro líquido, podemos cerrar la herida sin otros cuidados. Conseguir una laparotomía sin ligero derrame peritoneal, no es cosa corriente ni frecuente; casi siempre hay algún líquido, que no siendo en cantidad exagerada ni de carácter séptico, y estando poco traumatizado el peritoneo, podemos correr el riesgo de dejarle en la cavidad para que la serosa cuide de su reabsorción. Como también podemos recurrir en la toilett peritoneal, al lavado de la serosa con un fin antiséptico y desinfectante; aunque bien considerada esta práctica resulta nociva por el deslustre momentáneo que ocasionamos en la membrana predisponiéndola á futuros accidentes graves, según tiene demostrado Delbet; que á pesar de esto, no se muestra en este punto de la técnica operatoria exclusivo hasta dejar de reconocer que se puede en determinadas circunstancias, como lo hacen Kornilof y Krönlein, lavar el peritoneo con substancias tóxicas (sublimado al $^1/_{3000}$) sin peligro de envenenamiento, con tal que después se proceda á un nuevo lavado con solución salina (cloruro de sodio al $^1/_{1000}$) para que la serosa se desembarace de toda la substancia tóxica y germicida. Nos parece algo arriesgado este proceder, y cuando menos, de poca utilidad en la práctica, porque sin los efectos locales y generales de un medio tóxico sobre una membrana de gran poder absorbente y de débil resistencia, tenemos otros medios de limpieza y antisepsis que no llevan consigo tales peligros.

Con agua caliente esterilizada, dijimos en páginas anteriores, que Lawson-Tait lavaba preceptivamente la cavidad del peritoneo, en toda laparotomía, aunque no existiese líquido irritante ó infectivo. Este procedimiento de grandes baldeos peritoneales no puede rechazarse en absoluto, como tampoco podemos aceptarlo con el rigor técnico que Tait lo presenta. El peritoneo debe molestarse lo menos posible, y cuando por necesidad impuesta por derrame de

líquido infeccioso llegamos á desinfectarlo, limpiándolo ó lavándolo, creemos que el proceder de Lawson-Tait puede prestarnos utilidad evidente, siempre que sea hecha con agua esterilizada (en auto-clave á más de 120°) y alcalinizada con cloruro de sodio, y ejecutado con la rapidez compatible con la desinfección y la integridad de la fina capa de células epiteliales que cubren la extensa superficie de la serosa peritoneal.

La rapidez ó la prontitud, cuestión tan recomendable para la limpieza y aseo del peritoneo, como para todos los actos de la laparotomía, no es un factor cronológico que ejerce importancia en las operaciones en general, pero sí la tiene y la ejerce en el pronóstico de las laparotomías; tanto es así, que á igualdad de lesiones y de gravedad operatoria, podemos decir que obtendrá mayores resultados el laparotomista de ejecución rápida y expeditiva, siempre que éste dé buen cumplimiento á los detalles técnicos de la obra, poniéndose á cubierto de la obsorción del peritoneo, del enfriamiento intestinal, y de la desecación é irritación de la serosa; accidentes difícilmente evitables en las laparotomías lentas. Consideramos que el buen método y la rapidez son factores que deben caminar unidos en la ejecución de estas operaciones. Cualidades que no tenemos los operadores de poca práctica, que fácilmente nos vemos dificultados, cuando deseosos de terminar nos hallamos entorpecidos por hemorragias ú otros accidentes en el campo operatorio, sobre los cuales debemos saltar, como dice Reclus, con taponamientos de gasa esterilizada y con pinzas de forcipresión, hasta llegar pronto al ansiado finiquito, para después acudir remediando los accidentes que se presentaron en el curso del proceso operatorio.

Otra indicación muy importante pueden tener los lavados peritoneales: en los momentos de angustioso desfallecimiento quirúrgico, por grandes insultos traumáticos, como sucede con alguna frecuencia en las operaciones de la cavidad abdominal, constituyendo el choque ó el *Shock* de los ingleses, pueden estos lavados, siempre que se ha-

gan con agua esterilizada, neutra ó alcalina, y caliente á 38° ó 40°, prestar beneficioso auxilio; pues, en las operaciones laparotómicas largas y con grandes pérdidas de sangre, puede con rapidez absorberse gran cantidad de líquido alcalinizado por la superficie peritoneal, que á guisa de verdadera *trafusión*, venga á reanimar á la enferma sacándola del estado de inminente peligro en que se colocó. Y aunque Polaillón, en 1888, señaló los peligros que los lavados peritoneales calientes podían acarrear á las enfermas, provocando la suspensión de la respiración y el síncope por acción sobre el plexo solor cuando el agua llegara á la región supra-umbilical, después, fueron desvanecidos estos temores por la publicación de las experiencias de Delbet, en 1889, consiguiendo demostrar que ninguna acción molesta ejercían sobre la respiración y la circulación; y Gill Wylie cita el caso de una operada en la cual el efecto de este suero artificial, representado por el agua caliente alcalinizada por el cloruro de sodio, fué mágico dada la rapidez con que recobró su animación y fuerzas; y lo mismo demuestra Küstner cuando refiere que una de sus laparotomizadas desfallecidas y falta de energías para reaccionar, se entona y vivifica después que vertió medio litro de agua salada en la cavidad peritoneal.

Antes de llegar á la sutura de la herida debemos cerciorarnos de la oportunidad del drenage. En la página 37 y siguientes algo dejamos consignado sobre el desagüe en las heridas ú operaciones de la cavidad del abdomen, las cuales no se escapan á la ley general, ó mejor dicho, á la condición funcional constante en toda solución más ó menos reglada y de alguna importancia, de trasudar á las doce ó las veinticuatro horas de producida cantidad más ó menos considerable de serosidad ó líquido sanguinolento que en ocasiones, no vale la más concienzuda y detenida hemostasia, para que la sangre sea la que forme totalmente la masa líquida de la trasudación. Esto pasa en toda herida, y en todas pudiera contarse con la reabsorción del íquido extravasado como medio natural de terminación,

pero, no siempre tiene tan favorable fin; muchas veces, sin absorción que lo quite de entre los labios de la herida, molesta, estorba, perjudica y desfavorece las ulteriores modificaciones de las superficies cruentas á las cuales tenemos el deber de guiar cuidadosamente hacia la más perfecta reparación ó cicatriz. En la duda de lo que ocurrir pudiera con estas exudaciones, los cirujanos ejercen la técnica del desagüe preventivo, con el fin de no tener después necesidad de enderezar entuertos y enmendar complicaciones, siempre temibles en soluciones ó heridas bien cerradas. En las operaciones de la cavidad peritoneal puede el cirujano contar, casi con seguridad, con la exudación de líquidos de variable calidad y cantidad, pero también puede contar con la preciada condición de que se halla investida la serosa, ó sea su gran poder de absorción, que seguramente lo pondrá en juego, siempre y cuando una longitud exagerada del tiempo empleado en el acto operatorio, no hubiesen impreso en ella modificaciones tales que la tornasen inhábil para cumplimentar la función endosmótica tan útil en los casos de derrame quirúrgico. Ya dijo Chenieux, en 1886, en el segundo congreso francés de cirugía, que era preferible la reabsorción á la mejor evacuación, lo cual es una verdad tan patente, que al cirujano causa pesar el no poder dejar siempre á ella, el cuidado del favorable y natural fin de los exudados que después de las intervenciones se presentan en los traumatismos que practica.

Esto pesaba sobre nuestro ánimo, al decir en páginas anteriores (37) que el juicio del operador era el único juez que podía hacer inclinar á uno ó á otro lado la conveniencia del drenage en la laparotomía, que siendo útil y casi preciso en la inmensa mayoría de las operaciones en general, podía serlo también, y hasta innecesario y perjudicial en las cavitarias. Citaremos la práctica de Peaslee, que en 1855, primero que otro alguno, establece por medio de una larga sonda introducida en el fondo de saco de Douglas, el drenage vaginal; y la de Kœberlé, que en 1867,

comienza á usar el desagüe por la herida abdominal, sirviéndose de un tubo de cristal ciego por uno de sus extremos y agujereada la superficie; quedando, por tanto, señaladas las dos principales vías que puede seguir el laparotomista para dar salida á los líquidos de la trasudación post-operatoria, la más importante para nosotros, pues los que caer pudieron durante la operación, fácilmente los quitaremos con compresas de gasa esterilizada; y sin embargo, la indiscutible autoridad de los cirujanos citados, no fué suficiente para hacer que su procedimiento quedase admitido y seguido por los demás sin previa discusión y debida experiencia, que nos dió como resultado el puntualizar algo más las principales indicaciones del drenage cavitario.

No puede ponerse en duda que el drenage quirúrgico es uno de los adelantos más positivos de la Cirugía de nuestros tiempos; pero, el laparotamista debe pensar y aspirar á eliminarlo de su técnica, quizá no pueda conseguirlo porque son muchas las operaciones que lo han de necesitar, como sucede con las que se hagan para dar salida á colecciones purulentas ú otros líquidos sépticos, pero aunque así fuese, puestos en la necesidad, debemos meditarlo antes de cumplimentarlo, quedándonos con la tranquilidad de que fuimos al drenage por imposición circunstancial y no por gusto y sabiendo de antemano que las reglas que precisan su oportunidad y su indicación, no son otras que las que surjan del criterio del cirujano; por más que, Samuel Pozzi, apoyándose en las oportunas palabras de Reclus, formula algunos preceptos generales cuya importancia nos mueve á transcribirlos íntegramente:

1.° *Temor de rezumo abundante de sangre ó serosidad después de la oclusión de las paredes abdominales, con motivo de condiciones anatómicas ó clínicas especiales, cuando no se conserva intacto el poder reabsorbente del peritoneo. (En este caso, conforme lo hace observar L. Tait, no obra el desagüe tan sólo como evacuador, sino también como un hemostático poderoso).*

2.° *Persistencia en la cavidad peritoneal de una superficie séptica (girón de quiste, supuración) susceptible de segregar líquidos, cuya reabsorción sería funesta; existencia de lesiones peritoníticas.*

3.° *Extensa desgarradura del peritoneo obrando como doble factor: a) como fuente de rezumo contínuo; b) como obstáculo al poder normal de reabsorción.*

4.° *Larga duración de la enqueiresis y maniobras laboriosas, de las cuales han salido comprometidas la tonicidad del intestino y la vitalidad de la serosa que lo reviste.*

Además de estos preceptos, hijos de la experiencia que tiene uno de los más sabios y hábiles cirujanos de la Francia, podemos añadir: que llegado el caso del drenage, se debe preferir al de tubos gruesos el capilar; el abdominal al vaginal, y algunos prácticos, á todos estos prefieren como medio para evitarse el desagüe con gruesos tubos, como hemostático, y como proceder para oponerse á las trasudaciones y para absorberlas cuando se manifiestan, el taponamiento aséptico de la cavidad peritoneal por el procedimiento de Miculick, sólo ó combinado con el desagüe capilar, que hoy tan favorecido se halla por la protección que le dispensan á más de sus progenitores los cirujanos alemanes, los franceses Reclus y Pozzi.

Rápidamente terminada la limpieza peritoneal y discutido el drenage, el cirujano procede con la debida celeridad á reinstalar las partes si fueron desviadas; colocando el epiplon delante de las asas intestinales, y si resultaron pedículos que han de quedar encerrados, debe llevarlos á las interioridades del bacinete, colocarlos en posición y sitio adecuado, terminando la koiliotomía con el establecimiento de una sutura abdominal, conveniente y ventajosa, en evitación de trastornos subsiguientes.

Tendencia constante fué siempre la de los cirujanos, cualesquiera que fueron las ideas y teorías que imperaron en la terapéutica de los traumatismos, la de cerrar pronto y sólidamente las heridas penetrantes del vientre; y puede decirse que esta manera de considerar este asunto de téc-

nica, trasciende cuando tratamos de unir y suturar la pared abdominal después que ejecutamos una laparotomía, en cuyo acto, siempre complejo por los variados incidentes que pueden acompañarle, no se resuelve sólo el problema de abrir la cavidad ventral, llevando á ella nuestra investigación quirúrgica; esto es un hecho de no difícil realización, que nos trae consecutivamente el problema de la clausura abdominal, no tan sencillo como algunos suponen, y cuya resolución buscaron afanosos los cirujanos desde que comenzaron la serie de arriesgadas operaciones que constituyen la hermosa inauguración de la Cirugía cavitaria, y que hoy parece obtenida de un modo tan permanente y eficaz; que son evitables las eventraciones consecutivas, frecuentes en otro tiempo, algún tanto raras en el día por los ventajosos procederes de unión que el arte pone á disposición del operador.

Si los resultados indubitables de los cirujanos de principio de siglo, no nos diesen la nota más certera de la verdad de sus éxitos, casi podíamos cometer el pecado de incredulidad, poniéndolos en duda, al considerar la técnica empleada para la clausura abdominal en las koiliotomías; y si comparamos la de hoy y la que siguieron los primeros operadores, llegaremos á convenir en que no se comprenden las curaciones hechas por los antiguos, dado el proceder un poco ligero y expuesto á infecciones locales empleado en el último tiempo de la laparotomía, ó sea, la sutura colocada en la solución abdominal en solicitud de una buena unión. Refieren los autores que de la materia tratan, que Ephraim Mac Dowell en las ovariotomías contentábase y quedaba satisfecho con la aplicación de dos ó tres puntos de sutura dados con hilo de plata que abarcaban todo el espesor de la pared del vientre, incluso la túnica peritoneal, para proceder inmediatamente á la aplicación del apósito; cuyo método, con cortas variantes, referentes unas al número de puntos y clase de sutura empleada, y otras, á la colocación de los hilos de modo tal que atravesaran todos ó varios planos abdominales, es de-

cir, comprendiendo el peritoneo ó huyendo de él, han venido empleándose, con ligeras modificaciones hasta nuestros días, en los cuales, Reclus, Pozzi y su discípulo Jayle, Granville Bank, Byford, Doleris y otros, se muestran entusiastas partidarios de la sutura en *planos superpuestos*.

El conocimiento que hoy tenemos sobre los resultados que se obtienen cerrando mal la herida en las laparotomías; no coaptando perfectamente sus superficies, no procurando la unión de las mismas sin intermedio de gran rafe cicatricial, hace que las dos temibles complicaciones más frecuentes, la infección local y la supuración, y las hernias consecutivas, no se presenten con la desesperante constancia de antes; débese esto principalmente á tres condiciones: á que contamos hoy con mejor y más perfecto material de suturas, á que procuramos cuanto se puede, huir del drenage por la herida, y á que la sutura en planos superpuestos nos ayuda de un modo eficaz á la rápida y perfecta cicatrización, dejando en pos de sí, sobre todo en las nulíparas ó en las que no se extendieron demasiado sus paredes ventrales por el afecto intra-abdominal, un rafe ó línea de cicatrización estrecha, sólida, resistente y que rara vez se deja distender al cabo de algún tiempo para dar paso á la membrana peritoneal, al epiplon y al intestino, constituyendo la complicación herniaria de que ya tenemos hecha mención.

El combatir eficazmente la manifestación de este accidente, y el prevenir las cosas de modo tal que sea imposible su aparición, fué uno de los temas propuestos y discutidos en el segundo Congreso internacional de Ginecología y Obstetricia, celebrado en Ginebra del 31 de Agosto al 5 de Septiembre del corriente año; y en él convienen los cirujanos casi en totalidad que la clausura de la cavidad del abdomen después de una laparotomía, debe hacerse por medio de suturas en capas sucesivas ó en planos superpuestos como único remedio contra las hernias post-operatorias. El Dr. Granville Bank es uno de los que aceptan conclusiones menos restrictivas sobre la aplica-

ción de esta clase de suturas, y sin embargo, en las personas delgadas ó muy gruesas, dice, que debe cerrarse separadamente el peritoneo por sutura á *punto por encima* y el resto de la herida abdominal por uno ó dos planos de sutura. El Dr. F. La Torre, muéstrase partidario también de las suturas en serie ó en planos superpuestos, pues considera que la manera de cerrar el abdomen en las koiliotomías es una cuestión de gran interés, á la cual los cirujano deben dedicarle su atención. Para este ginecólogo, las hernias post-operatorias tienen su origen en la falta de resistencia del plano músculo-aponeurótico, y por eso eran tan frecuentes cuando la clausura del abdomen se hacía por el método extra-peritoneal, suturando los tejidos en grandes masas y la supuración era el epílogo obligado de una sutura tan toscamente dispuesta; á dar fuerza y vigor al plano muscular y aponeurótico tiende La Torre, aceptando la técnica sutural de Durante y añadiéndole la resección preceptiva de los tejidos fibrosos de la línea media, después de la sutura de la serosa, hasta llegar al tejido muscular de los rectos, pues considera á la sutura hecha en los tejidos aponeuróticos de la línea blanca, muy apta para dejarse forzar y distender por presiones de los órganos interiores del vientre, formándose una hernia, lo cual no sucede cuando la suturación asienta en pleno tejido muscular, ó cuando la incisión la verificamos, como indicábamos en anteriores páginas, atravesando el espesor de uno de los músculos rectos á uno ú otro lado de la línea blanca.

El Dr. Byford, no considera aceptable la obtención de una cicatriz demasiado resistente y enérgica como la que obtenerse puede, resecando la línea blanca, cuyos tejidos los encuentra de buena calidad y condición para la confrontación y la reunión, y por tanto da la preferencia á la incisión mediana, á la reunión de los tejidos fibrosos de la misma, pero, defiende con calor como el mejor recurso contra las hernias post-operatorias, las suturas de planos dispuestos en series, con la condición de hacerlo de modo

y manera que la herida resulte lo más pequeña posible, la coaptación lo más perfecta y la cicatriz de la menor magnitud.

El gran cirujano Doloris, con la claridad que siempre da á sus preceptos como emanados de una fina observación, se muestra con entusiasmo partidario de las suturas superpuestas, pero, no admite como necesaria la resección de los tejidos fibrosos de la línea blanca y la sutura muscular en las laparotomias sub-umbilicales donde la presión, dice, nunca es lo suficientemente fuerte para partir la cicatriz obtenida por una suturación bien combinada; no sucediendo lo mismo en las koiliotomías supra-umbilicales, en las que considera tan necesarias como útiles, dado el mayor embate y empuje de las presiones abdominales, la resección y la sutura intermuscular, y cuando no, la incisión en uno de los rectos y la consiguiente sutura del mismo.

Hay cirujanos que buscando mayores seguridades y más belleza en la clausura de la cavidad abdominal, hacen la incisión laparotómica en dos tiempos: uno, que comprende la piel con una incisión transversal supro-pubiana en forma de media luna de concavidad superior, que limita un colgajo cutáneo de alguna extensión (6 á 10 centímetros), fácilmente ranversable hacia el ombligo donde puede sujetarse con un punto sutural, para atacar directamente la línea blanca hasta la cavidad peritoneal, con una incisión vertical de 6 á 8 centímetros. Después, suturan en planos comenzando por el peritoneo parietal, los tejidos fibrosos de la línea media y la piel, que suelto el punto que la retenía al ombligo, cae como una balba á cubrir la herida vertical. A esto llama Rapin proceder de la *incisión estética;* pero no se nos alcanza por qué este procedimiento ha de colocarlo Rapin al lado de lo más perfecto y bello, cuando depende la relativa belleza de estas cicatrices del estado de las paredes del vientre. Con el procedimiento de Rapin en paredes flojas llenas de cicatrices de gestaciones repetidas y en mujer menopáusica, pocas bellezas se pue-

den hacer, pues una buena y perfecta sutura, puede determinar una cicatriz abigarrada y desigual. En cambio en la segunda laparotomía que hicimos, como puede verse en el original, aun más perfecto que el fotograbado, la incisión mediana y la sutura en planos superpuestos, nos determinó una cicatriz lineal, que quizá con notoria inmodestia conceptuamos como resultado feliz é inmejorable.

La sutura en planos superpuestos, es según nuestra opinión, la única que da mayores garantías de seguridad, y la que hoy día se emplea en casi todas las clínicas de nuestra nación, aunque el célebre cirujano de Barcelona, doctor Cardenal, en su obra de Cirugía antiséptica (pág. 789), se muestra partidario y considera suficiente para alcanzar la clausura de la cavidad abdominal, una sutura entrecortada hecha con la aguja de mango de Reverdin é hilos de seda, cuyos puntos atraviesen todo el espesor de la pared, incluso el peritoneo, á medio ó un centímetro del borde de la solución; pero, después de reglas y consejos que no puede olvidar el cirujano en ningún caso, dice *que se procede á ajustar los puntos de sutura, anudándolos uno á uno y procurando obtener la coaptación más perfecta posible, sobre todo de los bordes de la herida peritoneal.* Esta última condición es la más importante y la que más difícilmente puede cumplirse con la sutura única, y la que más puede favorecer, según nuestra opinión, los accidentes tardíos de eventración si no se alcanza la perfecta coaptación de los bordes de la herida peritoneal y su cicatrización regular y rápida; pues, como hace observar el Dr. Erngstron, también amigo de suturar de una sola vez la pared abdominal en las koiliotomías, las hernias post-operatorias las cree depender de la penetración de colgajos peritoneales en la herida muscular, ó á la mala yustaposición de los músculos y la aponeurosis; accidentes que el referido ginecólogo en las últimas laparotomías que hizo trató de evitar, dando los puntos de toda la pared, y antes de anudarlos procediendo á la ejecución de suturas con hilo de catgut que uniesen separadamente el peritoneo primero, y después el

plano muscular y aponeurótico; es decir, ejecutando una sutura en serie igual ó muy semejante á la que ya tenemos indicada. Otra objeción puede hacerse al proceder de clausura abdominal del hábil cirujano Dr. Cardenal, y ésta refiérese á la más fácil y posible infección de la serosa del vientre cuando los puntos suturales de la piel ó externos avanzan hasta ella, y en ella y sobre ella han de actuar varios días, estableciendo un cable ó camino desde el exterior al interior; á lo cual se nos puede decir y contestar que en evitación de esos y otros accidentes debemos trabajar con útiles de irreprochable asepsia y en medios de asepsis probada; pero, ¿cuándo puede el cirujano erguir la cabeza y decir á su auditorio que se encuentra en medio de la certidumbre aséptica? ¿cuándo puede demostrar que con estos y aquellos factores que pone en juego ha de obtener el resultado matemático que señala y predice? nunca. Si alguna vez alcanzásemos esa dosis de positivismo entre la acción de nuestros medios y sus efectos, la medicina y la cirugía habrían escalado las altas cumbres de las ciencias positivas y habrían dejado de ser las ciencias del más y del menos, ó de la constante relación entre el sujeto, enfermo ó sano, con su peculiar modo de funcionar y reaccionar dentro del pentágrama biológico, y el *medio* que le impresiona, le determina ó modifica, cuyos hechos á diario recogidos ú observados por los sabios, y por ellos investigados, discutidos y provocados alguna vez con la experimentación, les lleva al conocimiento de las leyes que rigen á nuestro ser en el orden funcional; verdad, que éstas se conocen de un modo incompleto, pero, muy suficiente para comprender y admirar las maravillas que le plugo hacer á la sublime mano del Creador.

Aún, no podemos envanecernos con la posesión de la certeza matemática en lo referente á la acción de los agentes terapéuticos y por ende calcular sus efectos de un modo exacto; y por lo mismo, la asepsia no puede predecirse ni proclamarse, se conoce por sus resultados; vamos á ella poniendo los medios á sabiendas de que es lo útil,

lo positivo y lo racional, pero sólo cuando vemos curado un traumatizado sin accidentes sépticos, aseguramos y decimos que siguió una marcha aséptica. Debemos, pues, evitar todo motivo de sepsis ó de proceder que nos haga pensar en ella, para conseguir un resultado aséptico.

Estas y otras consideraciones nos hacen ver que la clausura de la cavidad abdominal por una sola sutura, no es procedimiento de gran bondad; y aunque en las hábiles manos del Dr. Cardenal ha producido y produce envidiables resultados, como vimos con placer cuando hace algunos años tuvimos el gusto de visitar el hospital del Sagrado Corazón en Barcelona, observando multitud de piezas anatómicas de tumores sólidos y quistomas ováricos que habían exigido extensas laparotomías realizadas y curadas con facilidad, débese esto quizá á las muy especiales dotes de habilidad y destreza que á Cardenal y á otros les reconocemos para verificar la coaptación y afrontamiento de los diversos planos de la herida abdominal con una sola sutura, como reconocemos, también, que nuestra falta de condiciones técnicas nos habrían de ocasionar, siguiendo el procedimiento mencionado, más de un tropiezo ó complicación.

Huyendo de las dificultades que consigo trae la sutura única, de la más fácil complicación de la herida y sobre todo del peritoneo, es por lo que damos preferencia al procedimiento sutural de Samuel Pozzi de la sutura múltiple, en series ó en planos superpuestos. Pueden ser estas costuras, continuas ó entrecortadas; y en ambas clases como dice su discípulo el Dr. Jayle, debemos procurar: que la incisión sea lo más corta posible, unir los tejidos con la mayor exactitud, y refrescar los bordes de los músculos rectos para que unidos por los puntos lleguen después á ser uno solo. La idea de la sutura continua, á punto por encima ó de repulgo, parece que surgió de los inconvenientes y complicaciones frecuentes de la sutura perdida y á puntos separados, empleada por Werth en la perineorrafia; por lo que, en 1882, Bako Tillmaus, Hagedorn y

Brœse, generalizaron el empleo de la costura continua en las operaciones ginecológicas y muy especialmente en la clausura abdominal después de las laparotomías; pasando posteriormente á ser perfeccionado el método, bajo el afán de cerrar firmemente el abdomen, con la combinación de suturas en planos ó de suturas continuas compuestas, que para el cirujano Pozzi, reunen evidentes condiciones de superioridad sobre todas las demás, y así lo manifiesta también Reclus en su obra de Terapéutica quirúrgica, refiriéndose á las operaciones que vió practicar al primero.

Sin gran experiencia para juzgar de las bondades de la sutura á repulgo en las koiliotomías; nos parece y siempre nos ha parecido por lo que observar pudimos en cirugía general, que la sutura en repulgo ó punto por encima, presenta sus desventajas muy visibles: si uno de los puentes de tejidos se rompió ó saltó, como decimos en el usual y corriente lenguaje, veremos comprometidos el éxito de la bien dispuesta confrontación aflojándose correlativamente todos los puntos por estar dados con una sola hebra de seda ó catgut. Pues si esto sucede en una sutura superficial ó profunda de cualquier región del muslo ó de la pierna, con mayor motivo veremos que sucede en la pared del abdomen, sujeta como comprenderá cualquiera á mayores impulsos de movilidad y de inestabilidad. Preferimos á esta sutura continua en planos, la sutura que ya dijimos en series, pero mista, como la ejecutamos en nuestras laparotomiadas; donde sin olvidar, como después diremos llegado el oportuno momento, la práctica que llamaremos clásica, de poner una compresa-esponja sobre el omento para empapar si hay rezumo interior y absorber si alguna sangre puede salir de la herida al suturar, ojear y contar los instrumentos por si alguno inadvertidamente se quedó en la cavidad abdominal, procedimos á suturar con finísima y esterilizada seda la serosa peritoneal, por medio de puntos aproximados, no muy apretados, pero independientes uno de otro; es decir, hicimos una costura entrecortada que nos aseguró la perfecta unión y coaptación de

los bordes de la solución peritoneal, y una vez terminada, proseguimos la oclusión suturando á punto por encima el plano músculo-aponeurótico con hilo de catgut sublimatado del número cero, sin resección previa de los tejidos fibrosos de la línea blanca, pero, cuidando al pasar los puntos de que éstos cogiesen las fibras más internas de los rectos; después, colocamos tres puntos de sutura aproximativa que atravesando la piel y el tejido celular subcutáneo á 3 centímetros de los bordes de la herida, afrontaron las caras de ésta, y facilitaron la colocación de la multitud de puntos de sutura unitiva dados con seda, que completaron la clausura de la cavidad abdominal. Este proceder, que como dejamos dicho, nos parece el mejor para obtener una cicatrización por primera intención ó sin accidentes, nos dió el resultado que solicitábamos, en la segunda de las koiliotomías, y nos parece, adhiriéndonos á la opinión de experimentados ginecólogos, que con él se han de evitar y cada día han ser más raros los casos de hernias post-operatorias, como accidente tardío evolucionado en el rafe cicatricial de la laparotomía.

Hay que terminar la oclusión ó clausura de la cavidad abdominal, con otra oclusión que no desmerece en importancia á la primera, cual sucede á la colocación de un apósito apropiado á las condiciones de la herida suturada y á la región.

No es cosa baladí y de escasa importancia el saber escoger y colocar el apósito después de una koiliotomia, y aunque algunos cirujanos se manifiestan partidarios de una sencillez rayana en perjudicial, como puede verse en algunas obras inglesas y alemanas en las cuales se recomienda como apósito suficiente la aplicación sobre la sutura de tres ó cuatro hojas de gasa yodofórmica ó esterilizada, sobre la cual se hace aplicar una almohadilla de algodón, sujetándose todo esto con unas cuantas vueltas de venda, con un vendaje de cuerpo ó con algunas tiras de esparadrapo aglutinante, nos parece que la operación como tal, y por las rápidas complicaciones sépticas

que puede acarrear, merece más atención y exige una técnica más severa en la confección de su apósito, encaminada á la rápida curación, librando á la operada de accidentes que aun sin revestir cariz de gravedad, en ocasiones, en muchas lo tienen y lo prueban con la muerte.

Conceptuamos colocado á Reclus en un terreno de gran firmeza cuando aconseja que la línea sutural debe cubrirse con yodoformo finamente pulverizado, y con pedazos no muy grandes de gasa yodofórmica; cuidando que todo el vientre y parte del torax se cubra con gruesa capa de algodón bien esterilizado, y que una larga venda ó vendaje de cuerpo venga á cubrirlo, ejerciendo enérgica compresión; cuya importancia encarece Wagner, al demostrar que con ella se mantiene siempre la presión intra-abdominal, acto importante en los casos frecuentes de voluminosos tumores que se quitaron, que es un medio de favorecer la hemostasia, de impedir las trasudaciones serosas, de acelerar la reabsorción de líquidos derramados en la cavidad peritoneal, y de procurarnos la inmovilidad del intestino y de las propias paredes abdominales; cosas altamente difíciles de conseguir si el apósito lo simplificamos tal como quieren algunos ginecólogos extranjeros.

En nuestra práctica hemos procurado no escasear ningún medio de oclusión que pueda ponernos al abrigo de toda contaminación exterior; es verdad que siempre operamos en medios sépticos (hospital ó casa particular) y esto nos hacía reforzar los cuidados en la técnica del apósito. En la primera operación laparotómica empleamos sobre la sutura el iodoformo pulverizado, en la segunda usamos el airol, después cubrimos con varios pedazos de gasa yodofórmica al 10 por 100 toda la superficie á donde se extendían los puntos, y sobre esta gasa colocamos una cubierta de makinstosh esterilizada, que sobresalió 2 centímetros alrededor de la gasa; gruesas y extensas capas de algodón cubrieron inmediatamente al makinstosh, al vientre, las ingles y parte del torax, y una venda de 8 centímetros de anchura, de franela blanca y bien esterilizada

cubría todas las piezas de apósito y ejercía la compresión siempre necesaria en estas intervenciones, desde las ingles, en forma de expica, hasta la base del pecho.

Cuidados referentes á la enferma. A. *Antes de la operación.*—Si en la práctica usual y corriente de la cirugía, nuestra tendencia actual es la de no descuidar los detalles para hacer reales y efectivas las fórmulas del método aséptico, en las koiliotomías tenemos que cuidar con esmero de éstos para no incurrir en descuidos que sean causa positiva de graves complicaciones. Como idea primordial de los cuidados pre-operatorios debemos tener la de la antisepsia fuera del vientre, como dice Reclus, para llegar á la pureza aséptica; para conseguir esto cada uno de los autores que se leen y cada uno de los cirujanos que sobre esto escriben, tienen su procedimiento y su técnica, que si difieren en algunas manipulaciones, todos conspiran y concurren al determinismo de la mayor limpieza para que resulte aséptica la pared del vientre. El cirujano del Hospital Broussais de París, Reclus, recomienda que la enferma, antes de la operación, se dé uno ó varios baños jabonosos ó sublimatados; Samuel Pozzi también se muestra partidario de ese medio de desinfección y ambos consideran conveniente que en los días que anteceden á la ejecución del acto quirúrgico se deben hacer frecuentes y repetidos lavados vaginales con soluciones hidrárgicas al 1 por 2000, taponando el conducto con gasa yodofórmica. La víspera de la operación opinan estos cirujanos que debe escrupulosamente practicarse el rasuramiento del bello de las ingles, abdomen y pubis, y una desinfección consecutiva, dejando el vientre cubierto con una cura de material antiséptico bien esterilizado y destinado á permanecer allí hasta el momento de la intervención, en el cual se debe hacer otra nueva y enérgica desinfección de la pared del vientre con cepillo, jabón, éter sulfúrico ó alcohol, para, á más de lavar y purificar esta región, desembarazarla de cuanta grasa pueda contener. Los repliegues del ombligo deben ser cuidadosamente lavados y

desinfectados muchas veces, y la última, momentos antes de intervenir.

El intestino debe ser desinfectado por medio de un purgante salino como quieren algunos, drástico como aconsejan otros; y la mañana que se ha de hacer la laparotomía, la enferma debe sufrir el lavado de la última porción del mismo, con enemas tibios de disolución bórica al medio por ciento; y un ayudante momentos antes de la operación debe proceder al cateterismo vexical, que irá seguido de nueva desinfección genital, y él se esterilizará las manos con soluciones germicidas para poder tomar parte en la operación.

El Dr. Cardenal y otros laparotomistas hacen tomar á sus enfermas, algunos días antes de la operación, algunos baños de limpieza y desinfección, sobre todo, si se trata de mujeres de ínfima posición social, en las cuales el aseo personal deja mucho que desear; les administra un purgante salino el día que antecede al acto, las manda rasurar y lavar el vientre y el ombligo, inyectar en la vagina soluciones germicidas, y las manda que coman alimentos nutritivos hasta el día antes del prefijado para la operación, desde el cual, hasta 24 ó 48 horas después no vuelven á ingerir substancias alimenticias. En el intestino y en la vejiga, manda ejecutar las desinfecciones referidas.

En las laparotomías que hemos ejecutado, siempre se siguieron con escasa diferencia los preceptos ya dichos y por todos conocidos: baños generales tibios dos días antes de la intervención, purgante el anterior, lavado intestinal, vexical, y vaginal; rasuración de la piel, pubis y vientre, lavado repetido con éter, y solución sublimatada al 1/000; limpieza del ombligo y aplicación de gasas bóricas, algodón y venda, que se quitará del abdomen al verificar el hecho quirúrgico.

No creemos que se debe dejar de insistir, en que aun teniendo confianza en la idoneidad de las personas que hagan estas desinfecciones, una vez anestesiada la enferma y colocada en la mesa de operar, el cirujano debe hacer

rigurosa y nueva asepsia de las paredes del vientre antes de abrir la cavidad del mismo.

B. *Cuidados en la operación.—Anestesia.*—En la propia cama de la enferma, dicen Cardenal y Reclus que se debe anestesiar á ésta; y conceptuamos muy aceptable el procedimiento, por el ahorro de impresiones desagradables que á las pacientes produce la vista de la sala de operaciones, de los aparatos y utensilios que constituyen su menaje, de los instrumentos y del mayor número de espectadores que forman la falange de ayudantes, colaboradores y observadores, que aun proponiéndonos que unos y otros sean en escaso número, éste resulta siempre más crecido que el que pueda rodear á la enferma en la Clínica.

No es nuestro objeto decir ni recordar los inmensos beneficios aportados á la Cirugía por la dichosa aplicación de los anestésicos desde el día feliz en el que Varrén, en 1846, hace por vez primera la anestesia etérea á uno de sus enfermos del hospital de Massachusset, sino hacer constar que la anestesia la conceptuamos de rigor necesaria en la práctica de la Cirugía cavitaria, donde la insensibilidad del paciente nos ha de proporcionar la quietud y el reposo tan necesarios en estas intervenciones, casi siempre de duración larga, aparte del ahorro de sufrimientos y dolores para el enfermo; pero siempre contando con dos factores ó condiciones que no debemos olvidar: *a.* con la integridad del epitelium renal; *b.* con la pureza del agente anestésico.

Estas condiciones, se comprende que son referentes á la anestesia general, única que en la ejecución de las koiliotomías podemos emplear, pues la anestesia local obtenida por la irrigación fría, la aplicación del hielo, la inyección de cocaina, la pulverización etérea y aun la sugestión hipnótica como la aplicaron Geyl, Mesnet y Guinon en otras operaciones ginecológicas, la creemos insuficiente siempre que tratemos de abrir el vientre por la pared abominal; y en lo referente á las ipnosis sugestionando la idea *analgé-*

sica ó la carencia de dolor, la conceptuamos como verdadera curiosidad científica que puede obtenerse en determinadas enfermas de exuberante histerismo, pero, sin negar la posibilidad, no podemos admitirla como proceder reglado de una anestesia cierta y exenta de peligros.

La anestesia general, sabido por todos es, que puede obtenerse por el cloroformo, el éter, el bicloruro de metileno y el protóxido de ázoe. Divididos en la actualidad resultan todavía los cirujanos sobre la preferencia que deben darse á estos anestésicos por sus bondades y facilidades en la aplicación; por más que el protóxido de ázoe ensalzado en cirugía dental, es un anestésico de rápida y pasajera acción no exento de peligros cuando se administra sin cámara y aparatos especiales y por personas sin práctica y sin grandes conocimientos, no puede servirnos en la cirugía ginecológica; y el cloruro de metileno, muy recomendado su uso hace algunos años en Londres por Spencer Wells, tampoco podemos ni debemos aceptarlo como anestésico de acción y composición bien definida, porque por eminencias químicas se demostró poco después de su aparición que era una mezcla de una parte de alcohol metílico por cuatro de cloroformo, cuyo resultado anestésico era inseguro y muy dado á serios accidentes en las anestesias algo prolongadas.

Tenemos, pues, hoy como hace cuarenta años, dos cuerpos que se disputan el campo quirúrgico para establecer en él, el exclusivo imperio de su acción anestésica: el cloroformo y el éter. Hay paises donde la eterización quirúrgica es preceptiva en todo acto en que la anestesia general hace falta. En Inglaterra, América y la India, los cirujanos prefieren el éter sulfúrico al cloroformo, y bien considerada esta cuestión, no dejan de llevar razón los cirujanos que de tal modo proceden, pues el éter sulfúrico como afirma el Sr. Ollier, de Lión, que es un *eterofilo* de los más antiguos de la cirugia francesa, tiene el inconveniente de ser excesivamente volátil y por ello obliga su empleo al uso de aparatos especiales más ó menos engorrosos, pero, com-

pensa esta propiedad con la muy importante de ser menos tóxico que el cloroformo, ó de llegar á la intoxicación y al síncope mortal con mayores dificultades que éste. Así fué demostrado por Gurlt en el congreso anual de cirujanos de Berlín en los años 91, 92 y 93, declarándolo como el *anestésico menos peligroso de los conocidos hasta la fecha;* y también el Profesor Kocher, de Berna, admitiendo la identidad de acción de ambos anestésicos, considérales muy distintos por lo que respecta á la dosis tóxica de uno y otro. Esta diferencia, hace que la administración del éter esté casi exenta de peligros si no caemos en un lamentable abandono que nos haga llegar á una dosis tóxica, difícil de alcanzar cuando hay vigilancia, y fácil de conseguirla con el cloroformo si nos descuidamos y atentos no seguimos la marcha y los distintos períodos de la anestesia, que en las laparotomías siempre es un poco prolongada por regla general.

No puede, pues, dudarse que el éter sulfúrico es menos peligroso que el cloroformo como dicen Hare y Thornton, de Filadelfia, pero, no podemos olvidar que el primero produce con más frecuencia que el segundo lesiones consecutivas en el pulmón y los riñones, que en los afectos que exigen determinaciones laparotómicas, donde tan frecuentes son las alteraciones del epitelium de nuestros filtros renales, hacen imposible su administración. El cloroformo es un agente anestésico, que en estado de la mejor pureza química, (necesaria condición de todo anestésico) y administrado convenientemente y por persona bien enterada de los trámites y períodos de su acción, que tenga solícito cuidado del estado del pulso y de la respiración, no es tan temible ni tan tóxico como nos lo quieren presentar los cirujanos ingleses, americanos, alemanes y algunos franceses con el profesor de Lión. Verdad que las corrientes de éter, aparte de sus posibles lesiones renales, tienen una acción más suave y menos depresiva sobre los centros de innervación cardiaca y respiratoria y por tanto se pueden administrar con más descuido y en más

proporcionalidad que los vapores clorofórmicos, pero éstos, con algún cuidado en su aplicación, rarísima vez determinan la muerte. Podemos asegurar que miles de enfermos durante veinte años, pasaron por nuestras manos en plena y prolongada anestesia clorofórmica, y jamás hemos presenciado un accidente de fallecimiento producido por la inhalación de este poderoso anestésico.

Los cirujanos Keith y Lawson-Tait, prefieren el éter al cloroformo, porque no determina con tanta frecuencia náuseas y vomituraciones; lo cual no nos parece motivo suficiente para desechar un anestésico que tendrá sus desventajas comparado con el éter sulfúrico como quieren algunos operadores extranjeros, pero, para nosotros ostenta cualidades muy superiores y muy dignas de ser apreciadas. Es menos volátil, su acción es más duradera, el período analgésico, resolutivo, de insensibilidad y verdaderamente quirúrgico, más largo y profundo; y por lo que hace á las posibles lesiones de consecuencia, creemos que uno y otro las producen y determinan, y por lo tanto, dada la existencia de lesiones renales, cardiacas, pulmonares y cefálicas, ni el éter, ni el cloroformo, debemos administrar creyendo en su inocencia, pues nos exponemos á sufrir accidentes mortales en la operación ó en los días que á ella siguen.

En nuestra nación y en Francia, puede decirse que la anestesia quirúrgica la consiguen la gran mayoría de los cirujanos por medio del cloroformo; pues aunque nuestro sabio paisano el Doctor Morales Pérez, Catedrático de Barcelona, usa el proceder especial de la *termo-eterización*, y el no menos distinguido Dr. Cardenal aduna la cloroformización con la eterización, comenzando la anestesia por la primera y sosteniéndola por vapores etéreos, podemos asegurar que esto no es frecuente ni corriente en las clínicas españolas; aunque con agrado consideremos que ambos procederes son altamente racionales y que prestan utilidad y beneficio.

Para obviar algunos inconvenientes de la cloroformiza-

ción en enfermas nerviosas y excitables como son por lo general las que padecen afectos uterinos ó de los anejos; y en aquellas operaciones de larga duración, carácter dominante de muchas koiliotomías, los ginecólogos se sirven de lo que se llama anestesia mixta ó método de Dastre y Morat. El cual tiene entre otras ventajas, la de evitar el síncope laringo-reflejo, el síncope secundario, la agitación inicial, las náuseas frecuentes y la intoxicación anestésica post-operatoria en las intervenciones de larga duración. Fácilmente se produce esta anestesia, poniendo una inyección hipodérmica de un centigramo de clorhidrato mórfico y medio miligramo de sulfato de atropina en un gramo de agua bien esterilizada, quince ó veinte minutos antes de comenzar la anestesia clorofórmica. Con este proceder obtiénese un sueño muy regular, más duradero y prolongado y con menos dosis de agente anestesiante; además, como dice Samuel Pozzi, con este procedimiento, muy recomendable por su bondad y eficacia, *resulta más fácil la vigilancia de que ha de ser objeto la anestesiada.*

Mucho se pudiera decir y escribir sobre la importancia que para la cirugía de nuestra época han tenido y tienen los anestésicos y la anestesia, pero, no es nuestro objeto hacer una larga disquisición sobre este interesante punto de la cirugía, y nos limitaremos á más de las cuatro consideraciones que dejamos mencionadas, á consignar nuestra opinión, que si carece de valimiento por ser nuestra, tiene la condición de haberse formado en la diaria labor de algunos años ante la mesa de operaciones donde vimos y ejecutamos anestesias en gran número, como ya dijimos. Nos parecen el éter y el cloroformo dos buenos agentes anestésicos, si son puros y se administran bien, y con gran conocimiento de su acción; creemos que el dar preferencia á uno ú otro, es cuestión de hábito y de costumbre adquirida en la práctica, que impele á los cirujanos á no cambiar de ruta dejando camino conocido para emprender viaje por otro no tan andado. Nosotros, por ejemplo, que en veinte años en sujetos enfermos de variadísi-

mas condiciones, empleamos sin accidentes desgraciados la anestesia clorofórmica, con sus pasajeras molestias de excitación inicial, sus reflejos, sus vomituraciones en el acto y postreras ó consecutivas, etc., ¿quién ni cómo, ni por qué hemos de abandonarla para comenzar el aprendizaje de la administración de otro anestésico, aunque éste dé algunas más facilidades, no muchas, como sucede al éter sulfúrico? Creemos que lo mismo sucederá á los partidarios del éter; que habituados á éste, y convencidos de su buena acción, hallarán en él ventajas innumerables que les harán realzar sus bondades, pero que, la base principal de ellas estriba en su constante aplicación sin accidentes, y el contar con personal adiestrado en su técnica. Así nos sucede á nosotros con el cloroformo para cuya metódica administración y buena dirección en la anestesia contamos siempre, á más de nuestro escaso saber, con la valiosa é inteligente colaboración de nuestro amigo y compañero el Dr. Jimenez Cirre, distinguido médico de la Beneficencia provincial de esta ciudad.

Ahora bien; lo que tanto en uno como en otro de los ya mencionados agentes debemos evitar, es su larga aplicación, su prolongada acción; creemos que el cloroformo y el éter, el segundo más que el primero, al eliminarse por el riñón en grandes cantidades producen lesiones que pueden acarrear ó determinar uremias siempre graves, como pudieron patentizar Pozzi y Terrier; y también influencias depresoras sobre los centros nerviosos que darían explicación de ciertos accidentes que bajo el epígrafe de *choque* consecutivo se estudian y se observan; y de algunos reflejos vistos después de las operaciones útero-ováricas, como el reflejo gutural estudiado por Championiere. Por esto en las intervenciones que exigen largo tiempo, dos ó tres horas, creemos muy justificada la anestesia mixta de Dastre y Morat.

Durante la operación de la koiliotomía exige la enferma algunos otros cuidados á más de los importantes de la anestesia; debemos no descuidar su calefacción, pues un

enfriamiento algo exagerado puede ser la causa determinativa de desórdenes intestinales, peritoneales, circulatorios y de síncopes anestésicos de muy difícil remedio.

C. *Cuidados después de la operación.*—Cumplido con puntualidad cuanto dejamos dicho sobre la operación y la enferma, pasemos á ocuparnos de los cuidados que debemos dispensarle á ésta *después de la operación*, y en los accidentes que con más frecuencia aparecen en este período, el cual no deja de inspirar grandes cuidados al cirujano.

De antemano se debe tener dicho y prevenido, que la cama que ha de recibir á la enferma operada de laparotomía, debe ostentar una limpieza exagerada en las ropas y ha de estar caliente con el fin de alijerar la reacción, que de no presentarse rápida y francamente se puede favorecer con la colocación de caloríferos de agua caliente. Débese someter á la enferma á un reposo absoluto en decúbito supino, á una dieta absoluta en las primeras veinticuatro horas, permitiéndosele el uso de agua fría esterilizada, ligeras infusiones de café caliente con algún sello de carbonato de amoniaco, (25 centigramos) hasta que la elevación de pulso, la coloración del rostro y la repartición del calor de la piel sea general y uniforme, se presente la sudación, y todo nos indique que la enferma se encuentre reaccionada como se dice en el lenguaje clínico. Del segundo al tercer día se deberá permitir alguna más alimentación, consistente en caldos y agua albuminosa, del tercero al cuarto, es costumbre y práctica muy acertada la administración de un purgante drástico como el aceite de ricino (40 gramos) permitiéndosele después, alguna más alimentación, que siempre debe girar alrededor de la ya dicha ó de la leche esterilizada y alcalinizada con algún agua mineral como la de Vals, (S. Juan) Vichy, (Hopital) Janos, etc.

Cuando el estado del vientre y la temperatura general nos indican que marcha sin complicaciones, la renovación del apósito podemos dilatarla sin inconveniente, siempre y cuando sea un apósito como el que dejamos especificado, los días que prudencialmente juzgue el cirujano, y del oc-

tavo al décimo dice Cardenal se pueden retirar los puntos suturales. Ningún consejo riguroso ó de precepto se puede dar sobre este punto; cuando la marcha es aséptica y sin complicaciones de ninguna clase vemos sucederse los días, debemos retardar cuanto se pueda el descubrir la herida y la línea sutural; por consiguiente, en esto como en otros muchos asuntos, el criterio del cirujano en vista de las circunstancias es el único que resolver puede con acierto cualquier duda que se presente.

No siempre veremos en nuestra práctica, sucederse las cosas de un modo tal, que como tratamiento post-operatorio, tan sólo tengamos que cumplir las sencillas indicaciones apuntadas; síntomas veremos aparecer con una constancia desesperante que mucho nos alarmarán sin que sean debidos ó expresen serias complicaciones. Nos referimos al dolor y á los vómitos consecutivos á la anestesia clorofórmica. El primero no siempre determina abscesos tan acentuados y agudos que lleguen á ser insoportables; cuando así fuese y el estado del pulso y del calor lo permitan, podemos servirnos de una inyección hipodérmica de clorhidrato mórfico; los segundos, sí les veremos aparecer con una frecuencia altamente molesta para la enferma que se ve obligada á soportar continuos sacudimientos diafragmáticos y viscerales de una cavidad traumatizada, y para el cirujano que cuando su duración es excesiva, y en algunos casos les hemos visto más de 48 horas, puede hacerles pensar en el desarrollo violento de una peritonitis generalizada que termine con la vida de la operada; de cuyas dudas fácilmente puede salir interrogando al pulso, á la respiración, al termómetro, al color y conjunto de las facies y al estado de flacidez y de timpanización del vientre. Grandes y frecuentes vomituraciones, con algún esfuerzo, con pulso frecuente pero lleno y regular, buena coloración del semblante, respiración amplia y profunda, aunque acelerada, no pueden ser debidas más que á la acción tardía del cloroformo, aunque el termómetro marque cual sucede muchas veces de 39 á 40 centígrados. En cambio,

vomituración frecuente, viliosa y ejecutada con poco esfuerzo, timpanización del vientre, cara pálida y descompuesta, respiración frecuente y superficial y pulso rápido, pequeño, filiforme y desigual, nos harán comprender que estamos á la vista del cuadro fenomenal de una peritonitis séptica sobreaguda capaz de matar en las primeras veinticuatro horas.

Para remediar las molestias del síntoma vómito clorofórmico, administran con frecuencia los cirujanos pedazos de nieve; también se pueden emplear bebidas como el champagne helado, el agua de Seltz con hielo, pulverizaciones de éter sulfúrico al hipogastrio y el lavado del estómago, que según consejos de Reclus es el medio más rápido y más seguro de hacer desaparecer estos trastornos.

No tan molesto, pero sí más peligroso para la vida de la enferma, es sin duda el estado de síncope progresivo después de una laparotomía laboriosa, en el cual, la pequeñez ó miseria del pulso, la palidez de la facies y la hipotermia general, denuncian claramente el *choc* ó *choque* post-operatorio, que es la complicación más seria y amenazadora que puede presentarse después de una koiliotomía; y á evitarla cuanto nos sea dable y á remediarla debemos dirigir nuestra solicitud y nuestros cuidados, haciendo una ó varias inyecciones subcutáneas de éter sulfúrico, y mejor aún, de cafeina; y cuando esto no dé inmediatos y favorables resultados, prescribiremos las inhalaciones de oxígeno y enemas de champagne, ó de leche con una cucharada de aguardiente y una yema de huevo, refuerzo de la calefacción y estímulo cutáneo provocado por las fricciones secas.

Una hemorragia incoercible de algún muñon ó de algún pedículo, puede muchas veces ser la causa y aun producir el conjunto sintomático descrito anteriormente, que será difícil de diagnosticar si no pusimos un drenage preventivo por el cual salga la sangre extravasada; y para ello, puede recurrirse á la práctica de Hoffmeier en un caso semejante, que exigió á las ocho horas después de la opera-

ción el hacer saltar varios puntos de sutura, encontrando la cavidad abdominal rellena de coágulos sanguíneos, dependientes de un pedículo mal ligado, pudiéndose contener la hemorragia por medio de nueva y fuerte atadura; y á la de Küstner, que en una ocasión se halló precisado á abrir el vientre de una de sus enfermas laparotomizadas, dos veces en cinco horas, y pudo hacerle salir del estado de postración ó choque en que se encontraba, haciéndole inyección peritoneal de suero artificial.

Después de una koiliotomía, debemos estar atentos y observadores del funcionalismo vexical de nuestra enferma; rara vez dejará de presentarse la parálisis pasajera de la vejiga, y á comprobarla no debemos aguardar, sino que cada cuatro ó seis horas debemos vaciar el contenido de ésta por medio de un cateterismo aséptico, ejecutado con una sonda metálica previamente hervida en solución fénica al 5 por 100, y seca á la llama de la lámpara de alcohol y embadurnada con vaselina aséptica ó en aceite iodofórmico al 10 por 100, previa la antisepsia vulvar.

Por alteraciones no muy estudiadas del aparato génito-urinario, suele presentarse después de una intervención laparotómica, accidentes urémicos de gravedad inusitada, que han hecho creer á los cirujanos que muchos casos graves de *choc* eran producto de rápidas intoxicaciones urémicas; con cuyo motivo todos consideran necesario examinar varias veces y en días distintos la orina de las enfermas antes de toda intervención abdominal. Así opina muy acertadamente, Rauzier, de Montpellier, en su tesis sobre la disminución de la urea eliminada, sin llegar á las exageradas opiniones de Rommelaere, que formula su famosa ley pronostica, considerando *malignas* á todas las producciones ó neoformaciones en las cuales se manifiesta la disminución en el caudal de urea expelida. Esto no demuestra más que una desnutrición profunda en nuestra economía, un descenso en el poder trófico de nuestro organismo, un rebajamiento del conflicto nutricio de nuestros elementos celulares, ó bien complicaciones renales

más ó menos latentes, que cualquier día pueden acarrear ó determinar una uremia mortal, pero bajo el punto de vista operatorio no pasa de la categoría de un síntoma *impertinente* que nos avisa y nos pone sobre la pista de futuros y probables accidentes, sin que constituya un obstáculo formal para el acto quirúrgico. Si á la disminución de la urea se uniesen la presencia de elementos epiteliales del riñón, ó la de más ó menos cantidad de albúmina en sus diversos estados, esto si hay que considerarlo y darle un significado de contraindicación operatoria, porque casi con certeza iríamos á parar á una uremia después del acto quirúrgico, cuya complicación estamos obligatoriamente llamados á prever y evitar siempre que nos sea posible.

Después de las laparotomías, con peritonitis de marcha ligera y terminación funesta, y en muchos casos de septicemia fulminante, se ha hecho jugar un papel principal á la intoxicación intestinal y á la absorción de toxinas y ptomainas, verdaderos venenos químicos dependientes de las funciones fermentativas que en el tubo intestinal pueden producir las variadas clases de elementos microbianos patógenos que en él existen, ó pueden existir, colocándonos en condiciones adecuadas. Á evitar estos acontecimientos tienden los cuidados que debemos prodigar á nuestras operadas, solicitando el funcionalismo y antisepsis intestinal después de una koiliotomía. No consideramos de gran utilidad el reposo y la inmovilidad intestinal prolongada, conceptuada como precisa por algunos cirujanos, y conseguida por el frecuente uso de preparaciones de opio; este reposo intestinal favorece la formación de productos sépticos y su absorción lenta, y por lo tanto, pasadas las primeras cuarenta y ocho horas de la operación, debemos acudir á la desinfección intestinal con un purgante, que si bien puede ser salino, nosotros preferimos el aceite fresco de ricino como ya dijimos en la página 72; y caso de querer unir la acción dialítica á la enérgica desinfección ó efecto microbicida, usaremos, como hace Tedenat, el calomel á dosis fraccionadas (15 centí-

gramos) hasta producir una abundante evacuación. Muchas veces, fenómenos de septicemia y estados de abultamiento y doloración del vientre que parecen determinados por una peritonitis, ceden con prontitud á la acción purgativa de un drástico como parece que afirman las observaciones citadas por Gil Wylie y Boldy, de New-York; Panrose, de Filadelfia y Gardner del Canadá; y por tanto, conceptuamos que dejar en quietud y reposo la función intestinal por diez ó doce días como hemos visto hacer á algún cirujano, lo conceptuamos en la categoría de proceder inadmisible y expuesto á turbar la marcha normal de una laparotomizada.

Actos quirúrgicos post-operatorios, tenemos alguna vez que efectuar en las laparotomizadas, cuales son: la reapertura abdominal y la limpieza ó segunda toillet del peritoneo. Cuando la abertura del abdomen se realiza para desinfectar la serosa, encauzar ó tratar de disminuir la inflamación peritonítica que comienza y amenaza la vida de la enferma, nos parece que el proceder no siempre ha de dar resultados inmediatos y satisfactorios, por ser un procedimiento antiséptico muy racional, pero inseguro como todos ellos; y aunque Jullien en 1891 aseguraba en el Congreso francés de Cirugía, que varias veces había hecho saltar dos ó tres puntos de la sutura abdominal en enfermas que así lo habían necesitado, para proceder al lavado peritoneal con agua salada y esterilizada y todas habían curado; en manos de Hoffmeier, Kaltembach y Schröder, estos nuevos lavados ultra-operatorios en complicaciones manifiestamente flogísticas, no habían proporcionado más que dudosos resultados.

Antes de terminar esta parte de nuestro modesto trabajo, deseamos consignar que á las laparotomizadas se les debe someter en las primeras veinticuatro horas á una observación rigurosa por persona perita, que en los momentos de cualquier complicación sepa prestar los debidos cuidados y auxilios, mientras llega el cirujano, evitando de este modo muchas veces accidentes que pueden ser causa de muerte.

Indicaciones.—Cumple la laparotomía, como acto quirúrgico, con la finalidad de enseñarnos el asiento de los afectos intra-abdominales, sus relaciones con los órganos próximos y su propagación á una mayor ó menor distancia; estos son datos importantes para el diagnóstico; pero, además ella cumple también con los importantes deberes de todo buen medio terapéutico; ella sirve para curar, ó mejor dicho, ella es el preliminar de todo proceso de curación, cuando esto es factible; y cura ó alivia en determinados casos de enfermedades inoperables. ¿Cómo y de qué modo y por cuál mecanismo? Trataremos de explicarlo, aunque difícilmente daremos sobre ello explicaciones racionales, pero sí relaciones de hechos indubitables que siempre tienen y en todo tiempo tuvieron una fuerza incontrovertible.

Con la koiliotomía, pues, curamos afectos intracavitarios, operándolos; exploramos, paliamos ó llegamos á curar sin ulterior operación. Compréndese por estos múltiples conceptos de aplicación, cuán numerosas y variadas serán las indicaciones de la laparotomía, y cuán infinitos y distintos los padecimientos intra-abdominales que por el intermedio de este precioso recurso del arte quirúrgico nosotros podemos combatir, colocados en las ventajosas posiciones que el cirujano ocupa, al convertir una afección profunda y recubierta por varios planos anatómicos, en enfermedad y órgano fácil á la investigación de nuestros sentidos y á la acción de nuestras manos. La variedad infinita de la nosología abdominal hace comprender que es faena imposible el hacer estadísticas útiles de las intervenciones laparotómicas cuando éstas no tienen un sólo fin curativo, ni se indican para una sola afección; quien tratase de establecer reglas y sacar consecuencias sobre la base numérica de muchas laparotomías, es lo mismo que si pretendiese contener en el guarismo de una suma el valor de heterogéneos sumandos.

Compruébase con facilidad lo que decimos sobre las indicaciones ú oportunidad de abrir el vientre, si recorda-

mos que para la extirpación de los ovarios sanos ú operación de Battey y para la esplecnetomía, ejecutamos por estar indicada la koiliotomía, y sin embargo, entre ambas la desemejanza pronóstica y técnica no puede ser más patente, ni más evidente en su objetivo y sus resultados. Las indicaciones de esta operación son infinitas, múltiples, variadas y desemejantes; pero unas y otras tienen un parecido que las acerca y reune en síntesis pronóstica. Por la abertura abdominal ó laparotómica realizaremos operaciones distintas y con distinto nombre y fin, (histerectomías, salpingotomías, gastrectomías, enterectomías, etcétera); mas las laparotomías como operaciones comunes ó preliminares de otras, se parecen todas en que no tienen gravedad cuando se ejecutan con las debidas precauciones de asepsia, ni influyen, como ya dijimos antes, desfavorablemente en el curso de la enfermedad que las exige cuando ésta resulta inoperable y superior á nuestros medios y á nuestra acción quirúrgica. Con toda laparotomía resolvemos dos cuestiones completamente distintas: una la de aclarar dudas diagnósticas, haciendo posible la intervención operatoria; otra es de utilidad, que á las lesiones que son inoperables puede prestar la incisión del peritoneo, ya curándolas, ya modificándolas, ó sólo ejerciendo papel moderador en los trastornos que originaban.

La distancia que existe entre una laparotomía simple ó de exploración y la que efectuamos como primer acto de una operación, vista bajo el punto de la distinta gravedad de una y otra, nos hace pensar en los preceptos que han de servir de guía á la mano del cirujano, de base á los hechos clínicos y de justificación á la intervención quirúrgica en las distintas vísceras que normalmente se hallan colocadas en la cavidad abdominal. No es sólo la diaria labor de la clínica la que nos ha traído el conocimiento de la verdad admitida por todos, de que en la cavidad del abdomen apenas se encuentra un órgano indispensable, de manera absoluta, para el sostenimiento de la vida; háse tenido muy presente por los cirujanos para la adquisición

de tal convencimiento, los datos suministrados por la vía experimental en la escala animal; por éstos se supo que se puede incindir ampliamente el peritoneo y el hígado, extirpar el bazo, un riñón, la vesícula biliar, escindir el píloro, un asa intestinal, resecar pedazos de estómago y aun el estómago entero, y por tanto que en la especie humana el cirujano podía llegar hasta las interioridades viscerales, examinando unas veces, curando otras, y probando siempre que el *non plus ultra* no puede estamparse en los límites de la gran región del vientre. Con la experimentación y la observación clínica se ha probado que las intervenciones quirúrgicas en los órganos intra-abdominales son posibles en su inmensa mayoría, así anatómica como fisiológicamente consideradas, ó lo que es igual, sin que lleven aparejadas de una manera fatal y necesaria la pérdida ó cesación de la vida, como habría de ocurrir si alguna de las vísceras fuesen absolutamente indispensables para ésta.

La experimentación en manos de Legros, Assollant, Vulpian, Griffini y Tizzoni, demuestra que la vida no se pierde en los animales que se les privó del bazo, los cuales pueden seguir viviendo mucho tiempo; y los dos últimos experimentadores nos han demostrado á más de lo expuesto, que en los animales así mutilados, se podía observar la regeneración parcial ó rudimentaria de bazos supletorios.

Por Pretone, Colucci y los dos últimos observadores antes citados, sabemos lo que sucede en los traumas experimentales de la víscera hepática, cuya extirpación es un acto que no sanciona la fisiología experimental. El proceso reparador del hígado es evidente en los animales después de incisiones y escisiones más ó menos extensas, como se ha visto que sucede en muchos casos de traumatismos fortuítos en el hombre, pero Colucci ha llegado en el terreno experimental á observar casos de regeneración en mutilación hepática de alguna entidad, y ha formulado reglas sobre la posibilidad y mayor rapidez de esta regeneración según

las distintas regiones ó zonas de la gran víscera abdominal.

El riñón también ha sido objeto y materia de experimentación, y siendo órgano par se comprende que pueda uno de ellos quitarse sin gran detrimento para la salud general del animal. Claudio Bernard, Meisner, Shephard y Pretrone, han demostrado que la falta de un riñón es compatible con la vida, y Pisenti en notable y concienzudo trabajo nos hace ver la relativa facilidad con que cicatrizan las heridas del riñón y hasta la posible regeneración parcial del mismo.

Las operaciones que recaen en el aparato digestivo, objeto fueron de experiencias en los animales por más de un fisiólogo, y principalmente por Czerny, que no solamente demostró que las gastrectomías parciales eran posibles, sino también la extirpación total del estómago; uniendo, por tanto, el cardias y el duodeno y soportando los animales este traumatismo sin gran decaimiento en su nutrición. Muchos son ya los casos de enterorrafias y enterectomías verificadas por los cirujanos, en los casos de lesiones intestinales; no cabe, pues, discutir si posible es en la esfera experimental y quirúrgica, la escisión de un pedazo más ó menos extenso del tubo intestinal, cuando tan minuciosamente se conoce la técnica de estas operaciones, el valor de los diversos procederes de suturación y la utilidad práctica, demostrada por Senn, de las placas decalcificadas para la entero-anastomosis.

La posible extirpación de la vesícula biliar en los animales sin gran compromiso para la vida, es operación conocida y ejecutada en el siglo XVII según afirma el doctor Rivera (1) por datos recogidos del *collegium practicum* de Ettmuller, donde se cita el hecho de que un candidato de la Universidad de Lión, tres meses antes de verificar sus ejercicios, había extirpado la vesícula biliar de un perro, que tres meses después vivía sin haber sufrido trastornos de gravedad é importancia. En 1767, Herlin refiere casos parecidos en perros y gatos; Anglas y Duchainois también

(1) Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina.

ejecutan estas experiencias, de todas las cuales se deduce que puede irse sin grandes temores á buscar las piedras contenidas en el saco biliar ó en alguna de las secciones de los conductos biliares.

Los estudios experimentales sobre la cirugía del páncreas, se han verificado modernamente y ellos han dado luz sobre la manera que esta glándula reaccionaba á las intervenciones quirúrgicas, representadas por la extirpación total, el magullamiento de algunas porciones, la sección completa, ligadura elástica del conducto pancreático y formación de fístulas internas y externas. Resulta de tan variado conjunto de experimentos, que no es peligroso el derrame del jugo pancreático en la cavidad peritoneal, que las porciones magulladas y se absorben, que la incisión no tiene otros peligros que los hemorrágicos, fáciles de evitar con las ligaduras en masa, que la atadura elástica del páncreas determina la obliteración del conducto pancreático sin que se note la formación de un quiste, que la escisión de una porción de esta glándula puede causar una fístula externa por el tiempo que tarde en atrofiarse el territorio glandular que la sostuvo, y que si es interna y cae el jugo en la cavidad abdominal se reabsorbe sin molestias; y que por último, el mayor peligro de las operaciones posibles en la glándula pancreática, estriba en el despegamiento de su cabeza, de la pared intestinal, y la gangrena consecutiva del tubo duodenal.

La fisiología experimental, también nos ha dicho casi al mismo tiempo que los ginecólogos traspasaban la pared del vientre, que los actos quirúrgicos realizados en los órganos genitales internos de los animales, podían ser soportados, sin inconvenientes para la vida, por la mujer enferma; con tal que nuestros medios de inhibición nos pusiesen al abrigo de toda contaminación séptica. Y no se podrá poner en duda, que la cirugía cavitaria ha realizado millares de empresas quirúrgicas, abriendo el addomen de la mujer por medio de más ó menos extensas laparotomías y enterándose del estado de los ovarios, trom-

pas, ligamentos y útero, y verificando operaciones de habilidad y pulcritud que han contribuído á colocar al arte de la Cirugía contemporánea en la elevada cúspide que hoy la contemplamos, diciéndonos con sobrado fundamento experimental en los animales, como base, y con sobrada práctica humana, como experiencia, que débemos estar autorizados para intervenir quirúrgicamente en la mayoría de las lesiones graves de todos los órganos encerrados en la cavidad abdominal y pélvica, siempre que de la impotencia ó ineficacia de los medios farmacológicos surja la razonada indicación del proceder activo; ó en aquellos casos, como dice Nairne, en que de no hacer la laparotomía, *la enfermedad matará ó puede matar al enfermo*, ó en los que, *sólo operando se puede obtener la curación.*

Anchuroso campo tienen las infinitas indicaciones de la koiliotomía, y numerosos son los beneficios curativos obtenidos por la acertada aplicación de este medio. Pero, aun no se le da, al menos en nuestro país, la importancia que realmente tiene como hecho útil en aquellos casos de afecciones inoperables de la cavidad abdominal. Por esto decíamos en la página 78, que procuraríamos dar algunas explicaciones fundamentadas en las opiniones de cirujanos distinguidos, no tan claras y convincentes que no admitan discusión, pero basadas en hechos prácticos de estimación y valimiento, y de los cuales nunca pueden admitirse dudas sobre su realidad y certeza. Para que la abertura del vientre la admitamos como acto de exploración diagnóstica en la inmensa mayoría de casos y aun como recurso terapéutico en muchos, necesitase que ella sea una operación completamente inocente; y en efecto, así la consideran los cirujanos desde 1862 en que Spencer-Wells nos dijo que aliviaba y aun podía curar las tuberculosis peritoneal; después Terrillón en 1885 publicó en los *Archivos de Ginecología* su numerosa estadística sobre la laparotomía de exploración y sus efectos beneficiosos en enfermos inoperables confirmando en parte las ideas de Spencer; y más adelante, Lawson-Tait en su obra, manifiesta tener

tan poco miedo á la cirugía abdominal que formula una famosa ley quirúrgica en estos términos: *en todos los casos de enfermedad del abdomen ó de la pelvis, en los cuales la salud está perdida ó hay peligro de vida, no siendo el estado de la enferma debido con toda evidencia á una enfermedad maligna, es necesario hacer una exploración de dicha cavidad.* Después añade: *una abertura exploradora nunca causa trastornos, y con frecuencia es muy útil, aun cuando no se pueda extirpar el tumor, pues varias veces he visto que después de la operación no se reproducía el líquido ascítico que antes era muy abundante; y algunas veces la incisión detiene durante mucho tiempo la marcha del tumor que no se pudo extirpar.*

El Dr. Rivera cita muchos casos de laparotomías de todas clases, con resultados brillantes y felices, pero en aquellas en las cuales no pudo, después de la abertura del abdomen y de la exploración minuciosa de la cavidad y del afecto, extirpar á este y finalizar ó completar el programa de todo cirujano que es el curar radicalmente, termina con la clausura del vientre, y casi siempre encuentra motivo de felicitarse porque alcanzó alivio en el enfermo operado. Laparotomías con enormes quistes hidatídicos, (algunos intra-torácicos), hipertrofias hepáticas, cánceres del estómago, del páncreas y del hígado, sarcomas peritoneales y del aparato útero-ovárico, opera con frecuencia el Profesor de Madrid, y convencido de la imposibilidad de la curación, sutura la herida en espera de un positivo alivio que se alcanza por más ó menos tiempo, lo cual ya es alcanzar mucho en afectos incurables. Nos demuestra la incomparable utilidad de un medio terapéutico, el reputado cirujano, cuando consigue que un canceroso del páncreas viva siete meses después de laparotomizado, sin los grandes y terribles sufrimientos que soportaba antes de la operación.

En la tuberculosis peritoneal es donde seguramente ha obtenido la abertura del vientre los mayores triunfos curativos, y donde podemos decir que son claras las indica-

ciones de su aplicación desde los hechos de Spencer-Wells, repetidos y multiplicados después por innumerables cirujanos, como Kœnig que publicó 131 casos de tuberculosis peritoneal tratados por la laparotomía, con 89 curaciones; y aunque en muchos de ellos hubo que verificar el lavado y el aseo de la serosa, lo esencialmente quirúrgico fué la abertura laparotómica que evidenció su poder curativo en las formas asciticas y secas de esta bacilosis del peritoneo.

Algunas veces aparece curada la tuberculosis de la serosa peritoneal por la koiliotomía; y sin embargo, el enfermo sucumbe víctima de la infección del bacilus específico de aquélla, el cual hizo una especie de metastasis apareciendo en los pulmones. Evidentemente estos hechos son mal comentados por los cirujanos que de esto tratan, pero en las autopsias lo general y lo frecuente es que aun notándose localizaciones en sitios variados y diversos, el peritoneo se vea limpio de granulaciones bacilares, que es la señal evidente de que la incisión laparotómica pudo curar localizaciones tuberculosas tan mortales como las que laboran en la cavidad abdominal sobre la gran serosa del peritoneo. Richelot cita en comunicación á la Sociedad de Cirugía de París el hecho quizá más concluyente y notable que pueda verse en el terreno clínico: en 1890 opera de laparotomía una joven de 21 años, que lanza de su cavidad abdominal la cantidad de dos litros de líquido, y muestra muy á las claras que el peritoneo visceral y parietal estaba invadido por granulaciones tuberculosas, confluentes y apretadas; cura rápidamente al parecer, de estos accidentes; se reproduce el líquido y Labbe tres meses después le ejecuta otra laparotomía, que sutura con prontitud, porque el aspecto de las granulaciones más se asemejaban á las de un cáncer que á las bacilares; un año después de la primera se presenta en el servicio clínico de Richelot con una gran eventración, cosecuencia de la segunda laparotomía, y al abrir el vientre por tercera vez queda sorprendido contemplando el peritoneo liso, con su brillo y

color habituales, sin adherencias y sin huella de las apiñadas granulaciones que antes le daban aspecto canceroso. Efectos indiscutibles de la eficacia de este medio curativo en los tuberculosos abdominales.

No es tan sólo en la peritonitis tuberculosa en la que la laparotomía nos hace ver su acción terapéutica; sus indicaciones las extiende á otro orden de enfermedades. En 1889 ya indicaba Lawson-Tait la posible desaparición de tumores abdominales y pelvianos inoperables después de la abertura del vientre. Mosetig publica algunos casos de evidente notoriedad, y White en América, el año 92, publica interesantes observaciones sobre casos inoperables de tumores pelvianos y abdominales curados por la simple laparotomía de exploración, y entre las cuales existían neoformaciones fibrosas, sarcomatosas y mixomatosas; y Duplay nos describe el hecho de un ascítico con cáncer peritoneal que después de una koiliotomía se mantuvo dos años sin molestias abdominales, hasta que la renovación de los fenómenos dolorosos, la ascitis y la caquexia, pusieron término á su vida, y la autopsia evidenció la neoplasia epitelial que en un lapso de dos años estuvo acallada y sin manifestarse.

No son estos los únicos hechos que en favor de la laparotomía exploradora en los casos de afectos inoperables, pueden citarse. Villar y Demons de Burdeos, y Richelot, sobre todo este último en Julio de 1891, comunica á la Sociedad de Cirujanos de París, que ciertas adherencias inflamatorias antiguas de los órganos pelvianos que con frecuencia se encuentran alrededor de las trompas y ovarios, podían curarse con la simple abertura del abdomen, á lo cual asintieron y presentaron nuevos casos los cirujanos franceses, Marchand Tilleaux Monod y Reclus; y Bazy presentó interesante historia de un sujeto que laparotomizado se vió que tenía un tumor adherido á la columna vertebral, de inmovilidad y dureza tal, que le hizo pensar en que sería debido á una manifestación carcinomatosa secundaria, estacionaria en los ganglios mesentéricos cuyo

punto de aparición estuviese en los intestinos; con este juicio clausuró el abdomen y á los pocos meses vió con satisfacción que las molestias y el tumor habían desaparecido completamente.

Routier, en Febrero del mismo año, ante la Academia de Medicina Francesa refiere un caso de grave ictericia en un sujeto caquéctico con violentas crisis de vómitos, cólicos y escalofríos, curado por medio de una laparotomía media supra-umbilical, por la cual se vió que ni la vesícula bilial estaba distendida, ni en los conductos colédoco, cistítico ni hepático, existían anormalidades que impidiesen el fácil curso del líquido biliar.

De nuestra práctica podemos citar el siguiente caso. Al finalizar el mes de Noviembre del año actual, fuimos consultados por D.ª A. G., de 32 años, casada, nulípara, bien reglada y de arruinada constitución, que desde hacía cuatro ó cinco años sufría violentas crisis dolorosas en la región hipogástrica, vomituraciones durante el período menstrual y abundantes menorragias; abultamiento del vientre producido por un tumor al parecer duro, redondeado y liso, empotrado en el lado izquierdo del bacinete, que sobrasalía y se extendía ocupando la fosa ilíaca del mismo lado, que repasaba la línea media y casi se tocaba en el derecho y ascendía hasta cuatro traveses de dedo por bajo del ombligo. El tacto vaginal combinado permitía que se percibiese el tumor en sus porciones inferiores difícilmente movible, despertando fuertes dolores cuando se intentaba su dislocación. Pasado un mes de nuestro primer reconocimiento, después de fenómenos peritoníticos de cuantía, se presentó una ascitis de consideración, que unida á los mayores sufrimientos dolorosos que esta complicación producía, decidió á la enferma á operarse.

En París fué visitada por un especialista y dos años antes de la fecha arriba indicada, en Barcelona, fué examinada por los reputados cirujanos Cardenal y Fargas. No conocemos su juicio, pero suponemos que considerarían el caso como tumor duro, ó como quiste de paredes gruesas,

(fibroma, mio-fibroma ó quisto-sarcoma) que del ovario ó del ligamento ancho izquierdo, tuvo un crecimiento lento intrapelviano, y por esto parece más probable su iniciación ligamentosa, y que después se hizo abdominal, estableciendo adherencias con los órganos de esta cavidad.

Con el mayor rigorismo aséptico, y en el domicilio de la enferma donde se llevaron enseres de esterilización, y previa anestesia clorofórmica y análisis de la orina, practicamos una koiliotomía infra-umbilical de 8 ó 10 centímetros, vaciando lentamente el peritoneo con un trocar que dejó salir cinco ó seis litros de líquido ascítico; y después cogimos el tumor que era verrugoso, azulenco, de rica vascularización, de paredes gruesas, duras, con fluctuación profunda y aspecto escirroso. Se practicó una punción con un trocar de Pean, que dejó salir un líquido como la miel de caña, glicerico y adherente, y cuando la cavidad la vimos casi vacia, pudimos ver que el tumor por su antigüedad se hallaba adherido, no sólo al suelo pelviano por arrancar del ligamento ancho izquierdo, sino que además, con el paquete intestinal, epiplón mayor, intestino grueso, vejiga, matriz y peritoneo parietal había fraguado vínculos fibrosos que hicieron imposible su desimplantación y su consecutiva erradicación; que de haberse completado con todas sus dificultades, hubiese sido de ineficaz resultado por la existencia de infinitas neoformaciones sarcomatosas, friables y muriformes que con profusión aparecían diseminadas á lo largo de las paredes del intestino delgado, epiplón, bazo, cara inferior del hígado, y de las cuales muchas fueron extirpadas. Convencidos de la imposibilidad operatoria, abrimos ampliamente la cavidad del quistoma, vimos que era unilocular, de gruesas paredes fácilmente desgarrables, de apariencia sarcomatosa; y desinfectado que fué por medio de compresas humedecidas con solución fénica al 1 por 100, verificamos la marsupialización del mismo con su correspondiente drenage, y clausuramos el abdomen por medio de la sutura en planos superpuestos. Á los dos meses, el quisto-sarcoma quedaba

replegado y reducido al volumen de una naranja, la herida de vientre cicatrizada y sin drenage, pero la enferma sufría con frecuencia accidentes peritoníticos por nuevos brotes sarcomatosos viscerales que le hacen arrastrar una vida de angustias y dolores, aunque sin derrame ascítico ni quiste voluminoso. Podemos decir que la laparatomía prestó un buen servicio aunque no todo el que necesitábamos.

Después de la ligera enunciación de todos estos casos, y de los primeramente citados, debidos á la mano hábil del Dr. Rivera, es innecesario insistir para probar los resultados y beneficios obtenidos con la laparotomía simple, los cuales sintetizados quedan con las palabras del cirujano citado cuando dice: *la incisión exploradora basta para curar en muchos casos lesiones abdominales, cuya intervención no pudo llevarse más allá, y cuando no, puede mejorarlas y las mejora en muchas circunstancias.*

Es indudable que la laparotomía siempre nos suministra elementos y datos para el diagnóstico; ahora bien, el cómo cura y la mayor ó menor seguridad de sus efectos son cuestiones, como ya dijimos, no muy fáciles de explicar satisfactoriamente, pero aun siendo así, no se invalida el hecho cierto de que la incisión y abertura abdominal produce por sí sola efectos curativos.

Para explicarnos cómo obra la koiliotomía se han invocado algunas teorías que pueden reducirse á las tres siguientes: *por disminución de presión*, *por influencia psíquica* y *por acción refleja*. Estos hechos hay quien los admite obrando y curando aisladamente, y quien en combinación para alcanzar el mismo fin.

En los casos de afectos peritoneales con gran derrame, cambiamos las condiciones de presión á que estaban sometidas las vísceras del abdomen, cuando por la koiliotomía suprimimos á éste con más ó menos rapidez; no siendo raro que al verificar el vaciado de la cavidad del peritoneo, si esto lo hacemos con precipitación en afecciones antiguas, veamos sobrevenir con prontitud una violenta

hiperemia congestiva (y hasta hemorrágica) de las vísceras que examinamos, debida á la supresión de la presión constante á que las tenía sometidas y habituadas el líquido ó derrame ascítico; pero, cuando éste no existe y en el acto y momento de la laparotomía se determinan ictus congestivos viscerales, ¿cómo se explica esto? Para ello hay que pensar en acciones reflejas vasomotoras que aceleran el mecanismo fisiológico de estos accidentes funcionales que pueden convertirse en patológicos á poco que se fuerce y traspase el límite de lo normal.

Para Duplay estas alteraciones circulatorias de los órganos viscerales, ejercen una especie de acción saludable sobre los cambios orgánicos, ayudando y aun determinando la reabsorción de productos morbosos, sobre todo, en la peritonitis tuberculosa, en la cual se han hecho sentir más que en ningún otro afecto, la favorable influencia de estos actos dudosamente interpretados por otros autores. Cabot considera á la tuberculosis de las serosas como lesiones basilares limitadas por tejidos sanos por una parte y por otra en contacto con un líquido favorable para los cultivos y la infección. Suprimido el líquido y hecha la antisepsia de la superficie de la serosa, tendremos mucho camino andado en pro de la curación de la tuberculosis, y de ahí el que sea partidario de los lavados y del drenage en las laparotomías motivadas por tubérculos en el peritoneo.

Con la supresión del líquido ascítico, cree Cameron que se han de suprimir las ptomainas que en él existan debidas á la evolución del bacilus de la tuberculosis, y cuya absorción puede producir la propagación de la enfermedad á otros órganos. Como una *espina* que inflama el peritoneo, considera Van de Warker al tubérculo, que en terreno inflamado aparece y se propaga con inusitada rapidez. El tratamiento quirúrgico, suprimiendo ptomainas ó rebajando la flogosis, puede favorecer la curación, ó dispone las cosas en favor de la regresión tuberculosa, como opina Mourange. Aunque bien considerados estos hechos y teo-

rías, lo único cierto y positivo que se puede admitir es la curación de un 70 á un 80 por 100 de tuberculosis abdominales por la incisión laparotómica, según estadísticas de acreditados cirujanos, quedando aún por explicar el modo íntimo de las curaciones por el ya mencionado medio, como dice Conitzer.

En observaciones posteriores, Nolen atribuye al contacto del aire sobre la superficie del peritoneo enfermo la acción curativa de la laparotomía, y en apoyo de sus aseveraciones cita tres casos de curación, en los cuales, después de vaciado el derrame, inyectó con una bomba aire esterilizado ó aséptico sin que se reprodujese la ascitis. Mosetig cita también otro caso de un laparotomizado con reproducción del líquido ascítico, curado por inyecciones de aire esterilizado. En una mujer de cuarenta años se practicaron dos laparotomías, observación de Brumn, hallando en la primera el peritoneo sembrado de granulaciones miliares, cuyo examen micrográfico determinó los caracteres clásicos del tubérculo sin bacilus; en la segunda se perciben en una porción de serosa extirpada, las neoformaciones tuberculosas retraídas, infiltradas de células redondas, sin células gigantes y en transformación cicatricial el tejido peri-tuberculoso. Con esto parece que Brumn quiere demostrar que los tubérculos son invadidos por células redondas y condensación fibroidea de sus nódulos periféricos; actos que favorece y determina la laparotomía vaciando el derrame peritoneal, cuya acción química sobre la serosa es opuesta á las reacciones contra los tubérculos.

Hay gran número de cirujanos que fundan la explicación del porqué curativo de la laparatomía en influencias psíquicas que puede determinar el traumatismo, favoreciendo la aparición de actos tróficos de naturaleza refleja, vistos unos y presumibles otros, pero que pueden llegar á curar afecciones inoperables de la cavidad del vientre. El Dr. Rivera, hace la crítica de este modo de pensar cuando dice: *que las influencias psíquicas puedan curar afecciones del*

sistema nervioso, pase; pero que por estas influencias se pretenda explicar la curación de los neoplasmas después de la laparotomía, es lo que no he llegado á comprender.

No puede dudarse de que la laparotomía puede producir variadas clases de síntomas ó fenómenos reflejos que se perciben, y otros que sólo pueden conocerse por sus efectos. Bentejac estudia muchas observaciones de esta clase, y con ellas quiere probar que después de las operaciones que interesan el peritoneo y órganos contiguos, aparecen casi constantemente fenómenos reflejos como los vómitos, meteorismo, trastornos cardio-vasculares, elevaciones térmicas é inflamaciones peritoníticas reflejas que no se pueden comprobar en la autopsia. Pero estos actos pudiéramos explicarlos admitiendo con Duplay, que en la curación de las afecciones ya referidas, concurren dos factores: la modificación de presión y la acción refleja debida al contacto del aire y al trauma operatorio. Cuyos factores hasta pudieran llegar á explicarnos efectos modificadores en la circulación que activen los cambios orgánicos y determinen y ayuden la absorción de las neoformaciones y aun de las consecuencias de antiguos estados inflamatorios de los órganos de la pelvis y del vientre. En esto fundábase Samuel Pozzi cuando discutía en la Sociedad de Cirugía de París la comunicación de Richelot sobre la acción curativa de ciertas laparotomías exploradoras (en los casos de tuberculosis) para decir que en aquellos de adherencias pelvianas y de todos los órganos abdominales, la laparotomía estaba indicada y curaba ejerciendo una revulsión enérgica, modificadora, á la manera como una incisión aséptica producía mejoría en los focos de inflamación crónica ó esclerósica.

Por acción mecánica, destruyendo toda clase de adherencias, opinan Monod y Bazy que puede curar ciertas molestias dolorosas la laparotomía, lo cual no carece de certeza; pero, aun admitiendo la acción mecánica y los cambios de presión, siempre nos quedarán un grupo de hechos, en los cuales la curación, si se obtiene, será de-

bida á actos reflejos ó acciones tróficas que de modo no bien claro, modifican el estado que motivó la intervención.

Bien meditado cuanto dejamos expuesto, podemos decir que las indicaciones de la koiliotomía, ó el límite preciso de las intervenciones quirúrgicas en la cavidad del vientre, no están ni pueden estarlo hoy día, precisados y dogmatizados. El anchuroso horizonte de la laparotomía de exploración no puede abarcarse con la mirada incierta de un difícil diagnóstico, y aun esclarecido éste hasta llegar al extremo de la certidumbre, si no es bastante la farmacología para resolver el problema curativo, tenemos que llegar á la intervención y á la abertura con un medio completamente inocente como ya dijimos, y que nos sirva para curar, si diagnosticado fué el afecto de operable, ó para paliar y completar los juicios de exacto conocimiento si inoperable resulta. Si añadimos á esto los numerosos hechos de distinguidos cirujanos que en sus memorias clínicas guardan, de curaciones reales no bien explicadas en afectos graves colocados fuera de los recursos del arte, hay que convenir y confesar que las indicaciones de la abertura del vientre, hoy casi son tan numerosas como las enfermedades de éste; y que si aun quedan numeroso grupo de afecciones en las cuales no caben laparotomías, en cambio pertenecen á la Cirugía infinitas de éstas que años pasados no eran laparotomizables y hoy lo son.

Lejos está de nuestro ánimo el creer que el cirujano, disponiendo cuando no existan formales contraindicaciones, del medio terapéutico de la laparotomía que á su vez puede esgrimirlo como exploratorio, está exento de error diagnóstico. Esto sería pedir y demandar del hombre de cirugía lo que de nadie se exige en las ciencias de observación, pues todos los cirujanos *que en el mundo han sido,* sufrieron errores, y sufrirán los de hoy equivocaciones más ó menos lamentables, aun tratándose de la cirugía en regiones superficiales. Recuerdo haber visto extirpar á un distinguidísimo cirujano un ganglio linfático en la

región carotídea de un individuo con una osteitis del maxilar inferior, que parecía determinar aquella adenitis, y resultó ser un aneurisma arterio-venoso de la carótida primitiva y la yugular interna, de causa ignorada, de génesis desconocida y sin ninguno de los síntomas funcionales de estas lesiones vasculares. Si esto sucede en región y órganos tan fáciles de investigar, nada de extrañeza causa cuando se lee el caso del Dr. Rivera, que después de estudiar un tumor abdominal, cree en un quiste hidatídico del hígado y resulta en el acto de la laparotomía un quistoma hidatídico intra-pleural que rechazaba el muro ó pared más fuerte, (y esto es lo raro é inesperado) ó sea el diafragma y la víscera hepática.

Los cirujanos de larga práctica que muchas veces ejecutaron por distintos motivos la laparotomía, presentan relación de sus intervenciones, sin llegar á establecer estadísticas en conjunto de esta operación, como algunos quieren, porque á más de no ser esto muy hacedero, ello nada claro nos demostraría por lo que respecta á indicaciones de la misma; generalmente hacen grupos de las enfermedades ó de los órganos que motivaron el proceder laparotómico, estableciendo después el estudio y las consecuencias de la operación y su claridad y exactitud indicativa.

Nosotros en modestísima esfera y sin numerosos casos para estudio, ejecutamos en Agosto de 1893 la tercera laparatomía que se hizo en esta localidad, (pues las dos primeras las hizo el Dr. Creus por los años 73 y 74) en la persona de Y. Q., de cuarenta y cinco años de edad, casada, natural y vecina de una aldea de la Vega de esta capital, de buena constitución, menopausiaca, nulípara, bien reglada durante su actividad ovárica, gruesa y de antecedentes vagamente reumáticos; la cual comenzó al poco tiempo de suprimírsele las reglas, á notar ligera tirantez de vientre por aumento en el volumen del mismo. Á los dos años de estas primeras molestias, viendo que se acentuaban consultó con varios cirujanos y más de uno ejecutó punciones exploradoras que nada aclararon el diagnóstico

porque ninguna dió salida de líquido. Consultó con nosotros, que repetimos la punción con igual resultado, y pasados algunos días hicimos un detenido examen uterino explorando la cavidad de esta víscera y haciéndonos cargo de su situación, volumen, movilidad, etc. Después intentamos la exploración ovárica y de las trompas, pero sin resultado práctico por la mucha dureza y volumen del abdomen. Por el buen resultado funcional del corazón, los riñones y el hígado, y por la forma regular del vientre, desde que comenzó su abultamiento sin que la enferma nos hablase de durezas preexistentes al mismo, y por la sensación clara de colección líquida en el peritoneo que nos daba la percusión, con ligera movilidad en los decúbitos y caída en la actitud vertical, pudimos creer y pensar en una hidropesía ascítica, motivada por alguna neoplasia abdominal inaccesible á la investigación, pero muy suficiente á determinar gran derrame, ó debida á una localización reumática en época crítica, que por mecanismo no muy bien explicable determinó un derrame peritoneal; que hace algunos años pudiera haber pasado por un caso de los llamados de *hidropesía iodiopática* ó sin lesión anterior apreciable en los órganos de su casi constante producción patogénica.

La disnea cuando andaba algunos pasos ó cuando prolongaba el decúbito dorsal era un síntoma que determinaba grandes molestias á la enferma, que en ocasiones graduábase hasta colocarla á punto de asfixia, demandando un medio cualquiera que la libertase de estos fenómenos; hijos, según nuestra humilde opinión, de la compresión ejercida por el abundante derrame de la serosa peritoneal.

En los primeros días del mes de Agosto de 1893, ayudados por los médicos D. Alberto y D. Fernando Moreno, y nuestros ayudantes, practicamos una laparotomía subumbilical, como medio seguro para hacer la exploración de la cavidad abdominal. El líquido ascítico salió con lentitud, por medio de un trocar, ostentando sus peculiares

caracteres, y fraguado que fué un ojal peritoneal, ni en las vísceras pelvianas ni en las verdaderamente abdominales, hallamos nada de anormal que nos explicase la producción ascítica; solamente la serosa se vió algo engrosada como sucede siempre que contiene líquido.

Se comprendió después de la abertura del vientre, el por qué de las dificultades diagnósticas dada la falta de líquido en las punciones. Las paredes abdominales de la enferma, ostentaban un panículo grasoso subcutáneo de ocho á nueve centímetros de espesor, que representaba una valla demasiado gruesa para poderla traspasar con un trocar ordinario de paracentesis que fué el que sirvió para las punciones que se vericaron antes de la operación.

Con no escaso número de dificultades obtuvimos, ó por mejor decir, nos propusimos obtener la mejor asepsia en la casa de la enferma, que era una de campo á 25 kilómetros de esta capital, donde la falta de un objeto ó de un instrumento, suponía un contratiempo de consideración. Las ropas fueron esterilizadas por una estufa seca, lo mismo las piezas del apósito, y la enferma después de bañada fué lavada y desinfectada con el prolijo cuidado que es preceptivo en casos tales, sufrió sin accidente la cloroformización hasta la postura del apósito y reaccionó después sin dificultad. En satisfactorio estado, sin disnea, sin dolores, fiebre, ni otros trastornos, siguió hasta el sexto día, en el cual aparecieron los salientes caracteres de una infección grippal con localización pulmonar, que le hizo sucumbir al siguiente día, sin que se percibiese en el vientre alteración determinada por la intervención quirúrgica.

Otro de los casos de nuestra limitada práctica, refiérese á un tumor duro, (fibroma ó fibro-mioma) del ovario del lado izquierdo, cuyo aspecto y aproximada disposición en la cavidad abdominal puede verse en la lámina segunda, y cuyo historial es el que expresamos á continuación.

El 27 de Febrebro del corriente año, ingresó en la clínica de Ginecología de esta Facultad de Medicina, por consejo del ilustrado médico de la Beneficencia Municipal

D. Enrique García Fernández, la joven soltera de 23 años, A. P. B., de oficio costurera, natural de Lanjarón, vecina de esta Capital, de buena constitución, alta, fornida, morena y con aspecto de floreciente salud.

Refiere que fué nubil á los 16 años, que estuvo bien reglada hasta el mes de Abril del presente año, y hace tres ó cuatro tuvo paludismo por espacio de unos cuantos meses. Que el padecimiento del vientre lo advirtió por vez primera en Enero de 1895, notándose un bulto del tamaño de una naranja por encima de la ingle izquierda, tan dislocable y movible, que la primera vez que lo percibió fué por la tirantez que en el lado referido le produjo el decúbito lateral derecho. Acompañábase este tumor desde sus comienzos, según manifestó la enferma, de síntomas y fenómenos reflejos tan molestos como ataques histero-epilépticos, sensación de opresión precordial, mareos y vómitos casi constantes. En el mes de Julio de 1895, el tumor progresaba en su crecimiento con relativa rapidez, y una noche casi de repente, sintió abultarse notablemente el vientre, acentuándose los vómitos con fuertes dolores abdominales y fiebre alta que le obligó á guardar cama diez ó doce días; después de los cuales, observó un notable y exagerado desarrollo en el volumen del vientre y menos movilidad en el tumor que le parecía haber alcanzado mayores dimensiones. Siempre en progresión siguió el afecto abdominal, hasta el mes de Abril del corriente año, que desaparecieron las reglas, siendo diferentes veces examinada por el ilustrado catedrático de Ginecología doctor D. Diego Godoy Rico, por el reputado especialista de Málaga Dr. Gálvez y Nachero, por el estudioso y aventajado cirujano de Montevideo Dr. Peso y Blanco, y por el que esto escribe que con gusto, como profesor clínico, acompañó más de una vez al catedrático Dr. Godoy al examen y estudio de la enferma, oyendo siempre atento las atinadas observaciones que sobre el probable diagnóstico y futuras consecuencias del mal nos hacía.

Nuestra historiada en el mes de Junio, presentaba el as-

pecto y conformación de vientre que con aproximación se marca en la figura primera. Tenía un abdomen tan voluminoso que traspasaba con mucho los límites de un embarazo con exagerada cantidad de líquido amniótico y medía al nivel del anillo umbilical una circunferencia de 117 centímetros. La configuración era regular, más abultado en el segmento infra-umbulical que en el superior; por la palpación se percibía claramente la sensación de gran cantidad de líquido ascítico, y á través de éste notábase el segmento inferior de la cavidad abdominal y la pelvis ocupada por una producción dura, lisa, poco movible y difícilmente limitable; porque inferiormente se empotraba en la pelvis y por arriba traspasaba la región umbilical y se perdía en el hipocondrio izquierdo (figura 2.ª), donde muy dificultosamente podía separarse la sensación y límites del tumor con el bazo, aun cloroformizando la enferma como hizo muy oportunamente el Dr. Godoy, pero, asegurándose antes de la anestesia por repetidos y concienzudos exámenes de la orina, del buen funcionalismo del aparato renal.

Con el exagerado desarrollo alcanzado por el tumor, coincidían abscesos periódicos de dolores agudos en las paredes abdominales, vómitos y fiebres, que nos ponían en cuidado respecto á las complicaciones por adherencias que la neoplasia pudiera presentar, dificultando y aun imposibilitando la total y fácil extirpación de la misma en el acto operatorio; y aunque los tumores de consistencia dura y fibroidea contraen con dificultad vínculos adhesivos con los órganos de la vecindad y con las paredes que los contienen, y menos si existe tempranamente, como sucedía en este caso, abundante colección líquida en el peritoneo, considerábamos la operación cargada de dificultades, y á ella fuimos con el recelo propio del que no puede formular de antemano el exacto itinerario que se propone recorrer, y espera hallar no pequeñas dificultades en la carrera del mismo.

Otras dificultades y obstáculos teníamos que vencer tam-

bién antes de intervenir en esta clase de trabajos. Careciamos en esta época de buenas condiciones de local para actuar en cirugía cavitaria con el rigorismo aséptico que requieren estas intervenciones, pues el actual cuarto para operaciones de nuestra Facultad de Medicina estaba todavía en proyecto; y es más, por ser época de vacaciones eran escasísimos los fondos que por la superioridad se podían asignar á la clínica de Ginecología para la compra de material de cura antiséptica, á cuya piadosa obra tuvimos que acudir de nuestro modestísimo peculio en el acto operatorio y en los días que siguieron á éste hasta la curación de la enferma.

Tuvimos, pues, que sanear cuanto mejor se pudo el antiguo anfiteatro operatorio, donde se hizo por mandato del Sr. Decano una buena instalación de gas para la calefacción, de la cual nos servimos para esterilizar agua, apósitos, instrumentos, toallas y blusas, etc., en las estufas de vapor que existen en la Casa de Socorro establecida por el Municipio de esta Capital, que fueron instaladas en el referido local.

Por tratarse de una enferma nulípara cuyas paredes abdominales se hallaban en forzada distensión por el volumen exagerado del tumor y la abundancia de líquido en la cavidad del peritoneo, no era empresa fácil aquilatar y detallar el diagnóstico en todas sus partes. Por la palpación detenida y combinada llegábase á saber, que á más de colección líquida existía, como ya hemos dicho, un tumor intra-cavitario de los que clínicamente se denominan por su consistencia *duros* ó *sólidos;* pero con certeza no se podía antes de incindir las paredes fijar el punto de arranque de la neoformación, aunque por el dicho y datos suministrados por la enferma, teníamos la nota saliente de que los comienzos fueron en la parte más baja del vientre, sobre el lado inquierdo, aislado y movible; y esto hacía fijar con alguna probabilidad el yacimiento en los órganos internos de su aparato sexual. Al útero, las trompas, el ovario y ligamento ancho, le asignamos la paternidad de

aquella producción oncológica que tan profusamente rellenaba la cavidad abdominal y extendía las paredes ayudada del derrame ascítico.

Entre los tumores intra-cavitarios de consistencia dura estudian los ginecólogos los fibromas, los sarcomas, epiteliomas y carcinomas; y hay cirujanos que consideran lógico mencionar entre los mismos los tubérculos, papilomas y encondromas; algunos de los cuales, como sucede al último, de tal rareza que Kiwisch duda de su existencia clínica. En las caras peritoneales del órgano uterino, sabido por todos es la frecuencia con que en ella se presentan las neoformaciones de más ó menos volumen, compuestas por tejido conjuntivo en su variedad fibrosa, formando fibromas puros, ó con más ó menos mezcla de fibras musculares lisas ó lo que denominamos fibro-miomas, mio-fibromas ó simplemente miomas uterinos subperitoneales. La frecuencia de estos tumores uterinos, hace tiempo que hizo decir al cirujano inglés Spencer-Vells que la mayoría de los fibromas ováricos de las trompas y de los ligamentos anchos, no eran más que fibromas emigrados de la superficie peritoneal de la víscera uterina; por más que nosotros consideramos muy racional el admitir el origen autóctono de estas producciones en los órganos dichos, rechazando la idea del poder migratorio admitida por Spencer en los tumores fibrosos puros. Solamente cuando el tumor es de los fibro-sarcomas ó fibromixomas ó mio-fibromas, que alcanzan colosales dimensiones y desde el útero pueden llegar en su invasión hasta el ovario, ó cuando aparecen en series uterinas, ligamentarias y ováricas, puede admitirse esta pseudo-cualidad emigrante que algunos cirujanos han querido reconocer como constante en los fibromas uterinos, cual si se tratase de tumores de multiplicación y recidiva tan evidente y clara cual sucede en los sarcomas y epiteliomas.

Las trompas no presentan frecuentemente á la consideración del ginecólogo producciones fibrosas, y cuando se les ha observado casi siempre son de reducido volumen; y

por lo que respecta á neoformaciones de reconocida malignidad, los oviductos por regla general enferman de un modo secundario, por propagación uterina ú ovárica; rara vez las neoplasias epiteliales y sarcomatosas hacen su aparición primitiva en las paredes de estos órganos.

Al tratar de las producciones oncológicas que pueden aparecer en los ligamentos anchos, como en todos los demás anejos uterinos, aparecen las encontradas opiniones ya apuntadas, sobre el origen de aquéllas. Virchow y Kiwisch, admiten la posible aparición por emigración de tumores uterinos. Freund, Sænger y Bilfinger opinan y creen en la aparición primitiva de los tumores y muy especialmente de los fibromas; en prueba de lo cual el último autor citado expone trece observaciones, entre ellas una mujer de 56 años á la que halló en la autopsia un tumor fibroso del tamaño de un huevo de ganso, entre las dos hojas de uno de los ligamentos anchos, cuyo origen no podía dudarse que era primitivo.

Los fibromas ováricos no son tan frecuentes como los uterinos, y cuando el cirujano encuentra una de estas neoformaciones, no las ve con la independencia funcional de las que arrancan de la superficie peritoneal de la matriz. Generalmente los fibromas ováricos tienen más resonancia en el organismo, determinan mayores trastornos en los órganos cercanos y más importantes reflejos en los lejanos; y hasta su aparición y crecimiento son distintos de los que el útero presenta. El fibroma uterino, del útero nace, pero del útero se desprende como la rama crece del árbol; pero el fibroma ovárico es todo el ovario uniformemente hipertrofiado al principio, para después hacerse desigual, mamelonado, gigantesco, enorme; en cuyo crecimiento el tejido fibroso ahogará los elementos propios del ovario, constituyéndose un fibroma que presentará restos del ovario, y que al extirparlo ó eliminarlo se quitará y extirpará el ovario mismo. Hay, pues, notables desemejanzas entre las producciones oncológicas del tipo fibroso de estos órganos; y solamente cuando ellas desdoblan las

hojas de los ligamentos anchos y hacen su crecimiento hacia la pelvis, es cuando nos cuesta trabajo por el reconocimiento y examen clínico dudar sobre si su nacimiento fué uterino ú ovárico.

Los ginecólogos les asignan, por regla general, escasas dimensiones á los fibromas ováricos puros; sin embargo, Alban Doran en su obra cita el caso de un fibroma típico del ovario que pesó después de extirpado 16 libras; de modo, que podemos convenir en que los fibromas de estos órganos cuando no tienen más que tejido fibroso, crecen y adquieren tan extraordinarias dimensiones como los fibro-sarcomas y fibro-mixomas, que son las clases de tumores que mayores dimensiones han alcanzado, como puede con facilidad combrobarse por la notable cita del Dr. Spiegelberg que describe un fibro-sarcoma del ovario con 30 kilogramos de peso.

Contrastan con estas magnitudes poco frecuentes, otra clase de fibromas ováricos, llamados de Kokitansky, por ser quien primero los describió, ó fibromas del *cuerpo amarillo*, los cuales alcanzan reducidas dimensiones y rara vez se presentan tan voluminosos como el caso de Klob, que asemejábase á una cabeza de feto.

La estructura de los fibromas ováricos es la que corresponde al tejido que le dá nombre. Abundan las fibras conectivas y escasean las musculares lisas; y cuando las últimas se presentan con alguna profusión, dice Samuel Pozzi que es posible que el *fibroma ovárico proceda del útero* y *que sea desconocido su verdadero origen*. No consideramos esta manera de ver el asunto con criterio tan absoluto, ni conveniente ni lógica. Si en el ovario existe y describen los anatómicos una zona vulvar formada de fibras musculares lisas, al iniciarse un movimiento hipertrófico del tejido conectivo de estos órganos para constituirse la glándula en lo que pudiera llamarse *estado fibromatoso* ó de *neoformación fibroidea*, no hay razón para negar la posibilidad de crecimiento de las fibras musculares antiguas y de la formación de otras nuevas; y por tanto, ni raro ni extraño

es que en los grandes fibromas ováricos halle el histólogo fibras musculares con abundancia para clasificarlos entre los mio-fibromas, ni por esta sóla condición debemos asignarles un origen uterino.

En los fibromas de los ovarios, con frecuencia hallaremos su interior sembrado de pequeñas cavidades ó *geodas* que contienen líquidos de diversos caracteres; no pudiéndose en la actualidad explicar con precisión, si estas cavidades, que se presentan tanto mayores cuanto mayor es el volumen del tumor, son provenientes de los folículos de De Graaff, de ectasias linfáticas, ó el resultado de desintegración molecular en pequeños territorios que al unirse dejan ó fraguan una cavidad.

Con los datos apuntados, debidos á la repetida observación de la enferma, formamos el juicio diagnóstico de tumor duro ó fibroso de los órganos pelvianos; y como el dato exacto de su aparición y movilidad ella nos lo dió repetidas veces, fijándose en el lado izquierdo de la cavidad pélvica, el punto de arranque quedaba á nuestro pobre entender, entre el ovario y el útero. Aunque los tumores sub-peritoneales de la matriz crecen con rapidez, adquieren á veces colosales dimensiones y son muy movibles en su infancia como sucedía al de nuestra enferma, estábamos perplejos, antes de la intervención, porque á más de lo dicho, no existían ni habían existido menorragias ni cólicos uterinos, habíanse suprimido las reglas, la paciente refería su aparición muy hacia la fosa ilíaca (cerca la ingle izquierda decía ella que lo percibió), tenía desde sus comienzos grandes alborotos reflejos, y aunque muy voluminoso, no podíase negar la posible aparición de un tumor duro del ovario de magnitud extraordinaria, por los múltiples casos de esta clase que registra la estadística.

Con estas dudas, pero considerando la edad de la enferma, sus escasos antecedentes patológicos, la fecha de la producción tumoral, y la relativa robustez de la paciente, veíamos clara la indicación de una laparotomía exploradora para que nos aclarase las dudas y nos pusiese en con-

diciones de extirpar el tumor si no lo impedían sus complicaciones adhesivas, cosa no muy probable, como ya dijimos, por condiciones de naturaleza y tiempo de existencia.

El día 17 de Julio, se le hizo á la enferma tomar un laxante drástico en las primeras horas de la mañana, y por la tarde, se desinfectó en un baño general, se vistió con ropas desinfectadas y se le rasuró el vientre, se lavó con solución sublimatada al medio por mil, se le desengrasó la piel con algodones esterilizados mojados en éter sulfúrico y se le aplicó á las regiones umbical é infraumbilical un apósito de gasa y algodón esterilizado.

Al día siguiente á las siete de la mañana, se condujo al antiguo anfiteatro de operaciones, preparado como dijimos: con atmósfera confinada y en reposo durante 48 horas, y en el cual, se hallaban dispuestos instrumentos y piezas de apósito en las estufas de esterilización y esterilizados de antemano, tubos seda y catgut. Se hizo la designación del personal que en habitación contigua sufrió repetidamente la antisepsia de sus manos y antebrazos, nombrando para que directamente nos auxiliase entre los Internos que nos acompañaban, al de la clínica D. Enrique Romero García, después ilustrado oficial de Sanidad Militar y al Sr. García Cappa, Alumno Interno en la actualidad. De la anestesia fué encargado el reputado médico de la Beneficencia Provincial Sr. Jimenez Cirre, que por su destreza, ilustración y larga práctica es segura garantía de éxito en la cloroformización, comprobado y sancionado por nosotros en centenares de actos quirúrgicos, en los que á él confiamos el manejo del anestésico que usamos.

Llegado que hubo el momento de intervenir, un alumno hizo el cateterismo vesical, retirándose después para alejar su posible intervención; desinfectamos nuevamente la vulva y paredes abdominales, cubrimos la línea media con gasa esterilizada, nos desinfectamos otra y última vez las manos, y por medio de una incisión amplia (figura 3.ª),

que se extendía desde el ombligo hasta la sínfisis pubiana, hecha por medio de cortes sucesivos para ver y apreciar con claridad las diversas capas de la región que se atravesaban, penetramos en la cavidad peritoneal con los cuidados y precauciones necesarias; primero con un ojal pequeño para dar salida lentamente al líquido ascítico, que suponemos fuese de cinco á seis litros, después seccionando el peritoneo con tijeras acodadas por el borde sirviendo el dedo índice izquierdo de guía y conductor. Una vez seccionado el peritoneo parietal, apareció á nuestra vista la cara anterior del tumor (figura 2.ª), el cual era liso, nacarado, duro y brillante. Por la parte derecha de la gran abertura abdominal, salían en tropel algunos quistes piriformes, transparentes y repletos de serosidad igual á la que constituía el derrame ascítico, y del volumen y magnitud de una naranja algunos y más pequeños otros. (Figura 2.ª) Estos quistes fueron punzados con un trocar muchos de ellos y algunos de pedículo largo y estrechísimo, estirpados previa ligadura; operación que resultó larga y pesada, porque al quitar y vaciar unos se precipitaba nueva serie en la herida abdominal, exigiendo repetidas punciones. Estos quistes serosos dependían, ó mejor dicho, originaban de una ancha y extensa adherencia que el tumor tenía con el peritoneo parietal del vacío y fosa iliaca derecha, que fué necesario romper y disecar con los dedos, ligando con seda algunos girones que sangraban ó resumaban escasamente.

Rotas estas adherencias, comenzamos á investigar la movilidad de la producción patológica que teníamos ampliamente á nuestra vista, merced á las tracciones que los ayudantes hacían sobre los labios de la herida recubierta con compresas esponjas de gasa aséptica, y á la ausencia total de asas intestinales. Con el mayor cuidado introdujimos la mano derecha entre el tumor y las paredes abdominales, recorrimos la extremidad superior de la producción que traspasaba la línea umbilical y llegaba á tocar el estómago y bazo (figura 2.ª), así como las interiorida-

des de la cavidad pélvica, notando que al tumor no le quedaban adherencias que imposibilitasen su salida de la gran cavidad que lo alojaba. Solamente en el lado izquierdo de la pelvis le hallamos sujeto y menos movible, aquel era su origen; la superficie uterina encontrábase intacta, y por tanto, el tumor por esto y por la impresión que producían sus caracteres, era un enorme fibroma del ovario izquierdo. Después de asegurarnos de la falta de vínculos adhesivos, pasamos á la ejecución del tercer acto operatorio ó sea á la extracción. Esta operación no pudimos realizarla pronto y bien como era nuestro deseo, porque los exagerados diámetros del enorme tumor no se adaptaban á la herida de la pared abdominal; y aunque forzamos las tracciones, ampliamos la herida desde la misma sínfisis pubiana hasta el lado izquierdo del anillo umbilical, procurando enfilar el menor diámetro, todo fué inútil, y tuvimos que seccionar de la porción inferior del tumor un pedazo en forma de cuña, cuyos cortes nos pusieron en amplia comunicación con una *geoda* de un litro próximamente de cabida, repleta de líquido. Con el notable achicamiento que en los diámetros transversales determinamos por la sección de la cuña y de la salida del líquido de la geoda, pudimos *partear* la porción pélvica de la neoformación, é inmediatamente se precipitó la prolongación superior que se marca en la figura segunda, y quedó el tumor sobre las paredes del abdomen; al mismo tiempo los ayudantes procuraban aproximar los labios de la herida y nosotros examinábamos el pedículo para ejecutar su pronta ligadura, la cual, por ser el grosor del mismo comparable al de un dedo pulgar, se verificó por medio de dos hilos de seda en dos mitades; se separó el tumor, se tocó el pedículo ya ligado con el termo-cauterio y se dejó en el interior de la pelvis. Procedimos á la limpieza peritoneal que fué sencilla y fácil por la escasez de productos, se vió ganar el sitio del tumor al paquete intestinal y llegamos al último acto, haciendo la clausura de la cavidad abdominal y la colocación del apósito.

Para cerrar la herida laparotómica empleamos la suturación en capas ó en planos superpuestos. Primeramente, con seda delgada y aguja curva, de mango largo y fino, cerramos el peritoneo haciendo una sutura entrecortada de puntos aproximados. Después con aguja de la misma clase y catgut bien esterilizado hicimos una sutura continua que unió el plano músculo-fibroso, y colocamos seguidamente tres puntos de sutura enclavijada que sirvió para aproximar y adosar las caras del grueso corte del tejido celular subcutaneo, facilitando el establecimiento de la sutura entrecortada (con seda) de la piel, en series de puntos unitivos y relajantes.

Recubrimos la línea sutural con iodoformo finamente pulverizado, se pusieron coginetes á las clavijas (cañones de pluma de ganso esterilizados y conservados en alcohol rectificado), se cubrió la herida con gasa iodofórmica primero, después con gasa hidrófila esterilizada, se puso un pedazo de makinstoch que traspasaba los límites de la gasa, y finalizamos con gruesa capa de algodón hidrófilo y una venda de franela, sujeta á la parte inferior por tirantes que desde la región pubiana, pasando por la prineal, recurrían hacia la región glútea, donde se sujetaban á las vueltas de venda más inferiores. El tumor fué pesado y alcanzó la cifra de siete mil gramos.

Cuidadosamente fué trasladada la enferma A. P. B. á su cama de la Clínica de Ginecología, Sala de San Fernando, núm. 1, cuya habitación en días anteriores habíase blanqueado y aligerado de camas y enfermas; de seis que tiene normalmente se habían reducido á tres, y éstas no eran de las que dan contingente séptico por flujos, supuraciones, etc.

Se le prescribió cada media hora, hasta que reaccionase francamente, una taza de café con 25 centígramos de carbonato de amoniaco. A las tres horas se le hizo el primer cateterismo vesical, que se repitió cada seis, y se le dieron pequeñas porciones de agua esterilizada con azúcar.

En la noche del día de la operación se presentaron fre-

cuentes y repetidos vómitos de carácter bilioso, ligera opresión de vientre por pneumatosis y pulso frecuente y lleno, pero con temperatura de 37 centígrados. Así seguimos tres días en los cuales ni el hielo ni otros recursos modificaron los vómitos, hasta que se le administró treinta gramos de aceite de ricino, que le produjo algunas cámaras, y á esto ó á que al mismo tiempo se le presentó la menstruación, disminuyeron los fenómenos de malestar y vómitos y la enferma entró en su marcha ordinaria, tomando cada tres horas caldo ó leche alcalinizada.

A los ocho días de buen estado y marcha infebril, se renovó por vez primera el apósito con las precauciones de ritual, sin que se notase alteracion flogística en la herida, lo cual nos permitió retirar los puntos de sutura enclavijada y aconsejar á la enferma que hiciese uso de alimentos de carne y agua de Seltz con vino. Cuatro días después, por alteración de la venda, se hizo la segunda renovación del apósito y se le retiraron los puntos relajantes, y á los 16 días de operada, vióse la enferma libre de puntos de sutura, sin que en ninguno de ellos se notase la menor señal de supuración. La curación se alcanzó en medio de la mejor y más perfecta asepsia, quedando un rafe cicatricial casi nulo, como aproximadamente se ve en la figura 3.ª

Hasta el día 30 de la laparotomía no se le dió el alta á la enferma A. P. B., pero sin dejar de ponerle una gruesa capa de algodón y unas vueltas de venda, que fueron después sustituídas por un cinturón elástico que comprendía toda la región hipogástrica, cuyo uso prolongó por tres ó cuatro meses.

Parecerán prolijos detalles los que damos respecto á nuestra última laparotomizada; pero los creemos justificados si se tiene en cuenta que es la primera enferma que en esta capital alcanzó la curación después de una intervención cavitaria como la expuesta, pues las dos del insigne cirujano Sr. Creus fallecieron, como dijimos; y además porque esta curación con una marcha tan aséptica, demuestra muy á las claras que los cirujanos que siempre

nos están llamando la atención sobre las malas condiciones de nuestras clínicas, deben modificar sus temores; pues aunque los locales clínicos sean malos, el cirujano, como dice el Sr. Cardenal, en cualquier momento, sitio y ocasión, con más ó menos trabajo, puede actuar y encontrar la suspirada asepsia en beneficio de sus enfermos.

Nosotros, teniendo no escasos inconvenientes de lugar y medio, como decimos en la página 4, verificamos la última de las laparotomías que reseñamos; y al decirlo así, nos referimos á la falta de ropas limpias, lavadas y esterilizadas fuera de las de otras enfermas; á la carencia de una habitación para la enferma, lejana de las enfermerías generales; á la falta de estufas para esterilización de instrumentos, apósitos y líquidos, á no tener un cuarto de operaciones de bondad, como hoy tenemos, y por último, á no poder disponer de dinero del Estado y tener que recurrir al nuestro; y sin embargo, todo se solucionó con trabajo y constancia, teniendo después, con la suprema ayuda del Altísimo, la satisfacción de ver curada la enferma A. P. B., con el mayor rigorismo aséptico.

FE DE ERRATAS.

Pág.	Linea.	Dice.	Debe decir.
11	18	Montpeller	Montpellier
13	10 y 11	inci laparotomica	incisión laparotómica
20	8	al dicho	el dicho
22	12	dice Reclus y Forgue	dicen Reclus y Forgue
23	13	Tait y Bantock	Tait y Bantock en Inglaterra
24	17	de abrir y para	de abrir para
49	18	obsorcion	absorción

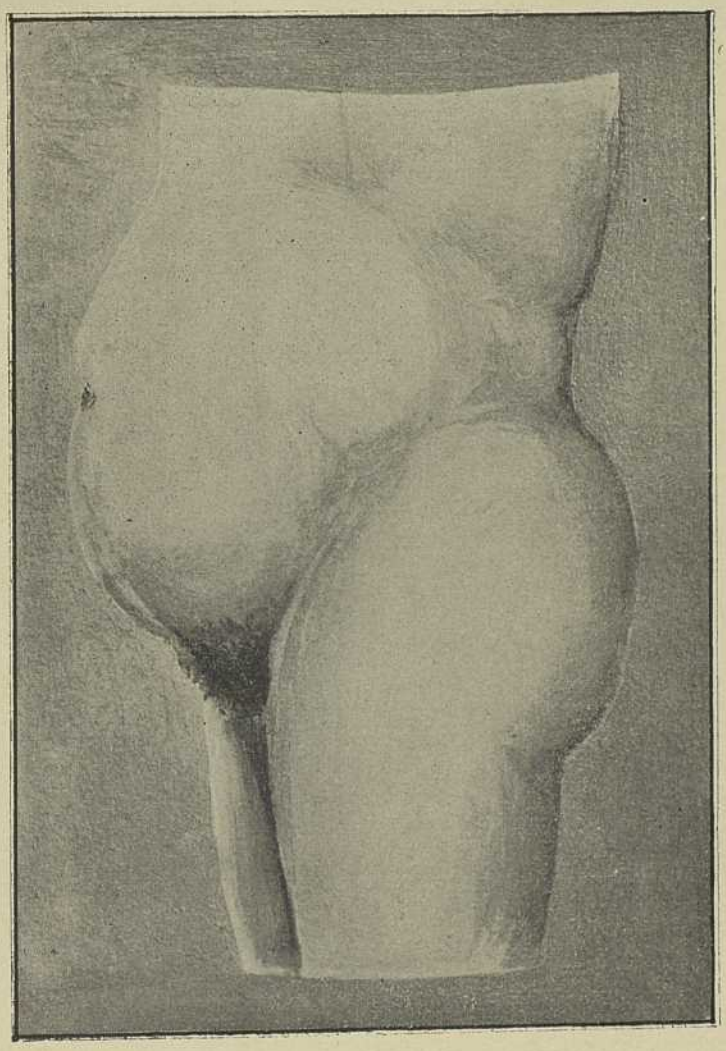

FIGURA 1.ª

Aspecto de la enferma A. P. B. antes de la operación.

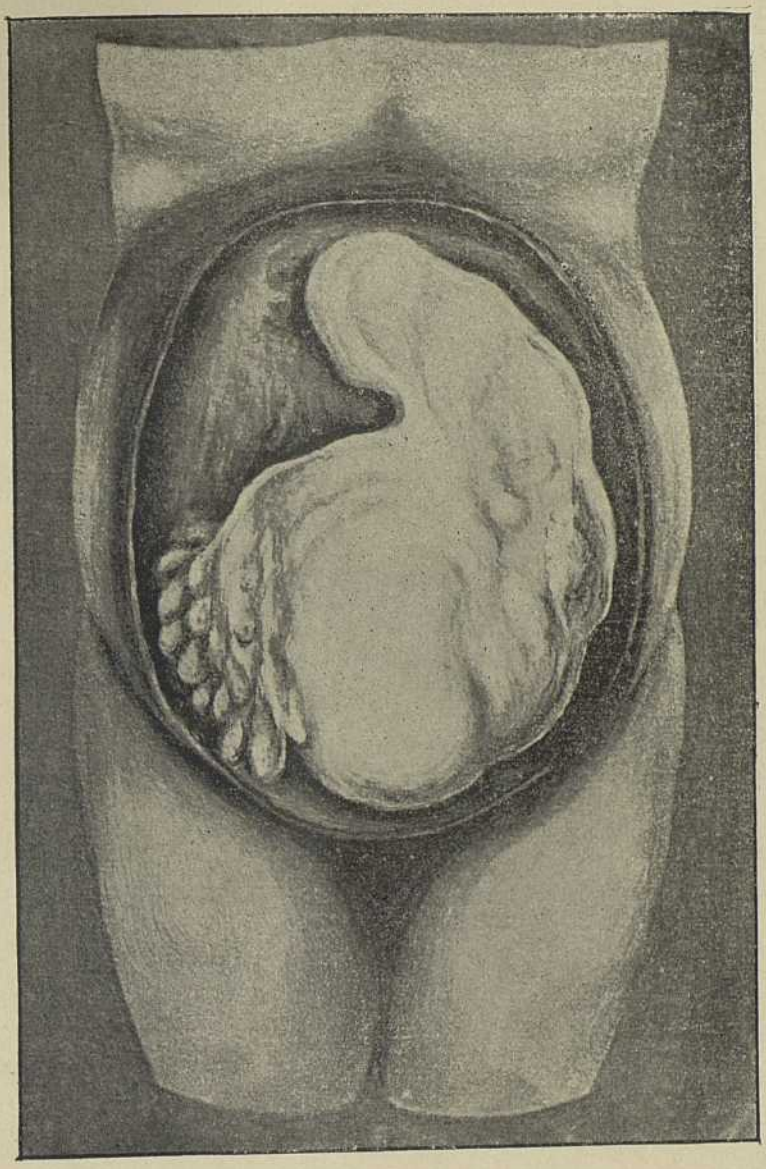

FIGURA 2.ª

Corte figurado de la pared abdominal, y disposición aproximada del tumor fibroso del ovario izquierdo, y adherencias peritoneales del lado derecho, de la enferma A. P. B.

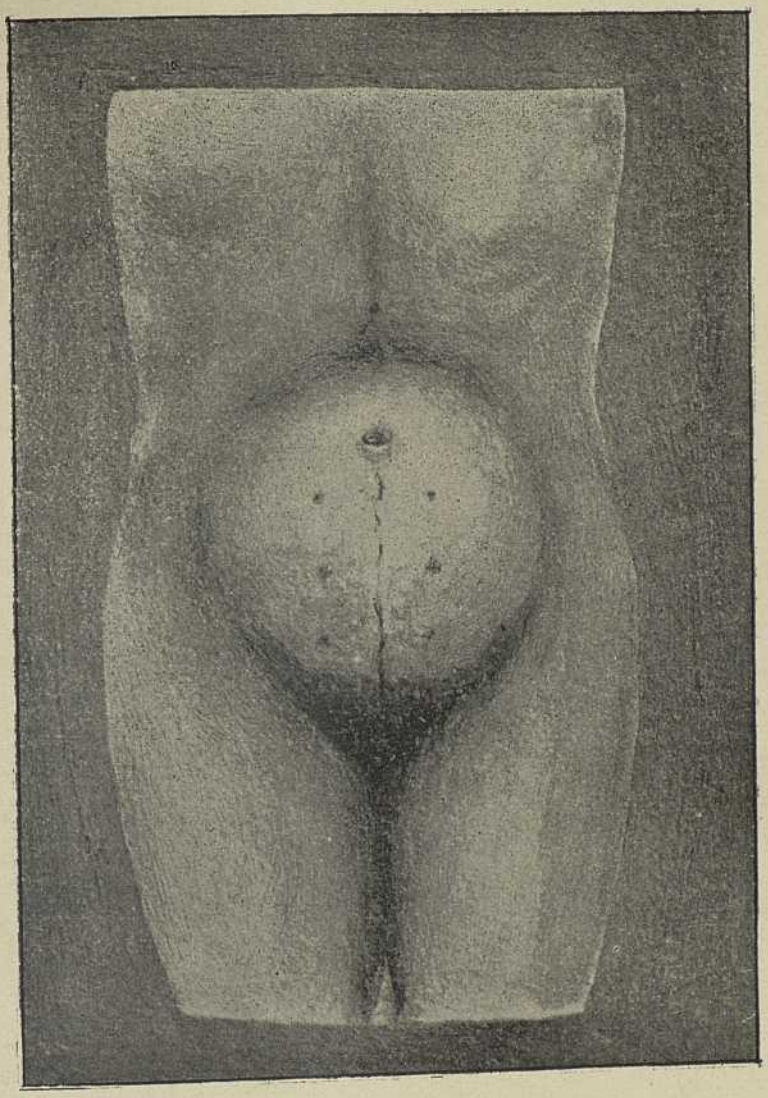

FIGURA 3.ª

Estado de la enferma A. P. B. á los 60 días de la operación.