

Una Página Quirúrgica

Por el Doctor Gustavo Adolfo Zúniga.

POR complicada y extensa que sea toda operación quirúrgica, se puede resumir a dos procedimientos sencillos en su ejecución: LA DIÉRESIS o división de los tejidos y LA SÍNTESIS o unión metódica de los mismos (J. Spivak).

Refiriéndose a la cirugía ginecológica, es sobre el primero de los procedimientos que se ha escrito con más profusión, si se consultan los libros de operatoria y la literatura quirúrgica, ora recomendando incisiones para determinada intervención, ora tratando la conveniencia de practicar micro-incisiones para producir el menor destrozo de la pared abdominal. De todos estos métodos ninguno podría soportar la crítica sana si no se funda en ciertas condiciones fisiológico-anatómicas últimamente bien estudiadas.

Al requisito de causar el menor daño posible a la pared abdominal, se opone frecuentemente la necesidad de procurar un buen campo operatorio, sea para explorar otras vísceras o dar comodidad y seguridad al acto quirúrgico.

De estos conceptos, fundados en el estudio de la irrigación sanguínea, músculos e inervación de la pared abdominal, ninguno se conceptúa más importante-teniendo en cuenta la importancia de la cicatrización de las heridas-como el conocimiento de "las líneas de fisura" que Langer describió por primera vez en 1861 y a las que Kocher supo dar la verdadera importancia.

Es en la actualidad que comienza a despertar interés el concepto, antiguo pero útil, de las "líneas de fisura de Langer" tomando en cuenta la importancia indiscutible en la cicatrización.

Las fisuras lineares de Langer que ocupan todo el tegumento externo, están constituidas por pequeños surcos perfectamente apreciables la lupa, que recorren en sentidos diversos -la piel, casi siempre oblicua o perpendicularmente a la línea media en el tronco y longitudinalmente en los miembros, describiendo formas caprichosas pero constantes en todos los sujetos. En la porción media abdominal que corresponde a la "línea alba", tienden a hacerse longitudinales a medida que se aproximan a la línea media,

Fue Kocher el primero en demostrar que las incisiones practicadas en el sentido de las fisuras-en condiciones-iguales de asepsia-tenía tendencia a cicatrizar más perfectamente y las llamó "incisiones normales" puesto que se podía decir-en sentido más libre-que se acercaban a lo fisiológico.

Siguiendo estos preceptos, varios cirujanos, entre ellos P. Assmy, de la clínica de Zcerny en Heildemberg-y Spengler, haciendo experimentos con incisiones transversales y oblicuas, comprobaron la hipótesis de Kocher y pudieron demostrar además que las incisiones longitudinales practicadas en el borde externo de los rectos abdominales -incisiones de Jalaguier y Me Burney-con las que se cortaban varios nervios, la porción muscular situada en el lado interno de la incisión, sufría la atrofia consecutiva, sobreviniendo el debilitamiento que precedía a la hernia operatoria (Spivak).

Esta noción se comprende si recordamos la disposición de los nervios con relación a los músculos de la pared, que proviniendo de los 7o. 8o. 9o. 10o, 11o. y 12o. nervios dorsales, inervan los músculos anchos, viniendo a perderse en el espesor de los rectos abdominales cuyo trofismo mantienen. En una palabra, los nervios siguen una dirección perpendicular a los -músculos rectos abdominales y toda incisión practicada paralelamente a dichos músculos, secciona las terminaciones nerviosas que trae como consecuencia la distrofia y la consiguiente eventración; así se explican las hernias operatorias encontradas en heridas no infectadas y aún en incisiones pequeñas pararectales.

Fueron esta clase de incisiones las que practicaron los primeros cirujanos, lo que trajo como resultado la eventración en gran número de enfermas aún cuando éstas escaparan a la infección, frecuente por otra parte en aquel tiempo. Incisión pequeña, rapidez en la ejecución, eran justificadas en la época preantiséptica en que la cirugía no había alcanzado gran adelanto.

Peán, uno de los grandes cirujanos de su tiempo, practicaba quístectomías del ovario-previo vaciamiento de su contenido-con incisiones que apenas dejaban paso a la pinza que ahora conserva su nombre. Es lógico pensar que ese espíritu conservador justificado en ese tiempo, no se puede sostener en el nuestro, en el que la técnica quirúrgica ha progresado en pocos años como no lo hizo en los últimos siglos.

Hay actualmente una tendencia al abandono de las micro-incisiones pararectales longitudinales: Jalaguier Me Burney, por las transversales o por la incisión media infraumbilical que aún en la mujer virgen ayuda al examen cuidadoso de otros órganos. Trompas u ovarios, afectos frecuentemente de degeneración escleroquistica, las cuales tienen las desventajas expuestas, siendo "incisiones normales" si como tales se consideran las estudiadas por Kocher y Langer y que ahora ya comienza a usar la neo-cirugía.