

Hoy día, la mayor parte de los cirujanos, aun en el extranjero, sólo recurren á ella en los casos en que el ano ilíaco es imposible por la extensión ó el sitio del cáncer. El ano ilíaco ha llegado, en efecto, á ser la operación de elección, gracias á los demostrativos esfuerzos de Verneuil y de sus discípulos: es de ejecución más segura, hace los cuidados de limpieza más cómodos y no expone á la peritonitis, si se siguen los preceptos del método antiséptico. Jacobson (1) le objeta, no obstante, mayor proporción de prolapsos.

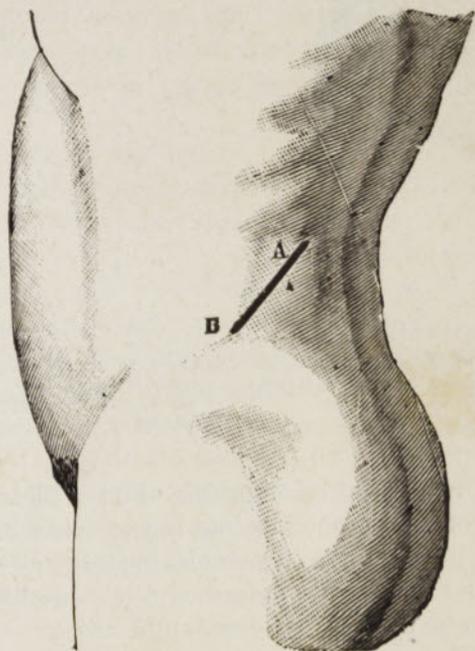


FIG. 735

Coloproctia lumbar de Callisen-Amussat

A. COLOPROCTIA LUMBAR Ó EXTRA-PERITONEAL de Callisen-Amussat. — Procedimiento.—*Preliminares indispensables ó útiles.*—Estando el sujeto acostado sobre el lado derecho y un poco sobre el vientre,—después de haber interpuesto un cilindro de modo que el vacío izquierdo quede bien tenso y el espacio ilio-costal correspondiente lo más ancho posible,—distiéndase el intestino grueso (Trélat) insuflando el recto con una cánula y un fuelle. Trácese con el lápiz de fucsina, una línea que vaya desde la espina ilíaca ántero-superior al ángulo de encuentro de la duodécima costilla y de la masa sacro-lumbar; márquese con un punto sobre la cresta ilíaca el punto medio del espacio comprendido entre las dos espinas ilíacas superiores; luego, á 2 centímetros por detrás de este punto, elévese una línea vertical. La intersección de las dos líneas indica el punto medio de la insición que se ha de hacer, es decir, la posición ordinaria del colon.

1.^{er} tiempo: *Incisión de la pared abdominal.*—Después de haberse colocado al lado en que se ha de operar, hágase una incisión cutánea de 8 á 10 centímetros, sobre y siguiendo el trazado de la línea ilio-costal, de suerte que su punto medio corresponda al antedicho punto de intersección (fig. 735, A B).

Divídase sucesivamente *en la misma extensión*: 1.^o el tejido conjuntivo grasoso subcutáneo; 2.^o el dorsal ancho por arriba, el oblicuo mayor por abajo

(1) Jacobson, *The operat. of Surgery*, pág. 700, 1897.

de la herida; 3.º la aponeurosis común al oblicuo menor y al transversal; 4.º la parte correspondiente del cuadrado lumbar (borde externo); 5.º una delgada hoja aponeurótica profunda.

2.º tiempo: *Busca y atracción del colon*.—Con la pinza de disección y el pico de la sonda acanalada, en el mismo sentido que la herida, tomando todas las precauciones para no perforar el peritoneo á los lados del colon, disóciase el tejido grasoso amarillo que enmascara su cara posterior. Si el peritoneo fuese abierto durante esas maniobras, ciérrasele con una ligadura de catgut, como lo ha hecho Gr. Smith sin consecuencias desagradables.

Reconózcase el colon por su matiz gris rosado ó gris blanco (Trélat), por su aspecto mate, por su estriación transversal, por la sensación de tubo con dos hojas gruesas, que da cuando se pellizcan y se hacen resbalar sus paredes entre el índice y el pulgar, por la presencia de las materias fecales, por su sonoridad, y finalmente sobre todo por su hinchazón cuando se insufla otra vez aire en el recto.

Teniendo en cuenta todos estos caracteres y medios de diagnóstico, no es posible tomar por el colon, ni una aponeurosis, ni un músculo, ni el intestino delgado, ni el peritoneo.

Atráigase suavemente el colon á la herida, cogiéndole con una pinza dentada, en medio de su cara posterior ó atravesándolo con un grueso hilo de seda.

3.º tiempo: *Fijación del colon en la herida*.—Igual modo é iguales medios de sutura que en la operación de Nélaton.

4.º tiempo: *Abertura del colon entre los puntos de sutura*.—Hágasela con pequeños toques de termocauterío.

En el recién nacido, el colon está situado contra el borde externo del riñón, de suerte que el punto medio de la incisión debe estar un poco más separado, con relación á la serie de las apófisis espinosas lumbares.

A menudo, en lugar del colon, se encuentra un asa de intestino delgado (Trélat), lo cual expone á hacer una enterostomía, operación mucho más grave, como le ha ocurrido dos veces á Trélat mismo; y otras veces el colon flota sobre un meso completo, el cual existe, según Trèves, en la proporción de 36 veces por 100 á la izquierda y en la de 26 veces por 100 á la derecha. En un caso de este género (H. Morris), durante las maniobras hechas para evitar la herida del peritoneo, fué abierto el intestino delgado.

B. COLOPROCCIA PRELUMBAR Ó INTRA-PERITONEAL DE FINE.—Procedimiento.—Instalado el sujeto como para el otro procedimiento, hágase una incisión cutánea vertical que vaya de la extremidad anterior de la undécima costilla hasta la cresta iliaca. Divídanse todos los demás tejidos, capa por capa, hasta el peritoneo, ligando sucesivamente las arterias lumbares. Sutúrese el peritoneo-parietal á la piel por una sutura á punto por encima con catgut. Atráigase el colon, que se reconoce fácilmente por su configuración, y fijesele con seda fina á los labios así como á los ángulos de la herida abdominal, ya rodeados por el peritoneo parietal: los puntos atraviesan por una parte todo el espesor de la pared abdominal y, por otra, el plano sero-muscular del intestino, por fuera de la mucosa. Ábrase en seguida el colon de un corte de bisturí, y colóquese un largo tubo de caucho en su trozo aferente.

Otras veces no se abre hasta cinco ó seis días después.

Para evitar el paso de las materias fecales al recto, cuando la operación se ha hecho por un cáncer inoperable de este último, Schinzingher y Madelung dividen com-

pletamente el colon de través: cierran el trozo inferior con la sutura sero-serosa después de haber invaginado el margen, y fijan el trozo superior en la herida.

La operación de Fine es indudablemente más segura y más fácil que la de Amussat; merece, por consiguiente, sustituirla, en nuestra época antiséptica.

ENTEROSÍNTESIS. — ENTERORRAFIA

Hemos agrupado con el nombre de *enterosíntesis* todos los medios que tienen por objeto reunir las simples soluciones de continuidad del intestino, sean accidentales, sean operatorias, y sabido es que estos medios son hoy día numerosos: la sutura ó *enterorrafia* es el modo más general y el más usado todavía, pero no es más que uno de los diversos modos de enterosíntesis.

La enterosíntesis está indicada: 1.º en las heridas longitudinales del intestino, como en la talla intestinal; 2.º en las heridas transversales que interesen una parte mayor ó menor ó la totalidad de la circunferencia del intestino; 3.º en las perforaciones y rupturas del borde libre y de las caras del intestino, cuando la sutura no debe estrechar demasiado el calibre del intestino.



FIG. 736.—Aguja fina semicurva de Reverdin

A. HERIDAS LONGITUDINALES.—El único medio de reunión es la sutura. Se emplea seda muy fina, n.º 00, y agujas finas, ya redondas y rectas como las de modista, ya semicurvas y de ojo hendido como las de Collin, ya semicurvas y aplanadas como las de Hagedorn. La pequeña aguja semicurva con corredera de Reverdin (fig. 736) puede igualmente ser utilizada. Otros instrumentos: un par de tijeras, un estilete obtuso fino, y clamps intestinales.

a. *Procedimiento de Lembert: sutura entrecortada.*—Es el más sencillo y uno de los mejores. Después de haber exprimido suavemente el intestino en los dos sentidos y detenido las materias de una y otra parte por uno de los medios conocidos, después de hacer una cuidadosa limpieza interior y exterior del asa y de haberla luego rodeado de compresas de gasa, hínquese la aguja al nivel del punto medio de la herida, á 8 milímetros de la sección sero-muscular, á la derecha por ejemplo; hágasela avanzar á través de la muscular, luego salir á 2 milímetros por fuera de la sección misma; es una mitad del trayecto. Hínquesela en el otro labio de la herida á 2 milímetros por fuera de la sección sero-muscular; hágasela avanzar á través de la muscular, luego salir á 8 milímetros por fuera de la misma sección; es la otra mitad del trayecto. Colóquese así, por arriba y por abajo, á 4 milímetros de intervalo, *hasta los ángulos* y mejor aun *hasta más allá de los ángulos* de la herida, otra serie de hilos (fig. 737).

Anúdense luego estos hilos, empezando por el del centro y asegurando con el estilete la perfecta coaptación de los bordes serosos de la herida y córtese al ras cada doble nudo (fig. 738).

Czerny emplea dos planos de puntos de Lembert (fig. 699) y Gussenbauer, también para mayor solidez, hace los puntos en forma de 8 de guarismo (figuras 739 y 740).

b. *Procedimiento de Tillmanns: SUTURA Á PUNTO POR ENCIMA.*—Es el

procedimiento más expeditivo. Esta sutura se practica exactamente como para una herida tegumentaria (véase *Cirugía general*); pero hay que tener la precaución, *aquí indispensable*, de empezar y terminar la sutura *más allá* de los ángulos de la herida. El hilo debe entrar y salir á las mismas distancias que en el procedimiento de Lembert.

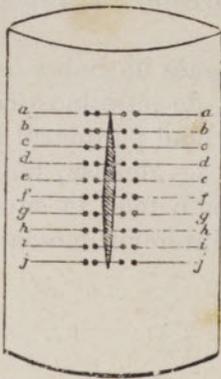


FIG. 737.—Sutura de Lembert sobre un segmento de cilindro intestinal visto por su cara externa ó serosa

Herida longitudinal. — Colocación de los hilos

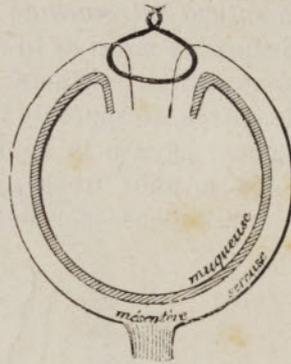


FIG. 738.—Sutura de Lembert sobre una sección transversal del precedente cilindro, á nivel de un punto de sutura para hacer ver la coaptación de las hojas serosas por este punto

B. HERIDAS TRANSVERSALES; SECCIÓN TOTAL DEL INTESTINO.—Las heridas transversales son *incompletas* ó *completas*, es decir, interesan una parte ó toda la circunferencia del intestino. Cuando la herida es pequeña y excede apenas de un cuarto de la circunferencia, una simple sutura sero-serosa, según Lem-

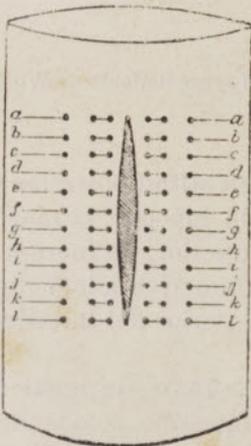


FIG. 739.—Sutura de Gussenbauer para una herida longitudinal del intestino

Colocación de los hilos

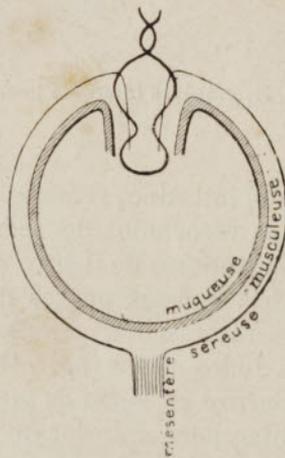


FIG. 740.—Sutura de Gussenbauer

Corte transversal de una herida longitudinal del intestino para hacer ver la coaptación de las hojas serosas por el 8 de guarismo

bert ó según Tillmanns es suficiente. Cuando comprende próximamente la mitad, es prudente, después de haber excindido la mucosa que desborda, aplicar una primera serie de puntos separados ó continuos sobre la sección de las mucosas antes de reunir los planos sero-musculares; la técnica de la sutura, en todo caso, no ofrece dificultad alguna como tampoco para la reunión de las heridas que alcanzan próximamente á los dos tercios. Pero otro es el caso cuando el intestino es cortado de través completamente, con ó sin sección simultánea del mesenterio

que le sirve de inserción, y justamente para estas heridas se han imaginado y se emplean no solamente procedimientos especiales de sutura ó *enterorrafia* circular, sino también medios mecánicos de unión, tales como botones de Murphy, de Chaput, bobina de Robson, dobles cilindros metálicos de S. Duplay, para no citar sino los que, en nuestro concepto, resultan más prácticos.

A. *Procedimientos de sutura ó de enterorrafia circular*: a. Procedimiento de Wölfier: *sutura entrecortada*.

1.º *Sutura en masa de la mitad posterior*.—Después de haber atraído al exterior, si no estaba ya fuera del abdomen, el asa de intestino que ha sido dividida de través, después de haber protegido la cavidad peritoneal con compresas de gasa, hágase la coprostasia de los dos trozos del asa, luego desinfectense estos mismos trozos, excíndase circularmente toda la mucosa que desborda, aproxímense por detrás, del lado de la inserción mesentérica, las

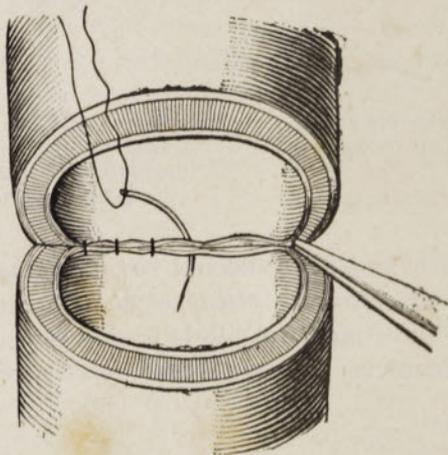


FIG. 741.—Sutura interna ó posterior del intestino, por el procedimiento de Wölfier (v. Winiwarter)

secciones del intestino, reúnaselas *por lo menos en su mitad posterior* por medio de puntos entrecortados de seda que comprendan la mucosa, la muscular y la serosa, colocándolos de dentro á fuera en el labio superior, de fuera á dentro en el labio inferior; estos puntos deben pasar á 2 milímetros solamente más allá del borde sero-muscular. Anúdense los hilos en el interior del intestino y córtense á ras de los nudos (fig. 741).

2.º *Sutura en masa de la mitad anterior*.—Reúnase de igual manera la semicircunferencia anterior de las secciones del intestino colocando los hilos de fuera á dentro en el labio superior, de dentro á fuera en el labio inferior y siempre á 2 milímetros del borde sero-muscular. Anúdense los hilos en el exterior del intestino y córtense á ras de los nudos.

3.º *Sutura sero-serosa circular*.—Váyase invirtiendo la línea de reunión con un estilete y colóquense varios puntos de Lembert hasta que toda la circunferencia de las secciones esté exactamente reunida por adosamiento; no se descuide la parte que corresponde á la inserción mesentérica, llamada *punto débil*, ciérrresela con cuidado, siempre por adosamiento, á pesar de la ausencia de serosa á este nivel, y para esto, si es necesario, desinsértese suficientemente el mesenterio de una y otra parte.

Nueva limpieza del asa; reducción; cierre de la cavidad abdominal.

En lugar de la sutura en masa, se puede también, á ejemplo de muchos

otros cirujanos, hacer solamente la *sutura muco-mucosa*. El *modus faciendi* es el mismo. No hay que decir, por otra parte, que en lugar de los puntos de Lembert, se pueden utilizar los de Czerny (fig. 699), ó los de Gussenbauer (fig. 740).

b. *Procedimiento de Kocher: doble corona de puntos por encima*. — Es mucho más rápido. Reúnanse los dos trozos al nivel de la inserción mesentérica con un hilo que se anuda contra el intestino y cuyos cabos se conservan; reúnaseles igualmente en el borde libre, en el punto opuesto, por otro hilo. Mientras un ayudante pone transversalmente tensa la herida tirando de los cabos

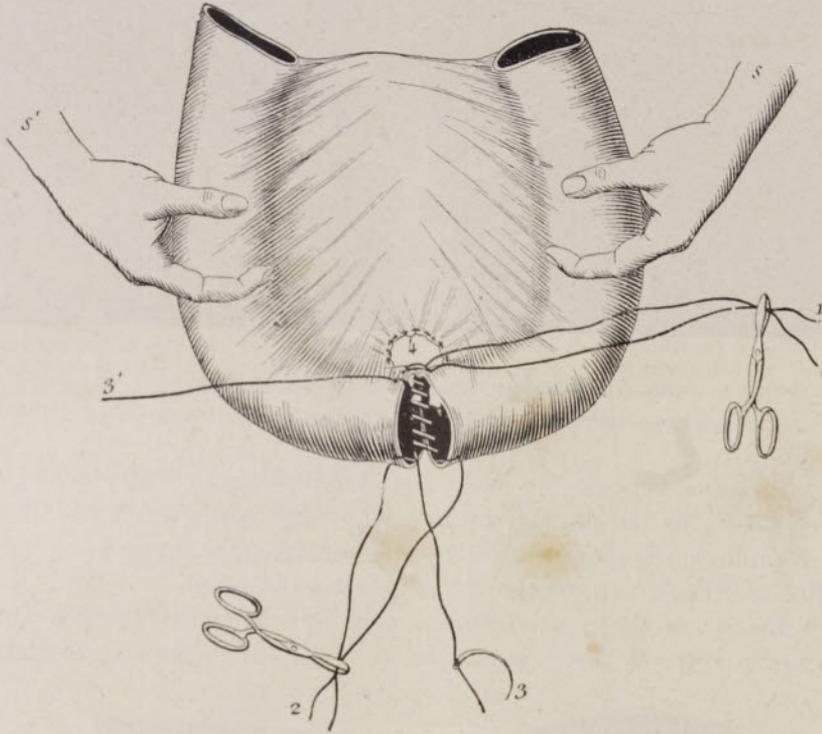


FIG. 742 — Sutura circular del intestino (Kocher)

1, punto de fijación en la parte mesentérica del intestino; 2, punto de fijación en la parte libre del intestino; 3, 3', sutura á punto por encima que reúne la mitad derecha del intestino; 4, línea de separación del mesenterio; 5, 5', coprostasia por las manos de un ayudante

de los dos hilos, inviértanse por una parte los labios de la herida, de modo que sus serosas se adosen ampliamente y reúnaseles desde el hilo de tracción anterior, mediante una sutura de seda á punto por encima que abrace todo el espesor de la pared, *con exclusión de la mucosa* (fig. 742); inviértanse los labios del otro lado y reúnaseles por una sutura análoga.

Refuércense luego las dos suturas precedentes con otra de igual clase, única y circunferencial, pero que sólo coja las serosas y córtense á ras todos los hilos.

En este procedimiento, la mucosa se encuentra aislada de la reunión. Así sucede en el de Tillmanns, el cual sólo hace una sutura á punto por encima, sero-serosa, reforzándola con una serie de puntos de Lembert. Otra combinación consiste en reunir aisladamente las mucosas y los planos sero-musculares, mediante suturas á punto por encima: dos internas posterior y anterior, y una externa. Todos estos procedimientos han sufrido la prueba clínica y son igualmente recomendables.

c. *Procedimiento con hendidura de Chaput* (1). — Los procedimientos con tres series de suturas (dos sero-serosas, una muco-mucosa), considerados por él como los mejores, exponen, por el extenso adosamiento, á la estrechez más ó menos considerable del intestino, por lo cual Chaput ha ideado el procedimiento siguiente (fig. 743):

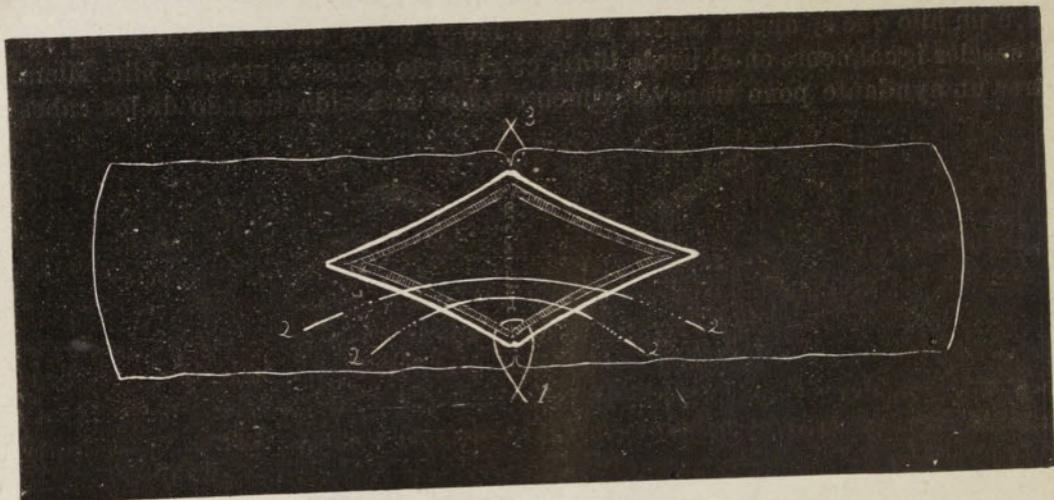


FIG. 743. — Sutura circular con hendidura (Chaput)
1, sutura muco-mucosa en los ángulos laterales del rombo 2 3, suturas sero-serosas

«1.º *Sutura muco-mucosa de la semicircunferencia posterior.* — Las suturas atraviesan todas las tunicas del intestino muy cerca del borde del orificio. El primer punto corresponde al borde mesentérico, el segundo al borde convexo. Estos puntos se hallan separados unos 4 milímetros.

»2.º *Ejecución de la hendidura.* — En la semicircunferencia anterior, á igual distancia entre el borde mesentérico y el borde convexo, se hiende cada

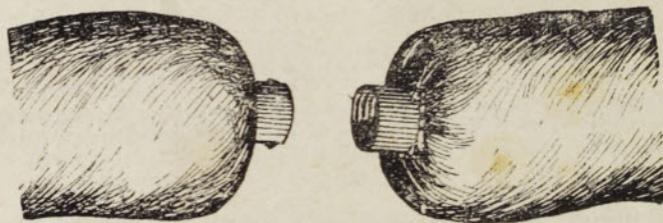


FIG. 744. — Enterosíntesis con el botón de Murphy
Colocación de sus mitades en los trozos del intestino

extremo longitudinalmente en una altura de 3 centímetros. Se excinden luego los vértices de los cuatro colgajos flotantes, de modo que se dé á las dos hendiduras reunidas el aspecto de un rombo.

»3.º *Sutura muco-mucosa de los bordes del rombo.* — Se suturan entonces los bordes contiguos del rombo de modo que queden en contacto los dos ángulos más lejanos; se practica una sutura muco-mucosa, como se ha dicho más arriba.

»4.º *Dos series sero-serosas.* — Por encima de la sutura muco-mucosa y en toda su extensión, se coloca una primera serie de puntos de sutura sero-serosa y luego otra. Las tres series deben estar separadas por un intervalo de 3 á 4 mi-

(1) Chaput, *Thérap. chir. Intestin, rectum, péritoine*, pág. 210, 1896.

límetros. Todas estas suturas se harán con un hilo continuo sujeto por un nudo cada cuatro ó cinco puntos.»

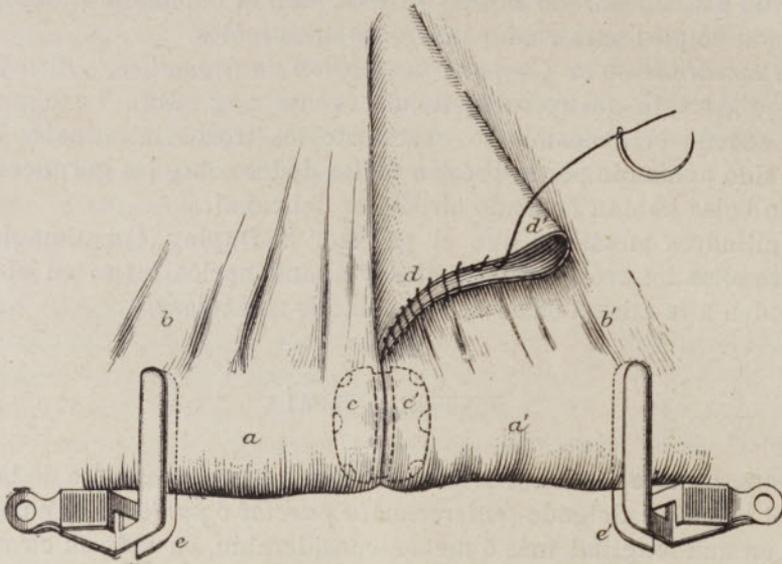


FIG. 745.— Enterosíntesis con el botón de Murphy

Aproximación hasta el contacto íntimo de sus mitades: *aa'*, trozos intestinales; *bb'*, mesenterio; *cc'*, mitades de los botones vistos por transparencia y reuniendo los trozos intestinales; *dd'*, porción de mesenterio desinsertada por la resección intestinal y suturada á punto por encima formando un pliegue triangular; *ee'*, clamps intestinales de Murphy para la coprostasia

B. *Procedimientos con los medios mecánicos especiales.* — a. Procedimiento de Murphy. — Es muy sencillo y se ejecuta en algunos minutos. Des-

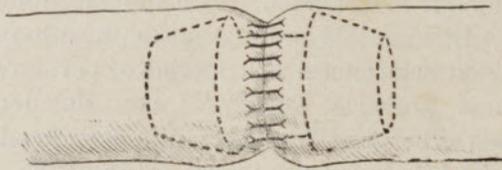


FIG. 746.— Enterosíntesis con la bobina de Robson, que se ve punteada, por transparencia

pués de haber tratado como de ordinario los trozos del intestino (expresión, compresión, desinfección, etc.), hilvánesse con seda, en todo su espesor, el extre-

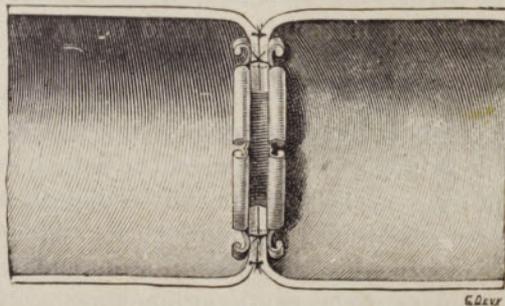


FIG. 747.— Enterosíntesis con el botón de Chaput

mo de un trozo, pásese por él la mitad hembra del botón, reteniendo con una pinza el borde del cilindro y apriétese la seda en forma de bolsa; colóquese de igual manera la parte macho en el extremo del otro trozo (fig. 744).

Introdúzcase el cilindro macho en el cilindro hembra y apriétese hasta que los dos trozos del intestino se hallen en contacto íntimo (fig. 745). El botón es abandonado á sí mismo. Lo mismo se hace con la bobina de Robson (fig. 746) cuando se la emplea para reunir los trozos intestinales.

b. *Procedimiento de Chaput con su botón anastomótico.*—El manual es el mismo que para la gastro-enterostomía (véase pág. 612). La figura adjunta (fig. 747) enseña el abocamiento exacto de los trozos intestinales cuando el botón ha sido aplanado por la presión de los dedos sobre las gorgueras que las suturas en bolsa habían formado alrededor del canal.

Los cilindros metálicos que el profesor S. Duplay (1) ha imaginado para ligar sobre ellos los trozos intestinales y abandonarlos luego en el intestino, corresponden á la misma clase de anastomosis mecánicas.

ENTERECTOMÍA

La *enterectomía* consiste: 1.º en cortar una parte solamente de la circunferencia del intestino delgado (*enterectomía parcial ó parietal*), ó en suprimir el intestino en una longitud más ó menos considerable, en toda su circunferencia (*enterectomía total ó circunferencial, enterectomía propiamente dicha*), con ó sin la resección de la parte correspondiente del mesenterio; 2.º en restablecer en seguida la continuidad del intestino por la sutura ó por otro medio de síntesis, ó en establecer un ano contra-natura en la herida abdominal con los dos trozos restantes del intestino.

Reglas fundamentales.—Dos reglas fundamentales presiden á la técnica: la excisión se debe hacer siempre en tejidos sanos y no infectados; la circulación de la sangre, es decir la nutrición, debe quedar integralmente asegurada en las dos porciones. En cuanto á la longitud de intestino que se puede quitar sin temor de perder ulteriormente los operados, por atrepsia, la experiencia clínica (Billroth, Bruns, Kæberlé, Kocher (2), etc.) nos demuestra que es considerable; pero Dennis cree con Trzebicki, que no excede probablemente de 2^m,80, es decir, la mitad de la longitud total del intestino.

Indicaciones.—La enterectomía parcial (3) apenas tiene aplicaciones fuera de los pequeños islotes y bandas de gangrena que se encuentra en ciertas hernias estranguladas; y aun entonces, en lugar de excindir y de suturar, suele reducirse la intervención á *enterrar esos islotes por invaginación* bajo una simple ó doble serie de puntos de Lembert, abandonándolos á su eliminación espontánea por el conducto intestinal. Por lo tanto, sólo se tratará en lo que sigue, de la enterectomía total.

La enterectomía total está indicada: 1.º en las fuertes contusiones y las heridas contusas por armas de fuego, cuando interesan el tercio de la circunferencia ó más, cuando el intestino es perforado de parte á parte, ó en la inserción mesentérica, ó cuando las perforaciones, ordinariamente múltiples, están próximas unas á otras; 2.º en las hernias estranguladas y gangrenadas, preferentemente con reunión de los trozos intestinales; 3.º en la oclusión intestinal aguda ó crónica de causa parietal (estrecheces, invaginaciones, vólvulos, gangrena trom-

(1) Duplay (*Congr. fr. de chir.*, 1895, y *Thèse Mayoux*, Paris, 1896).

(2) Trzebicki (*Lang. Arch.*, XVIII, pág. 54).

(3) Sachs (*D. Z. f. Chir.*, pág. 93, 1891); Barette (*Thèse Paris*, 1883; Lindner (*Berl. Kl. W.*, página 277; uno ó dos casos americanos citados por Jacobson; Caird (*Edimb. J.*, pág. 312, 1895; Guinard (*C. franç. de chir.*, pág. 460, 1895).

bósica, neoplasias); 4.º en la tuberculosis intestinal, acompañada ó no de fístulas (Durante, Frank, Kocher, etc.); 5.º en las grandes ulceraciones de la fiebre tifoidea seguidas de peritonitis por perforación; 6.º en la cura radical del ano contra-natura y de las fístulas estercorales según el método de Schede y de Dittel; 7.º en las neoplasias todavía limitadas y movibles del intestino, no acompañadas de infarto ganglionar; 8.º finalmente, en ciertos tumores abdominales fuertemente adherentes al intestino y que no se pueden quitar sin resecarlo; y en ciertas hernias adherentes irreductibles (Julliard).

Aparato instrumental:

El de la entero-síntesis;

Además, para la resección del intestino y del mesenterio, largas y fuertes tijeras rectas.

Dos casos se presentan: á veces se pueden reunir las dos porciones del intestino, sin poner en peligro evidente la vida del operado por el hecho mismo de las maniobras operatorias; otras veces es necesario ir aprisa, ó detenerse después de la resección estableciendo un ano contra-natura. El uso de los medios anastomóticos especiales ha hecho y hace esta última necesidad mucho más rara que antes.

A. ENTERECTOMÍA CON REFECCIÓN INMEDIATA DEL TUBO DIGESTIVO. — *Procedimiento general:*

1.º tiempo: *Atracción y aislamiento del asa que se ha de resecar; en caso necesario, evacuación de su porción superior.* — Después de haber hecho la laparotomía ó bien abierto el saco herniario y desbridado su cuello *de fuera á dentro*, despréndanse las adherencias del asa, evitando la efusión de las materias en la cavidad peritoneal, atráigasela fuera de la herida abdominal, exprímase y comprímase con los clamps sus dos extremos, á distancia suficiente de los puntos de la resección proyectada (fig. 748), protéjase la cavidad abdominal con compresas ó torundas de gasa y aislase el asa por una y otra parte, así como su mesenterio, sobre otras compresas de gasa.

Si la porción superior del asa se halla distendida por gases y materias, — antes de exprimirla y de colocar los clamps, — evacúese por medio de una pequeña incisión longitudinal, tomando para ello, como es natural, las precauciones necesarias para no contaminar el campo operatorio; luego ciérrase la incisión como se hace en la talla intestinal.

2.º tiempo: *Resección del intestino solo y desinserción del mesenterio.* — Si el mesenterio está sano hasta su borde intestinal ó poco menos, secciónesele horizontalmente sobre este borde con las tijeras y en la extensión necesaria y hágase *aisladamente* la hemostasia de todos los vasos que fluyan, con pinzas de forcipresión y luego con ligaduras de seda. Después córtese decididamente, en un sentido perpendicular ó ligeramente oblicuo de fuera á dentro, también con las tijeras, los extremos del asa, *exactamente al nivel de las inserciones mesentéricas*; una sección más acá expondría á la gangrena de la futura línea de reunión y á la peritonitis por perforación. Hemostasia de las secciones intestinales. Hágase la limpieza antiséptica interior y exterior de los muñones intestinales y cámbiense las compresas de aislamiento.

O bien, *resección entero-mesentérica*. Si el mesenterio está manifiestamente afectado al mismo tiempo que el intestino ó susceptible de estarlo de manera inobjetiva (gangrena trombósica, infiltración séptica, cáncer), secciónense el intestino y el mesenterio en una pieza, en forma de \wedge invertida, manteniéndose á larga distancia de la lesión y tomando la punta de la \wedge tan lejos como sea

necesario hacia la inserción raquídea del mesenterio. Hemostasia aislada de los vasos que la requieran, ya en las secciones mesentéricas, ya en las secciones intestinales. Limpieza.

3.^{er} tiempo: *Reunión de las porciones intestinales*. No presenta aquí nada de particular (véase *Entero-síntesis*). Se practica preferentemente con la sutura, ya que es todavía el medio más sencillo y más seguro, según la mayoría de los cirujanos; pero si el estado general del enfermo no permite entretenerse ni aun en los procedimientos de sutura más expeditivos, se recurre á los botones anatómicos ó á la bobina de Robson. Terminada la sutura intestinal se quitan los clamps.

4.^o tiempo: *Sutura del mesenterio*. Si el mesenterio ha sido simplemente

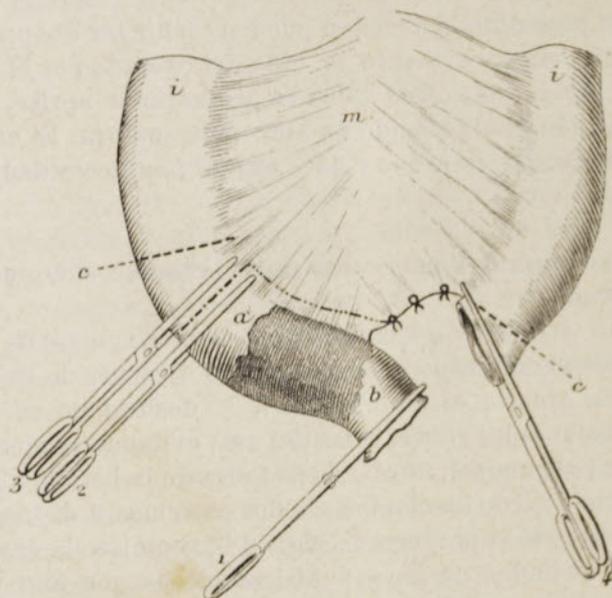


FIG. 748. — Enterectomía (Kocher)

ab, segmento intestinal enfermo que se ha de quitar: 1, 2, pinzas-clamps en los extremos de este segmento: 3, 4, pinzas-clamps sobre las porciones del intestino más allá de la línea de separación, indicada por un punteado á la izquierda, ya efectuada á la derecha: *m*, mesenterio: *c* y *e*, líneas que indican la dirección de aplicación de los clamps externos. La línea punteada transversal que corresponde á la inserción mesentérica del segmento que se ha de quitar es la de la desinserción mesentérica, y las tres ligaduras representadas á la derecha de la línea son ligaduras aisladas de los vasos mesentéricos.

desprendido en su inserción intestinal, dóblesele sobre sí mismo y fijesele por una parte al borde correspondiente del intestino mediante una sutura á punto por encima de seda, á fin de evitar todo hiatus entre el intestino y él, y suturesele también por otra parte al mesenterio vecino mediante algunos puntos.

Si ha sido excindido en forma de cuña, reúnanse sus labios entre sí por medio de una sutura entrecortada ó continua y consolidense cuidadosamente con algunos puntos, el intestino y la parte que está contigua.

5.^o tiempo: *Reducción completa ó incompleta del asa y cierre del abdomen*. Después de una nueva limpieza, quítense las compresas de aislamiento, redúzcase el asa en la cavidad peritoneal y abandónesela, si se está perfectamente seguro de su reunión y si se ha hecho la operación en condiciones de asepsia suficiente. Ciérrase completamente la herida abdominal.

En los casos contrarios, pásense una ó dos asas de seda provisionales sobre el borde libre del asa, redúzcasela detrás de la pared abdominal de modo que la línea de reunión corresponda al borde inferior de la herida, flanquéese la, á derecha é izquierda de esta línea, con dos mechas de gasa yodofórmica que lle-

guen, por una parte, á la cavidad peritoneal y salgan, por otra parte, con los cabos de las asas, por el ángulo inferior de la herida; por fin, reúnanse la parte superior de esta última. Se quitan mechas y asas á los cinco ó seis días.

Hemos supuesto, hasta ahora, que las porciones de intestino que se habían de reunir tenían ambas el mismo calibre. Cuando su calibre es diferente, si se tiene empeño en reunir las por sus extremos, es necesario primero excindir muy oblicuamente la porción más estrecha, siguiendo con ello el ejemplo de Wehr, ó hendirla suficientemente y excindir los ángulos de la hendidura, ó practicar la excisión cuneiforme de la porción más ancha, como aconseja Rydygier, pero se puede sortear más rápidamente la dificultad haciendo la implantación de la porción estrecha ó su anastomosis lateral con la otra porción, sobre todo si se emplea el botón de Murphy.

B. ENTERECTOMÍA CON ESTABLECIMIENTO DE UN ANO CONTRA-NATURA. — Procedimiento general.—Hecha la resección del intestino después de la simple desinserción ó con excisión cuneiforme del mesenterio, superpónganse, adosándolas, las dos porciones del intestino, reúnanse sus caras contiguas en toda la semicircunferencia correspondiente, primero por una sutura á punto por encima sero-serosa que comprenda también la túnica muscular de una y otra rama del intestino, y luego por otra sutura análoga muco-mucosa.

Sutúrese también el mesenterio en la misma forma que en la operación precedente.

Reemplácense los clamps por torundas de gasa yodofórmica con fiador, que se introducen en las dos porciones. Redúzcanse estas últimas en el abdomen hasta que sus extremos queden al nivel de la herida abdominal; sutúrese su contorno sero-muscular con el peritoneo parietal del ángulo inferior ó superior de la herida, luego su contorno mucoso con la piel y reúnanse el resto de la herida como de ordinario; finalmente, retirense las torundas de gasa. Cura seca absorbente.

Según Sachs, (1) que ha reunido 144 casos de enterectomía de 1882 á 1888, la mortalidad general, en bruto, es de 37,5 por 100.

CECECTOMÍA

La cecectomía (2) es la extirpación total del ciego.

Las indicaciones más comunes son el cáncer y la tuberculosis; se recurre á ella otras veces por invaginaciones crónicas de otro modo irremediables, por anos contra-natura y fístulas estercorales, por hernias del ciego irreductibles, y también por la actinomicosis.

Llevada á cabo por vez primera por Kraussold en 1879, ha sido practicada después gran número de veces, tanto que Baillet ha podido ya reunir 80 casos hace algunos años.

En general, no existe diferencia alguna entre el modo de quitar el ciego y el que se usa para la supresión de una parte del intestino delgado: iguales precauciones para evitar el escape de las materias fecales en la cavidad peritoneal, iguales reglas é iguales modos de síntesis intestinal. La cecectomía, no obstante, presenta ciertas particularidades técnicas debidas al sitio del órgano que se ha de cortar, á sus conexiones, á la brevedad de su trayecto, á la desigualdad

(1) Sachs. *D. Zeits. f. Chir.*, XXXII, pág. 93, 1891.

(2) Consúltese: Gros (de Nancy), en *Sem. méd.*, 11 junio de 1892; Baillet (*Thèse Paris*, 1894); Körte (*Congrès all. de chir.*, 1835); Vautrin (*Congr. fr. de chir.*, 1897).

de calibre del intestino delgado y del colon. Es verdad que, en estado patológico, esta desigualdad puede borrarse y hasta ser inversa; pero no resulta de ello ninguna otra dificultad práctica.

Procedimiento del autor.—1.^{er} tiempo: *laparotomía*. — Estando el enfermo en decúbito supino, después de haberse colocado el cirujano á su derecha, hágase en el mismo lado una incisión cutánea de 8 á 9 centímetros, paralela á la línea alba y que empiece á 2 centímetros por arriba y á 5 centímetros por fuera del ombligo. Divídanse todos los demás planos sucesivamente y en la misma extensión, hasta que la cavidad peritoneal quede ampliamente abierta; hemostasia simultánea.

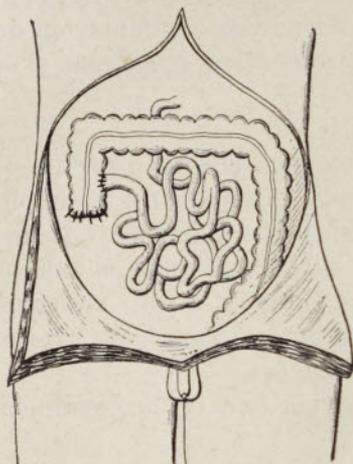


FIG. 749. — Extirpación del ciego
Anastomosis por implantación de la porción
de íleon en el colon ascendente

2.^o tiempo: *liberación y atracción del ciego*. — Reconózcase la última porción del intestino delgado, el origen del colon ascendente así como el ciego, despréndase éste de todas sus adherencias por diéresis obtusa ó con las tijeras, y luego despréndase la parte adyacente del colon y del íleon cortando su meso; naturalmente, la desinserción puede extenderse más ó menos por un lado ó por otro, ó por ambos lados, según la extensión de las lesiones. Atráigase al exterior el asa íleo-cólica así libertada.

3.^{er} tiempo: *Excisión del asa*. — Exprímase el asa hacia el intestino menor y hacia el colon, si no se trata de una afección ya fistulizada; hágase la doble coprostasia como de ordinario, luego seccionense con las tijeras los dos extremos del asa. Hemostasia y limpieza.

4.^o tiempo: *Reunión de las porciones intestinales*, ya extremo con extremo, ya lado con lado, ya todavía mejor por implantación con la sutura (figura 749) ó más brevemente con el botón de Murphy.

5.^o tiempo: *Cierre del abdomen*.

COLECTOMÍA

(Operación de Reybard)

Con el nombre de *colectomía* se debe comprender la resección parcial ó total de uno ó de varios de los cuatro segmentos del colon: *colon ascendente*, *colon transverso*, *colon descendente* y *colon ó S iliaca*.

Reybard (1) (de Lyon) es quien ha practicado la primera colectomía, en 1833, después de haberla experimentado varias veces en el perro: resecó el colon iliaco afecto de cáncer, reunió la porción central con la porción periférica y redujo completamente las partes suturadas; su operado obtuvo una supervivencia de diez meses; las deposiciones se efectuaban por el ano. Sería, pues, justo denominar á la colectomía *operación de Reybard*. Esta operación no ha sido repetida hasta mucho tiempo después, en 1877, por Gussenbauer; y aún en 1889 la lista de sus aplicaciones no era muy larga, si nos referimos á una estadística de Frank Kendals (2). Nuestro colega inglés presenta un cuadro de

(1) Reybard (*Bull. acad. méd.*, 1814).

(2) Frank Kendals (*Méd. chir. trans.*, vol. LXXII, 1889). Véase también Demons: *Sur le traitement radical du cancer du colon* (*Soc. chir.*, pág. 649, 1894); Paul (*Brit. J.*, 1, pág. 1136, 1895).

51 colectomías, entre ellas 2 personales, comprendiendo un cierto número de cecectomías, con una mortalidad general de 40,8 por 100.

Las indicaciones de la colectomía son las mismas que las de la enterectomía.

Desde el punto de vista técnico, la colectomía *ideal*, es decir, completada por el cierre inmediato del abdomen, no requiere ya una descripción particular después de cuantos detalles acabamos de dar con respecto á la enterectomía y la cecectomía. Sin embargo, hay dos particularidades que merecen ser notadas; se refieren: al sitio de la incisión abdominal, que es variable, y al tratamiento del meso del colon transverso. Si se compulsan las observaciones clínicas que han servido de base á la estadística de Frank Kendals, se ve que lo más á menudo la incisión abdominal ha sido hecha *en la línea alba*, por arriba ó por abajo del ombligo, para un segmento cualquiera del colon; pero nos ha parecido que la resección y la sutura son más fáciles cuando se hace la incisión según la situación respectiva de cada segmento. Proponemos, pues, *como incisiones de elección*: 1.º para el colon ascendente una incisión vertical de 10 á 12 centímetros que empiece en el extremo anterior de la 9.ª costilla derecha; 2.º para el colon transverso una incisión de 8 á 10 centímetros en la línea alba, por encima del ombligo; 3.º para el colon descendente una incisión de 10 á 12 centímetros, que empiece en el extremo anterior de la 9.ª costilla izquierda; 4.º para el colon iliaco una incisión de 8 á 9 centímetros paralela al arco crural correspondiente y trazada á dos traveses de dedo por arriba de él. Si se cree necesaria una exploración previa para fijar el diagnóstico, no hay más que seguir el consejo de Gr. Smith: se hace una pequeña abertura abajo del ombligo, en la línea media, y se exploran los intestinos con el índice sólo ó con el índice y el medio.

Los colon ascendente, descendente é iliaco, no tienen más que un meso, que se trata como el mesenterio desprendido en la enterectomía, como el mesociego en la cecectomía. Pero el colon transverso no solamente tiene un meso análogo á los precedentes, sino que además está cubierto por delante por la hoja anterior del omento mayor, y da por otra parte inserción á su hoja posterior. Para desprenderlo es, pues, necesario dividir entre ligaduras el omento mayor, antes de tratar de igual manera el meso-colon transverso.

En cuanto á los trozos cólicos que resultan de la misma resección intestinal, se les aboca directamente ó lateralmente, si la aproximación es posible; en el caso contrario, se establece un ano contra-natura ó se anastomosa un asa del ileon con la porción cólica periférica, invaginando en sí misma la porción central y cerrándola mediante la sutura sero-serosa.

Cuando el abocamiento directo ó lateral de las porciones cólicas es practicable, conviene, á nuestro entender, preferirlo al establecimiento de un ano contra-natura, á menos que el enfermo esté ya muy débil, muy deprimido é incapaz de soportar una prolongación de las maniobras operatorias; se evita así un achaque penoso y la necesidad eventual de otra intervención que tendría por objeto curar este achaque. Tal es también la opinión de Frank Kendals, quien hace observar que la mortalidad de la colectomía con sutura inmediata de los trozos (42,3 por 100) apenas es más elevada que la de la colectomía con ano contra-natura (42,1 por 100).

PERITIFLITIS

La peritiflitis depende ordinariamente de una inflamación flegmónosa del apéndice, acompañada ó no de cuerpos extraños, á veces de una inflamación del mismo ciego. Cura por sí misma ó con sólo el tratamiento médico, nos dice

Trèves (1), en la gran mayoría de los casos; su tendencia á las recidivas es de 30 por 100; su mortalidad general es de 11 por 100, y casi siempre es la peritonitis séptica la causa de la muerte de los enfermos. Se pueden aceptar estos datos como perfectamente exactos y fundar en ellos la línea de conducta general. El cirujano se abstiene ó el médico no reclama su concurso en tanto que no hay signos de supuración (problema de diagnóstico, seguramente delicado), porque la supuración no es fatal, y aún según parece sólo tiene lugar en la minoría de los casos (Trèves); pero desde el momento en que la presencia del pus puede ser reconocida ó sospechada con fundamento, de ordinario el tercero



FIG. 750. — Peritífritis
ab, línea de incisión del absceso
típico

ó cuarto día, hay que intervenir é incidir el abdomen, sin esperar la fluctuación, la macicez, el edema y la rubicundez de la piel, como hace observar muy bien Ch. Monod (2). Este es el único medio de curar rápidamente á los enfermos, de prevenir la difusión del absceso á distancia y de evitar la peritonitis por perforación.

Pero no todo el problema terapéutico queda así resuelto. Es necesario también suprimir la causa de la enfermedad y de sus recaídas ó recidivas frecuentes, es decir, el apéndice, «apendicitis con repetición». Varios cirujanos extranjeros (Mac Burney, Murphy, Senn, etc.) han preconizado, no solamente la incisión, sino la *apendicectomía* desde el principio del primer ataque de peritífritis; pero su consejo, aunque dictado por excelentes razones, no ha prevalecido en la práctica general. Se prefiere quitar el apéndice «en frío», «cinco ó seis semanas, por ejemplo, á partir del momento en que el enfermo ha sido declarado curado de la última crisis.» (Roux) (3).

Es necesario, en fin, tratar la peritonitis, séptica ó purulenta, debida á la perforación precoz ó tardía del absceso, aunque las probabilidades de éxito no sean grandes.

Tenemos, pues, que describir: la *incisión simple del absceso* y la *apendicectomía «frío»*; daremos también algunas indicaciones sobre la *laparotomía aplicada á la peritonitis difusa*.

1.º *Incisión simple del absceso*.—Sea el absceso típico desarrollado alrededor y debajo del ciego, *absceso iliaco propiamente dicho*.

Procedimiento. — Tomadas todas las precauciones asépticas, dormido el enfermo y echado sobre el dorso, con buen alumbrado, divídase la piel por medio de una incisión de 8 centímetros próximamente, casi paralela al ligamento de Poupart, y cuyo punto medio corresponda á 4 centímetros por dentro de la espina iliaca ántero-superior (fig. 750). Divídanse luego las aponeurosis y músculos y por fin el peritoneo. El pus sale generalmente en seguida; si no, desgárense con el dedo las falsas membranas que hacen adherir la pared abdominal con las partes subyacentes, y dirijase, rozando el peritoneo de la fosa iliaca, hasta detrás y alrededor del ciego y allí se acaba por encontrar la colección purulenta. Todas estas maniobras deben ser efectuadas con mucha suavidad y

(1) Trèves, *System of Surgery*, II, 624, 1896.

(2) Ch. Monod (*Congr. fr. chir.*, 1894. Véase también Legueu, *l'Appendicite*, París, 1897.

(3) Roux (*Congr. fr. de chir.*, pág. 250, 1895, y *Congrès intern. de Moscou, Sem. med.*, pág. 326, 1897).

prudencia para no hundir la zona plástica protectora que se ha formado alrededor del foco infectado y no inocular, de este modo, el resto de la cavidad peritoneal. Por la misma razón, conforme recomiendan igualmente Trèves, Roux y Monod, no hay que empeñarse en buscar el apéndice; si se presenta, cualquiera que sea su estado, «cójase» ó suprímase excindiéndolo por abajo de una ligadura de seda colocada en su base y tóquese la sección con el termocauterio ó con alcohol fenicado al 1/10 ó con cloruro de zinc al 1/10.

Una vez evacuada la colección y hecha la limpieza interior y exterior por medio del lavado y las torundas de gasa, instálese en la cavidad del absceso una ó dos mechas de gasa una de cuyas extremidades llega á tocar el ciego y la otra sale por el ángulo inferior de la herida; luego sutúrese ésta mediante triple sutura: plano profundo con catgut, plano cutáneo con crin.

Otras veces, según el sitio del absceso, se hace la incisión por arriba de la cresta iliaca, abajo de las falsas costillas, por el lado de la vagina, etc.

La curación es completa en quince días ó tres semanas y á menudo es definitiva, aun sin resección del apéndice.

Grinda (de Niza) (1) recomienda especialmente para el absceso retro-cecal una incisión que siga el borde externo de la masa sacro-lumbar y se incurva en su parte inferior para prolongarse paralelamente y por encima de la cresta iliaca hasta 3 centímetros de la espina iliaca ántero-superior. En todo caso, esta incisión expodría menos que la incisión clásica á la infección del peritoneo y evitaría la disección difícil y peligrosa de las asas del intestino delgado, á menudo interpuestas entre el ciego y la pared abdominal anterior. Nosotros hemos empleado á veces una incisión análoga, pero sólo en casos de absceso retro-cecal.

2.^o *Apendicectomía «fria»*. — 1.^{er} tiempo: *Incisión de la pared abdominal*. — Hágase la misma incisión que ha sido indicada para el absceso iliaco.

2.^o tiempo: *Busca y liberación del apéndice*. — Este tiempo es más ó menos fácil según el sitio que ocupa el apéndice, según que esté libre ó rodeado de adherencias recientes ó antiguas, ó que adhiera á órganos vecinos importantes: intestino delgado, ciego, vejiga, uréter, iliaca interna, etc. En este último caso, seccionesele lo más lejos posible de su base, después de haber colocado una ligadura por arriba de la sección y redúzcase al minimum por excisiones sucesivas el trozo que ha sido desprendido. Líbresele de sus adherencias con precaución, ya por diéresis obtusa, ya con las tijeras. Se dice que alguna vez no es posible encontrarlo. Luego divídase su meso entre ligaduras desde su extremidad libre hasta el ciego.

3.^{er} tiempo: *Excisión del apéndice; tratamiento de su muñón*. — Una vez aislado el apéndice por todos lados, colóquese una ligadura en su base á medio centímetro próximamente del ciego, excíndasele por debajo y cauterícese la mucosa del muñón como se ha dicho más arriba á propósito de la *incisión del absceso*.

Tal es el modo general, muy sencillo, de tratar el muñón. Pero es indudable que la mucosa restante puede ser un nuevo origen de infección y por consiguiente de recidiva. De ahí las modificaciones operatorias siguientes: Trèves (2) disecciona en el apéndice un manguito seroso, lo levanta, corta el apéndice en la base del manguito, sutura la sección músculo-mucosa y luego deja caer por encima el manguito y lo cose según el modo de Lembert.

R. Dawbarn practica una sutura en forma de bolsa en las capas superficia-

(1) Grinda (*Congrès intern. de Moscou, Sem. méd.*, pág. 325, 1897); véase también Duret: *Sur le traitement chirurgical des abcès retro-cæcaux dans les appendicites* (*Congr. fr. de Chir.*, 1897).

(2) Trèves (*Brit. J.*, I, 836, 1893).

- 3.º Causas intrínsecas: {
 Cálculos biliares.
 Cálculos intestinales y tumores estercorales.
 Paquetes de lombrices ó de tenias.
 Cuerpos extraños exógenos de todas clases.
 Pólipos adenomatosos ó de otra especie.

Después de estas causas de oclusión material debemos recordar una categoría de oclusiones *puramente nerviosas*, que Trèves (1) ha indicado hace poco, y que se encuentran á veces en neurasténicos, histéricos, hipocondríacos, dementes, con un cuadro sindrómico completo. Así le ha sucedido dos veces á este eminente cirujano abrir el abdomen en estas condiciones sin encontrar nada anormal; ¿es necesario añadir que sus dos operados han curado perfectamente?

INDICACIONES GENERALES Y MODOS DEL TRATAMIENTO. — Cuando el diagnóstico de oclusión intestinal es probable ó puede ser formulado, se ensaya generalmente primero, y con razón, el tratamiento médico, pues Fürbringer y Schede han podido comprobar que un 30 por 100 de enfermos curan de este modo, y que, por otra parte, según los estados clínicos de Trèves en London hospital, el mayor número de oclusiones son debidas á la acumulación de materias fecales. Unos recurren desde luego á los purgantes y á los enemas ordinarios, después, si lo juzgan conveniente, á los grandes enemas, á las insuflaciones rectales de aire ó de gases, á las corrientes continuas ó á la faradización; otros, y son numerosos, condenan formalmente los purgantes, sobre todo los drásticos, y prescriben el opio á pequeñas dosis continuas. Cada uno de estos métodos ó de sus variadas combinaciones cuenta éxitos y fracasos.

Pero, en todo caso, cualesquiera que sean las ideas y costumbres personales,—nunca se repetirá bastante á menudo y bastante alto,—*se trata de no perder el tiempo en el empleo de los medios médicos*. Si estos medios no han producido todavía efecto alguno satisfactorio hacia el tercer día y si el estado general del enfermo es todavía bueno, el médico debe pedir al cirujano el *tratamiento causal*, el que tiene más probabilidades de curar al enfermo y de proporcionarle al mismo tiempo la curación completa y definitiva: *la laparotomía*. Porque los resultados de la laparotomía son tanto más favorables, conforme ha demostrado Farquhar Curtis (2), cuanto más pronto se practica.

Después del expresado plazo,—si ya no es demasiado tarde,—cuando el enfermo ha perdido sus fuerzas y es incapaz de resistir una operación ordinariamente larga y laboriosa como la laparotomía,—no queda otro recurso que la *enteroproccia iliaca de Nélaton*. Esta operación tiene, sin embargo, todavía su valor: si deja casi siempre subsistir la causa de la oclusión, remediando la retención aguda de las materias, permite ganar tiempo hasta que el enfermo se encuentra en estado, si ha lugar á ello, de soportar intervenciones radicales.

Ya hemos dicho en otra parte (pág. 627) cómo se practica el ano de Nélaton. Vamos á describir ahora la técnica general de la laparotomía aplicada al tratamiento de la oclusión espontánea.

LAPAROTOMÍA.—El primer deber del cirujano es tener á mano todo lo que le indican las nociones etiológicas y puede permitirle hacer aprisa la operación y prevenir ó reducir *al minimum* el *shock* operatorio.

(1) Trèves, *System of Surgery*, II, 1896.

(2) F. Curtis. (*Ann. of Surgery*, pág. 329, 1888).

Aparato instrumental y accesorios:

- Dos bisturís rectos, puntiagudo y obtuso, y un herniotomo de Cooper;
- Una sonda acanalada;
- Tijeras rectas, largas y ordinarias, y tijeras curvas obtusas;
- Veinte pinzas hemostáticas;
- Dos pinzas de Museux ó pinza de cuadro;
- Dos anchos separadores de las paredes del abdomen;
- Un despegador;
- Compresores intestinales;
- Un largo trócar curvo;
- Dos agujas de Deschamps, derecha é izquierda;
- Un lavador peritoneal de Auvard;
- Pinzas para cuerpos extraños;
- Una pinza de disección y dos pinzas dentadas;
- Botones de Murphy, de Chaput, ó bobinas de Robson;
- Agujas rectas, finas y redondas, y agujas de Hagedorn con un pequeño porta-agujas de Pozzi;
- Agujas de Moij;
- Seda, crin de Florencia, catgut;
- Cubetas esterilizadas;
- Anchas compresas de gasa para el abdomen;
- Compresas grandes y pequeñas para el intestino;
- Jeringa de Pravaz;
- Sonda de hombre ó de mujer, etc.

Agua caliente hervida ó esterilizada al autoclave, á discreción.

Cuidados preliminares.—Antes de proceder á la operación no hay que dejar nunca de *examinar el recto* y de asegurarse de que los fenómenos de oclusión observados no son dependientes de una afección de este órgano.

Se lava y vacía el estómago, si las circunstancias no apremian. Se evacúa el recto y la vejiga y luego se procede á una buena limpieza del abdomen, de los vacíos y de los muslos, siguiendo las reglas ordinarias. Se puede, según nuestra experiencia, dar indiferentemente el éter ó el cloroformo; preferimos, sin embargo, el éter, á causa de su acción estimulante, cuando no existe contraindicación pulmonar.

La temperatura ambiente debe ser por lo menos de 20 grados centígrados. Es necesario envolver los miembros y la parte alta del pecho de modo que el enfermo se enfríe lo menos posible. En fin, como mesa de operación, una mesa cualquiera puede servir, con tal que sea sólida, bastante larga, bastante estrecha, de altura adecuada y que esté cubierta de sábanas ó de ropas esterilizadas.

La operación debe hacerse con preferencia de día y con buena luz.

Procedimiento. 1.^{er} tiempo: *Abertura del abdomen.* Estando el enfermo echado sobre la espalda, horizontalmente, —después de haberse colocado el cirujano á su derecha (otros prefieren colocarse entre las piernas), mientras un ayudante especial se coloca á la izquierda,—se incinde el abdomen en la línea media, *ya por abajo del ombligo*, si el meteorismo indica una oclusión del intestino grueso y del ileon, *ya por abajo y por arriba del ombligo*, si no hay meteorismo bien marcado y los demás síntomas indican una oclusión del yeyuno. En todo caso, la abertura debe ser siempre bastante grande para que el cirujano pueda introducir *fácilmente toda la mano* en la cavidad peritoneal.

Si en el momento de la incisión del peritoneo se escapa un líquido sero-

sanguinolento, se está seguro, según Gangolphe (1), de que se trata de una oclusión por brida ó por invaginación.

2.º tiempo: *Exploración de la cavidad peritoneal y del tubo digestivo*. — En cuanto queda abierto el peritoneo, se insinúa rápidamente la mano en la herida, mientras el ayudante de la izquierda continúa impidiendo con sus dos manos la salida de los intestinos y mantiene los labios de la herida lo más exactamente posible adaptados á la mano del cirujano; *dirigese ésta hacia el ciego*, y comprueba si es asiento de una invaginación (la invaginación ileo-cecal es la más común) ó, en todo caso, de un tumor, —ó bien si está distendido por gases ó está aplastado. En los primeros casos, se ha descubierto ya toda la lesión y no hay más que pasar al otro tiempo del acto operatorio, la *separación del obstáculo*. En el segundo caso, la oclusión reside hacia abajo del ciego; hay que ir más lejos, á lo largo del colon, hasta la excavación pélvica, á la parte superior del recto. En el tercer caso, la oclusión reside más arriba del ciego; hay que remontar metódicamente toda la serie de las asas delgadas aplastadas hasta tropezar con un tumor ó una distensión. Estos son los casos de exploración fácil, aquellos en que el meteorismo es limitado ó todavía poco marcado, aquellos en que la intervención es verdaderamente precoz.

Pero, en otras circunstancias, la exploración es singularmente dificultada y hasta puede resultar imposible por la distensión de la masa intestinal. En tal caso hay que tomar rápidamente un partido: la *evacuación* ó la *evisceración*.

Evacuación. Procedimiento de Madelung (2). — «Se deja salir un asa de intestino, se la sujeta, se la incinde ampliamente, se la deja abierta un cuarto de hora, se acelera la evacuación de las heces con una sonda de Nélaton, luego se cierra la incisión intestinal por medio de suturas y se aplican dos ligaduras provisionales para que las materias fecales no se pongan en contacto con las suturas. Esta asa de intestino queda sujeta al exterior. Agrándese entonces la incisión de la pared abdominal y váyase en busca del sitio de la oclusión. Si no se le encuentra, se desune la herida del asa mantenida al exterior y se quitan las ligaduras provisionales para transformar la herida en ano contranatural.»

En lugar de cortar el intestino, se puede, siguiendo el ejemplo de Trèves y de Le Dentu (3), producir su evacuación por medio de un grueso trócar y cerrar la picadura con algunos puntos de Lembert. Se obrará asimismo por punción ó por incisión, si es un asa enorme, como la de un vólvulus del asa omega, la que se presenta en la herida abdominal y ocupa una parte más ó menos considerable del abdomen.

Evisceración. Procedimiento de Kümmell (4). — «Después de haber abierto el abdomen desde el pubis hasta el apéndice xifoides, se deja salir el intestino y, si es necesario, se sacan fuera sus demás partes; se le recoge en una ancha compresa húmeda y caliente, luego se le examina metódicamente en toda su longitud hasta que se haya encontrado el obstáculo que se opone al curso de las materias.

Madelung y Kümmell emplean sistemáticamente sus procedimientos en todas las laparotomías; Lewis Pilcher es también partidario de la evisceración primitiva. Creemos que vale más hacer primero solamente una abertura mediana del abdomen é intentar la exploración manual por esta abertura, sin

(1) Gangolphe (*Congr. fr. de chir.*, Lyon, 1894).

(2) Madelung (*Congr. all. de chir.*, 1887; *Sem. méd.*, pág. 154).

(3) Le Dentu (*Acad. méd.*, 1890).

(4) Kümmell (*D. med. W.*, n.º 12, 1888).

perjuicio de recurrir, sin aplazamientos, á la evacuación ó á la evisceración, ó á las dos, si esta exploración se presenta demasiado difícil, imposible ó infructuosa. La evisceración ofrece la gran ventaja de *ver* el sitio de obstáculos que han podido pasar inadvertidos al tacto.

3.^{er} tiempo: *Separación de los obstáculos y tratamiento del intestino.* — Cuatro categorías de casos se presentan, como en la estrangulación herniaria externa: 1.^o *el intestino es viable*; 2.^o *está gangrenado*; 3.^o *es de vitalidad dudosa*; 4.^o *la oclusión es irreductible.*

A. Si *el intestino es viable*, basta quitar el obstáculo que se opone á la circulación de las materias. Si se trata de una brida inflamatoria, se la secciona directamente ó entre ligaduras; si se encuentra un divertículo de Meckel ó un apéndice vermiforme, se los excinde, tratando su muñón por la inversión ó la ligadura y la cauterización. Si el intestino está comprimido en un anillo natural ó accidental, se desbrida este anillo con el bisturí de botón recto ó el de Cooper. Si está encadenado ó acodado por adherencias, se desprenden éstas por diéresis obtusa ó con las tijeras. Si está comprimido por un tumor vecino, se extirpa éste, ó, si es inextirpable, se establece un ano contranatural ó una entero-anastomosis. Esto por lo que se refiere á las oclusiones intestinales de causa extrínseca.

Si se trata de una invaginación y es bastante reciente, se intenta separar uno de otro el cilindro exterior del cilindro envainado mediante tracciones bipolares, mientras se despegan con el índice ó una espátula roma las superficies serosas que se han invertido. Antes de la tentativa de reducción, Lewis Pilcher (1) recomienda una maniobra excelente que recuerda la del parafimosis: es comprimir con fuerza y gradualmente entre las manos el tumor formado por la invaginación, procediendo desde su extremidad libre hacia su collar; esta compresión disminuye considerablemente el edema, facilitando así la reducción. Cuando ésta se ha obtenido, el mismo cirujano aconseja hacer pasar las materias de la porción superior á la porción inferior para prevenir la persistencia de los fenómenos de oclusión por parálisis del segmento sometido á las manipulaciones.

Si se trata de un vólvulo, se destuercen las extremidades del asa y se trata de prevenir la recidiva, ya acortando el meso por un pliegue transversal que se sujeta por medio de algunos puntos, ya cosiendo el asa á la pared abdominal.

Para los nudos intestinales no se puede dar previamente regla alguna.

En fin, cuando la oclusión es consecutiva á una estrechez fibrosa ó congénita, se la trata por la enteroplastia «á la Heinecke-Mickulicz» ó por la resección. Asimismo se recurre á la resección si la estrechez es de naturaleza cancerosa y aun bastante limitada; si se ha propagado, si es inextirpable, se establece un ano contranatural ó una entero-anastomosis.

Esto en cuanto á las oclusiones de causa parietal.

Queda el último grupo de oclusiones; son más bien obstrucciones; una misma operación conviene á todas: la *talla intestinal* (enterotomía, cecotomía, colotomía)

B. *Cuando el intestino está gangrenado*, á veces puede bastar la excisión parietal parcial ó la simple inversión bajo algunos puntos de Lembert; pero lo más á menudo es necesaria la resección total en una extensión más ó menos grande, y entonces se reunen los dos trozos intestinales abandonándolos en el abdomen ó bien se les lleva al exterior para establecer un ano contranatural.

(1) Lewis Pilcher (*Dennis's Syst. of Surgery*, IV, 1896).

C. Cuando no se está seguro de la vitalidad del intestino, — después de la desinvaginación, por ejemplo, — se hace igualmente la resección total seguida de reunión y de abandono del asa suturada dentro del abdomen, si no se le puede llevar al exterior; en el caso contrario, se le fija primero al exterior y se abre simplemente un asa; más tarde se procede según que el intestino recobre vida ó que sea invadido por la gangrena.

D. Finalmente, cuando la parte afectada de oclusión es absolutamente irreductible (invaginación, vólvulos, nudos), no hay otro remedio que hacer la resección total.

4.º tiempo: *Limpieza del intestino y de la cavidad peritoneal; reducción del intestino.* — Cuando las diversas maniobras que tienen por objeto el tratamiento directo de la lesión han terminado, se lavan y enjugan suavemente los intestinos, se hace otro tanto con el peritoneo, siempre con agua caliente y con compresas húmedas y calientes. Luego se intenta reducir en el abdomen la masa intestinal. Si las paredes del abdomen han sido distendidas por embarazos ó enfermedades anteriores, si el intestino está aplanado, se consigue con bastante facilidad, sobre todo teniendo cuidado de elevar los dos labios de la herida abdominal con fuertes pinzas erinas, «como para insacular» el intestino. Si éste se halla hinchado por gases, si las paredes abdominales están rígidas y casi retraídas, evítase toda violencia, so pena de producir á cada instante grietas y rupturas intestinales: lo mejor es también evacuar el intestino por una talla ó por una gruesa punción; luego, siguiendo á Kümmell, de Jalaguier y otros cirujanos, envuélvase la masa intestinal en una gran compresa aséptica, introdúzcase el contorno de esta compresa bajo los labios de la herida abdominal y métase todo en el abdomen hasta que se puedan aproximar suficientemente los bordes de la herida para practicar su sutura.

5.º tiempo: *Cierre del abdomen.* — Es completo ó incompleto, según que se ha podido abandonar el intestino ó que haya sido preciso colocar desagües ó un ano contranatural en la parte inferior de la herida. Si se ha hecho la reducción por el procedimiento de la compresa, como acabamos de indicar, se retira esta compresa antes de ajustar los últimos puntos de sutura profundos. En cuanto á la misma sutura, nada presenta de particular.

Los cuidados consecutivos son en primer término los de toda laparotomía acompañada de una extrema postración de fuerzas: inyecciones subcutáneas de éter ó de cafeína, enemas excitantes, calefacción por todos los medios, etc.

La laparotomía por oclusión intestinal aguda es, en suma, una de las operaciones más graves, á pesar de todos los progresos realizados hasta hoy. No se conoce exactamente su mortalidad general; pero es probable, nos dice Trèves, que no sea inferior al 75 por 100.

HERNIAS ESTRANGULADAS

Las hernias estranguladas más comunes son: la *hernia inguinal*, la *hernia crural* y la *hernia umbilical*. Los únicos medios verdaderamente prácticos que poseemos para hacer cesar la estrangulación y los accidentes que son su consecuencia, consisten en la *taxis* ó reducción por maniobras externas y la *kelotomía* ó reducción por la operación cruenta. Sólo recordaremos de la *taxis* sus límites de aplicación racional: no se la debe emplear después de treinta y seis horas en las hernias pequeñas (volumen de una nuez ó de una castaña), después de setenta y dos horas en las hernias medianas (volumen de un huevo de

gallina próximamente), después del cuarto día en las hernias muy grandes (volumen del puño ó más) á contar desde el principio de los accidentes típicos. Cuando la taxis, á pesar de la anestesia general, ha fracasado, es necesario recurrir sin demora á la kelotomía: ésta se presenta así, en las condiciones más favorables para el éxito.

A. KELOTOMÍA INGUINAL. — Los instrumentos y accesorios necesarios ó útiles para la kelotomía inguinal, lo mismo que para las demás kelotomías, son:

Un bisturí recto puntiagudo y un herniotomo de Cooper (fig. 751);

Doce pinzas hemostáticas;

Dos pinzas de disección, una ordinaria y una con dientes de ratón;

Una sonda acanalada;

Un par de tijeras rectas agudas y un par de tijeras romas curvas;

Dos agujas de Deschamps, derecha é izquierda;

Dos separadores romos;

Botones ó bobinas anastomóticas;

Agujas de sutura intestinal;

Agujas de Moij;

Seda, catgut, crines de Florencia.

Procedimiento. 1.^{er} tiempo:

Incisión de las envolturas anteriores. — Una vez afeitados y desinfectados el campo operatorio y las partes vecinas, adoptadas todas las demás precauciones asépticas y descansando

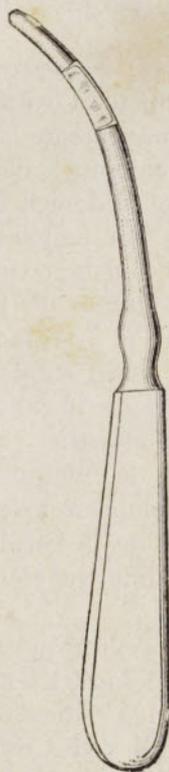


FIG. 751
Herniotomo de
Cooper

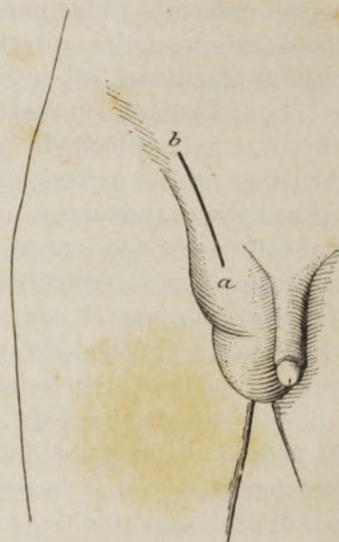


FIG. 752
Kelotomía inguinal
a, b, línea de incisión

el enfermo en decúbito horizontal, después de haberse colocado el cirujano al lado de la hernia, hágase, siguiendo el eje mayor de ésta y en su parte media, una incisión cutánea más ó menos larga, que la rebase notablemente por arriba (fig. 752). Divídase luego una serie de laminillas céluo-fibrosas hasta que se llegue al saco herniario. Hemostasia perfecta simultáneamente para que los tejidos estén bien secos.

2.^o tiempo: *Incisión del saco.* — Reconózcase primero este último por su forma redondeada, por su resistencia ó su fluctuación, por su aspecto fibroso, blanquecino, rosado ó rojizo, por la posibilidad que existe á menudo de plegar su pared entre el índice y el pulgar ó entre los dientes de una pinza y de sentir debajo del mismo los intestinos independientes; levántese ligeramente su pared con una pinza hacia la parte media del saco y ábrasele oblicuamente; se derrama casi siempre, en cantidad variable, una serosidad que es clara, citrina ó sanguinolenta, inodora, en los casos de simple congestión; turbia, pero inodora, en los casos de inflamación plástica; pútrida ó sero-purulenta, de olor nauseabundo, fecaloide, en los casos de gangrena y de perforación; prolónguese la abertura por arriba y por abajo, con las tijeras, en toda la altura de la hernia.

3.^{er} tiempo: *Desbridamiento del anillo constrictor y tratamiento del contenido del saco.* — El anillo constrictor está formado por el *cuello del saco*, á una altura variable del trayecto inguinal, ordinariamente cerca del anillo inguinal interno. Explórese primero el contenido del saco (intestino solo, intestino y omento mayor, etc.), y luego véase cuál es el estado de su circulación sanguínea: *simple congestión* (coloración desde el rojo claro al rojo obscuro y hasta el rojo vinoso), ó *gangrena* (placas negruzcas ó gris negruzco, perforaciones), ó *estado dudoso*.

a. *Simple congestión.* — En el primer caso introdúzcase un índice en la dirección del trayecto inguinal hasta encontrar el anillo constrictor, el pulpejo hacia arriba, la uña hacia abajo contra el intestino; deslícese un herniotomo de plano sobre el pulpejo, hasta que su extremidad roma haya rebasado el anillo, vuélvase su filo *hacia arriba ó hacia arriba y afuera* (fig. 753) y seccionese el anillo levantando el bisturí mientras su extremidad roma toma apoyo en el extremo del índice y éste ayuda igualmente al movimiento de báscula; luego vuélvase á poner el bisturí de plano y retírese. Si el índice puede entonces penetrar fácilmente más arriba del anillo constrictor, el desbridamiento es suficiente; si no, se hace otro al lado del primero y de igual manera; hasta, si es necesario, según el método de Vidal (de Casis), se practica una serie de pequeños desbridamientos en el contorno del anillo sin tener que temer la lesión de los vasos epigástricos; éstos se encuentran casi siempre *por dentro* del cuello del saco. Entonces tírese suavemente hacia el exterior,— es una regla invariable,— el contenido de la hernia, después de haber, si es necesario, despegado algunas adherencias, y compruébese si hay ó no una perforación (inminente ó real) del intestino á nivel de la precedente constricción. Si no existe perforación alguna ó no es de temer (integridad de las tunicas intestinales), reséquese por debajo de una cadena de ligaduras perdidas la parte del omento mayor contenida en la hernia, hágase la limpieza del intestino y del muñón epiploico con agua esterilizada caliente, luego redúzcase en la cavidad peritoneal el muñón epiploico, y en segundo lugar, el intestino que se acompaña hasta detrás de la pared abdominal. En fin, practíquese siempre la cura radical, como en el caso de hernia inguinal libre.

Si existe una perforación ó una sección lineal de las tunicas intestinales, con excepción de la serosa, sutúrese el asa al contorno del orificio herniario ó mejor, si es posible, hágase la enterectomía, reúnanse los trozos intestinales con el botón de Murphy ú otro medio análogo y redúzcaselos en la cavidad peritoneal.

b. *Gangrena.*—Cuando el contenido herniario está evidentemente gangrenado, *no se haga nunca el desbridamiento interno del anillo constrictor*, — es una regla absoluta,— á fin de no despegar las saludables adherencias que han



FIG. 753

Desbridamiento del anillo constrictor
en la kelotomía inguinal

podido establecerse entre el intestino y el cuello del saco, ó á fin de no seccionar la misma pared del intestino por arriba de la zona de eliminación. Pero, según las circunstancias ó las preferencias personales, hay que conducirse de una de las tres maneras siguientes: tratar simplemente el contenido herniario como un flegmón estercoral; limitarse á su ancha incisión, descontando la perfección y la solidez de las adherencias naturales; ó bien reforzar estas últimas mediante una corona de suturas, después de la excisión de las partes gangrenadas; ó también, *desbridar de fuera á dentro* el anillo constrictor, libertar las partes presas en este anillo, hacer su resección amplia y reunir las porciones intestinales con un botón anastomótico para reducirlas luego en la cavidad peritoneal.

c. *Estado dudoso*.—Un lavado con agua muy caliente reproduce á veces una buena circulación, con matiz rojo vivo, en un asa cuya vida parecía fuertemente comprometida; pero este medio puede fracasar, sin que se pueda deducir de ello que el intestino esté irrevocablemente destinado al esfacelo. En el primer caso, practíquese el desbridamiento interno y las otras maniobras, como cuando se trata de un intestino de apariencia sana; en el segundo caso, desbrídese también y déjese el intestino en su sitio después de haberlo fijado á nivel del orificio herniario mediante una corona de suturas, á reserva de intervenir de nuevo más tarde, según su destino.

Tal es la técnica general de la kelotomía aplicada á la hernia inguinal estrangulada; pero hay que esperar, en la práctica, aunque bastante raramente, diversas modificaciones y dificultades particulares, debidas, ya á la misma hernia (ausencia de saco, ausencia de líquido intrasacular, adherencias de las partes contenidas entre sí y con el saco, ciego é intestino grueso formando parte integral de la pared del saco, estrechez fibrosa del mismo intestino á nivel de la estrangulación); ya al sitio en que está la hernia (hernia reducida en masa, hernia inguino-intersticial, hernia inguino-properitoneal). En estos últimos casos, se hace preciso practicar una *hernio-laparotomía*, es decir, prolongar más ó menos hacia arriba sobre la pared abdominal la incisión ordinaria de la kelotomía.

B. KELOTOMÍA CRURAL. — Procedimiento. 1.^{er} tiempo: *Incisión de las envolturas exteriores*. — Hágase una incisión cutánea vertical de 6 á 7 centímetros sobre el lado interno del tumor (fig. 754, *ab*), de modo que su extremidad superior exceda en 2 centímetros próximamente del ligamento de Poupart; ó bien, hágase una incisión transversal (la misma figura, *cd*), que atraviesa la parte media de la hernia y exceda de ella suficientemente por ambos lados; estas dos incisiones tienen igual valor. Si el saco es superficial, divídanse con precaución en la misma longitud el tejido subcutáneo y la fascia superficial; otras veces, divídanse, una tras otra, toda una serie de capas célulo-fibrosas ó cargadas de grasa; éstas pueden ser equivocadas con el omento; á veces también, de paso, atraviésase una cavidad cerrada mayor ó menor, especie de higroma, llena de un líquido seroso incoloro ó citrino y que no hay que confundir con la misma cavidad del saco herniario. Hemostasia minuciosa simultáneamente.

2.^o tiempo: *Incisión del saco*.—Después de haber reconocido el saco como se ha dicho con motivo de la kelotomía inguinal, ábrasele oblicuamente bajo una pinza ó por sección entre dos pinzas, luego hiéndasele ampliamente siguiendo su diámetro mayor.

3.^{er} tiempo: *Desbridamiento del anillo constrictor y tratamiento del contenido del saco*.—La constricción es rara vez producida por el cuello del saco, lo

más á menudo, según unos, por un orificio dilatado de la fascia cribriformes ó, según otros (y nosotros entre ellos), por el ligamento de Gimbernat (*estrangulación por arista viva de Chassaígnac*); «es, como ha hecho notar el profesor Berger, hacia el borde falciforme y cortante del ligamento de Gimbernat, donde existen en general las lesiones del intestino más precoces y más acentuadas.»

Compruébese el estado del intestino y, si está simplemente congestionado, procédase al desbridamiento interno del modo siguiente: introdúzcase un índice *profundamente* en la parte interna del anillo crural hasta encontrar un plano fibroso transversal y resistente cuyo reborde falciforme se encuentra aplicado contra el intestino, y que es el ligamento de Gimbernat (ó la parte interna de un anillo cribriforme, cosa que poco importa desde el punto de vista práctico); vuelta la uña hacia el intestino, hágase deslizar de plano sobre el pulpejo un herniotomo de Cooper é introdúzcase toda su extremidad roma bajo el reborde falciforme, luego vuélvasele un cuarto de círculo y secciónese el reborde en unos 3 milímetros por un movimiento de báscula en la dirección de la espina del pubis. Si el extremo del índice puede penetrar más allá de la estrangulación, el desbridamiento es suficiente; sino, háganse una ó dos más pequeñas *muescas*, *siempre por dentro* del anillo crural; si es necesario, agrándese el orificio herniario con un instrumento romo ó mejor con la punta del índice.

Obrando así, apenas se corre riesgo de lesionar la arteria obturatriz, cuando ésta nace de un tronco común con la arteria epigástrica y desciende hacia el agujero subpúbico por detrás del ligamento de Gimbernat (lo cual sucede 1 vez por 20, según W. Lawrence) y aun así se encuentra entonces á algunos milímetros de su borde libre. El gran desbridamiento único expone más, naturalmente, á esta herida; si este accidente sobreviniera, el medio más seguro de remediarlo es la ligadura del trozo central de la arteria, ya en la misma herida, ya por una herida paralela al ligamento de Poupart; la ligadura ha tenido éxito 4 veces en 5 casos recogidos por Barker. (1) Pero en suma, la herida de una arteria obturatriz anormal es extremadamente rara y por otra parte, no es posible desbridar otro lado del anillo crural: por fuera, á causa de la vena femoral, por abajo á causa de la rama horizontal del pubis (2).

En cuanto ha sido vencida la estrangulación, sáquese suavemente el omento, si lo hay,—después de haberlo despegado, si es necesario;—sáquese el asa de intestino y examínese el estado de su pared á nivel de la precedente estrangulación. Si la pared está intacta, redúzcase el intestino con ó sin resección epiploica, hágase la cura radical como en la hernia libre y ciérrase la herida. Si existe una perforación ó una amenaza de perforación muy limitada, redúzcase también el intestino después de haber invertido la parte comprometida, bajo algunos puntos de Lembert, y termínese por la cura radical. Si la perforación es demasiado

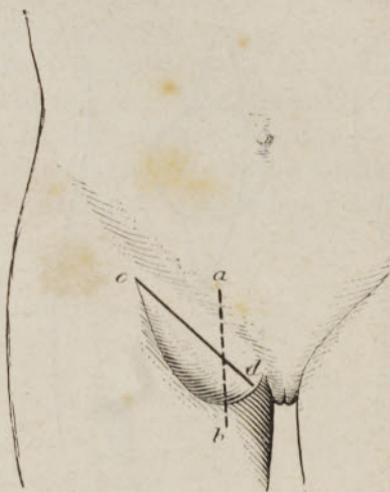


Fig. 751.—Kelotomía crural
a b, línea de incisión vertical; c d, línea de incisión transversal

(1) Jacobson, *Operat. of Surgery*, pág. 635, 1877.

(2) Para evitar la arteria obturatriz, así como el intestino, y para facilitar la cura radical complementaria, Heydenreich (de Nancy) recomienda desbridar de fuera á dentro, como J.-L. Petit, pero después de abrir el saco (*Congr. fr. de chir.*, pág. 460, 1896).

extensa, hágase con preferencia, siendo posible, la enterectomía seguida de la reunión con un botón anastomótico.

En las otras eventualidades (gangrena, estado dudoso de la vitalidad del asa), síganse las [indicaciones que hemos dado á propósito de la hernia inguinal estrangulada.

C. KELOTOMÍA UMBILICAL.—Es una operación rara y de ordinario laboriosa á causa del volumen de la hernia y de las adherencias más ó menos antiguas que encadenan el contenido al saco y las partes del contenido entre sí. Se practica casi únicamente en el adulto.

Procedimiento. 1.^{er} tiempo: *Incisión de las envolturas exteriores y despegamiento del saco.*—Como las envolturas exteriores no forman de ordinario

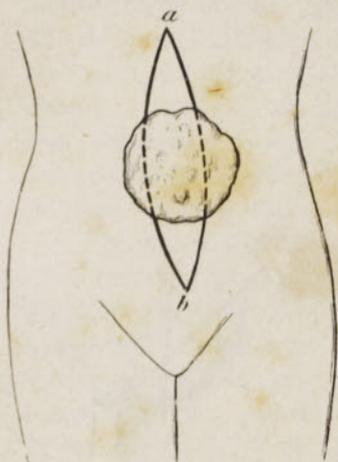


FIG. 755

Kelotomía umbilical

a b, incisión elíptica

más que una sola capa muy delgada en medio del tumor, y hasta se han fundido con el saco herniario; como el intestino puede adherir á la cara interna del saco,—en lugar de una incisión media vertical, circunscríbese la hernia formando una elipse, con dos incisiones que sigan por uno y otro lado su periferia y que se extiendan bastante lejos, en la línea media, por arriba y por abajo del tumor, comprendiendo el ombligo en el área de excisión futura (fig. 755).

Divídase luego el tejido célula-grasoso y lléguese hasta el plano aponeurótico.

Despéguese por todos lados la masa herniada que está ordinariamente desplegada como un hongo alrededor del orificio herniario, hasta que este orificio, más ó menos ancho, quede bien al descubierto.

2.^o tiempo: *Incisión del saco.*—Ábrase el saco entre dos pinzas, en un punto cualquiera de su periferia, cerca del anillo herniario, luego agrándese la abertura todo lo posible, despegando las adherencias que pueda haber entre él y el contenido. Libértense, si es posible, el epiploón y la parte de intestino que están encerrados en el saco y páseseles revista metódicamente para comprobar el estado de su nutrición total ó respectiva. A veces se trata de oclusión *en la misma hernia*, por brida, por divertículo, por torsión (P. Berger) ú otro obstáculo.

3.^{er} tiempo: *Desbridamiento del anillo herniario y tratamiento del contenido del saco.*—Desbrídese por arriba ó por abajo, en la línea media, partiendo del borde mismo del anillo, sin interesar, si es posible, la serosa que lo tapiza. Atráiganse el omento y el intestino, redúzcaseles si están en buen estado, excíndase en forma de elipse el anillo herniario y ciérrase el abdomen y luego la herida exterior como en la cura radical de la hernia umbilical libre.

En los otros casos, condúzcase el operador según el estado de las partes, como se ha dicho al tratar de las otras klotomías: incisión pura y simple, sutura de la serosa al anillo herniario, enterectomía, ano contranatural, exteriorización.

CURA RADICAL DE LAS HERNIAS LIBRES

Las hernias libres pueden curar: 1.º *por el braguero*, en la infancia; 2.º *por el método esclerógeno*, que ha dado excelentes resultados en manos del profesor Lannelongue (1); 3.º *por la operación cruenta*, llamada *cura radical* ó *cura operatoria*. Sólo trataremos del método esclerógeno y luego de la cura radical, de sus indicaciones y contraindicaciones, de sus procedimientos más útiles ó más recomendables y de los cuidados consecutivos.

A.—MÉTODO ESCLERÓGENO

Lannelongue, desde el mes de Junio de 1896, ha pensado en hacer aprovechar á las hernias los notables resultados que había ya obtenido por su método esclerógeno en el tratamiento de la tuberculosis, de los angiomas, de la luxación congénita de la cadera y otras afecciones. Este método, como es sabido, consiste en provocar, por medio de inyecciones *intersticiales* de cloruro de zinc á 1 por 10, la formación de una masa más ó menos extensa y más ó menos profunda de un tejido conjuntivo que tiene los caracteres y las propiedades del

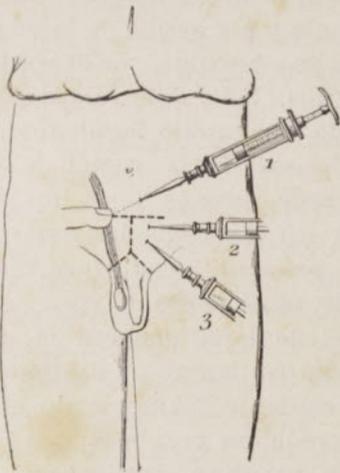


FIG. 756 — Cura radical de la hernia inguinal por el método esclerógeno

1, 2, 3, posición de la jeringa en las inyecciones sucesivas por dentro del cordón. Las líneas punteadas distintas de la de la aguja indican los contornos del pubis (Lannelongue).

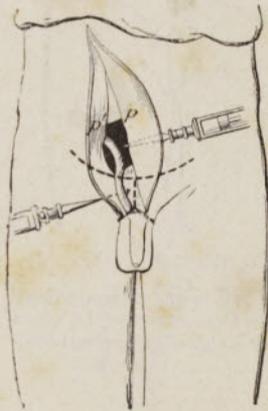


FIG. 757

Este esquema representa el anillo inguinal púbico al que se dirige sobre el borde superior del pubis, la extremidad de la aguja de la jeringa. El cordón es atraído al exterior por una urina; *p* y *p'* son los pilares interno y externo del anillo. Igual indicación de las líneas punteadas (Lannelongue).

tejido cicatricial. El *escleroma inflamatorio*, ó *mejor, de reacción*, que de ello resulta en este caso particular, y especialmente en la hernia inguinal, es: «á la vez un infarto aséptico, una osteoperiostitis, una funiculitis, una tumefacción abdominal, cuyos efectos, partiendo del pubis, se extienden por el trayecto inguinal, por la misma pared, más ó menos hacia arriba, más ó menos profundamente.»

El método esclerógeno conviene en todas las edades, aun después de los sesenta años, en las hernias ordinarias y reductibles, cualquiera que sea su volumen.

(1) O. Lannelongue (*Acad. de méd.*, 6 de Julio de 1896 y 8 de Julio de 1897; 51 casos sin accidente alguno). Véase también Nimier (*Congr. fr. de chir.*, 1897).

Se hacen las inyecciones *en la periferia* del saco herniario tomando como punto de referencia el esqueleto osteo-fibroso de la región. He aquí, por lo demás, la técnica empleada y descrita por el profesor Lannelongue (1): sea, por ejemplo, la que hay que tratar por este método una hernia inguinal.

Procedimiento.—Después de haber afeitado la región y hecho su limpieza antiséptica,—bajo la acción del cloroformo,—redúzcase la hernia; luego, mientras un ayudante cierra con dos dedos el anillo superior ó *peritoneal* del trayecto inguinal, háganse dos series de inyecciones: tres por dentro, tres por fuera del cordón espermático y mejor detrás de él; cada una de X gotas, cualquiera que sea la edad del sujeto. Se emplea una jeringa de 2 gramos, graduada para V y X gotas y provista de una larga aguja, no de platino iridiado sino de acero templado; antes se la ha hecho hervir durante diez minutos y se ha pasado la aguja por la llama.

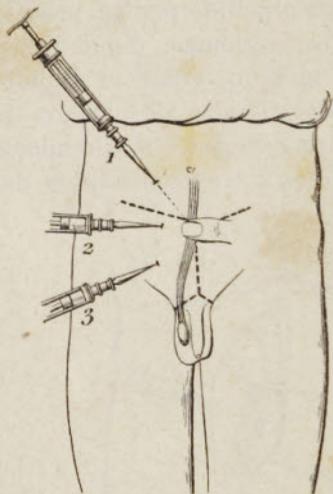


FIG. 758

1, 2, 3, posición de la jeringa en las inyecciones sucesivas por fuera del cordón. La misma indicación de las líneas punteadas (Lannelongue)

Primera serie de inyecciones.— Después de colocarse á la derecha del paciente, mientras se mantiene el cordón hacia atrás con el índice izquierdo, cuya uña se apoya en el borde superior del pubis debajo del anillo inferior ó *púbico* del trayecto inguinal (fig. 756), clávese la aguja de la jeringa con la mano derecha, inmediatamente por delante y por arriba de la uña, hasta que la punta se vea detenida por el borde superior del pubis (figs. 756 y 757). Depositense las gotas del líquido en el anillo inguinal sobre los planos osteo-fibrosos de la región y retírese vivamente la aguja para no dejar líquido bajo la piel y evitar así las pequeñas escaras tegumentarias. La *primera picadura* se verifica lo más alto posible, en el anillo púbico.

Practíquese de igual manera la *segunda picadura* á medio centímetro ó 1 centímetro más abajo de la precedente, manteniendo el índice izquierdo el cordón un poco más bajo sobre la cara anterior del pubis. En fin, para la tercera picadura, inclínese un poco la jeringa de abajo hacia arriba. En los individuos muy jóvenes se pueden hacer sólo dos picaduras por dentro del cordón.

Segunda serie de inyecciones.— Después de colocarse á la izquierda del enfermo, manteniendo el cordón hacia adentro con el índice izquierdo, hágase la primera inyección (fig. 758) sobre el borde superior del pubis, en la región de la espina pública teniendo la jeringa oblicuamente á 100 ó 120° y en el eje del pliegue de la ingle. La punta de la aguja debe chocar con el hueso inmediatamente delante del índice izquierdo. Para la *segunda* y la *tercera picaduras* síganse las indicaciones de las picaduras internas.

Terminada la operación, antes de despertar al paciente y sin cesar la compresión abdominal, se sustituye á los dedos del ayudante que cierra el anillo peritoneal, por una torunda plana bastante apretada, del tamaño de una pieza de 5 pesetas próximamente, luego uno ó dos panes gruesos de algodón y se hace una espica de la ingle con algodón primero y luego con una ancha venda de gasa.

(1) Lannelongue, *Technique de la hernie inguinale par la méthode sclérogène* (Bull. méd., pág. 629, 1897).