

Sociedad de Cirugía y el público médico tuvieron conocimiento del dictamen de Quénu sobre el procedimiento abdómino-perineal de Gaudier. Ahora bien, conforme atestigua la Memoria que tuvimos el honor de leer ante la misma Sociedad el 15 de Abril siguiente, practicamos el 6 de Diciembre de 1895, una operación perfectamente metódica y reglada por este método, después de ejercicios de anfiteatro que remontaban por lo menos á dos años. Como Gaudier y nosotros hemos perseguido el mismo fin en igual tiempo, pero independientemente el uno del otro, sería justo, á nuestro entender, asociar los dos nombres al método, dando naturalmente el primer lugar á Gaudier para reconocer su derecho de prioridad, ya que su trabajo ha sido dado á la publicidad tres semanas antes que el nuestro. Lo que hay de cierto es que, antes de nosotros dos, no se había tenido ni realizado la idea de atacar deliberadamente el cáncer alto

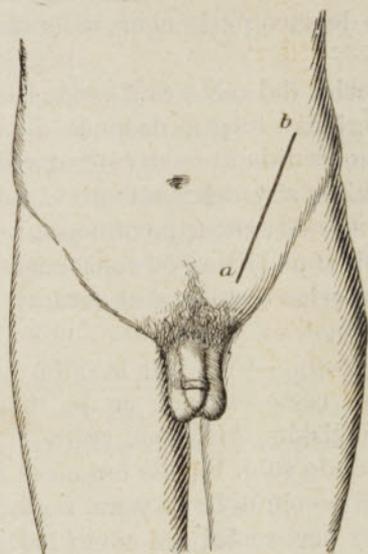


FIG. 775.—Extirpación total del recto y, en caso necesario, del asa omega  
*a b*, incisión de la pared abdominal (Procedimiento del autor)

del recto ó el cáncer ano-recto-sigmoideo por la laparotomía, al mismo tiempo que por la perineotomía, abriendo así una era nueva en la terapéutica operatoria de estos cánceres.

Procedimiento del autor (1). — 1.<sup>er</sup> tiempo: *Celiotomía abdominal*. — Después de haber preparado y desinfectado los intestinos según las reglas usuales, bien desinfectados á su vez el abdomen y la región sacro-perineal y evacuada la vejiga, póngase al enfermo sobre un plano inclinado, con buena luz, y colóquese el operador al lado izquierdo. Incíndase oblicuamente, en línea recta, la pared abdominal hasta el peritoneo, empezando á 2 centímetros por encima de la espina izquierda del pubis para respetar el cordón espermático y terminando á 4 centímetros próximamente por dentro y por arriba de la espina iliaca ántero-superior izquierda (fig. 775, *a b*); al mismo tiempo, antes de la abertura del peritoneo, divídanse entre ligaduras los vasos epigástricos que cruzan oblicuamente la parte inferior de la herida.

2.<sup>o</sup> tiempo: *Ligadura preliminar de los vasos hemorroidales superiores*. —

(1) V. Chalot (*Soc. chir.*, pág. 310, 15, Abril de 1896; Quénu (*Congr. fr. de chirurgie*, 1897), aparte la ligadura preliminar de los vasos hemorroidales, considera nuestro procedimiento como el mejor en la actualidad.

Reconócese el asa sigmoidea, su porción intrapélvica, así como el límite superior de la neoplasia; luego, mientras la masa del intestino delgado es fuertemente llevada hacia abajo y á la derecha, así como el mesenterio, por las manos del ayudante con una ancha compresa de gasa, de tal suerte que la mitad inferior del raquis lumbar quede bien al descubierto, reconócese con el

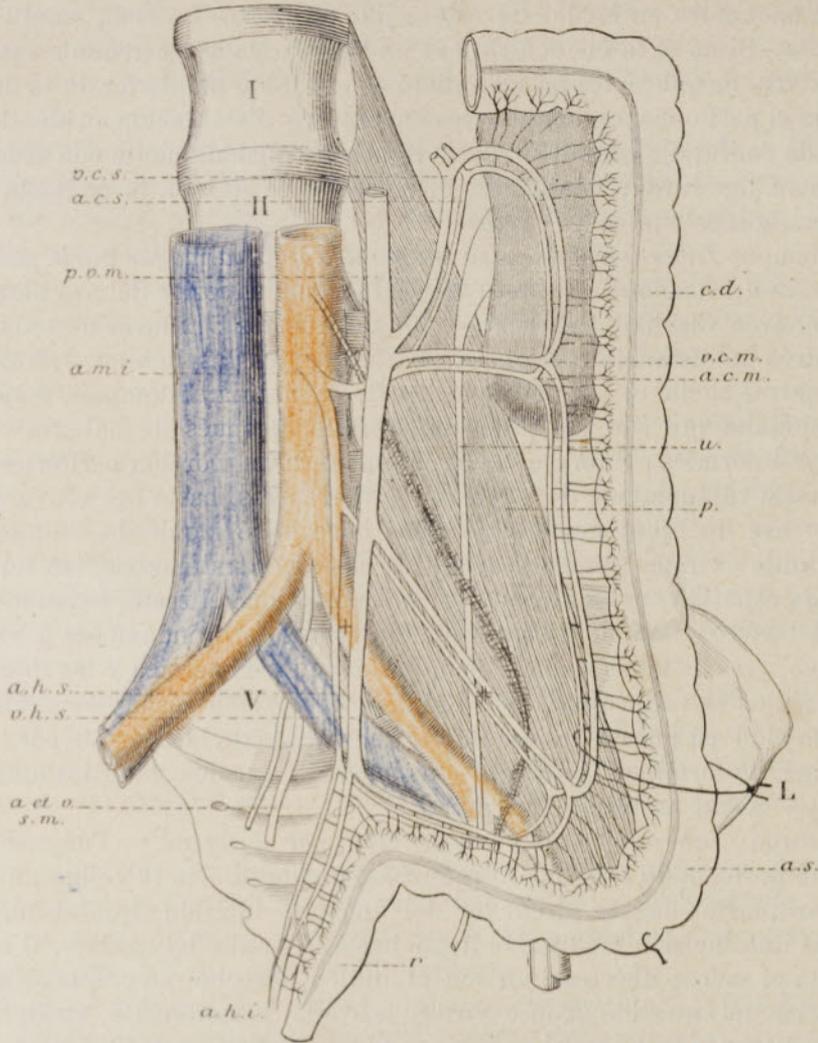


Fig. 776. — Disposición y relaciones de los vasos hemorroidales superiores y de los vasos cólicos (Chalot)

I, II, V, 1ª, 2ª, 3ª vértebras lumbares: *a. m. i.*, arteria mesentérica inferior: *p. v. m.*, vena mesaraica menor: *a. h. s.*, arteria hemorroidal superior: *v. h. s.*, vena hemorroidal superior: *a. s. m.* y *v. m.*, arteria y vena sacras medias: *a. h. i.*, arteria hemorroidal inferior: *r.*, recto: *a. s.*, asa sigmoidea: *c. d.*, colon descendente: *u.*, uréter: *a. c. s.*, arteria cólica superior: *v. c. s.*, vena cólica superior: *a. c. m.*, arteria cólica media: *v. c. m.*, vena cólica media: *p.*, psoas: +, punto de elección para la ligadura de los vasos hemorroidales: =||=, puntos de elección para la ligadura de los vasos cólicos inferiores: L, ligadura del asa y del arco vascular subyacente.

dedo y con la vista el promontorio, su punto medio, el canal lumbo-ptoico y, si es posible, en el borde interno de este canal, junto á las vértebras, bajo el peritoneo parietal, el cordón azul obscuro y vertical de la vena hemorroidal superior. Incíndase ligeramente el peritoneo sobre un pliegue transversal, á nivel de la unión de la cuarta y de la quinta vértebra lumbar (punto de elección, indicado por la cruz superior, fig. 776); ya á la derecha de la vena hemorroidal, si es visible (sujetos flacos), ya, en caso contrario, á 5 ó 6 milímetros á

la izquierda de una línea vertical que pase por el punto medio del promontorio. Luego, sobre la sonda acanalada insinuada suavemente bajo el peritoneo, á causa de los grandes vasos subyacentes, desbrídese la pequeña brecha unos 2 centímetros hacia arriba y hacia abajo con las tijeras ó el bisturí. Diséquese el tejido grasoso subseroso con el pico de la sonda en sentido vertical; no se tarda en reconocer el cordón vertical de la arteria hemorroidal superior, arteria que se encuentra en medio de este tejido grasoso. La vena satélite está á la izquierda. Si no se la encuentra y se ha llegado ya á los gruesos vasos ilíacos primitivos, es que se les ha levantado con el labio izquierdo de la incisión, y allí, bajo el peritoneo, es donde se les encontrará. Establecida su identidad (no se les puede confundir con otros vasos) lígueseles aisladamente con seda y córteseles entre ligaduras; finalmente, ciérrese, si se quiere, la pequeña herida serosa con algunos puntos de catgut.

3.<sup>er</sup> tiempo: *Liberación del asa sigmoidea y de la mayor parte posible del recto y cierre del abdomen.* — Constriñase la rama superior del asa sigmoidea, así como el arco vascular subyacente, con dos fuertes ligaduras de seda á unos 3 centímetros de distancia recíproca; córtese la entre las ligaduras, tráigase su porción central hacia el ángulo superior de la herida abdominal, donde se la fija provisionalmente con un alfiler imperdible, después de haberla cubierto con gasa yodofórmica; cúbrase de igual manera su porción periférica, luego despréndasela rápidamente de su meso, á tijeretazos, hasta la excavación pélvica. Córtense de igual manera las hojas derecha é izquierda del meso-recto hasta su límite extremo; luego despéguese hasta cerca del coxis, con el índice y una larga espátula curva y roma, la cara posterior del recto, rozando la cara anterior del sacro. Con las tijeras también, córtese profundamente por delante el peritoneo, por los lados el peritoneo, la aponeurosis pélvica y las inserciones de los músculos elevadores del ano. Cuando la porción póstero-superior de la próstata ha sido así puesta al descubierto, el trabajo de la exéresis por la parte del abdomen ha terminado; no falta más que enuclear los ganglios infiltrados, si quedan, y cerrar la herida abdominal.

4.<sup>o</sup> tiempo: *Liberación completa del recto por el periné.* — Póngase al enfermo en la posición de la talla; introdúzcase como guía en la vejiga una sonda ó catéter ordinario; hágase alrededor del ano una incisión circular añadiendo hacia atrás una incisión media que llega hasta la punta del coxis y, si es necesario, hasta el sacro; libértese, ya con el índice derecho, ya con las tijeras, la parte inferior del intestino grueso ya secuestrada, y finalmente, atráigase éste al exterior á través de la incisión perineo-pélvica. Ésta se provee simplemente de un taponamiento flojo con gasa yodofórmica, como lo hacemos ordinariamente en la histerotomía vaginal abierta.

5.<sup>o</sup> tiempo: *Fijación definitiva y abertura inmediata del ano abdominal,* después de hacer la hemostasia del arco vascular subyacente.

En la mujer, los tiempos operatorios son exactamente los mismos. La operación hasta es más fácil, por la anchura de la pelvis, la ausencia de próstata y la presencia de un fondo de saco recto-vaginal á veces muy profundo.

El procedimiento que Gaudier ha empleado difiere del nuestro en los puntos siguientes: laparotomía media; hemostasia del mesenterio de la porción recto-cólica por forcipresión, luego con ligaduras de seda; cierre completo del periné; incisión supra-inguinal para el ano contranatura y mantenimiento provisional de la ligadura que constriñe la porción intestinal superior. En cuanto á los tiempos fundamentales de la operación, son los mismos; creemos que es preferible hacer una sola incisión abdominal y colocarla á la izquierda; que la ligadura

preliminar de los vasos hemorroidales superiores, menos difícil siguiendo nuestras indicaciones de lo que cree J. Bœckel, tiene la gran ventaja de permitir una operación amplia y seca; y que es más prudente dejar el periné abierto en caso de infección.

El primer operado de Gaudier (resección de 18 centímetros) y el nuestro (resección de 37 centímetros) han sucumbido á los cinco días, y á los dos días después de la operación respectivamente, pero estos fracasos nada prueban contra el método, atendido que se trata de casos extremadamente graves, y que un segundo operado de Gaudier (1) ha obtenido una supervivencia de ocho meses.

G. MÉTODO SACRO-ABDOMINAL (Quénu). — *Procedimiento de J. Bœckel* (2) *en una sola sesión*.—1.<sup>er</sup> tiempo. — Atáquese el tumor por la vía sacra, siguiendo el método Kraske, y aíslese el recto tan arriba como sea posible, conforme también ha recomendado Quénu.

2.<sup>o</sup> tiempo. — Créese un ano iliaco por sección transversal del colon descendente; luego secciónese el mesenterio para libertar la porción inferior del colon.

3.<sup>er</sup> tiempo. — Extírpense el recto y el colon así libertados por la vía sacra precedentemente abierta.

J. Bœckel ha resecado con éxito completo, por este procedimiento, toda la altura del recto y una porción de la S iliaca, ó sea en total 25 centímetros; añadamos que al fin de la operación este hábil cirujano ha resecado todavía 9 centímetros de intestino delgado para la ablación de un núcleo carcinomatoso. Según él igualmente, «el procedimiento sacro-iliaco está indicado en los casos de tumores situados en puntos relativamente altos para poder ser extirpados con facilidad por el método de Kraske y además relativamente bajos para motivar la indicación de la laparotomía.»

*Procedimiento de Aug. Reverdin* (3). — «Incíndase el vacío izquierdo en bastante extensión para permitir atraer fácilmente la S iliaca al exterior.

»Colóquese en la parte más inferior del asa herniada una ligadura de seda y por encima de ésta, dos pinzas que compriman el intestino. Sección entre las dos pinzas.

»La porción inferior ligada queda, pues, retenida por una pinza en el ángulo inferior de la herida. Su superficie de sección es desinfectada cuidadosamente y envuelta luego en una compresa de gasa aséptica, mientras el cirujano se ocupa del extremo superior del intestino.

»Este es atraído hacia el exterior cuanto sea posible y fijado después por medio de suturas al ángulo superior de la herida. Estas suturas adosarán la serosa intestinal con la serosa parietal, en tanto que otras fijarán la serosa intestinal á los músculos y á la piel, de modo que quede preparado para más tarde un orificio anal de alguna altura.

»Añadamos que estas suturas no se situarán en la vecindad inmediata de la superficie de sección, sino á 12 ó 15 centímetros más arriba, de tal suerte que, una vez terminadas, cuelgue fuera de la herida una porción libre de intestino que tenga poco más ó menos la longitud indicada. De este modo se estará seguro de evitar toda contaminación del peritoneo por las materias fecales. Pero, para aumentar todavía esta seguridad, se colocará en esta porción libre un cilindro hueco de vidrio, de 5 á 6 centímetros de largo y de 2 y medio á 3 milímetros de ancho. Sobre su cara externa se halla grabada una depresión ó enta-

(1) Gaudier (*Revue de gynéc. et de chir. abd.*, n.º 5, 1897).

(2) J. Bœckel (*Soc. chir.*, pág. 646, 1896).

(3) A. Reverdin (*Soc. chir.*, 2 Junio de 1897).

lladura, que es donde se fijará el intestino mediante una ligadura resistente y algo apretada.

»Las materias fecales se derramarán por este tubo, y á fin de conducir las más seguramente y lo más lejos posible al exterior, se cubrirá además el todo con un largo manguito de caucho, muy ligero, ligado también en la garganta del cilindro y cuya extremidad inferior penetre en una vasija colocada cerca de la cama, destinada á recibir las materias fecales.

»De este modo será imposible toda contaminación debida á la porción superior durante las maniobras que se van á practicar en la porción inferior.

»La idea de alejar las materias fecales de la herida abdominal, nos ha sido sugerida por un trabajo de Desguin sobre la enterostomía (*Ann. de Soc. belge de chir.*).

»Cuando las adherencias sean suficientes para asegurar la completa reunión del intestino á la herida abdominal, córtese con el termocauterio la parte exuberante que tiende á esfacelarse, quedando entonces constituido definitivamente el ano artificial.

»En cuanto á la porción inferior, después de haber quitado la pinza que la comprimía debajo de la ligadura, se suturarán sus bordes, invaginándolos, después de haberlos desinfectado hasta lo más lejos posible. Luego se reducirá todo y la herida abdominal será enteramente cerrada.

»Termínese la operación quitando, por el procedimiento de Kraske, todo el recto, incluso el ano.»

El enfermo á quien Aug. Reverdin ha aplicado su procedimiento ha muerto de extenuación trece días después del acto operatorio. Nuestro eminente colega «persiste, á pesar de ello, en considerar la extirpación total como la operación del porvenir.»

*Procedimiento de Quénu (1) en dos sesiones:* parece realizar las condiciones de asepsia que faltan á todos los procedimientos de exéresis rectal.

1.<sup>a</sup> sesión: «Colocado el enfermo en un plano inclinado de Péraire (después de la preparación ordinaria de las laparotomías, pero sin la administración previa de un purgante), practíquese una incisión media desde el pubis á algunos centímetros del ombligo. Explórese primero la región hipogástrica por cada lado y búsqese si existen ganglios pélvicos laterales.

Estando protegidas las paredes por compresas, atráigase el asa omega fuera del vientre y, examinándola por transparencia, escójase un punto donde no haya vasos para hacer en él una incisión.

A lo largo del borde adherente del intestino, agrándese transversalmente la incisión por cada lado, de manera que se forme una T, después de colocar pinzas; por esta brecha mesentérica, pásese una ancha mecha de gasa yodofórmica; aíslese todavía más el asa omega de las partes vecinas; entonces colóquese una ligadura elástica hecha con un delgado cordón macizo, á 6 ú 8 centímetros más abajo y, después de haber exprimido de arriba abajo el asa intestinal, colóquese una segunda ligadura elástica. Luego seccionese á 2 centímetros por abajo de la ligadura superior, por medio del termocauterio.

«Esterilícese minuciosamente la porción superior por el fuego, dando un matiz tostado á la mucosa y á su sección; con una pinza de garfios y el termo, excíndanse 3 ó 4 centímetros de la porción inferior; tuéstese igualmente, por decirlo así, la mucosa del muñón de este trozo; cúbrase el trozo superior, después de un ligero desprendimiento de su inserción, con un manguito de gasa yodofórmica. Cójase esta porción con una larga pinza de tracción, recúbrase la

(1) Quénu *Soc. chir.*, pág. 677, 4 Noviembre de 1896; pág. 163, 24 Febrero y 16 Junio de 1897).

además con una compresa esterilizada y póngasela aparte en lo alto de la herida. Empiécese entonces la liberación de la porción inferior y extiéndasela lo más lejos posible. El mesenterio es cortado entre las pinzas colocadas sucesivamente de arriba abajo, y luego las pinzas son reemplazadas por ligaduras con seda.

«Inváginese la porción inferior, siempre provista de la ligadura elástica, en el recto, y ciérrasela en forma de ciego mediante una doble fila de puntos de Lembert.

»Vuélvase á la porción superior; fijese su peritoneo al peritoneo parietal y ciérrese completamente la pared abdominal.»

Al cabo de cuarenta y ocho horas ábrase el ano contra-natura con el termocauterio por encima de la ligadura elástica.

2.<sup>a</sup> sesión (ocho días después de la 1.<sup>a</sup>). Se trata de quitar el recto canceroso «como un quiste cuyo contenido sea séptico», y *siempre libertando primero su cara anterior, con objeto de no romper la ampolla.*

«Colocadó el enfermo en la posición de la talla perineal, con una almohada moderadamente elevada bajo el sacro, trácese una incisión longitudinal y media partiendo de un punto situado delante del ano, luego rodéese el orificio por cada lado y váyase á encontrar la comisura posterior, prolongando la incisión más allá del coxis. Después de disecar ligeramente la pared peri-anal, hilvánese una seda alrededor del ano y ciérrese sólidamente el orificio. Los dos cabos del hilo son conservados á fin de que sirvan más tarde como medios de tracción.

»Habiendo disecado superficialmente el esfínter en su comisura anterior y después de separarlo por completo por los lados del tejido célula-grasoso de la fosa isquio-rectal, pónganse al descubierto las fibras musculares de los elevadores del ano, primero por los lados, luego por delante, de modo que se haga una *verdadera disección de los bordes anteriores de los elevadores.* Si se tira un poco del hilo que cierra el ano de manera que se dirija éste hacia atrás, se siente fácilmente el relieve del borde anterior del elevador, borde cuya dirección ántero-posterior conviene no olvidar. Pásese el pulgar y el índice de la mano izquierdá por encima del rafe ano-bulbar y córtese este rafe sin temer la lesión del recto. Luego acábese de libertar los elevadores pasando el dedo entre las caras laterales de la próstata y el músculo.

»Secciónense entonces estos elevadores sobre el índice y llévase bastante lejos la denudación por los lados y por detrás para despegar la cara posterior de la próstata hasta el fondo de saco peritoneal, que se abre.

»Aislada la cara anterior del recto, atáquese por la vía sacra la cara posterior; el dedo rodea fácilmente las caras laterales y llega á la cara anterior libre; córtense en cada lado entre dos pinzas los elevadores del ano, luego el pedículo hemorroidal medio, y finalmente secciónese el meso-recto para quitar el recto como una bolsa cerrada por todas partes.»

En la mujer el despegamiento de la cara anterior se hace fácilmente con el dedo después de la incisión longitudinal de la vagina. Quénu empieza siempre la liberación del recto por su cara anterior, ya emplee el método sacro-abdominal, ya se proponga hacer solamente una amputación subperitoneal, sin tocar el sacro-coxis.

Cuando el cáncer adhiere á la cara posterior de la próstata (inflamación ó invasión neoplásmica), como la diéresis ya no se puede practicar normalmente entre la aponeurosis próstato-peritoneal y el recto y, por otra parte hay que respetar la uretra, Quénu coloca una sonda en esta última y, llegado á la próstata bajo la porción membranosa, con el bisturí de plano,—cogiendo lateralmente la próstata con el pulgar y el índice,—separa una raja horizontal de esta glán-

dula. En nuestro concepto, la colocación de la sonda es indispensable en todos los casos: no se puede saber exactamente por adelantado si la próstata adhiere y cuál es el espesor de esta adherencia.

El procedimiento sacro-abdominal en dos sesiones ha dado ya varios éxitos en manos de Quénu y Schwartz (1).

### SIGMOIDOSTOMÍA PERINEAL POR LA VÍA COMBINADA

(Operación de Macleod-Hadra)

EN CASOS DE AUSENCIA CONGÉNITA DEL RECTO

Hemos designado con el nombre de *colostomia* ó de *sigmoidostomía* (2) *perineal por la vía combinada* una operación que consiste, cuando se ha bus-

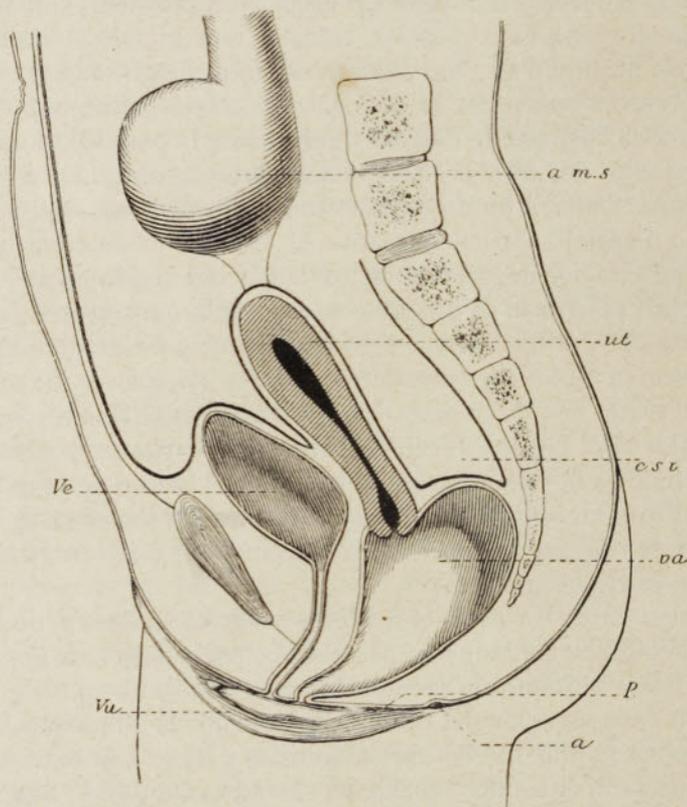


FIG. 777.—Ausencia congénita del recto (Chalot)

*P.*, periné: *a.*, ano rudimentario: *va.*, vagina: *ut.*, útero: *ve.*, vejiga: *a. m. s.*, ampolla sigmoidea colocada allí para la demostración, pero en realidad inaccesible á la vista y al tacto por abajo: *vu.*, vulva: *c. s. v.*, fondo de saco seroso sacro-vaginal

cado en vano la ampolla rectal por el periné, en abrir el abdomen y hacer bajar el asa omega á través del suelo pelviano hasta el sitio normal del ano, en lugar de crear sistemáticamente un ano contra-natura de Littré, que constituye un achaque muy penoso, á pesar de lo cual se ha venido practicando hasta nuestros tiempos.

Propuesta por Macleod, no ha sido practicada esta operación por primera

(1) Schwartz (*Soc. chir.*, 20 Junio de 1897).

(2) Coloproccia ó sigmoidoproccia sería más exacto, por las razones ya aducidas á propósito de los demás anos artificiales.

vez hasta 1888, por Hadra (de Berlín): V. Delagènière (de Tours) y Kehrer (de Heidelberg) han dado á conocer otros dos casos. Los tres operados han muerto.

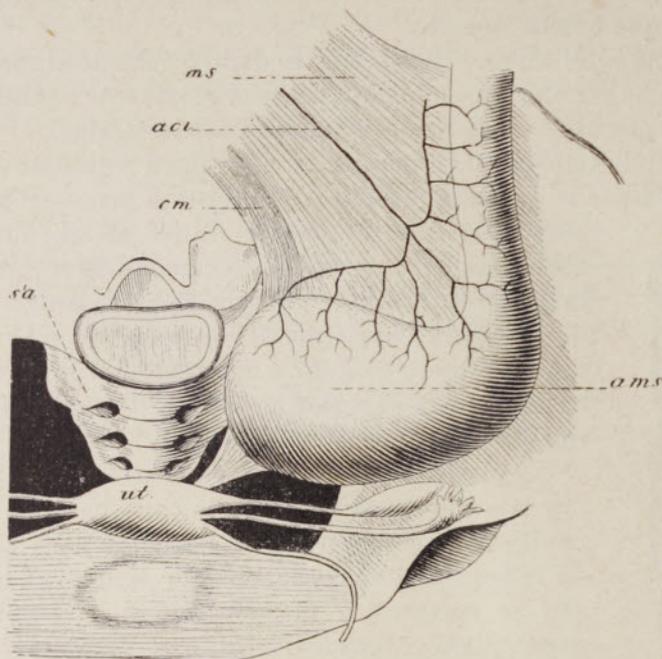


FIG. 778.—Ausencia congénita del recto (Chalot)

*ams.*, ampolla sigmoidea que termina el colon descendente en la fosa iliaca izquierda: *ut.*, útero y anexos: *sa.*, sacro: *aci.*, arteria cólica inferior izquierda: *cm.*, cuerda meso-cólica: *ms.*, meso-sigmoideo.

Nosotros hemos sido más afortunados en una niña de seis días que operamos el 17 de Febrero de 1896 y que seguía bien á principios de Julio de 1897; la pared del nuevo recto formaba un ligero prolapso, pero, según decía la madre, la

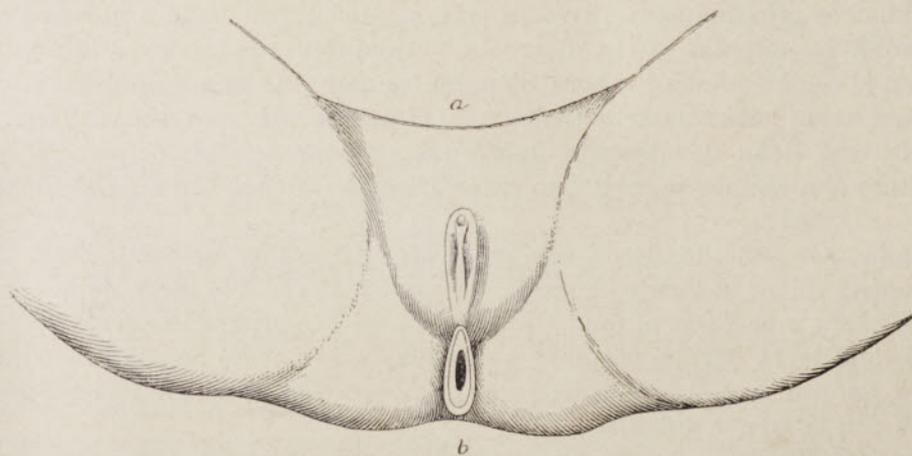


FIG. 779.—Ausencia congénita del recto (Chalot), resultado lejano de la operación  
*a*, vulva: *b*, ano formado por descenso del colon ilíaco

niña retenía perfectamente sus materias. Las figs. 777 á 779 que reproducimos á título de indicaciones, demuestran el grado de la malformación, la ampolla sigmoidea y el resultado de la operación. Hemos leído esta historia clínica (1),

(1) V. Chalot (*Soc. chir.*, pág. 318, 15 Abril de 1896).

con una Memoria completa sobre el asunto, ante la *Sociedad de Cirugía*, á cuyos *Boletines* remitimos al lector para los detalles.

He aquí solamente nuestro procedimiento de sigmoidostomía perineal y las conclusiones á que hemos llegado:

Procedimiento del autor.—No habiendo dado resultado alguno la perineotomía, después de haber elevado suficientemente la pelvis sobre el borde de la mesa, mantenidas las piernas en extensión, hágase la laparotomía, no en la línea media, sino á nivel de la fosa iliaca izquierda, porque en este lado es donde se encuentra *casi siempre* la ampolla terminal del intestino grueso y donde quedaría mejor colocado el ano de Littré si este ano llegara á ser absolutamente necesario. Recomendamos especialmente una incisión curva (fig. 780) que empieza á un dedo por arriba de la espina izquierda del pubis y se eleva hasta á nivel del ombligo, pasando á un dedo por dentro de la espina iliaca ántero-superior izquierda. De paso se cortarán entre ligaduras los vasos epigástricos.

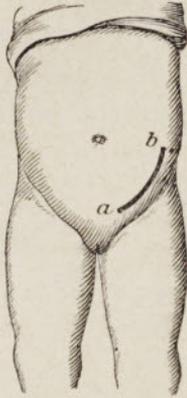


FIG. 780

Laparotomía para la sigmoidostomía perineal

a b, incisión del autor

Abierto el peritoneo, mientras un ayudante mantiene las asas del intestino delgado en la cavidad abdominal por medio de una compresa de gasa y separa el labio derecho de la herida, explórese el sitio ordinario del asa omega y allí se encontrará la extremidad ampular del intestino grueso, ya enteramente libre y flotante, ya sujeta por un corto pedículo céluo-vascular ó una tira fibrosa, ya á la cara posterior del útero (como en nuestra enfermita), ya al lado izquierdo del promontorio ó en otra parte vecina, por encima ó por debajo del estrecho superior. Se la reconocerá por su distensión, por su aspecto carnosos, por sus tiras estriadas longitudinales, por su continuidad con el resto del colon. Establecida su identidad, se la libertará seccionando, si es necesario, su meso entre ligaduras, de modo que se obtenga una longitud de 6 á 7 centímetros próximamente, á veces más, según el sitio más ó menos elevado que ocupa la ampolla (es la distancia normal del promontorio á la punta del coxis en el recién nacido); ahora bien, en los casos de atresia ano-rectal, conforme ya había hecho notar Bodenhamer, la pelvis está poco desarrollada. Si la ampolla está llena de meconio, habrá que evacuarla primero; pero, al hacerlo, evítase contaminar el peritoneo exteriorizando momentáneamente dicha ampolla.

Nada más sencillo desde este momento que trazar el camino del nuevo recto. Basta llevar el índice derecho de arriba abajo á lo largo de la concavidad del sacro y perforar el fondo de saco seroso que separa la cavidad pelviana del vértice de la herida perineal ya hecha; así es como hemos procedido en nuestra enfermita, y debemos declarar que lo hemos conseguido en pocos segundos, sin la menor dificultad.

La perforación se puede hacer también con un instrumento obtuso curvo cualquiera (sonda de hombre, pinza, despegador, etc.). El índice izquierdo, pasado por la herida perineal, servirá de guía.

Bájese luego la ampolla al nuevo trayecto, ya por medio de una ligadura y de la aguja de Deschamps, como lo practicamos nosotros, ya con una larga pinza curva que se haya introducido por el periné.

No faltará ya sino cerrar la herida abdominal, fijando el colon á esta herida por algunos puntos para prevenir el colapso en cuanto sea posible; cósase luego

el extremo del intestino en el sitio normal del ano y ciérrase el resto de la herida perineal.

*Conclusiones:* 1.<sup>a</sup> En los casos de imperforación rectal ó ano-rectal, es necesario buscar siempre la ampolla terminal del intestino grueso, *primero* por el periné, utilizando la resección ó la simple reclinación del coxis ó prolongando la incisión sobre un lado de éste, á la manera de Vincent (de Lyón);

2.<sup>a</sup> Si no se encuentra la ampolla después haber llevado la diéresis hasta una profundidad de 4 á 5 centímetros, hay que detenerse é ir á abrir inmediatamente el abdomen, no por la línea alba, sino á nivel de la fosa iliaca izquierda, sitio ordinario de la ampolla terminal; después de haberla libertado, y si es necesario evacuado, se perfora de arriba abajo, con un instrumento curvo romo, ó mejor con el índice, el fondo de saco peritoneal *delante del vértice del sacro*, y se conducirá la terminación intestinal á través de esta brecha hasta el centro del periné, para hacer con ella un ano normal;

3.<sup>a</sup> *Solamente* cuando esta terminación se halle demasiado alta para ser movilizaba hacia el periné, nos limitaremos, aunque á pesar nuestro, á hacer el ano en la pared abdominal, estableciendo entonces un ano contra-natura.

## II

## COLECISTOTOMÍA Y COLECISTOSTOMÍA (1)

La colecistotomía, improvisada por Bobbs en 1867, es la talla de la vejiga biliar para la extracción de cálculos y de líquidos hidrópicos, purulentos. Es análoga á la gastrotomía, á la esofagotomía, etc. Meredith (2) es quien primero

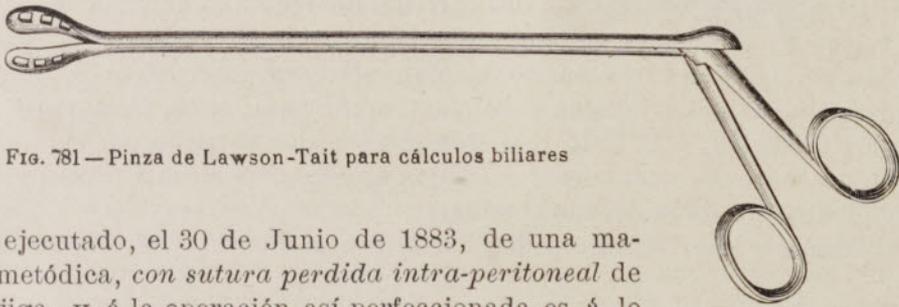


Fig. 781 — Pinza de Lawson-Tait para cálculos biliares

la ha ejecutado, el 30 de Junio de 1883, de una manera metódica, *con sutura perdida intra-peritoneal* de la vejiga, y á la operación así perfeccionada es á lo que se ha dado, con razón, en el extranjero el nombre de *colecistotomía ideal*. Sólo está justificada con una condición: la permeabilidad persistente ó la desobstrucción inmediata de los conductos excretores.

La colecistostomía es la *incisión de la vejiga seguida de la sutura de su abertura á la herida abdominal*; se establece así una fístula biliar cutánea que se deja cerrar espontáneamente (*fistula temporal*) ó que se mantiene durante un tiempo ilimitado (*fistula permanente*). Debemos esta operación á Marion

(1) Consúltese: Musser y Keen (*Am. j. of. med. sc.*, Octubre de 1884); Denucé (Th. agreg. Paris, 1886); L. Tait (*Edinb. med. j.*, pág. 317, Octubre de 1888). Véanse aún más especialmente: Courvoisier (*Casuistisch-statistisch Beiträge zur Path. u. Chir. der Gallenwege*, Leipzig, 1890); y Terrier, *Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires. Résultats immédiats et éloignés* (*Congrès franç. de Chir.*, 1892—y *Rev. de chirurgie*, 1892); Vautrin (de Nancy); (*Congrès int. de Rome*, 1894); R. Abbe, *Dennis's system of Surgery*, IV, 1896.

(2) Tuffier (*Soc. chir.*, pág. 245, 1896).

Sims (18 de Abril de 1878). Desde esta época, ha sido practicada un gran número de veces. Por razones que sería prolijo exponer aquí detalladamente, se la considera todavía *como la operación de elección* por la mayor parte de los cirujanos (1) por lo que se refiere al tratamiento de la litiasis biliar y en el empiema de la vesícula; Terrier (2) hasta es de opinión que conviene á todos los casos de angiocolitis y de colecistitis infecciosas. Lo indudable es que resulta la más prudente y la menos grave de todas las operaciones que podemos practicar en esos casos.

Aparato instrumental:

- Un bisturí recto;
- Una sonda acanalada y un estilete romo;
- Dos separadores;
- Una serie de pinzas de forcipresión;
- Un par de tijeras rectas;
- Dos pinzas de disección;
- Un aspirador de Dieulafoy;
- La pinza de cálculos de Lawson-Tait (fig. 781) ú otras análogas;
- Una cucharilla roma;
- Una serie de agujas de Hagedorn, y el porta-agujas de Pozzi;
- Seda, catgut, esponjas, compresas, etc.

#### MANUAL OPERATORIO

Los dos primeros tiempos son los mismos para la colecistotomía que para la colecistostomía.

1.<sup>er</sup> tiempo: *Incisión de la pared abdominal*. — Estando el sujeto en decúbito supino, después de haberse colocado el operador á la derecha, hágase una incisión cutánea de 8 centímetros que empiece á dos traveses de dedo más abajo del apéndice xifoides y á dos traveses de dedo á la derecha de la línea alba y que se prolongue oblicuamente bajo el reborde de las falsas costillas derechas y á uno ó dos traveses de dedo de este borde (fig. 782 A B). Musser y Keen recomiendan esta incisión paralela al arco costal; otros, la mayoría de los cirujanos siguiendo á L. Tait, prefieren una incisión vertical que siga el lado externo del músculo recto mayor del lado derecho y empiece á nivel de la extremidad anterior de la décima costilla.

Divídanse sucesivamente todos los demás planos de tejidos hasta el peritoneo.

2.<sup>o</sup> tiempo: *Reconocimiento y liberación de la vesícula*. — Mientras un ayudante colocado á la izquierda del enfermo separa los labios de la herida abdominal, reconózcase la vesícula bajo el borde del hígado por fuera de la eminencia porta-anterior, y para esto, de ordinario, libresela de una atmósfera de adherencias que la cubren y que fijan juntos el hígado, el duodeno y el colon transversal, y evacúese la vesícula en su mayor parte con el aspirador Dieulafoy, después de haberla puncionado cerca del fondo.

A. COLECISTOTOMÍA IDEAL (Operación de Meredith). — 3.<sup>er</sup> tiempo: *Apertura y evacuación de la vesícula*. — Protéjase la cavidad peritoneal con esponjas ó compresas colocadas entre ella y la vesícula; protéjase igualmente la herida abdominal. Abrase la vesícula cerca del fondo entre dos asas de hilo de

(1) Tuffier (*Soc. chir.*, pág. 245, 1896).

(2) Terrier (*Cong. fr. de chir.*, pág. 21, 1895).

seda que sirven para retenerla al exterior; déjese fluir su contenido; practíquese el lavado de su interior mediante una jeringa llena de una solución antiséptica caliente, luego explórese su cuerpo y su cuello con una sonda acanalada, un estilete romo, el índice ó el dedo meñique; el dedo revela á menudo cálculos que á causa de su blandura habían pasado inadvertidos á los instrumentos exploradores, conforme ha hecho observar R. Abbe. Explórense también por el tacto intra-peritoneal, por el hiatus de Winslow, el conducto cístico y el conducto colédoco, y procédase entonces según los resultados de la doble exploración: extracción de los cálculos de la vesícula, raspado de la vesícula, aplastamiento de los cálculos de los conductos, expresión de estos cálculos hacia el duodeno ó hacia la vesícula, etc.

4.º tiempo: *Cierre y reducción de la vesícula.*—Una vez evacuada y limpia la vesícula y desinfectado el campo operatorio, reúnanse las mucosas de los labios vesiculares mediante una sutura á punto por encima con catgut; luego cóaptense las superficies serosas de estos mismos labios mediante una doble serie de puntos de seda de Lembert. Después de asegurarse de que no filtra líquido alguno entre los puntos cuando se aprieta la vesícula entre los dedos, redúzcase en la cavidad abdominal en su sitio ordinario.

5.º tiempo: *Cierre completo de la herida abdominal.*—Mediante tres planos de suturas.

Tal es la verdadera colecistotomía ideal. Ha dado trece éxitos brillantes en trece casos á Heusner (de Barmen) (1).

*Modificación de Czerny, fijación de la vesícula á la pared abdominal.*—Para prevenir en lo posible la dehiscencia de la línea de sutura vesicular, Czerny (2) fija sus bordes al peritoneo parietal por una serie de puntos entrecortados con seda fina; reúne luego los tegumentos por encima de esta doble línea de sutura, dejando un pequeño orificio para una mecha de gasa yodofórmica. Esta es, por lo demás, la operación que han descrito primero Parkes y Carmalt (3). (*Colecistotomía con suturas perdidas intraparietales de Terrier*). Czerny ha obtenido por este procedimiento dos éxitos completos. Lücke (4) ha empleado también con notable resultado el procedimiento de Czerny. Este último nos parece muy preferible á las otras modificaciones que Wölfler y Senger han preconizado para la colecistotomía ideal.

**B. COLECISTOSTOMÍA (Operación de Ransohoff).**—3.º tiempo: *Fijación parietal, apertura y evacuación de la vesícula.*—Sujétese la serosa que cubre la cara inferior y el fondo de la vesícula al peritoneo de la herida abdominal por una corona apretada de puntos entrecortados con seda fina. Abrase la vesícula

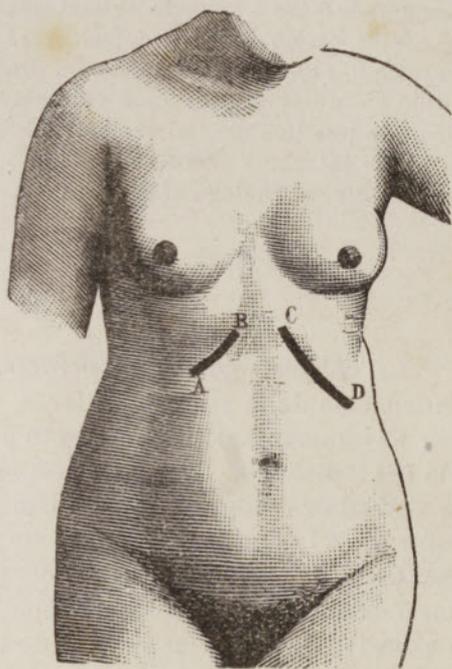


FIG. 782

A B, incisión para la colecistotomía y la colecistostomía.  
— C D, incisión para la esplenectomía

(1) Voigt. (*D. med. Woch.*, n.º 34, pág. 776, 1890).

(2) Klingel (*In. Diss. Heidelberg*, 1889).

(3) Parkes y Carmalt (*Philad. med. News*, 1, pág. 532, 1886).

(4) Winkelmann (*D. Zeitsch. f. chir.*, XXXI, pág. 383, 1891).

en medio del área suturada y evacúesela como se ha dicho con motivo de la colecistotomía.

4.º tiempo: *Cierre incompleto de la herida abdominal*. — Déjese la vesícula abierta. Fíjese *todo el espesor* de los bordes de su abertura á las secciones correspondientes de la piel. Finalmente, á derecha é izquierda (ó arriba y abajo, según la dirección de la incisión abdominal), reúnase el resto de la herida abdominal como de ordinario.

La fístula que queda después de la operación se cierra generalmente entre ocho días y dos meses, según Tuffier. A veces persiste largo tiempo; no obstante, no hay que apresurarse á cerrarla ante el temor de nuevos accidentes.

*Modificación de H. Delagénière* (1) (del Mans): *esfinterización de la fístula*.—Queriendo remediar los inconvenientes del procedimiento ordinario (persistencia á veces indefinida de la fístula, infección secundaria de las vías biliares, pérdida de la bilis), este cirujano practica un ojal vertical sobre el músculo recto mayor, á 5 ó 6 milímetros de su borde externo y aboca la vesícula á la aponeurosis anterior de este músculo. Es un procedimiento análogo al de V. Hacker para la gastrostomía.

### COLECISTECTOMÍA (2)

La colecistectomía ú *operación de Langenbuch* (15 Julio de 1882) es la extirpación de la vesícula biliar.

Es una operación seria, según parece. Por esto se deben reducir todo lo posible sus indicaciones. Greig Smith (3) sólo la admite para los casos: 1.º en que la vesícula calculosa está de tal manera retraída que su fondo no puede ser suturado á la herida abdominal sin desgarrar de sus paredes; 2.º en que, á consecuencia de perforación por ulceración y empiema, sus tejidos son tan delgados ó están tan inflamados que son ineptos para la sutura. Nosotros añadiremos á estas indicaciones las fistulas no biliares persistentes y los tumores malignos primitivos de la vesícula, con tal, sin embargo, de que las adherencias y la limitación de la neoplasia permitan la erradicación.

Según R. Abbe, las indicaciones son solamente: 1.º la atrofia crónica de la vesícula con distorsión y saculación; 2.º los tumores malignos de la vesícula, al principio. Sin embargo, Michaux es de opinión, como Thiriari y Terrier, de que merece aplicaciones más frecuentes y que es superior á la colecistostomía; su mortalidad no parece ser más considerable y tiene todas las ventajas de una operación radical.

Aparato instrumental;

Un bisturí recto;

Una sonda acanalada;

Tijeras curvas de punta roma;

Una aguja de Deschamps;

Pinzas de forcipresión;

Dos separadores;

Un termocauterio;

Agujas;

Seda, catgut, esponjas, etc.

(1) H. Delagénière (*Congr. fr. de chir.*, pág. 493, 1895).

(2) Consúltese: Courvoisier (*loc. cit.*); Thiriari (*Congr. fr. de chir.*, 1888); Calot, Th. de París, trabajo muy completo; Michaux, *Congr. fr. de chir.*, pág. 798, 1893; y *Soc. chir.*, pág. 359, 1896).

(3) Gr. Smith, *Abdominal Surgery* (pág. 612, 1889).

*Procedimiento de Michaux.* — «1.º Incisión sobre el borde externo del músculo recto mayor, rebasando un poco por arriba las costillas falsas, descendiendo, por abajo, hasta el nivel del ombligo, en una longitud de 12 á 15 centímetros: á veces (Calot) puede ser útil añadir una pequeña incisión transversal sobre el músculo recto.» (La incisión media, según Guillemain, da, sin embargo, más luz que la incisión lateral).

»2.º Inspección y aislamiento de la vejiga por su cara inferior, ya con los dedos, ya con el bisturí; separación del intestino y protección de la cavidad peritoneal con esponjas ó compresas antisépticas.

»3.º Separación de la vesícula de la cara inferior del hígado. Un ayudante levanta con los dedos la cara inferior del hígado, el cirujano coge la vesícula y circunscribe con el bisturí toda la base adherente. Una vez incindido el peritoneo vesículo-hepático, nada es más fácil que despegar con los dedos la vesícula.

»4.º Ligadura cuádruple del conducto cístico: dos ligaduras profundas con catgut grueso, dos ligaduras superficiales con seda. Excepción de la vesícula y cauterización minuciosa del muñón con el termocauterío. Como bastante á menudo, á pesar de las ligaduras, se efectúa luego un derrame de bilis por la herida, hay que conducir hasta el muñón una mecha de gasa yodofórmica cuya extremidad opuesta va á salir al exterior por la extremidad inferior de la herida.»

5.º Ciérrase todo el resto de ésta por encima de la mecha, del modo ordinario.

Según 28 casos recogidos por Courvoisier, la mortalidad de la colecistectomía, sería de 25 por 100. Resulta menor en la estadística personal de Langenbuch (1), que había hecho trece veces la operación hasta 1887: 15, 4 por 100; y en la más reciente de Calot resulta de 10 por 100 próximamente.

En 12 colecistectomías que ha practicado y de las que 2 han sido complicadas con una coledocotomía, Michaux (2) ha perdido 3 enfermos.

## COLECISTENTEROSTOMÍA, COLECISTOCOLOSTOMÍA COLECISTOGASTROSTOMIA

La idea de abocar la vesícula biliar con el intestino en los casos de retención biliar pertenece á Nüssbaum, siendo von Winiwärter (3) el primero que la ha realizado en el hombre en 1880, después de una serie de intervenciones operatorias; su enfermo ha curado perfectamente. La nueva operación, reproducida experimentalmente en los animales por Gastón (4), luego por F. Colzi (5), no ha entrado definitivamente en la práctica hasta el día en que Kappeler (6) ha publicado su observación de colecistenterostomía acompañada de una técnica bien reglada; á él se debe la colecistenterostomía ejecutada en una sola sesión. Monastyrski (7) había hecho, según parece, la misma operación antes que él, pero no dió á conocer su caso y su manual operatorio hasta varios meses después que Kappeler. El ejemplo de estos dos cirujanos ha sido seguido por

(1) Langenbuch (*Berl. Klin. Woch.*, pág. 118, núm. 7, 1887).

(2) Michaux (*Soc. chir.*, pág. 319, 1896).

(3) Winiwärter (*Prog. med. W.*, pág. 216, 1882).

(4) Gastón (*Atlanta med. a. surg. j.*, Septiembre-Octubre de 1884; y *Med. aud. surg. Report. Philad.*, 12 Septiembre de 1885).

(5) Colzi (*Lo Sperim.*, fasc. 4, V, 1886).

(6) Kappeler, *Corresp. für schw. Ärzte*, 1.º Septiembre de 1887, y 15 Febrero de 1889: *autopsia*).

(7) Monastyrski, *Chir. Westn*, Mayo-Junio de 1888).

Socin (1), por Blattmann (2), por Terrier (3), por Mayo Robson (4) y, más recientemente, por el mismo v. Winiwärter (5) que ha hecho la operación en una sola sesión, en lugar de escalonar sus tiempos como antes, y luego por Helferich (6). A esta lista, en 1893, añadíamos un caso de Tillaux (7): operación en tres sesiones, y dos casos de Bardenheuer, sobre los que desgraciadamente no se tiene detalle alguno. La mayor parte de estos hechos se encuentran consignados, por lo demás, en un buen trabajo sintético de Delagénère (8) *sobre la colecistenterostomía*. Desde entonces se han publicado gran número de operaciones análogas, sobre todo desde el advenimiento del botón anastomótico de Murphy.

Según opinión general, sólo existe una indicación indisputable para la anastomosis intestinal de la vesícula biliar: *es la oclusión directamente irremediable del conducto colédoco*, exista ó no una fístula biliar externa. Esta oclusión será producida ya por un cálculo que no se puede alcanzar, ni quitar, ni desalojar hacia el duodeno; ya por una estenosis cicatricial, ya por un tumor maligno del duodeno ó de su vecindad (páncreas, etc.). La operación puede indudablemente ser aplicada en otras ocasiones, hasta numerosas, como lo hace Murphy; pero es entonces más ó menos discutible.

La vesícula biliar ha sido anastomosada, ya con la primera porción del duodeno (Bardenheuer, Terrier, Richelot (9), ya, y lo más á menudo, con el intestino delgado, ya con el colon transverso (Winiwärter, Mayo Robson), ya, en fin, con el estómago (Max Wuchkoff, Angelberger (10), Ch. Monod (11) Terrier (12). El duodeno es el sitio de elección; después de él se puede buscar el estómago ó el intestino delgado, y sólo como último recurso, por razones fisiológicas, á pesar de su proximidad y la facilidad de la operación, se establecería la comunicación con el colon transverso.

Las anastomosis del colecisto con el tubo digestivo se practican generalmente hoy día, por medio del botón de Murphy ó de la bobina de Robson, pues así la operación es mucho más sencilla y rápida sin perder nada de su eficacia; sin embargo, alguna vez la vesícula está tan avellanada que sólo es posible la anastomosis por sutura.

A. COLECISTO-DUODENOSTOMÍA.— *Procedimiento de Terrier*. — 1.<sup>er</sup> tiempo: *Incisión de la pared abdominal*.— Abrase el abdomen por la línea alba entre el apéndice xifoides y la cicatriz umbilical.

2.<sup>o</sup> tiempo: *Reconocimiento, exploración y evacuación incompleta de la vesícula. Exploración de los conductos excretores*. — Abierto el abdomen, reconózcase bajo la cara inferior del hígado, la vesícula más ó menos distendida por un líquido. A nivel de su fondo, y con un trócar mediano del aspirador Potain, practíquese una punción á fin de reducir el volumen de la vesícula; luego, retirado el trócar, obtúrese la abertura de la punción con una pinza de

(1) Socin (*Jahresb. ub. d. Chir. Abth. des Spitals zu Basel währ.*, 1887; *Basel*, pág. 60, 1888).

(2) Blattmann (*Corresp. für schw. Ärzte*, n.º 6, pág. 169, 1890).

(3) Terrier (*Rev. de chir.*, X, 1889, t. IX, pág. 973).

(4) Mayo Robson (*Brit. med. j.*, 30 Noviembre de 1889; y *Med. chir. Tr.*, vol. LXXIII, pág. 64, 1890).

(5) Winiwärter (*Ann. de la Soc. medico-chir. de Liège*, n.º 7, pág. 177, 1891).

(6) Helferich (*D. med. Woch.*, 25 Febrero, pág. 157, 1892).

(7) Tillaux (*Soc. chir.*, pág. 290, 1890).

(8) Delagénère (*Thèse Paris*, Junio de 1890).

(9) Richelot (*Congr. fr. de chir.*, pág. 174, 1892).

(10) Angelberger (*Wien. Klin. Woch.*, w. 18, 1893).

(11) Ch. Monod (*Soc. chir.*, pág. 546, 1896).

(12) Terrier (*Ibid.*, pág. 565, 1896).

presión. — Explórese con el dedo el cuello de la vesícula, el conducto cístico sobre el borde derecho del omento gastro-hepático y más abajo, hacia atrás, á través del hiatus de Winslow, el conducto colédoco hasta su embocadura á nivel de la cabeza del páncreas. Si el obstáculo que se ha descubierto en el trayecto del colédoco ó en su terminación es, ó parece, operatoriamente insuperable, procédase como sigue á la anastomosis duodenal de la vesícula.

3.<sup>er</sup> tiempo: *Atracción de la vesícula y del duodeno. Sutura anastomótica.* — Atráigase la vesícula y la primera porción del duodeno lo más afuera que se pueda, después de haber protegido la cavidad peritoneal por medio de compresas y de esponjas montadas contra la efusión de la bilis. Aproxímese la cara inferior de la vesícula á la cara ántero-superior del duodeno y, á 3 centímetros del píloro, que se reconoce por su consistencia y por su surco circular, establézcase la fistula cisto-duodenal. Para esto, en el extremo posterior del área escogida, colóquese primero un asa transversal de catgut en forma de cordón de bolsa: esta asa atraviesa las tunicas serosa y muscular de la vesícula y del intestino, con exclusión de la mucosa; manténganse sus dos cabos con una pinza de presión. Por delante de esta asa, á cada lado del área, en dos líneas ántero-posteriores, colóquense cuatro asas transversales; cada una de ellas atraviesa primero el intestino bajo la serosa en un trayecto de 1 centímetro, sale á la superficie, atraviesa de nuevo el intestino en un trayecto de 1 centímetro, vuelve á salir fuera del área, luego, de dentro á fuera, atraviesa igualmente dos veces la vesícula bajo su serosa; sujétense los cabos de cada asa con una pinza de presión. Finalmente, en el extremo anterior del área, delante de las dos filas precedentes, pásese otro hilo en forma de cordón de bolsa. Total diez asas.

Apriétese el primer hilo posterior y córtense sus cabos á ras del nudo. Apriétese los hilos laterales, protegiendo las partes vecinas con una esponja montada y separando con una pinza de disección las dos filas de hilos. Córtense también sus cabos á ras.

4.<sup>o</sup> tiempo: *Apertura de la vesícula y del duodeno.* — Una vez apretados los hilos, ábrase con un bisturí fino y estrecho la vesícula biliar primero; luego, después de haber enjugado la bilis que sale por la incisión, punciónese con el mismo bisturí el duodeno en una pequeña extensión correspondiente á la abertura de la vesícula.

Para asegurar la comunicación insinúese en ella un trozo de tubo de desagüe de 4 á 5 centímetros de largo y 4 ó 5 milímetros de ancho que sobresalga á la vez en la vesícula y en el duodeno.

Finalmente, una vez bien lavado con una esponja, ciérrese el punto anterior dispuesto en forma de bolsa.

5.<sup>o</sup> tiempo: *Cierre de la cavidad abdominal.* — Ciérrese la abertura de la punción vesicular, por medio de dos hilos de catgut pasados con la aguja de Reverdin por el espesor de la pared y anudados formando una X. Para mayor seguridad fijese el fondo de la vesícula al ángulo inferior de la herida abdominal. Reúnase esta última mediante suturas profundas con hilo de plata y suturas superficiales con crin de Florencia.

*B. COLECISTO-YEYUNOSTOMÍA.—Procedimiento de Kappeler.*—1.<sup>er</sup> tiempo: *Incisión de la pared abdominal.* — Paralela á la línea alba, siguiendo el borde externo del músculo recto del abdomen, por el lado derecho, de 20 centímetros de largo y empezando debajo del borde costal.

2.<sup>o</sup> tiempo: como en el procedimiento de Terrier.

3.<sup>er</sup> tiempo: *Atracción, luego abertura de la vesícula y del yeyuno.*— Atrái-

gase la vejiga y la parte del intestino delgado que está más próxima; protéjase la cavidad peritoneal con compresas calientes saliciladas; vacíese el asa intestinal de su contenido, por expresión, y sepárese momentáneamente del resto del intestino en una longitud de 6 centímetros, pasando dos hilos de catgut á través del mesenterio y teniéndolos elevados. Ábrase el asa intestinal así aislada, por medio de una incisión longitudinal de 2 centímetros, luego agrándese con las tijeras la abertura del trócar en la misma longitud y en la misma dirección que la brecha intestinal.

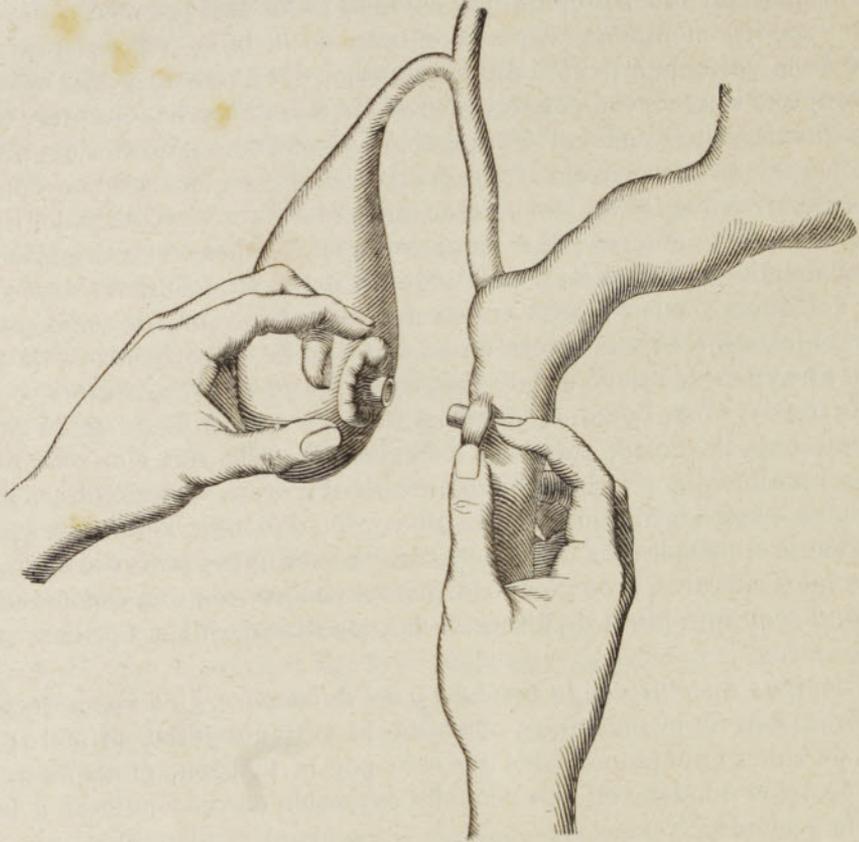


FIG. 783. — Colecisto-duodenostomía con el botón de Murphy

4.º tiempo: *Sutura y reducción de la vesícula y del intestino.* — Después de haber aproximado las dos aberturas, únanse sus labios posteriores primero serosa con serosa, luego mucosa con mucosa, según el método de Wölfler; únanse en segundo lugar sus labios anteriores mucosa con mucosa y luego serosa con serosa, según el mismo método. En fin, á los dos lados y delante, añádanse, si conviene, algunos puntos de Czerny. Desinfectense las líneas de sutura con la solución salicilada, inspecciónense de nuevo y con cuidado los puntos, y redúzcase el intestino y la vesícula.

5.º tiempo: *Cierre de la cavidad abdominal.* — Sin desagüe.

En los 11 casos de anastomosis colecisto-intestinal por sutura que nos son conocidos hasta 1893, se cuentan dos muertes; ó sea una mortalidad en bruto, de 18,1 por 100 (1).

c. *Procedimiento de anastomosis con el botón de Murphy.* — Después de haber evacuado y, si há lugar, libertado la vesícula biliar, se liberta también el

(1) Sprengel (*Langenbeck's Arch.*, XLII, pág. 550, 1891).

duodeno. Se hilvana una sutura en forma de bolsa alrededor de la incisión de abertura de la vesícula, se introduce el semibotón hembra en esta incisión y se aprieta la sutura alrededor del tallo del semibotón. Se incide luego la primera porción del duodeno después de un hilván semejante y se sujeta allí el semibotón macho. Hecho esto se cogen los semibotones (fig. 783) y se los *encaja* á fondo. A veces el duodeno está fijo por todos lados por adherencias y hay que entregarse á una disección metódica y laboriosa, antes de poder movilizarlo hacia la vesícula biliar.

El procedimiento de anastomosis con la bobina de Robson es exactamente el mismo, *mutatis mutandis*, que para la gastro-enterostomía.

En el mes de Abril de 1895, Murphy había reunido 38 casos de colecisto-enterostomía que procedían de 22 cirujanos diferentes y en los que se había empleado su botón anastomótico: en ese número de casos sólo se contaba un muerto = 2,7 por 100. R. Abbe, Quénu, Routier, Delbet, etc., han empleado igualmente el botón de Murphy, casi siempre con éxito. Una vez, no obstante, (R. Abbe) la abertura establecida por un botón de media pulgada no se ha mantenido.

### COLELITOTRICIA EXTERNA

La colelitotricia externa consiste en el aplastamiento de los cálculos á través de las paredes *intactas* de la vesícula y de los conductos biliares (conducto cístico, conducto hepático, colédoco), aplastamiento seguido ó no de la propulsión de los restos hacia el duodeno. Es ciertamente preferible á la talla siempre que los cálculos sean bastante blandos y friables para no necesitar una fuerza de presión que pueda comprometer la vitalidad de las paredes de la vesícula ó de los conductos.

Aplicada á la vesícula por Mayo Robson, conviene sobre todo á los cálculos de los conductos y puede entonces proporcionar éxitos igualmente, como lo demuestran las observaciones de Courvoisier, de Crédé, de Kocher, etc.

Para el aplastamiento se emplean primero los dedos; si los cálculos resisten, se recurre á pinzas cuyos dientes van cubiertos por unos tubitos de caucho (procedimiento de Lawson-Tait).

Se puede á menudo ensayar la litotricia externa antes de pasar á la litotomía.

### CISTICOTOMIA Y CISTICOSTOMIA. — HEPATICOTOMÍA Y HEPATICOSTOMIA. — HEPATOTOMIA

Se designa así respectivamente la talla y la abertura temporal ó permanente del conducto cístico ó del conducto hepático, la talla del hígado (K. Thornton) para la extracción de cálculos. El número de estas operaciones hechas hasta hoy es muy limitado; por esto no insistiremos. Su técnica, excepto para la hepatotomía, puede ser calcada, por lo demás, sobre la de las operaciones similares que se refieren á la vesícula biliar y al conducto colédoco.

## COLEDOCOTOMIA

La *coledocotomía* ó talla del conducto colédoco ha llegado á ser, desde hace algunos años, una operación de primer orden. Ha sido especialmente estudiada en Francia por Terrier (1), Quénu (2), Michaux (3), Tuffier (4) y Jourdan (5).

El lector encontrará en sus trabajos todas las nociones de anatomía quirúrgica que pueden ser necesarias, tanto para el diagnóstico directo como para la medicina operatoria.

*Procedimiento anterior combinado con la laparotomía exploradora de Quénu.*—«Después de haberse colocado el cirujano á la izquierda del operado, dice Quénu, trácese una incisión media que parta á 2 ó 3 centímetros del apéndice xifoides para ir á alcanzar y rebasar un poco el ombligo. Levantado el hígado, cubierto con una compresa y mantenido por un ayudante por medio de una valva ancha que sirve al mismo tiempo de reflector, váyase inmediatamente hacia la primera porción del duodeno, cuyo deslinde con el estómago se hace fácilmente gracias á la ligera estrechez y al mayor grosor en pared que presenta el píloro. Subiendo desde el ángulo formado por las segunda y tercera porciones del duodeno, hacia el cuello de la vejiga biliar, búsquese el hiatus de Winslow: hay que recordar que el borde derecho del omento gastro-hepático, tendido generalmente desde el cuello de la vejiga biliar al duodeno, se encuentra á veces en la mitad del cuerpo de la vejiga, formando así un ancho repliegue peritoneal que hay que rodear para penetrar en el hiatus de Winslow.

»Introdúzcase el índice izquierdo en el hiatus y deprímasele cuanto se pueda. Durante este tiempo aplíquese el índice derecho sobre la cara anterior del omento gastro-hepático; siguiendo su borde derecho, es imposible por esta exploración que se pueda dejar pasar desapercibido un cálculo alojado, ya en la embocadura de los conductos cístico y hepático, ya en la porción supraduodenal del colédoco. Para explorar la porción retroduodenal, deprímase hacia atrás y á la derecha, con el índice izquierdo, la porción vertical del duodeno, y aplíquese el pulgar por su pulpejo sobre el borde superior de la primera parte.

«Si hay adherencias, empiécese siempre por destruir las que unen el hígado al píloro, al duodeno ó al colon, de modo que se pueda levantar y explorar su cara inferior; guíese el cirujano por una parte por la muesca del borde anterior del hígado ó por el engrosamiento cicatricial que indica la celda de la vejiga biliar más ó menos avellanada, y por otra parte, por el ángulo de las dos primeras porciones del duodeno; si es necesario, puede utilizarse el surco de la vena umbilical, como también la distancia del conducto colédoco á la línea media, que es de 24 ó 35 milímetros en el origen y de 18 á 30 en la terminación de este conducto. En último término, la induración que presenta el enquistamiento del cálculo es á veces el único punto de referencia.»

Una vez reconocido el cálculo—si está situado por arriba de la primera

- (1) Terrier (*Congr. fr. de chir.; Rev. de chir.*, 1892; *Acad. de méd.*, 6 Marzo de 1894).  
 (2) Quénu (*Soc. chir.*, pág. 322, 1895; *Rev. de chir.*, Julio de 1895; *Soc. chir.*, Diciembre de 1897).  
 (3) Michaux (*Ibid.*, pág. 359, 1895).  
 (4) Tuffier (*Ibid.*, pág. 398, 1895).  
 (5) Jourdan, *Thèse de Paris*, 1895; Lepetit, *Thèse de Paris*, 1895.

porción del duodeno—con el índice izquierdo colocado en el hiatus de Winslow, hágase sobresalir el cálculo, divídanse *sobre él* el peritoneo y el conducto mediante una incisión longitudinal de 1 centímetro y medio á 2 (no se olvide que la vena porta está *inmediatamente por detrás* y un poco hacia afuera del colédoco), luego quítese el cálculo por expresión ó por extracción, después de haberlo desmenuzado si fuere necesario. Si el cálculo es retroduodenal, sirviendo de guía el índice izquierdo colocado en el hiatus, abórdesele por encima de la primera porción del duodeno, desprendiéndola y echándola hacia abajo, como aconseja Quénu. Si el cálculo reside debajo de la primera porción, incíndase también directamente sobre el cálculo ó á través del tejido pancreático (un éxito de Mac Graw), ó bien extráigasele por duodenotomía (éxito de Pozzi y de Mac Burney). En el caso en que existan varios cálculos, hágaseles salir sucesivamente por la misma abertura.

Terminada la extracción, procédase á la sutura de los labios de la herida del colédoco con dos planos de catgut á punto por encima, si es posible; pero en todo caso condúzcase hasta la herida un grueso tubo de desagüe de vidrio ó de caucho, rodeado de gasa yodofórmica en toda su longitud.

Reúnase la herida abdominal por arriba de este tubo, el cual se quita al tercer día.

En vez de la incisión media, Michaux y otros cirujanos prefieren una incisión lateral, trazada á lo largo del borde externo del músculo recto y que baje por lo menos hasta el ombligo.

*Procedimiento posterior ó lumbar de Tuffier.* — Recordemos primero «que delante del riñón, el colédoco, la segunda parte del duodeno y la cara posterior del páncreas se presentan absolutamente desprovistos de peritoneo.»

«Estando el paciente en decúbito lateral izquierdo, con una almohada bajo el vacío para hacer resaltar el lado derecho, colóquese el cirujano frente á la región dorsal y trace, como para la nefrectomía, una incisión que, partiendo del ángulo de la duodécima costilla y de la masa sacro-lumbar, se extienda 15 centímetros hacia afuera. Reconocida la extremidad inferior del riñón, después de levantarla y sostenerla debajo las costillas falsas por medio de un separador ancho, búsquese y reconózcase la segunda porción del duodeno y el páncreas; sepárese y protéjase la vena cava por dentro, si es necesario, y en todo caso, *inclínese hacia afuera* la segunda porción del duodeno desprovista de peritoneo. Introduciendo en la herida el índice izquierdo, con el pulpejo hacia adentro, siéntase y engánchese un cordón descendente, formado por el conducto colédoco y sus vasos. Con una pinza y una sonda acanalada, se puede entonces aislar el conducto en toda la porción retro-duodenal é intra-pancreática sin que el peritoneo sea lesionado.»

Este procedimiento parece convenir especialmente á los cálculos de la mitad inferior, del colédoco, cálculos que son difícilmente abordables por la cara anterior, á menos que se haga sistemáticamente la coledocotomía á través del duodeno.

La coledocotomía, según Lepetit, da una mortalidad general de 17,5 por 100. Nosotros hemos tenido ocasión de hacer esta operación una vez con la ayuda de los Dres. Durand y Estienny, nuestro jefe de clínica; pudimos quitar sin incidente varios cálculos enormes; pero nuestra operada murió á los dos días á consecuencia de una hemorragia venosa.

## COLEDOCOSTOMIA Y COLÉDOCO-ENTEROSTOMÍA

Estas operaciones consisten en abocar el conducto colédoco dilatado, ya al exterior (directamente ó por drenaje), ya en una parte del tubo digestivo. La primera, practicada tres ó cuatro veces, sólo parece haber ocasionado fracasos, excepto un caso muy reciente de Quénu (1). La segunda ha dado buen resultado en manos de Sprengel (2). Su manual operatorio no presenta, por otra parte, ninguna particularidad.

## RESECCIÓN DEL HÍGADO

Esta operación data solamente de 1888, época en la que Langenbuch (de Berlín) extirpó con éxito un lóbulo del borde anterior del hígado pediculizado

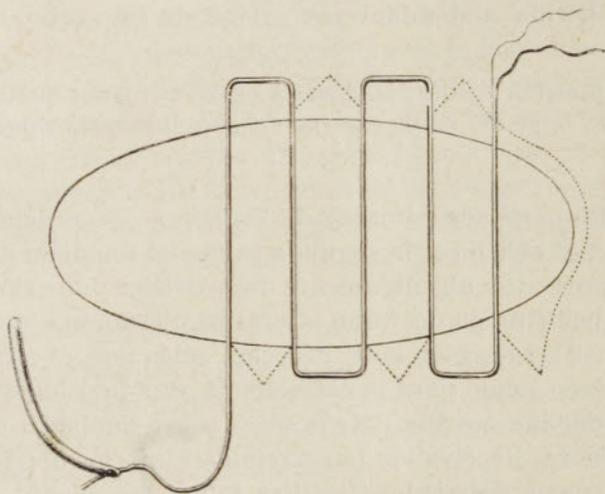


FIG. 784.— Sutura hepática de Kousnetzoff y Pensky

por el uso de un corsé. Cuatro años más tarde el profesor Keen (3) (de Filadelfia) pudo reunir ya, en un trabajo sintético, veinte casos de resección hepática por tumores diversos, y terminaba con las conclusiones siguientes:

«1.º Los experimentos en los animales y las operaciones en el hombre demuestran que los tumores del hígado y aun grandes porciones de dicha glándula pueden ser quitadas sin trastornos funcionales consecutivos. La substancia hepática puede regenerarse.

»2.º El derrame de bilis en la cavidad peritoneal no es un fenómeno habitual después de la resección del hígado; se puede prevenir generalmente por la cauterización de las superficies cruentas, por la ligadura, por el tratamiento externo del pedículo; y aun cuando la bilis entre en el peritoneo, el resultado no es necesariamente fatal.

»3.º La *hemorragia no es muy de temer*. — Se puede hacer la hemostasia

(1) Quénu (*Soc. chir.*, 1.º Diciembre de 1897).

(2) Sprengel (*Lang. Ar.*, pág. 551, XLII, 1891).

(3) Keen (*Boston m. a. s. j.*, 1892).

de los vasos separadamente ó en masa, ó dividirlos con el cauterio, ó tratarlos por la compresión ó por la combinación de estos medios.

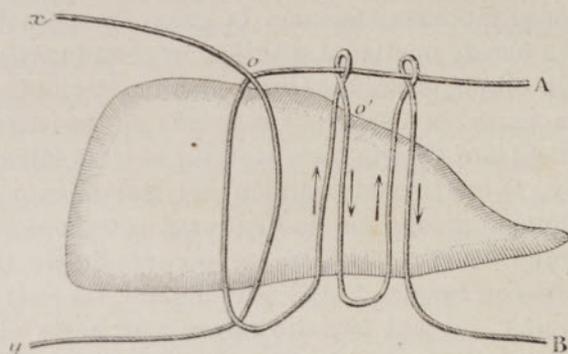


FIG. 785. — Procedimiento de Auvray para la ligadura intrahepática (Esquema)

A B y x y, hilos de seda plana n.º 5 entrecruzados en o. Serie de asas hechas con el hilo A B y ensartadas con uno de sus cabos. Las asas análogas no han sido hechas todavía con el otro hilo sobre la otra parte de la masa hepática

»4.º La resección de los tumores ó la amputación se hace preferentemente por la enucleación, por el cauterio, las tijeras ó el bisturí.

»5.º La mortalidad ha sido de 10 por 100.»

El año siguiente v. Bergmann (1) suscitaba esta cuestión ante el *Congreso alemán de cirugía* y relataba una observación de extirpación de adenoma tubular que demostraba las ventajas del tratamiento interno del pedículo por la sección con el bisturí, la ligadura de los vasos y el taponamiento con la gasa yodofórmica.

Después se han publicado otras varias observaciones en todos los países (2), pero su número (unas treinta) no es todavía bastante considerable para que se pueda saber definitivamente á qué atenerse: 1.º respecto á los mejores modos de hemostasia apropiados á los diversos casos; 2.º acerca de la preeminencia del tratamiento externo ó del tratamiento interno del muñón hepático, ó de la esfera de acción respectiva de estos dos tratamientos.

En su reciente y muy notable trabajo Kousnetzoff y Pensky (3) (de Karkow) se han esforzado precisamente en resolver estos problemas y han llegado á la conclusión de que el tratamiento interno debe ser preferido, y para hacerlo práctico han imaginado una ligadura en zigzag con doble hilo (fig. 784) que se pasa por medio de una aguja roma á través del tejido hepático.



FIG. 786. — Aguja de Auvray

(1) v. Bergmann (*Congr. al. de chir.*, Abril de 1893).

(2) Véase especialmente la muy interesante observación de Segond: *Sur un cas de cancer primitif du foie traité par l'ablation* (*Soc. chir.*, pág. 764, 1896; v. Rosenthal (*D. Med. Woch.*, 4, 1897); Schrader (*Ibid.*, 14, 1899); J Wheelock-Elliott (*Ann. of Surgery*, Julio de 1897).

(3) Kousnetzoff y Pensky (*Rev. de chir.*, núms. 7 y 12, 1896).

Según Wheelock-Elliot, el tratamiento externo por el método de v. Eiselsberg y v. Bergmann presenta asimismo las mayores ventajas: consiste, después de hacer la hemostasia de la herida hepática por la ligadura aislada de los grandes vasos y por el taponamiento con la gasa, después de haber reducido todo lo posible dicha herida mediante suturas, en abandonarla en el abdomen, pero no sin haberla blindado previamente con una torunda de gasa yodofórmica, de la que una parte va á salir por la herida de las paredes del abdomen, que se deja suficientemente abierta para facilitar la cura intra-abdominal.

En fin, Auvray (1), partidario también del tratamiento interno, ha estudiado experimentalmente un sistema de ligaduras intrahepáticas (fig. 785), que coloca con una aguja especial (fig. 786), y por medio de las cuales hace la hemostasia apretando con fuerza el tejido del hígado. La exéresis se debe practicar en forma de cuña, lo cual permite aproximar hasta el contacto ó poco menos las dos secciones, por una serie de puntos entrecortados.

### HEPATOPEXIA

La hepatopexia (2) consiste en fijar el hígado ó un lóbulo del hígado, que se encuentra móvil ó flotante, suturándolo á la pared tóraco-abdominal (método ordinario) ó formándole un saco peritoneal (método de Péan). A veces se asocia á la nefropexia, ya en la misma sesión, ya en otra sesión ulterior, cuando el riñón derecho está igualmente dislocado.

Sólo está indicada en los casos en que el cinturón abdominal se ha mostrado impotente para inmovilizar el hígado, y por consiguiente para aliviar al enfermo.

A. MÉTODO ORDINARIO: *Sutura tóraco-abdominal*. — La hepatopexia es *parcial* cuando se limita á fijar un lóbulo ó lobulillo del hígado, ó *total*, cuando es la totalidad del hígado lo que se trata de reducir y sujetar. La primera operación, la más sencilla, es también la más antigua; ha sido practicada por Ritter von Acker (de Viena), Tscherning (de Copenhague) y Langenbuch (de Berlín). La segunda ha sido ejecutada por vez primera en Francia por Gérard-Marchant (Febrero de 1891), cuyo nombre lleva con justicia esta intervención quirúrgica; después, Lannelongue (de Burdeos), Richelot, H. Delagénère (del Mans), etc., han dado á conocer otros casos. La hepatopexia parcial nos parece que no requiere una descripción particular.

*Hepatopexia total*. — *Procedimiento de Delagénère*. — «Sobre el borde externo del músculo recto hágase una incisión vertical de 15 centímetros, partiendo del borde costal. Abierto el peritoneo, levántese el hígado y redúzcasele (si es posible) á su sitio normal; esta reducción resulta facilitada cuando se coloca al enfermo en la posición declive; se consigue así casi poner al mismo nivel el borde costal y el borde cortante del hígado.

»Fuera de la escotadura, sobre la cara convexa del hígado, colóquense seis catguts (n.º 3 Repin) destinados á la fijación del órgano, según el método enseñado por el profesor Guyon para la fijación del riñón. Estos hilos se hallan distantes unos de otros 15 milímetros próximamente. Cada hilo es doble y se hace

(1) Auvray, De la resección del hígado (*Revue de chir.*, pág. 319, 1897).

(2) Consultese: Faure, *Thèse de Paris*, 1892; Couturier, *Thèse de Bordeaux*, 1895; Sangline, *Thèse de Paris*, 1896; Delagénère (*Soc. chir.*, pág. 232, 1897); Terrier y Auvray, El hígado movable (*Revue de chir.*, Agosto y Septiembre de 1897).

un nudo á su entrada y á su salida del parénquima. Cuatro de estos hilos forman hilvanes y los otros dos quedan colocados en asa simple. Sus asas se hunden en el tejido hepático á 1 centímetro de profundidad, y median 20 á 25 milímetros entre el orificio de entrada y el de salida. Cada hilván comprende cuatro orificios. Los dos de en medio dejan al descubierto 1 centímetro de los dos catguts, en tanto que los puntos hepáticos situados á cada lado tienen de 15 á 20 milímetros de extensión y próximamente 1 centímetro de profundidad. De ello resulta que la glándula hepática presenta sobre su cara externa, por fuera de su escotadura y cerca de su borde cortante, una superficie cuadrilátera, de 7 centímetros y medio de largo por 4 centímetros de ancho, comprendida entre los hilos y destinada á la fijación.

Cada hilo es colocado en la pared, del modo siguiente: la línea directriz es el borde costal que debe corresponder al intersticio comprendido entre los orificios de entrada y de salida de los hilos, de tal suerte que el hígado así fijado rebasará un poco más que normalmente el borde costal. Los dos cabos posteriores de cada hilo son pasados, separadamente y á 1 centímetro de distancia uno de otro, á través del borde costal y los planos musculares, exceptuada la piel, y luego son atados vigorosamente. Se hacen así seis nudos con los doce cabos posteriores. Los doce cabos anteriores son colocados de igual manera, pero en el espesor de la pared abdominal, exceptuando siempre la piel que habrá sido previamente despegada; los dos primeros corresponden á la incisión de la pared abdominal, pero los siguientes se alejan progresivamente de ella, siguiendo la incurvación del borde costal.

»Establézcase, si há lugar, una fistula biliar (colecistostomía) para obrar, á manera de desagüe, sobre la cirrosis hepática y, en todo caso, sobre la infección ya existente de las vías biliares.

»Ciérrese el resto de la herida abdominal.»

*Procedimiento de Franke.* — Para fijar extensamente el hígado en su situación normal, — después de haber abierto el abdomen por una incisión paralela al borde costal, — Franke (1) no se contenta con colocar 8 ó 9 suturas que atraviesan por un lado el borde del hígado, por otro el peritoneo parietal y una capa muscular; deja libre la región de la vesícula biliar en una longitud de 2 á 3 centímetros, introduce por esta región una torunda de gasa yodofórmica y la extiende en forma de abanico entre el diafragma y la cara superior del hígado; luego cierra completamente el abdomen, excepto para el paso de la extremidad externa de la gasa. La gasa no se quita hasta los ocho días, cuando se han formado adherencias extensas. Este procedimiento ha dado á Franke dos éxitos completos.

Cuando el hígado no puede ser reducido bajo el borde costal, se le fija á la pared abdominal del modo más sólido posible, después de haber raspado con el bisturí, como lo ha hecho Lannelongue, la superficie convexa del hígado en una extensión conveniente.

**B. MÉTODO DE PÉAN (2): Fijación por medio de un saco peritoneal artificial.** — Admitamos que se trata de hacer al mismo tiempo la nefropexia, como sucedía en el caso de la enferma que Péan operó con éxito completo.

«Hágase una incisión transversal de atrás á delante, desde el borde anterior del cuadrado lumbar, en la dirección del ombligo, en una longitud de 15 centímetros. Redúzcase el hígado bajo las costillas y, mientras la mano de un

(1) Franke (*C. fr. Chir.*, 8 Agosto de 1896).

(2) Péan (*Congr. fr. de chir.*, pág. 490, 1896).

ayudante lo sostiene, créese debajo de él un tabique peritoneal, transversal, bastante largo para prevenir toda dislocación ulterior. Para esto, júntese, inmediatamente por debajo del órgano reducido, la hoja parietal anterior del peritoneo con su hoja póstero-lateral, por medio de hilos de seda con asas separadas que comprendan estas serosas y, en todos los puntos donde sea posible, cierto espesor de tejido fibro-celular ó fibroso. Refuércese esta sutura de seda, con otra, á punto por encima, de catgut.

»Despéguese la hoja parietal posterior del peritoneo, vuélvase el riñón á su sitio normal, y créese debajo del riñón una celda incindiendo verticalmente el músculo transverso y uniendo, mediante suturas de seda con asas separadas, y otras, á punto por encima, de catgut, la cara profunda del peritoneo parietal á los bordes seccionados de la aponeurosis profunda del músculo transverso; de este modo se forma, debajo de la extremidad inferior del riñón, un saco de sostén sero-fibro-muscular, destinado á impedir que vuelva á caer en la pelvis.

»Ciérrese por planos el resto de la herida muscular y continúese la sutura de modo que se asegure bien la posición del riñón, después de haber colocado un tubo de desagüe en el tejido celular por encima del riñón.»

En las quince hepatoxias, parciales ó totales, practicadas hasta el día, el éxito operatorio ha sido completo, y parece que los resultados ortopédicos han sido de los más satisfactorios.

### III

#### ESPLENECTOMIA

La *esplenectomía* (1) es la extirpación del bazo, en tanto que la palabra *esplenotomía* debe ser reservada para expresar la incisión de este órgano, especialmente en los casos de abscesos ó de quistes.

Se sabe hace mucho tiempo, por la experimentación fisiológica y por la observación clínica, que el bazo no es un órgano indispensable para la vida. Por eso la cirugía contemporánea, desde las célebres operaciones de Spencer Wells (1865) y de Péan (1867), ha aceptado definitivamente la esplenectomía como una operación racional y legítima.

La esplenectomía puede estar indicada: 1.º en las heridas penetrantes del abdomen, con contusión, herida contusa ó prociencia irreductible del bazo (estadística de v. Nussbaum 26, casos; 16 curaciones); 2.º quizás, en el porvenir, en los accidentes peritoneales consecutivos á la contusión del hipocondrio izquierdo é imputables á una ruptura del bazo; 3.º en la hipertrofia del bazo, llamada simple ó palúdica; 4.º en el cáncer del bazo; 5.º en el bazo quístico, cuando la punción y la incisión han sido ineficaces; 6.º en el bazo flotante, hipertrofiado ó no; y aun, para decidirse á operar, en cualquiera de estos tres últimos casos, es necesario que el enfermo no se halle extenuado ó que se observen fenómenos graves (compresión, peritonitis, dolores extremadamente vivos, etc.) que justifiquen la intervención. En resumen, las indicaciones claras de la esplenectomía son muy raras.

(1) Véase Gilson (*Rev. de Chir.*, V. 326, 1885); Foubert, (*Th. de Paris*, 1886); Ledderhose (*Billroth-Lücke'sche Deut. Chir. Lief.*, 456, 1890); Spandow (*In D. Berlin*, 1890); Vulpius (*Brun's Beitr. z. klin. Chir.*, cap. XI, 1894); Schalita (*Langenbecks, Arch.*, Bd. XLIX, pág. 637, 1894); Oligiati (*Th. de Paris*, 1896).

En cuanto á la hipertrofia unida á la leucocitemia, se debe borrar de la lista de las indicaciones, á pesar del éxito de Franzolini: de 28 leucémicos, 25 han muerto durante la operación ó poco después, la mayor parte de hemorragia.

Aparato instrumental:

- Un bisturí recto;
- Una pinza de disección y una larga pinza dentada;
- Una sonda acanalada;
- Pinzas-erinas;
- Tijeras fuertes de punta roma;
- Una serie de pinzas de forcipresión y varias pinzas-clamps de Richelot;
- Dos anchos separadores romos;
- Agujas de sutura, una aguja de Deschamps y una aguja roma de Terrier;
- Un termocauterío;
- Seda, catgut, grandes esponjas planas, compresas, etc.

Procedimiento. — 1.<sup>er</sup> tiempo: *Inci-sión de la pared abdominal.*— Estando el sujeto en decúbito dorsal, después de haberse colocado el cirujano á la derecha del paciente, hágase bajo el borde de las costillas falsas izquierdas una incisión de 14 á 16 centímetros de largo, que empiece á tres traveses de dedo por debajo del apéndice xifoides y se prolongue oblicuamente hacia afuera y abajo (fig. 787, C D). Hemostasia simultánea, por la forcipresión.

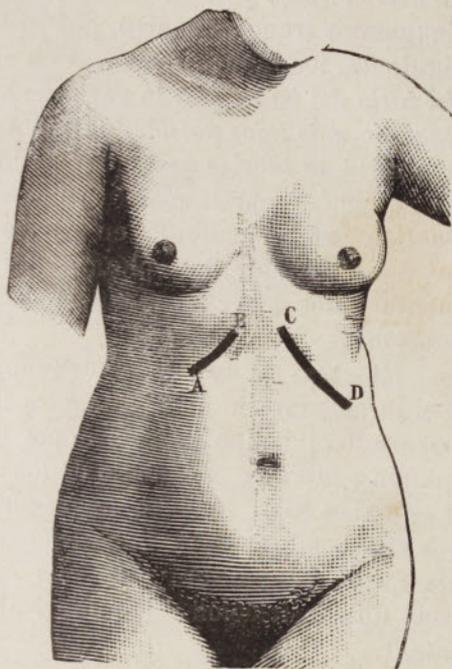


FIG. 787

A B, incisión para la colecistotomía y la colecistostomía  
— C D, incisión para la esplenectomía

Esta incisión oblicua subcostal es perfectamente conveniente cuando el bazo está en su sitio ó es todavía bastante pequeño y movable para que se le pueda llevar á ella. Pero si este órgano ocupa la mitad ó el tercio de la cavidad abdominal, es preferible practicar la incisión en la línea media del abdomen ó, según el consejo de Bryant, sobre el borde externo del músculo recto mayor izquierdo. Estas dos incisiones dan una abertura más considerable y un acceso más directo al pedículo.

2.<sup>o</sup> tiempo: *Exploración del bazo; tratamiento de las adherencias; atracción del bazo.*— En cuanto queda abierto el peritoneo, introdúzcase la mano derecha, explórese el contorno del bazo, compruébense sus relaciones, averigüese la ausencia ó la presencia de las adherencias y, si las hay, reconózcase su forma, su extensión, su resistencia; rómpanse con el dedo las que no son muy densas, divídanse las otras entre ligaduras, tratando sobre todo con cuidado las adherencias diafragmáticas y evitando, en cuanto sea posible, el despegamiento ó el desgarramiento de la cápsula esplénica; si ocurre este accidente, para dominar la hemorragia parenquimatosa, tóquese con el termocauterío la parte desnuda ó desgarrada.

Cuando las adherencias son generales, íntimas y desarrolladas sobre todo en la cara inferior del diafragma, es prudente renunciar á la operación y volver á cerrar el vientre (Langenbuch). Antes de destruir las adherencias múltiples y muy vasculares,

se puede, á ejemplo de Kocher y de Czerny, ligar *in situ* el pedículo del bazo; pero la ligadura es muy difícil de aplicar.

En cuanto queda libertado el bazo de sus inserciones normales, atráigasele poco á poco al exterior, de lado ó por su extremidad inferior, según su volumen, mientras un ayudante separa y deprime fuertemente los labios de la herida abdominal.

3.<sup>er</sup> tiempo: *Tratamiento del pedículo y excisión del bazo.* — Comprímase de arriba abajo y luego de abajo arriba, entre dos pinzas-clamps de Richelot, los ligamentos freno-esplénico, gastro-esplénico y pancreático-esplénico; y por consiguiente, los numerosos vasos en ellos incluidos, — y esto, *lo más cerca posible del hilio del bazo.* Por la parte de acá de las pinzas, por el lado del tronco celiaco, *lo más lejos posible*, pásese á través de toda la altura del ancho pedículo, una serie de fuertes asas de seda con la aguja de Terrier; reúnanse estas asas en cadena y apriétense fuertemente sus cabos respectivos con un doble nudo. Se liga así el pedículo en varios segmentos pequeños, de los que cada uno no debe exceder del volumen del dedo meñique. Consérvense momentáneamente todos los cabos, sujetándolos entre los dientes de una pinza de forcipresión.

Mientras un ayudante sostiene el bazo, divídase su pedículo con las tijeras ó el termocauterio junto á la cara interna de las pinzas-clamps. Una vez desembarazado el campo operatorio por la ablación del bazo, atráigase suavemente el muñón pedicular por medio de los cabos de los hilos que han sido conservados, y entonces sobre el corte, hágase la ligadura aislada, con seda, de todos los vasos visibles después de haberlos convenientemente aislado. Cuando la hemostasia queda asegurada, *pero sólo entonces*, córtense á ras todos los cabos de las asas de constricción pedicular y abandónese el pedículo en la cavidad abdominal.

Esta es la técnica que nosotros creemos mejor para el tratamiento del pedículo, tratamiento muy importante en la esplenectomía, donde se tienen ante sí vasos numerosos, voluminosos, frágiles, y en que la hemorragia, ya primitiva, ya secundaria, es la más frecuente causa de muerte. Pero es claro que no será *siempre* aplicable en todo su rigor metódico y que se habrá de modificar, por ejemplo si el pedículo es demasiado corto; en este caso, aconsejaríamos con Morris, aplicar primero las dos pinzas-clamps sobre el pedículo, dividir éste por fuera de ellas, luego, una vez quitado el bazo, ligarlo por dentro de ellas mediante una serie de ligaduras en cadena como precedentemente, mientras un ayudante deprimiría con fuerza la pared abdominal y la masa de los intestinos se mantuviera á distancia por medio de compresas ó de grandes esponjas planas. En todo caso, la forcipresión temporal total del pedículo nos parece siempre extremadamente útil, si no indispensable.

4.<sup>o</sup> tiempo: *Limpieza del peritoneo y cierre del abdomen.* — Este tiempo nada tiene de especial.

La esplenectomía es una operación muy mortífera, si se hace excepción de los 28 casos—todos felices—en que ha sido practicada á consecuencia de un traumatismo. Según la estadística de Vulpus que se refiere á 117 casos, resulta una mortalidad general de cerca de 50 por 100. Esta mortalidad se reduce, es verdad, á 33 por 100, si se excluyen las operaciones que ya no se deben hacer: esplenectomías por bazo leucémico, bazo amiloideo, bazo enorme por estancación venosa.

## ESPLENOPEXIA

(Operación de Rydygier)

Esta operación data de muy poco tiempo y sólo ha sido practicada todavía muy corto número de veces. No obstante, ha conquistado definitivamente su lugar en el cuadro terapéutico, pues permite conservar bazo móviles, hipertrofiados ó no, que antes hubiesen sido sacrificados.

Rydygier (1) es el primero que ha hecho valer su importancia demostrando el excelente resultado de una operación de esplenopexia que había practicado tres meses antes: el bazo no se había vuelto á dislocar. He aquí su procedimiento: «Después de haber abierto el abdomen en la línea alba, ha practicado lateralmente, entre la novena y la décima costillas, una incisión transversal del peritoneo parietal, luego ha desprendido éste de la pared del abdomen, de modo que se constituya una bolsa de tamaño suficiente para recibir la mitad inferior del bazo. No ha hecho sutura alguna sobre este órgano, habiéndose contentado con fijar al peritoneo parietal el ligamento gastro-esplénico.»

Algún tiempo después, Bardenheuer (2) ha practicado con éxito una operación análoga en una persona de veintitrés años que tenía un bazo movable, dos veces más voluminoso que en estado normal. Ha operado del modo siguiente:

Después de haber practicado la histeropexia por una retroflexión uterina, echada la enferma sobre el lado derecho, ha trazado una incisión longitudinal sobre la línea axilar izquierda, desde el borde costal hasta la cresta iliaca; luego, en ángulo recto, otra incisión de atrás á delante inmediatamente por abajo de la décima costilla. Las dos incisiones habían dividido todos los tejidos á excepción del peritoneo parietal. Luego despegó éste en una gran extensión; hizo en él una incisión para hacer pasar el bazo entre el peritoneo y la pared abdominal y después ha reducido el orificio alrededor del pedículo del bazo, lo ha suspendido mediante un hilo á la décima costilla y ha completado la celda extra-peritoneal con una serie de suturas profundas.

Zykoff (3), por su parte, ha estudiado experimentalmente la esplenopexia sirviéndose de una red de anchas mallas de catgut que fijaba con puntos de catgut á las paredes abdominales. En resumen, el principio de la operación es irreprochable; su técnica no está todavía perfectamente reglada.

## EXOSPLENOPEXIA

Habiendo de tratar un tumor enorme del bazo que llenaba la totalidad del abdomen y de la pelvis, Houzel (de Boulogne-sur-Mer) (4) ha practicado la operación siguiente:

«Después de haber abierto el abdomen y libertado el tumor de sus adherencias anteriores—reconocida imposible la extirpación á causa de las adherencias que le unían por detrás á todo el intestino delgado,—se ha decidido á exteriorizar una parte del bazo. Ha fijado por cada lado el peritoneo parietal á la cáp-

(1) Rydygier (*Congr. all. de chir.*, 20 Abril de 1895, *Sem. médic.*, pág. 193).

(2) Pflücker (*Centr. f. chir.*, 5 Octubre de 1895).

(3) Zykoff (*Sem. méd.*, pág. 441, 1895). Véase también Castellani (*Gazz. d. Osp.*, 17 Junio de 1897); Greiffenhagen (*Centr. f. Chir.*, 6 Febrero de 1897).

(4) Houzel (*Acad. de med.*, 1.º Junio de 1897; *Sem. méd.*, pág. 207, 1897).

sula esplénica mediante una sutura á punto por encima de catgut, de modo que se cierre la cavidad peritoneal, pero dejando entre las dos suturas un espacio de unos cuatro dedos, donde el bazo quedaba expuesto; los dos tercios superiores de la herida cutánea fueron aproximados por algunos puntos de sutura y el bazo curado cubriéndolo con gasa yodofórmica.»

Un mes después el bazo se había eliminado por esfacelo, sin el menor incidente, y hoy día la curación es completa: no queda rastro alguno de tumor.