

D. — Gastroenterostomía por doble anastomosis lateral o en Ω

Para prevenir o reprimir el *circulus vitiosus* de una parte, para evitar los inconvenientes de las implantaciones terminales de otra, algunos cirujanos han juzgado conveniente, después de una gastroenterostomía simple anterior o posterior, practicar, simultánea o secundariamente, una segunda anastomosis lateral entre las ramas aferente y eferente del asa yeyunal unida al estómago. Para esta variedad proponemos el nombre de gastroenterostomía en Ω , cuyo funcionalismo puede ser absolutamente asimilado al de las gastroenterostomías en Y, sobre todo si se obtura la rama aferente entre los dos abocamientos, como vamos a ver más adelante.

1.º Gastroenterostomías en Ω primarias. — Este grupo comprende tres procedimientos muy semejantes.

a. Procedimiento de Mattoli (1). — Practíquese una gastroenterostomía posterior según von Hacker. Abóquense luego las ramas aferente y eferente por anastomosis lateral (figura 945).

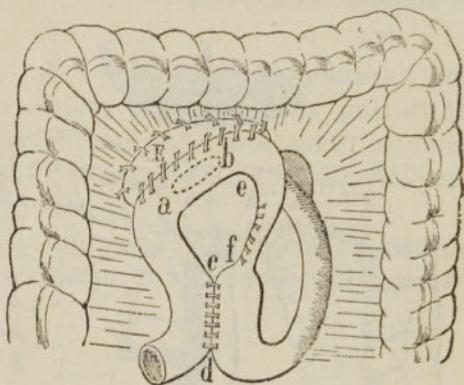


Fig. 945. — Gastroenterostomía en Ω de Mattoli (según Hartmann)

E, estómago; ab, gastroenterostomía; cd, yeyunoyunos-tomía; ef, invaginación del asa aferente

Ciérrese, por último, el asa eferente entre las bocas gástrica y ye-

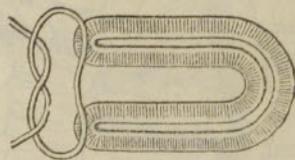


Fig. 946. — Procedimiento de Mattoli. Sección transversal del asa eferente cerrada por invaginación.

yunal, por una invaginación lateral de la pared mantenida con ayuda de una serie de puntos seroserosos (fig. 946).

b. Procedimiento de Fowler (2). — Previa gastroenterostomía anterior o posterior simple, practíquese también una yeyunoyunos-tomía complementaria y ciérrese el asa aferente entre los dos orificios con ayuda de una simple ligadura de alambre de plata, bastante apretada para obturar el calibre, aunque sin seccionar la pared.

c. Procedimiento de Gallet (3). — Para mayor rapidez, Gallet combina la sutura con el botón anastomótico, del modo siguiente:

Fijese el asa yeyunal a la pared posterior del estómago, como en la gastroenterostomía de von Hacker.

(1) Mattoli, *De la gastro-entérostomie* (1903), anal. en *Rev. de Chir.* (1903), vol. XXVIII, pág. 137.

(2) Fowler, *Annals of Surgery* (1902), n.º 119, pág. 695.

(3) Gallet, *Bull. de la Soc. royale des S. iences médic. et natur. de Bruxelles* (1902), pág. 123.

Incíndase el yeyuno. En cada una de las ramas del asa fijada, introdúzcase una de las ramas de unas pinzas sacabocados, provistas en su extremo de la mitad de un pequeño botón de Murphy. Apriétense las ramas de las pinzas y se hace de este modo una yeyunoyeyunostomía en pocos segundos.

Termínese el abocamiento gástrico propiamente dicho por dos planos de sutura.

Por último, aplástese el asa aferente por arriba de la yeyunoyeyunostomía y ciérrense ambos cabos por invaginación (fig. 947).

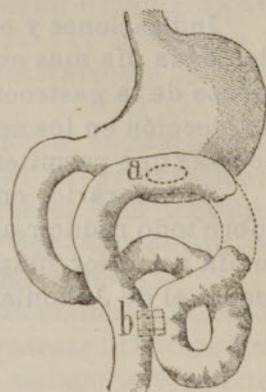


Fig. 947. — Gastroenterostomía en Ω , de Gallet (esquema).

a, orificio gastroyeyunal. — b, botón anastomótico yeyunoyeyunal.

2.º Gastroenterostomía en Ω o en Y secundarias. — Colocamos en este grupo las anastomosis complementarias practicadas algún tiempo después de una gastroenterostomía simple para hacer cesar el «circulus vitiosus».

a. Procedimiento de Jaboulay-Chaput (1). — Consiste en establecer una *duodenoyeyunostomía* uniendo la rama eferente a la parte más móvil del duodeno.

b. Procedimiento de Lauenstein-Braun (2). — Es una yeyunoyeyunostomía por abocamiento lateral entre las dos ramas del asa yeyunal.

c. Procedimiento de Monprofit (3). — Se propone la transformación de una gastroenterostomía simple en gastroenterostomía ipsiliforme.

Dos técnicas posibles:

1.º Secciónese el asa aferente duodenal por arriba del orificio gastroyeyu-

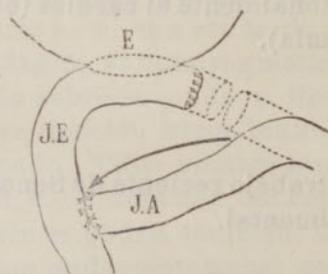


Fig. 948. — Gastroenterostomía en Y secundaria
Primer procedimiento de Monprofit

E, estómago; JA, asa aferente; JE, asa eferente

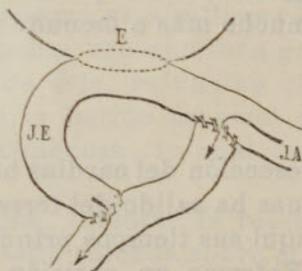


Fig. 949. — Gastroenterostomía en Y secundaria
Segundo procedimiento de Monprofit

E, estómago; JA, asa aferente; JE, asa eferente

nal; secciónese simultáneamente el mesenterio correspondiente para libertar dicha asa aferente. Ciérrase el extremo estomacal de la sección por invaginación. Implántese el cabo anal libre en el asa eferente a 15 centímetros más abajo de la boca estomacal (fig. 948).

2.º Secciónese el asa eferente a 15 centímetros hacia abajo del orificio

(1) Jaboulay, *Prov. méd.* (1894), pág. 61, y Danger, t. de París (1894).

(2) Braun, *Arch. f. Clin. Chir.* (1893), pág. 361.

(3) Monprofit, *Arch. prov. de chir.*, Noviembre de 1903, n.º 11, pág. 649.

gastroeyunal. Implántese el cabo inferior en el asa aferente a algunos centímetros hacia arriba de la neostomosis. Implántese el cabo superior en el asa eferente levantada. Este procedimiento necesita dos implantaciones (fig. 949).

Indicaciones y elección de diversos procedimientos. — Los cirujanos se deciden cada día más en favor de las gastroenterostomías posteriores y particularmente de la gastroenterostomía en Y de Roux (1). Este será el procedimiento de elección en los enfermos resistentes y atacados de estenosis pilóricas no cancerosas que permiten una supervivencia larga o definitiva.

Al contrario, en los sujetos debilitados y los cancerosos, donde importa sobre todo reducir al mínimo el *shoc* operatorio, se preferirá la gastroenterostomía posterior simple y se podrá emplear el botón anastomótico, particularmente el de Jaboulay.

V. — GASTRECTOMÍA

Es la escisión o resección del estómago, que puede ser *atípica* (resección rómbica) o *típica* (resección anular).

La *gastrectomía atípica* o rómbica es excepcional y apenas se aplica más que a las úlceras bien circunscritas. Previa coprostasis y aislamiento de la parte gástrica enferma, se reseca la pared en tejido sano en forma de una escisión rómbica cuyos bordes se aproximan por medio de una doble sutura a punto por encima, total, superficial seromuscular.

La *gastrectomía típica* o anular comprende dos variedades, según que es parcial o total.

§ 1. — GASTRECTOMÍAS PARCIALES

Las gastrectomías parciales interesan excepcionalmente al cardias (cardiectomía), mucho más a menudo al píloro (pilorectomía).

A. — Cardiectomía

La resección del cardias ha sido objeto de un trabajo reciente de Sencert (2), pero apenas ha salido del terreno teórico o experimental.

He aquí sus tiempos principales:

a. Enfermo en posición proclive con una gruesa almohada debajo del tórax, o bien en posición de Kelling (3), es decir, el tórax horizontal, mientras que la parte inferior del abdomen y los miembros inferiores cuelgan verticalmente, a fin de arrastrar hacia abajo todas las vísceras abdominales y exponer bien la región de los hipocondrios.

b. Incisión angular cuya rama vertical sigue la línea media o el borde externo del músculo recto del lado izquierdo, mientras que la rama horizontal sigue oblicuamente el borde costal izquierdo en una longitud de 15 centímetros.

(1) Actualmente, la gastroenterostomía en Y está por completo abandonada, incluso por su autor, ya que su larga duración no va compensada por ninguna ventaja. — (N. del R.)

(2) L. Sencert, *Rev. de gynec. et de chir. abd.*, Mayo y Junio de 1905, pág. 469.

(3) Kelling, *Centr. für. Chir.* (1901), pág. 1025.

Resección del borde costal izquierdo, según los procedimientos de Monod y Vanverts o de de Auvray (véase más adelante *Exploración del bazo*).

c. Con anchos separadores, levántese el hígado y el borde torácico. Cójase y atráigase el estómago hacia abajo. Perfórese la parte superior e izquierda del omento menor. Líguese y córtese la coronaria en su origen. Por la brecha y deslizando el dedo de derecha a izquierda, aíslese progresivamente la cara posterior y el borde izquierdo de la región cardíaca.

d. Entre el índice y el medio izquierdos que lo aprietan, engánchese el cardias y llévesele fuertemente hacia abajo para libertar progresivamente el extremo inferior del esófago y hágasele bajar a su vez en una longitud suficiente para permitir la esofagogastrostomía terminal. Con este objeto, es a veces necesario destruir las adherencias del esófago al diafragma.

e. Pellízquense el estómago y el esófago por medio de clamps colocados más allá de los límites de la región cardíaca que se ha de resear. Córtese primero el esófago; envuélvase el cabo oral en una compresa aisladora y apártese hacia arriba. Córtese luego el estómago por abajo de la lesión.

f. Ciérrase completamente la brecha gástrica por medio de un doble plano de sutura.

g. Si es posible, restáurense las vías digestivas mediante una esofagogastrostomía subdiafragmática, implantando en el estómago el cabo oral del esófago.

Si por falta de tela la anastomosis esofagoestomacal es imposible, abóquese a la piel: 1.º el esófago por su extremo inferior para asegurar el desagüe y la evacuación de las secreciones de este conducto; 2.º el estómago para crear, por gastrostomía, una vía de ingestión.

Se puede también, según Sencert, en lugar de abocar el esófago a la piel, practicar la *inversión del esófago* de un modo análogo a la inversión del recto y del colon pelviano, aconsejada por Quénu en las extirpaciones del recto con ano ilíaco (véase más adelante). En este caso, por una incisión cervical se descubre el esófago (véase *Esofagotomía externa*, pág. 770). Se le incinde. Se introduce en él una sonda de bola olivar cuyo extremo va a salir por el extremo esofágico subdiafragmático. Se liga sólidamente con una seda gruesa ese extremo sobre la sonda y tirando fuertemente de ésta, se vuelve el esófago por invaginación ascendente hasta la altura de la herida cervical donde es seccionado. Cabe contentarse con invaginar la mucosa, lo cual basta para obtener la obliteración del conducto.

Pero se podría también, teóricamente al menos, intentar la resección del conducto esofagoestomacal con ayuda de una plastia calcada sobre el procedimiento de gastrostomía de Dopage (véase pág. 818). Un colgajo estomacal con pedículo superior, de dimensiones convenientes, arrollado sobre una sonda y suturado borde con borde, suministraría un tubo de prolongación que sería bastante largo para ser unido al cabo inferior del esófago. Una sonda esofágica introducida por la boca o la nariz y que se deja colocada durante algunos días facilitaría y calibraría esa anastomosis.

B. — Pílorectomía

La resección del píloro, operación mucho más corriente, puede limitarse al antro pilórico, o bien, y es el caso más frecuente, comprender una parte más o menos considerable del estómago.

He aquí sus tiempos principales:

- a. Incisión vérticomedial de longitud suficiente.
- b. Exploración del estómago (sitio, extensión del neoplasma, adherencias, ganglios, etc.), con el auxilio de dos brechas que perforen, una el omento mayor y otra el menor (véase *Exploración del estómago*, pág. 811).
- c. Determínese la situación de la sección gástrica. Como las lesiones están de ordinario más extendidas hacia la corvadura menor, esta sección deberá a menudo alcanzarla y remontar oblicuamente hacia el cardias (Cunéo y Hartmann).
- Por las brechas epiploicas y a 2 centímetros por cada lado de la línea de sección, colóquense cuatro largos clamps coprostáticos, formando una doble fila y entre las cuales se secciona el estómago.
- d. En la sección cardíaca, líguese la coronaria cerca de la corvadura menor y la gastroepiploica cerca de la mayor. Envuélvase la sección cardíaca en una compresa y apártese a la izquierda.
- e. Apártese el píloro hacia la derecha. Búsquese y líguese la arteria gastroduodenal, hágase la coprostasia en el duodeno y seccionesele entre dos pinzas. Seccionense y hágase la hemostasia de las partes de los omentos mayor y menor que retienen todavía el segmento gástrico resecado.
- f. Reúnanse el estómago y el intestino por alguno de los tres métodos siguientes:

1.º Anastomosis términoterminal (Billroth, 1.ª manera). — Se estrecha primero la sección estomacal por una sutura longitudinal que le da las dimensiones de la brecha duodenal. Se unen luego las dos secciones gástrica y duode-

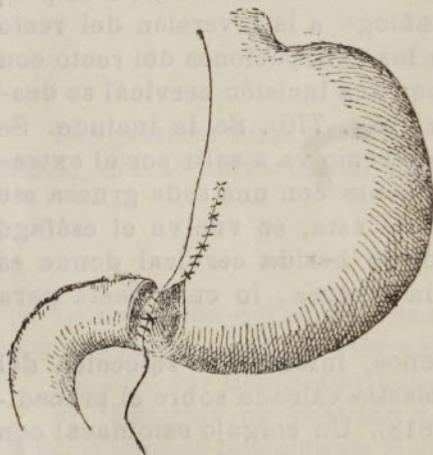


Fig. 950. — Gastrectomía por el procedimiento de Billroth (1.ª manera). Anastomosis términoterminal.

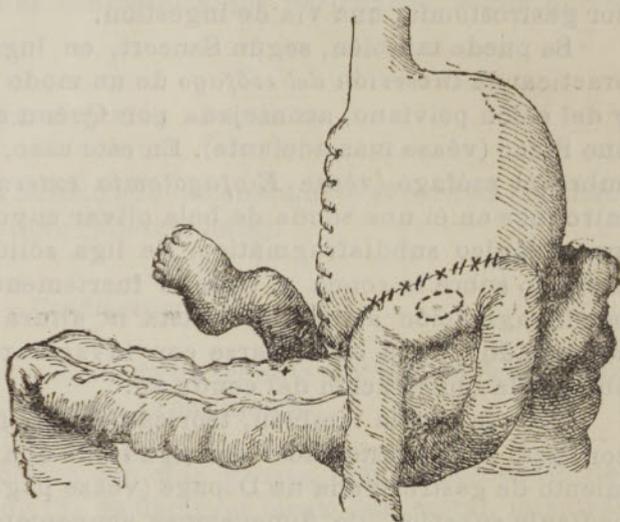


Fig. 951. — Gastrectomía por el procedimiento de Billroth (2.ª manera). Anastomosis laterolateral por gastroenterostomía anterior.

nal por una sutura circular, siempre en dos planos. El conjunto de la sutura toma así la forma de una raqueta. Pero la oclusión corre el riesgo de ser imperfecta en la unión de la parte circular con la parte longitudinal de esta raqueta (fig. 950).

2.º Anastomosis laterolateral (Billroth, 2.ª manera). — Las dos secciones gástrica y duodenal se cierran cada una por su lado, ya por aplastamiento con las pinzas especiales (Doyen), ya por una ligadura en forma de bolsa, ya por

una primera sutura a punto por encima total oclusiva y hemostática, y luego, cualquiera que sea el modo empleado, por una segunda sutura de la misma clase seromuscular. Se practica luego una gastroenterostomía anterior o mejor posterior según la técnica indicada anteriormente (fig. 951).

3.º Anastomosis término lateral (Kocher). — Se cierra la sección estomacal como en el caso precedente y se reemplaza la gastroenterostomía por una gastroduodenostomía practicada en la cara posterior del estómago y por medio de una sutura en varios planos o, si es necesario, de un botón anastomótico (fig. 952).

Schwartz (1) considera esta técnica como peligrosa, porque si el abocamiento gastroduodenal está demasiado cerca de la sección gástrica, la zona estomacal intermedia, mal nutrida, puede esfacelarse. Con Terrier (2), Ricard y Tuffier, prefiere el método de Billroth, segunda manera.

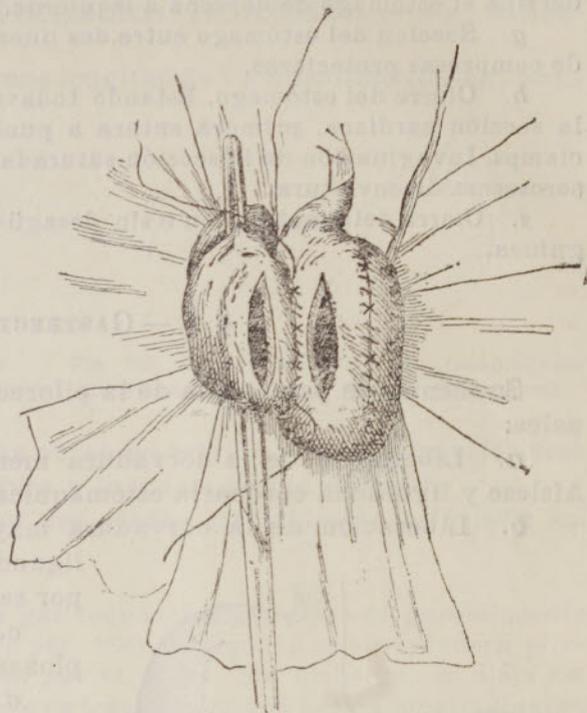


Fig. 952.—Gastrectomía por el procedimiento de Kocher. Gastroduodenostomía término lateral

No insistiremos en la técnica de esas diversas anastomosis porque está calcada sobre la de las gastroenterostomías por unión lateral o implantación terminal, que hemos estudiado en el capítulo precedente.

g. Devuélvanse los órganos a su sitio. Sutérense las brechas u orificios epiploicos persistentes para evitar toda causa de estrangulación ulterior.

Ciérrese la herida abdominal.

Pauchet (3) modifica los diversos tiempos de la gastrectomía del modo siguiente:

- a. Incisión media umbilicoxifoidea.
- b. Exploración, previa perforación del mesocolon y del epiplón gastrohepático.
- c. Gastroenterostomía posterior con el botón de Murphy, por el procedimiento de Petersen (véase pág. 827), situada bastante lejos hacia la izquierda. La coaptación por el botón es, según Pauchet, más rápida y más sólida que la coaptación por suturas. Por otra parte, la gastroenterostomía practicada antes de la resección estomacal, permite cesar la intervención y volver a cerrar el vientre si el pulso del enfermo decae o si la exéresis se juzga imposible.
- d. Liberación del piloro y del duodeno hasta a nivel del páncreas, seccionando, pellizcando o ligando con cuidado sus inserciones vasculares. Enucleación de los ganglios aparentes.
- e. Aplastamiento del duodeno a un través de dedo por encima de la inserción pancreática. Sección de la parte aplastada entre dos ligaduras de seda. Termocauter-

(1) Schwartz, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 14 de Diciembre de 1904.

(2) Terrier, Ricard y Tuffier, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 11 de Marzo de 1903, pág. 327.

(3) Pauchet, *XV Congr. fr. chir.* (1902), pág. 458.

rización de las superficies de sección. Sutura en forma de bolsa en el muñón duodenal.

f. Liberación del cono gástrico que se ha de quitar, por sección de derecha a izquierda de los epiplones gastrohepático y gastrocólico, cuyos vasos se ligan. Así se derriba el estómago de derecha a izquierda.

g. Sección del estómago entre dos líneas de clamps elásticos y sobre un campo de compresas protectoras.

h. Cierre del estómago. Estando todavía colocados los clamps gástricos sobre la sección cardiaca, primera sutura a punto por encima oclusiva. Se quitan los clamps. Invaginación de la sección suturada y segunda sutura a punto por encima serosa de envoltura.

i. Cierre del vientre, con o sin desagüe según que haya o no exudación sanguínea.

§ 2. — GASTRECTOMÍA TOTAL

Su técnica se parece a la de la pilorotomía. He aquí sus tiempos principales:

a. Liberación de la corvadura menor por sección del omento menor. Aíslese y líguese la coronaria estomáquica en su origen.

b. Liberación de la corvadura mayor por sección del omento mayor, ligando las dos gastroepiploicas, y luego por sección del epiplón gastroesplénico.

c. Secciónese el cardias entre dos pinzas.

d. Échese el estómago a la derecha, despréndase el duodeno, líguese la pancreaticoduodenal y secciónese el duodeno entre dos pinzas.

e. Reúnase, si es posible, el cardias con la sección duodenal. Si no, hágase un abocamiento del cardias con el asa yeyunal (Cardioyeyunostomía.)

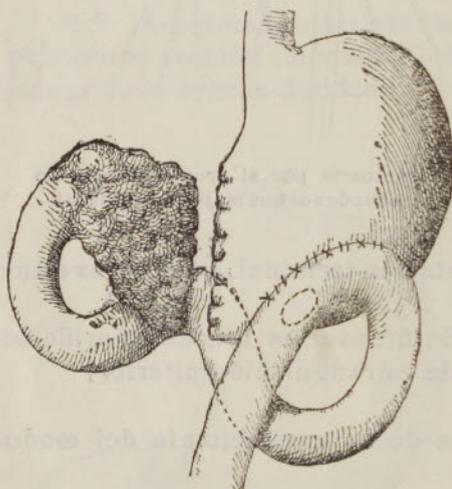


Fig. 953.—Exclusión del píloro (Eiselsberg)

Propuesta para los neoplasmas inextirpables del conducto pilórico, consiste en seccionar el estómago por el lado de arriba del neoplasma; en cerrar separadamente las secciones cardiaca y pilórica, y por último, en practicar una gastroyeyunostomía por uno de los medios indicados (fig. 953).

La técnica en esos diversos tiempos está calcada sobre la de la gastrectomía y de la gastroyeyunostomía.

VI. — EXCLUSIÓN DEL PÍLORO

VII. — GASTROPLASTIA. PILOROPLASTIA

La intervención puede realizarse en el estómago (estómago bilocular); es la gastroplastia propiamente dicha — o bien en el píloro (piloroplastia). Tiene por objeto remediar las estrecheces cicatriciales y consiste en incidir longitudinalmente la estrechez y luego suturar transversalmente los labios de la incisión (figs. 954 y 955).

La técnica es la misma en los dos casos. Sin embargo, ha sido aplicada más especialmente a las estenosis pilóricas (Piloroplastia de Heinecke-Mikulicz).

1.º Procedimiento de Heinecke-Mikulicz. — a. Aíslese el píloro, hágase la coprostasia.

b. Incíndase su cara anterior en una longitud de 7 a 8 centímetros (fig. 954).

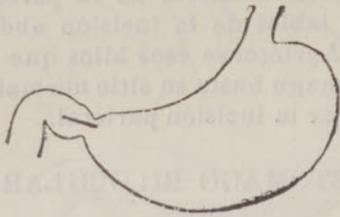


Fig. 954. — Piloroplastia por el procedimiento de Heinecke-Mikulicz. Incisión longitudinal



Fig. 955. — Piloroplastia por el procedimiento de Heinecke-Mikulicz. Reunión transversal

c. Por medio de separadores que obran en sentido vertical, transfórmese la herida longitudinal en herida rómbica y luego en herida vertical.

d. Sutúrese transversalmente en dos planos los labios de la incisión así transformada (fig. 955).

2.º Procedimiento de Finney. — La gastroduodenostomía por el procedimiento de Finney, que ya hemos descrito (véase pág. 820), es también una verdadera piloroplastia, ya que la incisión en Ω pasa por el píloro. Sin embargo, se aleja del verdadero tipo de las plastias, que consiste en transformar una herida longitudinal en herida vertical.

VIII. — GASTROPLICACIÓN. GASTRORRAFIA (1)

Esta intervención consiste, después de haber abierto el abdomen por una incisión media, en sacar el estómago al exterior y en pasar, hilvanando por el espesor de la pared anterior, una serie de hilos no perforantes, que van en dirección radial desde la corvadura menor hacia la mayor (fig. 956). Cuando se aprietan estos



Fig. 956. — Gastroplicación. Paso de los hilos (Ricard y Launay)



Fig. 957. — Gastroplicación (Ricard y Launay). Hilos apretados que dejan ver los pliegues formados en la musculosa y la retracción de la mucosa.

hilos, la pared anterior se pliega y se reduce (fig. 957). Las figuras adjuntas explican bien el mecanismo de esta operación, propuesta en las gastrectasias.

(1) J. L. Faure, *Gaz. des hôp.* (1897), p. 242.

IX. — GASTROPEXIA (1)

Es la fijación del estómago a la pared abdominal, en la gastroptosis.

Hela aquí en breve resumen:

Abrase el vientre en la línea media. Reconócese el estómago. A nivel del piloro y de la corvadura menor pásese una serie de hilos en U, no perforantes, cuyos cabos son conducidos a través de la parte superior de los labios de la incisión abdominal (fig. 958). Apriétense esos hilos que levantan el estómago hasta su sitio normal. Vuélvase a cerrar la incisión parietal.

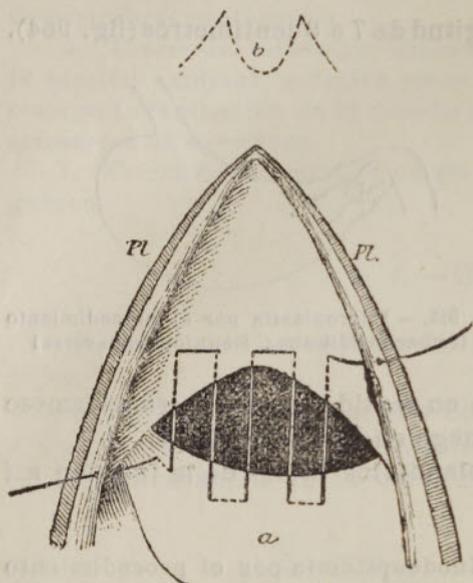


Fig. 958. — Gastropexia (Duret)
a, estómago; b, apéndice xifoideo

X. — ESTÓMAGO BILOCULAR (2)

Contra el estómago en forma de alforja se han propuesto tres intervenciones.

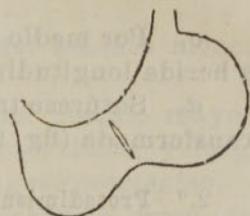
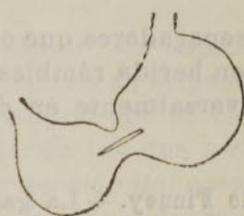


Fig. 959. — Gastroplastia
Incisión longitudinal

Fig. 960. — Gastroplastia
Reunión transversal

1.º La *gastroplastia* propiamente dicha (véase anteriormente). Consiste en incidir transversalmente la parte estrechada del estómago y en reunir los labios de esta incisión en sentido vertical. Esta gastroplastia es muy a menudo insuficiente (figs. 959 y 960).

2.º La *gastroanastomosis* o *gastrogastrostomía*, que tiene por objeto establecer un abocamiento entre las dos bolsas gástricas (fig. 961). Su técnica está calcada sobre la de la gastroenterostomía.

Incisión en el punto declive, cerca de la corvadura mayor, practicada en puntos fronterizos de las dos bolsas gástricas.



Fig. 961. — Gastrogastrostomía por estómago bilocular (Ricard y Launay)

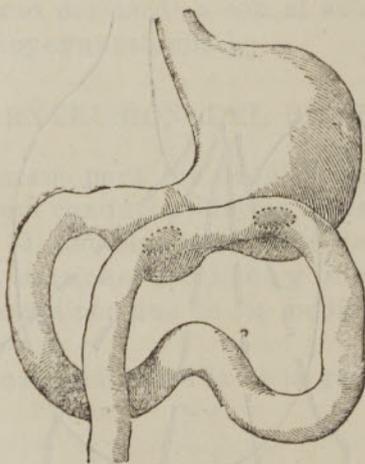


Fig. 962. — Gastroenterostomía simple con dos orificios por estómago bilocular

Sutura de los orificios en uno o dos tiempos o bien síntesis por botón anastomótico.

(1) Duret, *Rev. de chir.* (1896), p. 421.

(2) Consúltese Guillemot, T. de París (1899), n.º 611; Monproffit, *Arch. prop. de chir.*, Enero de 1904, pág. 120.

3.° *La gastroenterostomía simple o en Y.* El abocamiento intestinal puede hacerse en una sola bolsa; se escoge entonces la bolsa cardíaca. Puede hacerse en las dos y ser realizada de tres modos. Se puede ejecutar una gastroenterostomía simple anterior y abrir en el asa yeyunal invertida, a la manera de Lücke Rockwicz, dos orificios, comunicando cada uno con una de las bolsas gástricas (fig. 962). Se puede también practicar una gastroenterostomía en Y, anterior, con doble aboca-

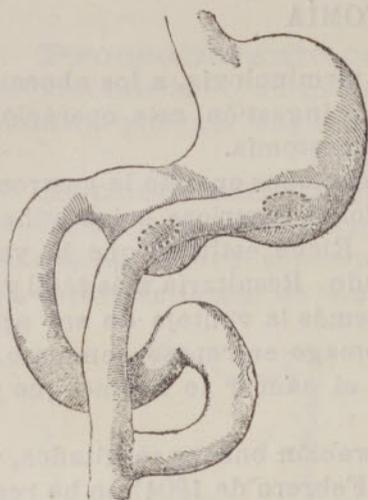


Fig. 963 — Gastroenterostomía en Y por estómago bilocular (Clément)

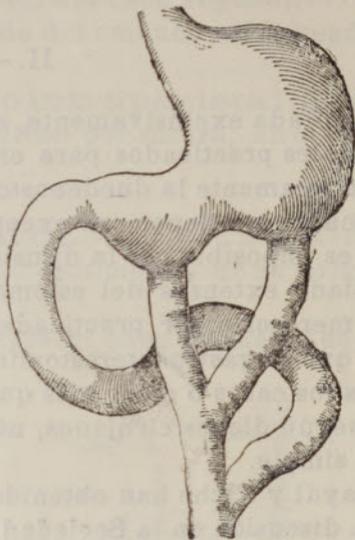


Fig. 964. — Gastroenterostomía en Y por estómago bilocular (Monprofit).

miento de la rama eferente (Clément) (fig. 963). Se puede, por último, practicar una doble Y, con dos ramas eferentes que salgan de las bolsas gástricas (Monprofit) (fig. 964).

[4.° *La gastrectomía anular*, con la que se extirpa la parte estrechada del estómago y que se hace seguir de la sutura de las dos porciones de la viscera así aisladas. — (N. del R.)]

III

Intestino. Epiplón

I. — ENTEROTOMÍA

Comprendida en sentido de incisión simple, *temporal*, está indicada para la extracción de los cuerpos extraños o de los cálculos biliares y para la ablación de los tumores benignos pediculados (pólipos).

Puede interesar al duodeno (duodenotomía), al íleon (enterotomía), al ciego (cecotomía) o los cólores (colotomía).

La técnica es análoga a la de la gastrotomía.

a. Incisión en buen sitio, media y supraumbilical para el duodeno, media y subumbilical para el íleon e ilíaca derecha para el ciego.

b. Busca del asa en la que debe hacerse la incisión. Extráigase esta asa del vientre tanto como se pueda o bien aislase cuidadosamente el foco por medio de compresas.

Hágase la coprostasis hacia arriba y hacia abajo.

c. Ábrase el intestino en su borde libre y siguiendo su eje longitudinal. En el ciego y los cólores, incíndase a nivel de la tirilla anterior.

d. Cumplido el objeto de la operación, vuélvase a cerrar la incisión intestinal por medio de una doble sutura a punto por encima, una profunda total, perforante, y otra superficial, seromuscular.

Límpiese el asa y redúzcasela, o bien fíjesela a la pared por medio de uno o dos puntos pasados por el mesenterio.

e. Ciérrase la brecha abdominal.

II. — ENTEROSTOMÍA

Limitada exclusivamente, según nuestra terminología, a los abocamientos intestinales practicados para crear una vía de ingestión, esta operación comprende solamente la duodenostomía y la yeyunostomía.

Una y otra tienen sus excepcionales indicaciones cuando la gastroenterostomía es imposible por la difusión de las lesiones gástricas o las adherencias demasiado extensas del estómago. Maydl y Riche estiman que la yeyunostomía merecería ser practicada más a menudo. Resultaría más fácil y menos grave que la gastroenterostomía, teniendo además la ventaja de ser aplicable a todos los casos o dejar más que ella al estómago en reposo completo. Sería, pues, según dichos cirujanos, utilizable para el cáncer lo mismo que para la úlcera simple.

Maydl y Riche han obtenido con esta operación buenos resultados, pero la última discusión en la Sociedad de Cirugía (Febrero de 1904) no ha resultado favorable a ella.

§ 1. — DUODENOSTOMÍA (1)

Practicada por Langenbuch (1880), pero de indicación muy excepcional y hoy casi por completo abandonada.

Ábrase el vientre en la línea media. Atráigase y fíjese la primera parte del duodeno por un collarín de puntos en U. Hágase una abertura muy pequeña. En un caso reciente, Hartmann ha podido sacar la primera parte del duodeno bajo una tirilla muscular por un método análogo al de la gastrostomía, a fin de aumentar la continencia de la boca duodenal.

§ 2. — YEYUNOSTOMÍA (2)

Propuesta por Sarmay en 1878, ejecutada por Gould en 1885, perfeccionada por Maydl (1891) y Albert, recientemente estudiada por Riche (1904).

A fin de obtener una boca continente, se han aplicado a la yeyunostomía todos los procedimientos de la gastrostomía y también la implantación en Y de la gastroenterostomía. Es digno de notarse que la primera yeyunostomía en Y hecha por Maydl ha precedido en algunas semanas a la primera gastroenterostomía en Y hecha por Roux.

a. **Procedimiento directo** (Sarmay). — Incisión supraumbilical. Busca de la primer asa yeyunal. Por una corona de suturas seromusculares, fíjese esta asa a los labios de la incisión, ya en posición transversal, ya en posición vertical, lo cual es preferible porque asegura una capacidad y una conti-

(1) Hartmann, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 18 de Diciembre de 1901.

(2) Schwartz, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 10 de Febrero de 1904, pág. 170; Riche, *Presse médicale*, 2 de Marzo de 1904, pág. 139.

nencia mejores (Terrier). Abertura lo más pequeña posible. No se ha de poner sonda permanente.

b. Procedimiento valvular (Kader). — Es el procedimiento de gastrostomía de Fontan por invaginación de la pared (véase *Gastrostomía*). En el mismo sentido Kelling (1) (de Dresde) cierra el cabo yeyunal, lo invagina y luego practica un pequeño orificio en el fondo del embudo así formado.

c. Procedimiento con trayecto intraparietal (Eiselsberg). — Es el procedimiento de gastrostomía de Witzel por sutura, alrededor de la sonda de dos pliegues longitudinales.

d. Procedimiento en Y de Maydl. — Incisión media supraumbilical. Busca de la primera asa yeyunal. A 20 centímetros de su origen, sección de esta asa, previa coprostasis.

Por medio del botón de Murphy, implántese el cabo duodenal en el cabo

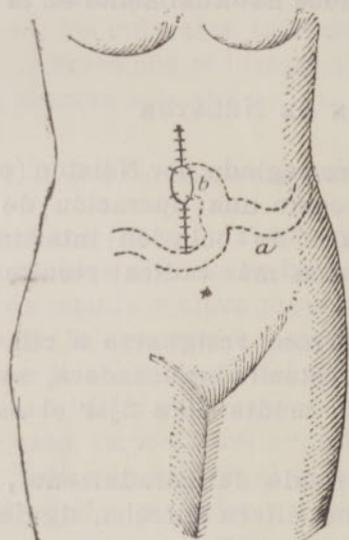


Fig. 965. — Yeyunostomía en Y de Maydl
a, cabo duodenal; b, cabo anal abierto en la piel

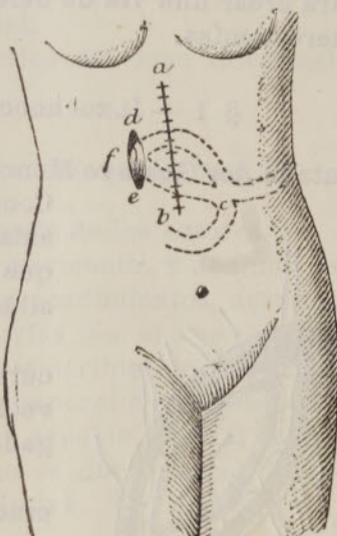


Fig. 966. — Yeyunostomía en Q de Albert-Maylard
ab, incisión media; c, anastomosis lateral; de, incisión secundaria; f, cono intestinal abocado a la piel

anal a 20 o 30 centímetros más abajo de la sección y reúnanse paralelamente los dos cabos en una extensión de varios centímetros.

Libértese el cabo anal de su mesenterio en una longitud de 2 centímetros y pásesele bajo un puente cutáneo según el método de Sabanejeff-Frank (véase *Gastrostomía*), practicado por medio de una pequeña incisión hecha a 2 centímetros de la incisión principal. Fijese el extremo del intestino a la piel por cuatro suturas cardinales. Círrase la incisión abdominal. Introdúzcase en el intestino una sonda que sale a través del apósito y permite alimentar al enfermo sin tocar dicho apósito (fig. 965).

La continencia queda asegurada por la distancia que separa la boca yeyunal de la anastomosis, por el paralelismo de los dos segmentos intestinales y por el puente cutáneo. Se la puede aumentar con el auxilio de una pelota que comprima ese puente.

(1) Kelling, *Centr. für Chir.* (1904), n.º 5.

Si se quisiera cerrar la fístula en un caso de lesión no cancerosa bastaría seccionar el puente cutáneo y cerrar el segmento intestinal exteriorizado.

e. **Procedimiento en Ω o por anastomosis lateral de Albert** (fig. 966). — Sáquese al exterior el asa yeyunal. A 15 o 20 centímetros de su vértice, únanse las dos ramas de esta asa por anastomosis lateral por medio de una sutura o de un botón.

Abóquese entonces el vértice del asa a la piel, después de haberla hecho pasar por debajo de un puente cutáneo, como en el procedimiento de Maydl.

III. — ENTEROPROCCIA

(Enterostomía de los autores)

Con L. H. Petit y como antes hemos anunciado, designaremos con el nombre de enteroproccia (*πρωκτος*, ano) los abocamientos intestinales a la pared, hechos para crear una vía de defecación e incluidos habitualmente en el grupo de las enterostomías.

§ 1. — ILEOPROCCIA U OPERACIÓN DE NÉLATON

Ejecutada por Gustavo Monod en 1838, pero reglada por Nélaton (padre). Considerada hoy como una operación de necesidad en los casos de oclusión intestinal en que toda intervención más radical resulte imposible.

Si se hace forzoso resignarse a ella en el curso de una laparotomía exploradora, se aprovechará la incisión media para fijar el asa delgada escogida.

Si se la emprende deliberadamente, se la practicará en la fosa ilíaca derecha, siguiendo la técnica de Nélaton (fig. 967).

a. Incisión de 6 a 7 centímetros paralela al arco crural. Córtese sucesivamente la piel y el tejido celular, la aponeurosis del oblicuo menor, el transverso, la fascia transversal. Ábrase prudentemente el peritoneo en un pliegue formado con unas pinzas, porque el intestino distendido podría ser herido.

b. Busca de la primera asa delgada que se presente a nivel de la herida en estado de distensión.

c. Fijación de esta asa a los labios de la herida por una corona de puntos seromusculares en U.

d. Punción del vértice del cono fijado, con el bisturí o el termocauterio en una longitud de 1 centímetro.

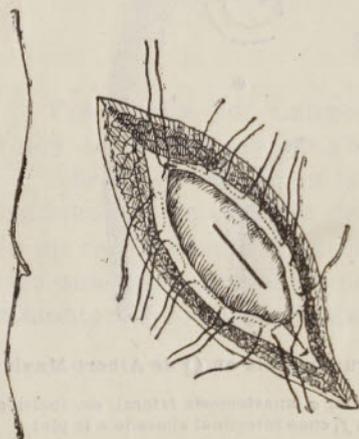


Fig. 967. — Ileoproccia o enterostomía de Nélaton (Ricard y Launay).

§ 2. — CECOPROCCIA U OPERACIÓN DE PILLORE

Ejecutada en 1776 por Pillore de Rouen. Completamente asimilable a la cecoproccia ilíaca de Littré y a todas las «stomías» parietales en general.

a. Incisión de 8 a 10 centímetros a dos traveses de dedo por dentro de la espina ilíaca anterosuperior y cuyo punto medio corresponde a esta espina. Córtese la piel y el tejido celular, la aponeurosis del oblicuo mayor, los músculos oblicuo menor y transverso, la fascia transversal, y por último y siempre con prudencia, sobre un pliego, el peritoneo.

En lugar de seccionar esos diversos músculos, se puede, como aconseja Hartmann para el ano ilíaco izquierdo, disociar sus fibras paralelamente a su dirección, a fin de obtener un ano con esfínter y evitar la eventración posible de la pared.

b. Busca del ciego, que se reconocerá por sus tres signos distintivos: abolladuras, tirillas longitudinales y apéndices epiploicos. Por lo demás, basta para descubrirlo deslizar el dedo de fuera adentro por el plano ilíaco hasta tropezar con un meso, que no es otro que el mesocolon.

De igual modo se procederá en la fosa ilíaca izquierda para el ano de Littré.

c. Atráigase el intestino grueso a la herida, formando cono, cuya base se fija en los labios de la herida mediante una corona de puntos seromusculares en U. Ciérrase el resto de la brecha parietal, suturando perfectamente el peritoneo, los músculos, la aponeurosis y la piel.

d. Ábrase con el bisturí o el termo el vértice del cono intestinal y fíjese o no la mucosa a la piel.

§ 3. — COLOPROCCIA ILÍACA U OPERACIÓN DE LITTRÉ (1)

Es el ano ilíaco izquierdo o la sigmoidostomía de los autores.

La técnica primera se ha complicado singularmente, y Jeannel no cuenta menos de treinta y cinco procedimientos o subprocedimientos, destinados: unos a asegurar la evacuación completa de las materias por el nuevo orificio; otros a obtener la continencia del mismo. Solamente describiremos los más sencillos.

El ano ilíaco puede ser establecido como temporal o como definitivo. En el primer caso, importa evitar la formación de un espolón, el cual es, por el contrario, indispensable en el segundo, en el que se debe buscar la derivación completa de las materias y una continencia relativa.

A. — Ano temporal

Este ano, sin espolón, será exactamente calcado sobre la cecoproccia que acabamos de describir, con la única diferencia de que se hallará a la izquierda y en la S ilíaca. Nos referimos para su técnica al párrafo precedente.

B. — Ano definitivo

Debe establecerse de modo que la totalidad de las materias pase por el orificio sin penetrar en el cabo inferior (condición primera) y que ese orificio presente cierta continencia (condición segunda).

Puede ser practicado en uno o dos tiempos.

1.º Procedimientos en un tiempo. — Mucho más empleados en otras naciones que en Francia. Vamos a describirlos muy sumariamente. Unos se proponen únicamente la derivación completa de las materias; otros la continencia del orificio.

(1) Consúltese Jeannel, *Chirurgie de l'intestin*, 2.ª ed. (Paris, 1903).

Primer grupo. Derivación completa de las materias

a. Procedimiento de Schinzinger Madelung. — Abrase el vientre en la fosa iliaca, cójase y hérniese ampliamente el colon. Córtese el colon entre dos pinzas

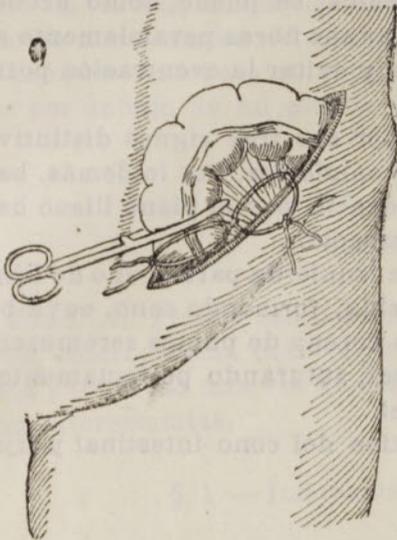


Fig. 968. — Coloproccia iliaca. Procedimiento de Desguin. El colon es atraído al exterior y va a ser seccionado entre unas pinzas y una ligadura.

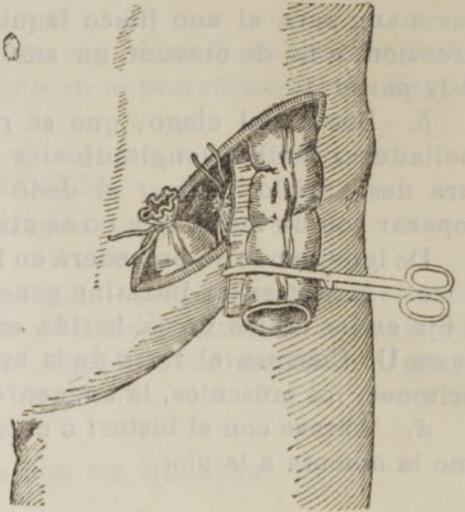


Fig. 969. — Coloproccia iliaca. Procedimiento de Desguin. El asa cólica es extendida por sección del mesenterio.

coprostáticas: ciérrase por invaginación el segmento inferior y reintégrese en el vientre; fijese por sutura el cabo superior al ángulo externo de la herida.

b. Procedimiento de Lauenstein. — El colon es extraído y cortado y el segmento inferior reducido previa invaginación, como en el caso precedente. Se atrae fuera de la herida el segmento superior en una longitud de 10 a 15 centímetros, previa desinserción y sutura del meso correspondiente. Una vez libertado este segmento se sutura por su base a los labios de la herida, fuera de la cual sobresale como un «pene intestinal» (Jeannel) que se introduce en un recipiente apropiado.

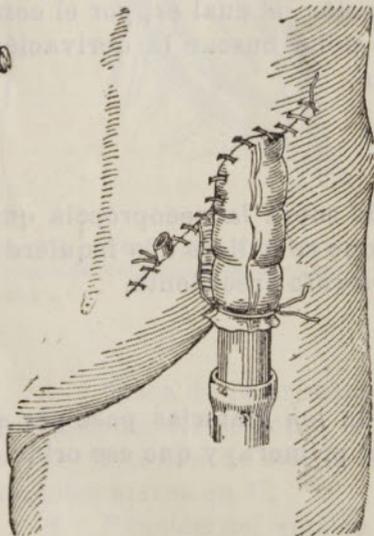


Fig. 970. — Coloproccia iliaca. La herida se cierra con desagüe. El extremo del asa se fija en un tubo de Paul.

c. Procedimiento de Desguin-Reverdin. — Previa formación de un pene intestinal, al modo de Lauenstein, se introduce en el segmento cólico un grueso tubo de vidrio como o bien un tubo de Paul, sobre el que se liga el intestino.

Duchamp ha descrito un procedimiento semejante (figs. 968, 969 y 970).

Segundo grupo. Derivación y continencia

a. Procedimiento de Witzel. — El cabo superior, aislado al modo de Lauenstein, se pasa por un ojal del músculo recto del abdomen (1.^{er} procedimiento) o del músculo glúteo mayor (2.^o procedimiento). En este último caso, la incisión primera se hace directamente por encima de la cresta iliaca izquierda.

b. Procedimiento de Gersuny. — El cabo superior se tuerce una vez y media sobre su eje longitudinal, antes de ser suturado a la pared.

c. Procedimiento de Franck. — Se pasa el cabo superior bajo un puente cutáneo como en la gastrostomía del mismo autor.

d. Procedimiento de Braun. — Incíndase la pared; hérniese la S iliaca en una longitud de 20 centímetros; fíjesela a la herida y ciérrase ésta (fig. 971). A tres dedos más abajo del arco de Falopio, trácese una segunda incisión paralela a la primera; despréndase el puente cutáneo intermedio. Secciónese el asa cerca del borde inferior; ciérrase y fíjese éste al ángulo interno de la herida superior. Libér-

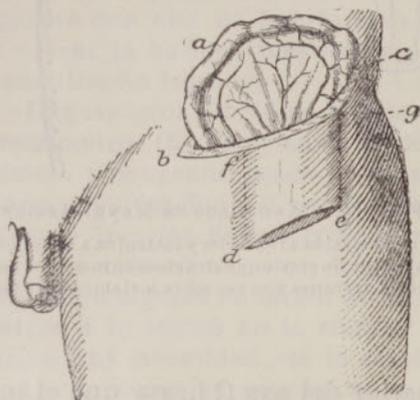


Fig. 971. — Ano iliocrural de H. Braun

a, asa omega ampliamente traída fuera de la herida inguinal *bc*; *de*, incisión crural paralela a la precedente herida; *defg*, puente cutáneo intermedio a las dos heridas.

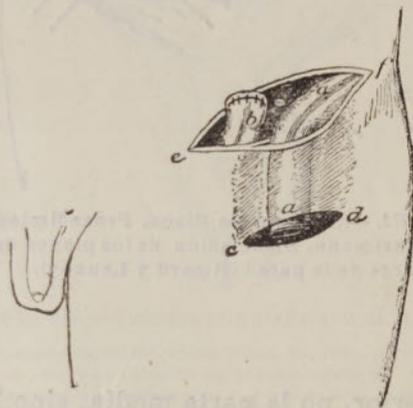


Fig. 972. — Ano iliaco de Maydl-Reclus

aa, cabo superior del asa omega fijo y abierto en la herida crural después de haber sido pasado bajo el puente cutáneo, *b*, cabo inferior fijo en el ángulo inferior de la herida inguinal *ef*.

tese el cabo superior de su meso en una extensión suficiente, y hágasele pasar bajo el puente cutáneo para abocarlo a la herida crural (fig. 972).

Un vendaje simple con resorte comprime el intestino subcutáneo contra el plano profundo y asegura la continencia.

2.º Procedimiento en dos tiempos o con espolón.

a. Procedimiento de Maydl-Reclus-Hartmann. — Incisión de 10 centímetros, a dos traveses de dedo por dentro de la espina iliaca anterosuperior, correspondiendo su punto medio a esta espina. Maydl y Reclus seccionan paralelamente todas las capas de la pared. Hartmann disocia sucesivamente con la sonda acanalada y paralelamente a sus fibras el oblicuo mayor, el oblicuo menor y el transversal, que aparta con ayuda de separadores (fig. 973).

Abertura del peritoneo. Busca y atracción del asa omega. Si no se la puede llevar al exterior, desgárrase prudentemente el peritoneo iliaco debajo de ella y tírese poco a poco.

Fíjese esta asa al exterior, atravesando el meso con una sonda de goma, con un rollo de gasa yodofórmica o con una varilla de vidrio (fig. 974).

Tapónese la herida con gasa, sin sutura alguna.

El tercero, el sexto o el octavo día, según la urgencia, se abre longitudinalmente el intestino con el termo en una longitud de 2 centímetros. Esta maniobra puede hacerse sin anestesia, porque el intestino es absolutamente insensible.

Al décimo día se quita la varilla o la sonda fijadora. El asa herniada se aplana poco a poco formando un rodete rojo a flor de piel.

Schwartz espera el octavo día y secciona entonces el intestino transversalmente hasta el contacto de la varilla fijadora que cae por sí misma.

Nosotros hemos obtenido una continencia muy satisfactoria atrayendo al

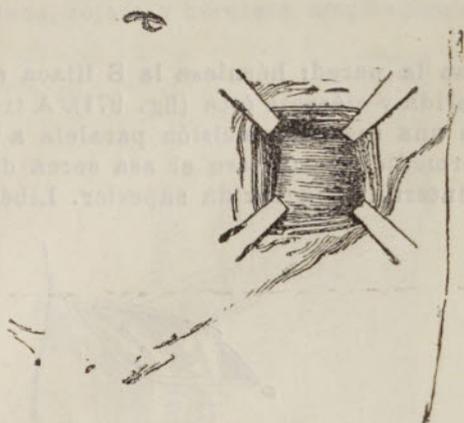


Fig. 973. — Coloproctia iliaca. Procedimiento de Hartmann. Disociación de los planos musculares de la pared (Ricard y Launay).



Fig. 974. — Ano iliaco de Maydl-Reclus
Asa omega atraída al exterior y sostenida a caballo sobre una varilla de vidrio que atraviesa su inserción mesentérica y descansa a su vez sobre los labios de la herida.

exterior, no la parte media, sino la parte superior del asa Ω hasta que el intestino se niegue a salir más. Haciendo esto, se determina por tracción una especie de codo en la unión de la porción fija con la porción móvil del colon descendente y este codo, como ha demostrado Navarro, desempeña el papel de un esfínter útil.



Fig. 975. — Coloproctia iliaca. Procedimiento de Audry-Jeannel.
a b c d e f, contorno de la incisión

ó. Procedimiento de Audry-Jeannel. (Colostomía transparietal.)—Audry ha hecho notar que el procedimiento de Maydl-Reclus expone a dos inconvenientes: 1.º la presión intraabdominal puede, durante los esfuerzos, la tos o los vómitos, ocasionar la salida por la herida de cierta longitud de intestino, y 2.º la retracción mesentérica hace a menudo desaparecer el espolón al cabo de algunas semanas.

Por eso propone fijar el asa herniada en buena posición por un colgajo músculo cutáneo (Audry) o puramente cutáneo (Jeannel), por transfixión del mesocolon.

Incisión quebrada en esta forma , dibujando un colgajo de 4 centímetros de ancho, inserto en el labio inferior de la herida, y comprendiendo la piel y el tejido celular.

Levántese el colgajo. En su base, incíndase directamente el resto de la pared, incluso el peritoneo (figura 975).

Hérense el asa; en el centro de su meso, hágase en un espacio avascular un ojal de 2 a 3 centímetros. En este ojal insinúese el colgajo cutáneo y fíjesele con cuidado al contorno de la incisión primitiva, principalmente en los ángulos de su base.

Tapónese y ábrase del cuarto al sexto día.

c. Procedimiento de Roux (de Lausana). (Coloproccia sinfisiana.)— En la clínica de Lausana, Roux emplea, hace algunos años, un método nuevo que consiste esencialmente en el establecimiento del ano artificial *en la sínfisis púbica*. Esta situación sobre un plano óseo e inmóvil tiene, entre otras ventajas, la de permitir una exacta aplicación de la pelota obturadora, cualesquiera que sean la actitud y los movimientos del operado.

El ano de Roux no es aplicable a todos los sujetos, notablemente a los que tienen un mesocolon iliaco *demasiado corto*. Pero esta es una disposición poco común, y si se tropezase con ella no habría más remedio que cerrar la herida sinfisiana y practicar un ano iliaco o lumbar.

«Hágase una incisión media de 5 a 10 centímetros (fig. 976) en la región hipogástrica, alcanzando desde luego al pubis. Sepárese con dos dedos o con fuertes erinas el ángulo inferior de la herida. Sin desinsertar los músculos rectos, hágase con el escoplo una muesca en forma de U de 2 centímetros a lo menos en la sínfisis. Hemostasia, si hay necesidad, de la sección ósea por la compresión momentánea con compresas de gasa.

»Abertura del peritoneo. Atracción a la herida de un asa de la S iliaca; se la tiende verticalmente en la U de modo que los cuatro quintos superiores de la muesca estén ocupados por la rama aferente (bc) del intestino, la que servirá para el ano propiamente dicho; la rama eferente (bp) ocupa sólo el último quinto, es apianada por la posición que se le da y queda así definitivamente eliminada de toda función.

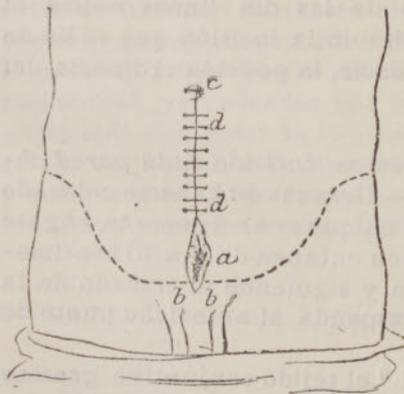


Fig. 977. — Coloproccia supra-sinfisiana

Nosotros hemos recurrido a este método en un labrador afectado de cáncer del recto inoperable. Hemos colocado el ano (fig. 977) *contra la sínfisis púbica* en la parte más inferior de la incisión que nos había servido para la laparotomía exploradora; pero no hemos practicado, como Roux, una muesca en el pubis: la ligadura del extremo periférico ha bastado para impedir el paso de las heces al recto. Cuando el enfermo ha salido de nuestra visita, el aparato obturador se mantenía bien colocado y se aplicaba herméticamente alrededor del nuevo ano, sin dificultar el movimiento de los miembros inferiores.

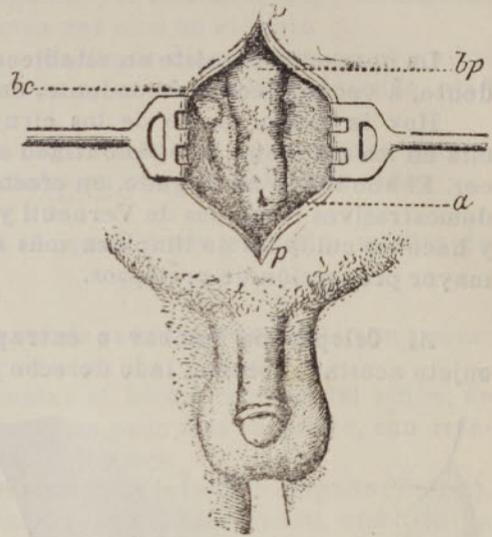


Fig. 976. — Coloproccia sinfisiana de Roux

bc, cabo central del colon iliaco bp, cabo periférico; a, nuevo ano abierto en plena sínfisis; pp, herida prepúbica y suprapúbica a través de la cual se ve el colon iliaco atraído y orientado para la confección del ano.

»Manténgase esta asa fuera del vientre por medio de una sonda acanalada (rodeada de gasa yodofórmica o de una simple mecha de gasa esterilizada) pasada a través de la inserción del mesenterio. Esta sonda permite regular el espacio concedido a cada una de las aberturas futuras. Se la quita al cabo de dos o tres días.

»Sin abrir el intestino, circunscribese ahora su parte herniada por dos coronas de puntos de sutura con seda que la fijan sólidamente al hueso por abajo, a los músculos rectos por arriba.

»Oclusión del resto de la incisión por una sutura en planos superpuestos. Termíñese la operación con una tercera sutura circular con catgut y con crin de Florencia que fija la piel al ano futuro.»

§ 4. — COLOPROCCIA LUMBAR (OPERACIÓN DE CALLISEN AMUSSAT)
O PRELUMBAR (OPERACIÓN DE FINE)

La operación consiste en establecer un ano fijando y abriendo el colon descendente, a veces el colon ascendente, en la región lumbar en el lado respectivo.

Hoy la mayor parte de los cirujanos, aun en el extranjero, sólo recurren a ella en los casos en que el ano iliaco es imposible por la extensión o el sitio del cáncer. El ano iliaco ha llegado, en efecto, a ser la operación de elección, gracias a los demostrativos esfuerzos de Verneuil y de sus discípulos: es de ejecución más segura y hace los cuidados de limpieza más cómodos. Jacobson (1) le objeta, no obstante, mayor proporción de prolapsos.

A. Coloproccia lumbar o extraperitoneal de Callisen-Amussat. — Estando el sujeto acostado sobre el lado derecho y un poco sobre el vientre — después de haber

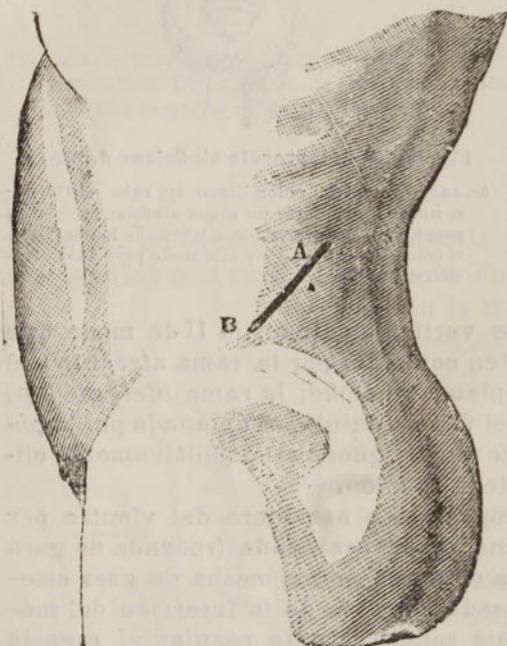


Fig. 978. — Coloproccia lumbar de Callisen-Amussat

interpuesto un cilindro de modo que el vacío izquierdo quede bien tenso y el espacio ilio-costal correspondiente lo más ancho posible, — distiéndose 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 iliaca anterosuperior al ángulo de encuentro de la duodécima costilla y de la masa sacrolumbar; márquese con un punto sobre la cresta iliaca el punto medio del espacio comprendido entre las dos espinas iliacas superiores; luego, a 2 centímetros por detrás de este punto, elévese una línea vertical. La intersección de las dos líneas indica el punto medio de la incisión que se ha de hacer, es decir, la posición ordinaria del colon.

1.^{er} tiempo: *Incisión de la pared abdominal.* — Después de haberse colocado en el lado en que se ha de operar, hágase una incisión cutánea de 8 a 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. 978, A B).

Dividase sucesivamente en la misma extensión: 1.^o el tejido conjuntivo grasoso subcutáneo; 2.^o el dorsal ancho por arriba, el oblicuo mayor por abajo de la herida; 3.^o la aponeurosis común al oblicuo menor y al transversario; 4.^o la parte correspondiente al cuadrado lumbar (borde externo), y 5.^o una delgada hoja aponeurótica profunda.

2.^o tiempo: *Busca y atracción del colon.* — Con las pinzas 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 a los lados del colon, disóciase el tejido grasoso amarillo que enmascara su cara posterior. Si el peritoneo fuese abierto durante esas maniobras, ciérresele con una ligadura de catgut, como lo ha hecho Gr. Smith sin consecuencias desagradables.

(1) Jacobson, *The operat. of Surgery*, pág. 790 (1897).

Reconócese el colon por su matiz gris rosado o 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 a la herida, cogiéndolo con unas pinzas dentadas, en medio de su cara posterior o atravesándolo con un grueso hilo de seda.

3.^{er} tiempo: *Fijación del colon en la herida.* — Igual modo e 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 termocauterio.

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 a la serie de las apófisis espinosas lumbares.

A menudo, en lugar del colon, se encuentra un asa de intestino delgado (Trélat), o cual expone a hacer una enterostomía, operación mucho más grave, como le ha ocurrido dos veces al mismo Trélat; y otras veces el colon flota sobre un meso completo, el cual existe, según Tréves, en la proporción de 36 veces por 100 a la izquierda y en la de 26 veces por 100 a 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 o intraperitoneal de Fine.* — 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 a la piel por una sutura a punto por encima con catgut. Atráigase el colon, que se reconoce fácilmente por su configuración, y fijesele con seda fina a los labios así como a 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 seromuscular 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 o seis días después.

IV. — ENTERORRAFIA. ENTEROSÍNTESIS

El primero de estos términos se aplica más particularmente a la sutura intestinal; el segundo al conjunto de medios de reunión (sutura, botones, etc.). Los describiremos en un mismo capítulo, completando lo que ya hemos dicho de ello en las nociones de técnica general (véase pág. 803).

La enterorrafia está indicada: 1.^o en las heridas longitudinales del intestino, como en la talla intestinal; 2.^o en las perforaciones, roturas o esfacelo de los bordes libres y de las caras del intestino, cuando la sutura no debe estrechar demasiado el calibre del intestino, y 3.^o en las heridas transversales que interesen una parte mayor o menor o la totalidad de la circunferencia del intestino.

1.^o **Heridas longitudinales.** — A. Cuando la herida es pequeña se puede hilvanar alrededor de ella un hilo seroseroso formando cordón de

bolsa (fig. 979), cerrarla por fruncimiento y enterrar esta primera sutura bajo uno o varios puntos seromusculares al modo de Lembert (fig. 980).

B. Cuando la herida es más extensa (sección accidental, enterotomía), lo mejor es recurrir a la sutura a puntos por encima en dos planos según el procedimiento de Hartmann, cuya técnica hemos descrito a menudo. Pónganse tensos y júntense los labios de la herida con ayuda de dos pinzas pequeñas o hilos suspensores colocados en los extremos de la sección, hágase una primera

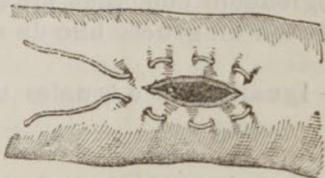


Fig. 979.—Sutura en forma de bolsa alrededor de una pequeña herida longitudinal del intestino.



Fig. 980.—Enterramiento de la primera sutura bajo otra a punto por encima seroserosa

sutura a punto por encima total profunda; átese y córtese el hilo. Más allá de los extremos de esta primera sutura, colóquense entonces otros dos hilos suspensores, pasados al modo de Lembert. Tírese de los hilos; se levantan dos pliegues serosos y se juntan paralelamente al eje mayor de la herida. Una sutura a punto por encima los fija en buena posición y entierra la primera sutura.

2.º Perforaciones. Roturas. Esfacelo. — A. Cuando la perforación no se ha efectuado todavía y solamente hay amenazas de esfacelo, se recurre a las maniobras siguientes:

a. ¿La parte sospechosa es pequeña? Se la rodea de un hilo seroseroso formando cordón de bolsa pasado en pared sana, y una vez apre-

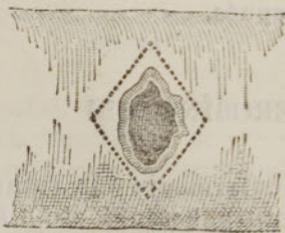


Fig. 981.—Escisión rómbica de una herida del intestino (Guibé). Los labios del rombo van a ser reunidos transversalmente.

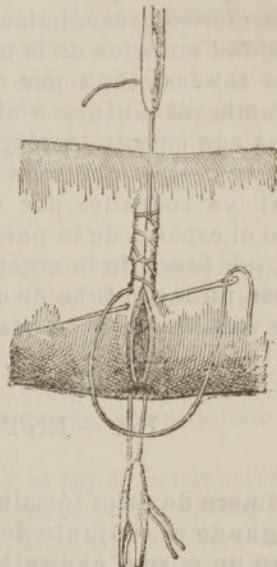


Fig. 982.—Sutura de una incisión rómbica o de una herida transversal del intestino. Sutura a punto por encima total profunda (Guibé).

tado el hilo se le entierra bajo una segunda sutura de seguridad (Martinet) (figs. 979 y 980).

b. ¿Es más extensa? Se invagina la parte correspondiente en el segmento inferior del intestino y se fija esta invaginación por una sutura a punto por encima seroserosa circular a nivel del cuello de invaginación (Guinard).

c. ¿Es más ancha todavía? Hay que practicar la enterectomía con enterorrafia circular o enteroanastomosis laterolateral después de cerrar los dos bordes.

B. Cuando la pérdida de substancia existe ya o cuando hay rotura con bordes irregulares, lo primero que hay que hacer es regularizarlos por escisión.

Se aproximarán los labios por una sutura, con preferencia transversal, para no estrechar el calibre del intestino. La escisión rómbica de Chaput da un resultado ulterior casi análogo (figs. 981 y 982).

En otros casos se recurrirá al injerto intestinal de Gély-Chaput (vease *Prótesis*, pág. 809).

Otras veces, finalmente, si las lesiones son demasiado extensas habrá que resignarse a la enterectomía seguida de enterorrafia circular o de enteroanastomosis.

3.º Heridas transversales. — a. Si la herida es muy pequeña, se la obturará por medio de una sutura total cubierta por una sutura seromuscular.

b. ¿Es más extensa y ocupa el borde libre? Se pondrán tensos y se juntarán sus labios por medio de un hilo suspensor pasado por las dos secciones a nivel de ese borde libre, y siguiendo la técnica ya descrita se practicará la doble sutura de Hartmann (fig. 982).

c. ¿Interesa el borde mesentérico mismo? Habrá que cuidar particularmente la sutura a ese nivel, que constituye el punto débil, siempre peligroso. Se tendrá cuidado de colocar un hilo aislado al modo de Lembert, abrazando a la vez los labios del mesenterio y los del intestino, a fin de que aquéllos cubran y protejan a éstos (fig. 983).

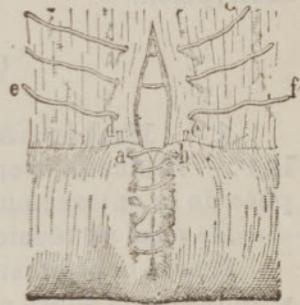


Fig. 983. — Sutura de una herida transversal que interesa el borde mesentérico. *abdefg*, trayecto del hilo marginal

d. Si es total, se deberá recurrir, ya a la enterorrafia término-terminal o circular, ya a la enterorrafia laterolateral o enteroanastomosis, que serán descritas en el capítulo siguiente, ya al botón de Murphy.

En el intestino grueso, cuyo calibre es ancho y donde las materias son espesas, será preferible la enterorrafia circular, porque el botón de Murphy estaría expuesto a obstruirse.

En el intestino delgado, de calibre menor, que la sutura circular reduciría demasiado, se dará la preferencia a la anastomosis lateral o al botón.

V. — ENTEROANASTOMOSIS

Es el abocamiento artificial de dos asas intestinales. Puede hacerse, ya por sutura, ya por botón anastomótico.

Se distinguen tres variedades:

1.º *Anastomosis término-terminal*, llamada también enterorrafia circular o sutura extremo con extremo (fig. 984);

2.º *Anastomosis laterolateral*, o enteroanastomosis propiamente dicha (fig. 985);

3.º *Anastomosis término-lateral*, llamada por implantación o en Y (figura 986).

De estas tres variedades, sólo la segunda es descrita por muchos autores con el título de enteroanastomosis: es la operación de Maisonneuve. Nosotros,

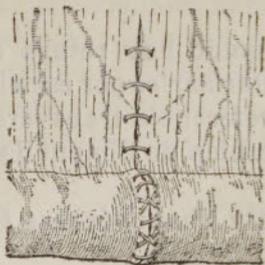


Fig. 984.—Esquema de la enteroanastomosis término-terminal, llamada circular o extremo con extremo.



Fig. 985.—Esquema de la enteroanastomosis laterolateral.

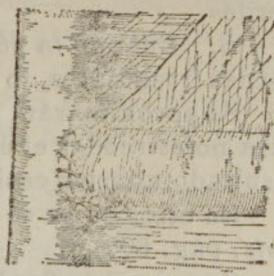


Fig. 986.—Esquema de la enteroanastomosis término-lateral, llamada por implantación o en Y.

sin embargo, reuniremos las tres en este mismo capítulo, a fin de facilitar su descripción.

§ 1. — PROCEDIMIENTO DE LA SUTURA

1.º Enteroanastomosis término-terminal o circular.—Indicada después de sección transversal completa del intestino o después de la enterectomía.

He aquí su técnica:

Previa coprostasia a buena distancia, se saca el intestino fuera del vientro y se lo tiende sobre compresas aisladoras.

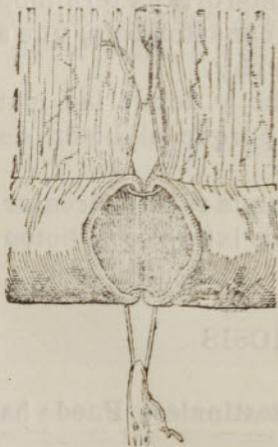


Fig. 987.—Enteroanastomosis circular. Dos hilos suspensorios colocados uno en el borde mesentérico, otro en el borde libre, extienden y unen las semicircunferencias posteriores.

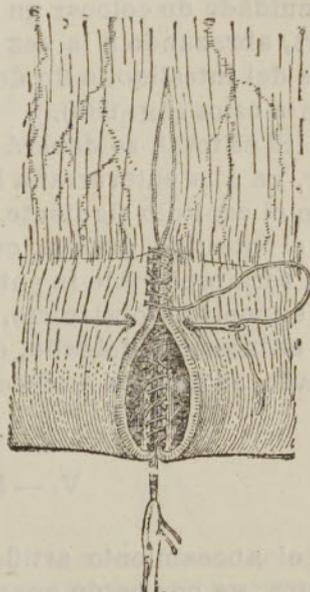


Fig. 988.—Enteroanastomosis circular. Una primera sutura profunda, perforante, total, une los labios de los dos segmentos intestinales.

En cada una de las secciones, en puntos simétricos, es decir, a nivel de la inserción mesentérica y a nivel del borde libre, pásense dos hilos suspensorios. Tírese de estos hilos: las secciones intestinales se ponen en contacto y se adap-

tan sobre cada semicircunferencia correspondiente, anterior y posterior (figura 987).

Entreábrase la semicircunferencia anterior. A nivel del borde libre empíese una sutura a punto por encima total, hacia la cara mucosa, que pasa sobre la semicircunferencia posterior, hacia la inserción mesentérica, la rebasa y vuelve a descender sobre la semicircunferencia anterior hasta el punto inicial donde el hilo es atado y cortado. En su mitad posterior ascendente, desde el borde libre al borde mesentérico, esa sutura se hará de dentro afuera, clavando la aguja de la mucosa hacia la serosa; en su mitad anterior, del mesenterio al borde libre, se hará de fuera adentro, clavando la aguja de la serosa hacia la mucosa (fig. 988).

Una segunda sutura a punto por encima seromuscular superficial enterrará cuidadosamente la sutura profunda. Se cuidará de morder lo menos posible en el intestino para conservar su calibre. Procúrese también

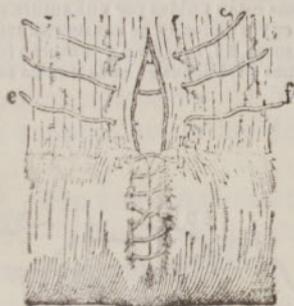


Fig. 989. — Detalles del hilo marginal entero-mesentérico, a b c d e f

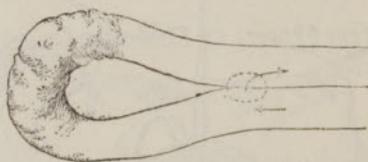


Fig. 990. — Enteroanastomosis lateral, asas abiertas. Mala disposición para el isoperistaltismo (Ricard y Launay).

asegurar en todas partes un buen contacto seroseroso, pero sobre todo a nivel de la inserción mesentérica, punto débil de la sutura, que será prudente reforzar en tal sitio por medio de un hilo separado, que abraza, al modo de Lembert, las secciones del mesenterio y las del intestino para colocar aquéllas sobre éstas (fig. 989).

Se terminará, si la hay, por la sutura de la brecha mesentérica.

2.º Enteroanastomosis laterolateral. — Puede ser simple cuando se le practica entre dos asas, sin resección ni cierre previos. Constituye entonces la verdadera enteroanastomosis u operación de Maisonneuve.

Otras veces va precedida de una

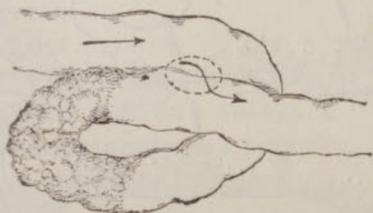


Fig. 991. — Enteroanastomosis lateral. Inversión del asa favorable al isoperistaltismo (Ricard y Launay).

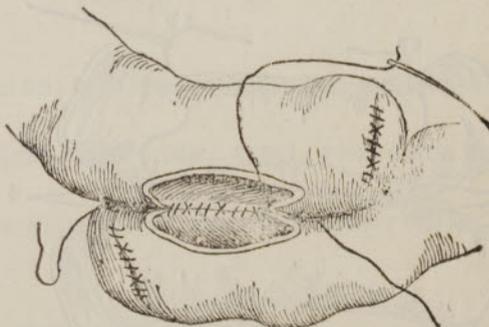


Fig. 992. — Enteroanastomosis lateral, asas cerradas. Cruzamiento amplio de los dos cabos (Ricard y Launay).

enterectomía y del cierre de los dos cabos intestinales formando fondo de saco. Esta última maniobra será descrita en el capítulo de la enterectomía.

Las dos asas que se han de unir se yuxtaponen después de invertirlas si

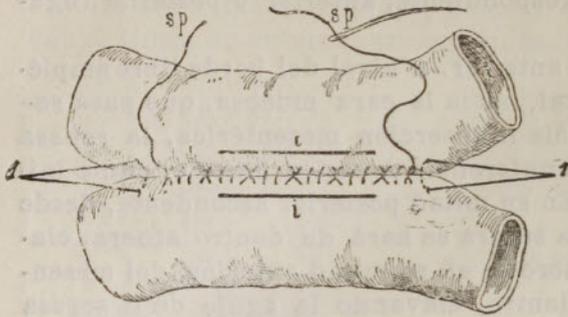


Fig. 993. — Enteroanastomosis lateral (1.º tiempo)

11, hilos suspensorios para juntar las dos asas que se han de reunir. *sp*, sutura serosa posterior, *t t*, trazado de las incisiones intestinales.

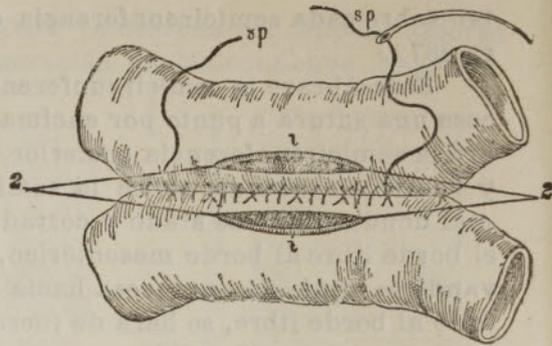


Fig. 994. — Enteroanastomosis lateral (2.º tiempo)

Las dos asas están unidas por una sutura serosa posterior, cuyos cabos *sp* se conservan largos. Dos hilos suspensorios, *2 2*, levantan y juntarán los labios de las incisiones *t t*, hechas en cada una de las asas.

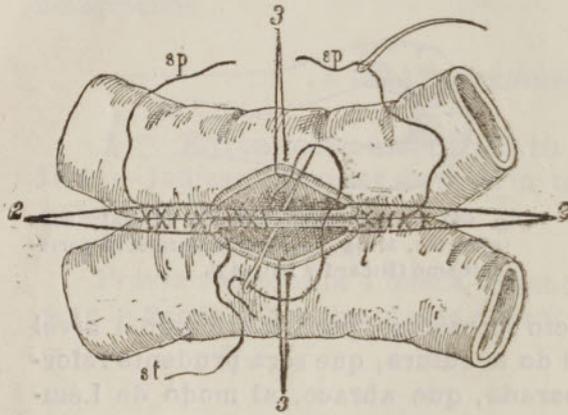


Fig. 995. — Enteroanastomosis lateral (3.º tiempo)

Otros dos hilos suspensorios, *3 3*, entreabren los labios anteriores de la incisión. Los labios posteriores se juntan por tracción de los hilos *2 2* y ya parcialmente unidos por la sutura total *st*.

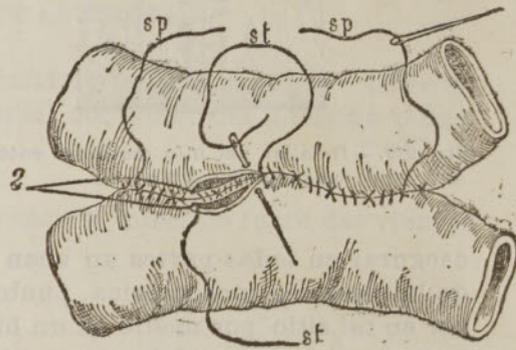


Fig. 996. — Enteroanastomosis lateral (3.º tiempo)

La sutura total *st*, después de haber unido los labios posteriores, prosigue en los labios anteriores, donde se atarán los dos cabos.

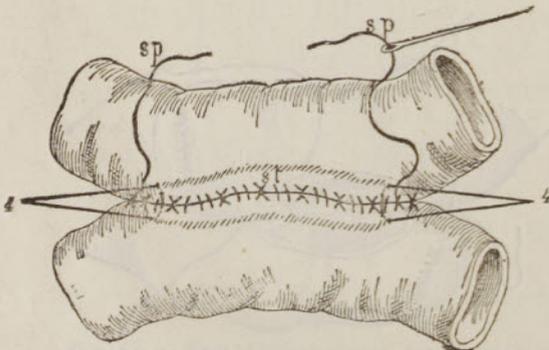


Fig. 997. — Enteroanastomosis lateral (4.º tiempo)

La sutura total *st* está terminada; sus cabos atados y cortados. Dos hilos suspensorios levantan y juntarán dos repliegues serosos para la sutura serosa anterior que se va a ejecutar con el cabo *sp*, continuación de la sutura serosa posterior.

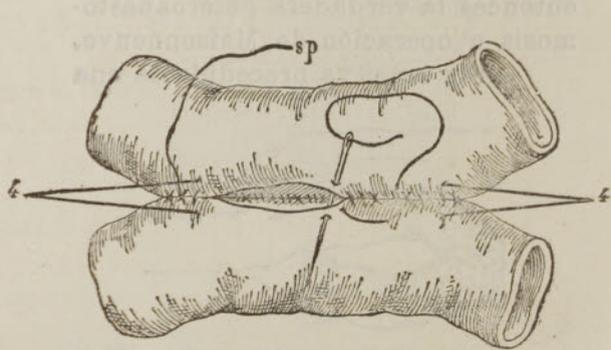


Fig. 998. — Enteroanastomosis lateral (4.º tiempo)

La sutura serosa anterior prosigue, cubriendo la sutura total y su cabo será atado con el cabo *sp*, conservado largo, de la sutura serosa posterior.

están abiertas (figs. 990 y 991) y por ancho cruce de sus extremos si están cerradas (fig. 992); así se asegura el isoperistaltismo.

Se las fija en posición correcta por medio de dos hilos suspensores o de dos pinzas de garfios, colocados a los extremos de la sutura de anastomosis y se procede entonces al abocamiento según la técnica de la gastroenterostomía simple.

Se ejecuta, pues, sucesivamente:

1.º Una sutura a punto por encima seromuscular de coaptación, de 7 a 8 centímetros de largo, conservando los dos cabos inicial y terminal bastante largos (fig. 993);

2.º La abertura de las dos asas en una extensión de 5 a 6 centímetros (fig. 994);

3.º La sutura de unión de los labios del orificio, a punto por encima, total, perforante (figs. 995 y 996).

Estas suturas se harán todas con puntos pasados, y algunos puntos complementarios colocados en los dos extremos de la anastomosis asegurarán la correcta coaptación de las dos asas.

3.º Enteroanastomosis terminolateral o por implantación.— Sólo es aplicable después de sección o resección. El cabo duodenal es implantado perpendicularmente en el cabo anal con o sin cierre previo de éste (fig. 999).

Es el procedimiento usado en las implantaciones en Y (véase gastroenterostomía, yeyunostomía) y en la resección íleocecal.

El cabo anal, si conviene, se cierra por aplastamiento, por ligadura, por sutura en forma de bolsa o por doble sutura (véase enterectomía).

El cabo duodenal se pone en contacto de su borde libre. Éste se incide en la longitud conveniente, igual al diámetro del cabo duodenal. Dos hilos suspensores colocados en cada extremo y que atraviesan las dos secciones, aseguran, por su tensión, su adaptación correcta.

Una primera sutura a punto por encima, profunda, total, reúne los dos labios del orificio.

Una segunda sutura de igual clase, superficial, seromuscular, encierra herméticamente a la primera.

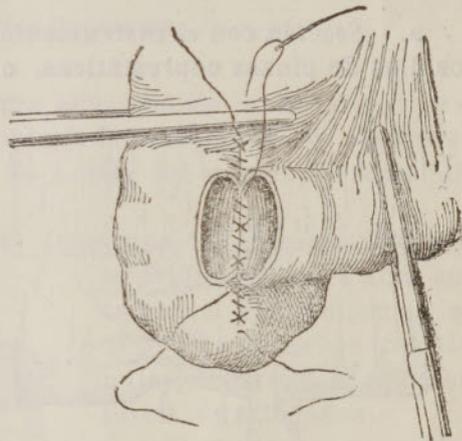


Fig. 999.— Enteroanastomosis terminolateral, llamada por implantación (Ricard y Launay).

§ 2. — PROCEDIMIENTO DEL BOTÓN ANASTOMÓTICO

Los tres métodos de enteroanastomosis que acabamos de describir pueden ejecutarse también con el auxilio de los botones anastomóticos de Murphy-Villard o de Jaboulay, correspondiendo éste particularmente a los dos últimos.

Para los detalles de su aplicación consúltese el capítulo de «Técnica general» y el estudio de la gastroenterostomía.

VI.—ENTERECTOMÍA

Es la resección del intestino. Puede ser parcial (regularización de una herida contusa o escisión de un punto de esfacelo muy limitado) o total. Describiremos solamente esta última, que puede practicarse en un tiempo o en dos tiempos.

§ 1.—ENTERECTOMÍA EN UN TIEMPO

Sólo está indicada cuando el estado general del enfermo es muy satisfactorio, sin fenómenos de oclusión precedentes.

1.º Maniobras preliminares. — El asa que se ha de resecar se saca fuera del vientre todo lo posible, se la aísla por medio de compresas, se la evacua por compresión y se hace la coprostasia a buena distancia.

2.º Resección del intestino. — Debe hacerse en pared sana; esto es capital. Se pueden emplear dos procedimientos.

a. *Sección con el instrumento cortante sin aplastamiento previo.* — Entre dos filas de pinzas coprostáticas, o bien entre unas pinzas y un hilo en bolsa,

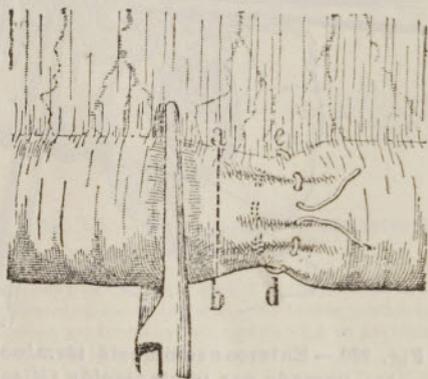


Fig. 1000. — Sección con aplastamiento previo entre dos pinzas o bien entre unas pinzas y una ligadura en bolsa.

línea de sección; *cd*, ligadura en bolsa

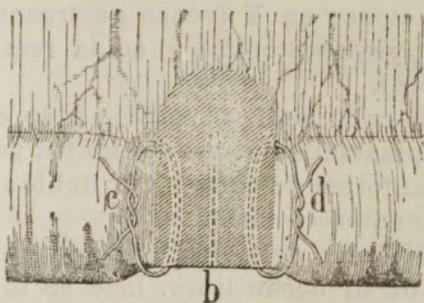


Fig. 1001. — Sección con aplastamiento previo entre las ligaduras *c* y *d*

ab, línea de sección en medio de la zona aplastada

se corta francamente el intestino con tijeras, siguiendo una dirección perpendicular a su eje o muy ligeramente oblicua de fuera adentro (fig. 1000).

b. *Sección con aplastamiento previo.* — Con ayuda de un angiotribo, se oblitera la pared intestinal aplastándola en los dos extremos del segmento que se ha de resecar; en cada zona aplastada se coloca un doble hilo y se secciona el intestino entre los dos, con toda seguridad para la asepsia (fig. 1001).

3.º Resección o desinserción del mesenterio. — Toda porción de intestino desprovista de mesenterio está fatalmente condenada al esfacelo; habrá, pues, que vigilar con el mayor cuidado que la sección o la desinserción del mesenterio coincidan exactamente con la sección del intestino,

Para desinsertar el mesenterio, se le secciona cerca del borde intestinal en la extensión necesaria y se hace la hemostasia minuciosa por ligadura aislada de sus vasos (fig. 1002).

Más a menudo se practicará la resección en forma de V con la punta vuelta hacia la inserción raquídea del meso, coincidiendo la base exactamente, como extensión, con la resección intestinal (fig. 1003).

4.º Reunión de los segmentos intestinales.—Se hará por sutura o por botón anastomótico y, según que los segmentos que se han de reunir sean o no de igual calibre, se practicará ya una anastomosis terminal o enterorrafia circular, ya y más cómodamente una anastomosis laterolateral después de cerrar los dos cabos, o bien una implantación terminal del segmento retraído en el segmento dilatado, después de cerrar la sección de este último (1).

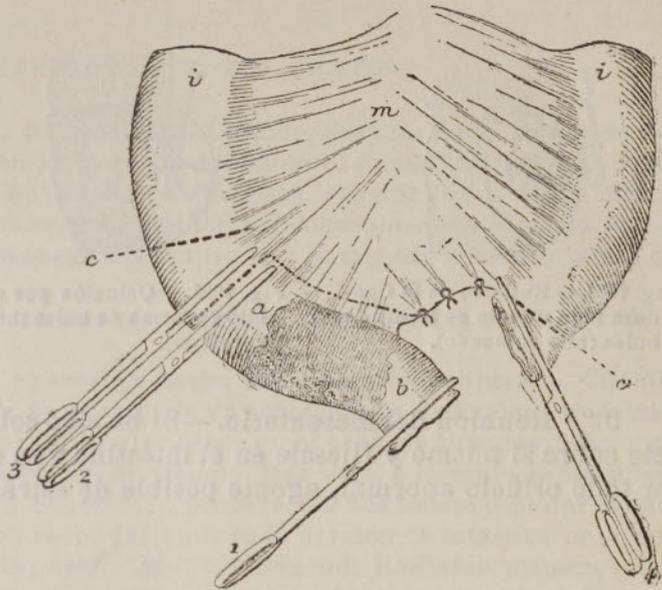


Fig. 1002. — Desinserción del mesenterio

Nos referimos al capítulo precedente para la ejecución de estas diversas anastomosis, pues aquí solamente describiremos el cierre de los cabos intestinales, utilizado en las dos últimas variedades.

Si se recurre al aplastamiento, basta enterrar la ligadura en masa de la zona aplastada bajo una sutura a punto por encima seromuscular superficial o bajo un hilo seromuscular en forma de cordón de bolsa (figs. 1004 y 1005).

Cuando simplemente se ha seccionado el intestino con las tijeras, se toca la superficie de sección con el termo para tostar la mucosa. Luego se puede, o bien ligar en masa el extremo,

o pasar un hilo formando bolsa, o practicar una primera sutura profunda total perforante, pegando los dos labios de la sección. Se entierra entonces

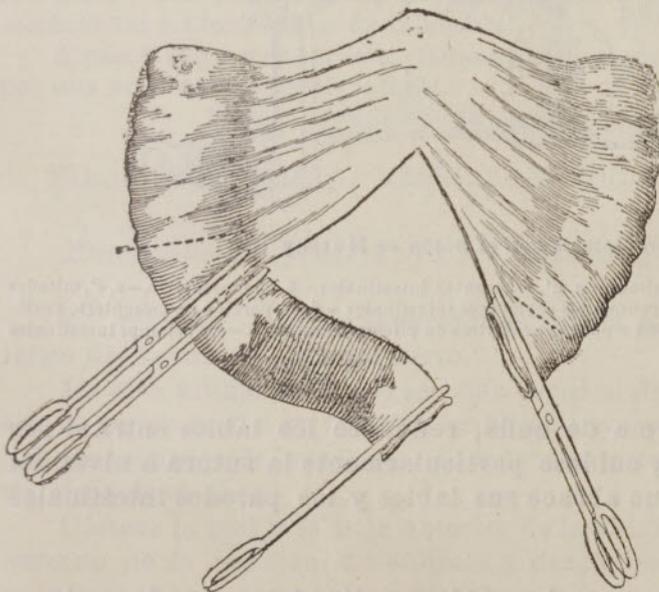


Fig. 1003. — Sección cuneiforme del mesenterio

o pasar un hilo formando bolsa, o practicar una primera sutura profunda total perforante, pegando los dos labios de la sección. Se entierra entonces

(1) Quénu y Judet, *Rev. de chir.* (1902), t. XXV, págs. 649 a 687.

ces esta primera barrera bajo un segundo hilo en forma de bolsa o una segunda sutura continua seromuscular superficial (fig. 1006).

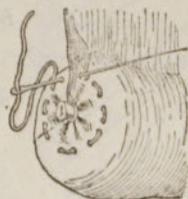


Fig. 1004.—Entierro de la ligadura bajo un hilo en forma de bolsa (hilo colocado).

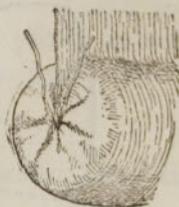


Fig. 1005.—Oclusión por un hilo en forma de bolsa (hilo apretado).

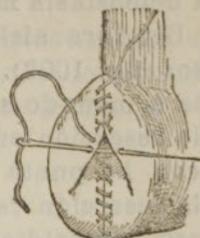


Fig. 1006.—Oclusión por una doble sutura a punto por encima.

5.º Reunión del mesenterio.—Si ha sido solamente desinsertado, pléguese sobre sí mismo y fijese en el intestino y en el mesenterio vecino para evitar todo orificio anormal, agente posible de estrangulación (fig. 1007).

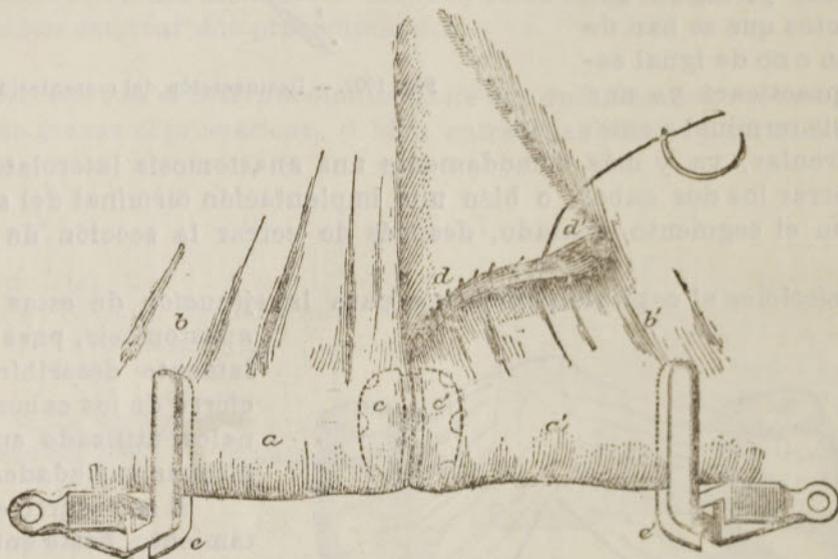


Fig. 1007.—Enterosíntesis con el botón de Murphy

Aproximación hasta el contacto íntimo de sus mitades: *a, a'*, segmentos intestinales.—*b, b'*, mesenterio.—*c, c'*, mitades de los botones vistos por transparencia, que reúnen los segmentos intestinales—*d, d'*, porción de mesenterio desinsertada, para la resección intestinal y suturada a punto por encima en pliegue triangular.—*e, e'*, clamps intestinales de Murphy que sirven para la coprostasis.

Si ha sido escindido en forma de cuña, reúnanse los labios entre sí por una sutura a punto por encima y cuídese particularmente la sutura a nivel del intestino por medio de un hilo que abrace sus labios y las paredes intestinales (fig. 989).

6.º Cierre de la pared.—Después de una buena limpieza, se reduce el asa en la cavidad abdominal. Si se está seguro de la asepsia y de la sutura, abandónese y ciérrase completamente la herida abdominal.

En el caso contrario, mediante uno o varios puntos seromusculares pasados por su borde libre, fijese el asa suturada detrás de la pared abdominal, frente al borde inferior de la herida; flanquéese esta asa con dos mechas de

gasa aisladoras y reúnase incompletamente la herida abdominal. Estas mechas se quitan del quinto al sexto día.

§ 2. — ENTERECTOMÍA EN DOS TIEMPOS

I. A veces es una operación de necesidad. Cuando, después de la resección del segmento enfermo, la reunión completa de los dos cabos es imposible, hay que contentarse con adosarlos en forma de cañones de escopeta, reuniendo sus caras contiguas. Se las fija por medio de una serie de puntos seromusculares en U a los labios del peritoneo parietal y luego una segunda sutura une la mucosa a los dos labios de la herida cutánea.

Así se encuentra constituido un ano contranatural que se cerrará consecutivamente.

II. En otros casos es una operación hecha de propósito deliberado. Cuando la lesión por la que se practica la enterectomía va acompañada de fenómenos oclusivos y de un estado general grave, particularmente en el caso de tumores del intestino grueso, sería imprudente operar en un tiempo. Más vale, a ejemplo de Mikulicz, Steinthal (1), Hartmann, Quénu y Segond (2), proceder en dos tiempos: quitar primero la obstrucción y luego extirpar secundariamente la porción de intestino enferma.

a. Para hacer esto se puede, como Quénu y Segond, limitarse primero a un simple ano contranatural practicado a buena distancia hacia arriba de la lesión, y dos o tres semanas más tarde proceder a la enterectomía con cierre del ano.

b. Pero se puede también, como Hartmann, obrar del modo siguiente: por una incisión media, exteriorícese completamente fuera del abdomen el segmento de intestino enfermo; fijense los dos cabos del intestino, situados hacia arriba y hacia abajo de la lesión, por puntos no perforantes, a los labios de la herida abdominal; luego acábese de cerrar totalmente esta herida. Por aplastamiento de los dos cabos, escíndase el segmento enfermo exteriorizado. Sutúrese completamente el cabo inferior. Establézcase un ano en el superior. Hartmann, con este objeto, cierra también este cabo y practica en él una pequeña abertura por la que introduce un tubo que conduce las materias lejos de la herida.

Algún tiempo más tarde escíndase el ano y restablézcase la circulación normal por una enteroanastomosis lateral.

VII. — CECECTOMÍA. RESECCIÓN DEL SEGMENTO ÍLEOCECAL (3)

Practicada por primera vez por Kraussold en 1879.

a. Incisión. — Larga laparotomía media o mejor laparotomía lateral a lo largo del borde externo del recto.

En este último caso, hágase una incisión de 12 a 15 centímetros al menos, con su punto medio en la línea umbilicoiliaca y que pase un poco por dentro del punto medio de esta línea. El músculo recto tiene aproximadamente 5 centímetros de ancho.

Córtese la piel y la hoja anterior de la vaina. Apártese hacia fuera el labio externo de la incisión; descúbrase y despéguese el borde externo del recto y apártesele hacia dentro para descubrir la hoja posterior de la vaina. Incíndase ésta y el peritoneo que de ordinario está pegado a ella.

(1) Steinthal, *XXXIIIe Congrès de la Soc. allem. de chir.*, Abril de 1904.

(2) Hartmann, Quénu y Segond, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 2 y 16 de Noviembre de 1904.

(3) Consúltese Baillet, T. de Paris (1894), n.º 1; Julliard, *Rev. méd. de la Suisse romande* (1897), pág. 386; Tuffier, *Rev. de gynéc. et de chir. abd.* (1897), pág. 691; Benoit, *Gaz. des Hôp.* (1898), pág. 357; Ch. Scudder, *Boston med. and surg. journal*, 10 de Noviembre de 1904, pág. 511.

Abierto el peritoneo, póngase al enfermo en posición declive, aíslese el campo operatorio y sáquese cuanto sea posible el segmento ileocecal fuera del vientre. Váciense por expresión este segmento y hágase su coprostasia a buena distancia.

b. Sección del íleon. — A buena distancia del ciego, seccionese francamente el íleon, ya previo aplastamiento, ya entre dos ligaduras sólidas; tóquense las secciones con el termocauterio. Ciérrase definitivamente mediante una sutura en forma de bolsa el cabo duodenal; envuélvase el cabo anal en una compresa.

c. Liberación del ciego. — Llévense el ciego y el colon hacia dentro. En su lado externo, incíndase el peritoneo (hoja externa del mesocolon) y prónguese esta incisión bajo el ciego para contornear éste y remontar un poco por dentro.

Despéguese entonces el ciego de fuera adentro y de abajo arriba, respetando los vasos ilíacos y el uréter que los cruza.

d. Sección del colon. — A buena distancia del mal y en tejido sano, aplástese o líguese el colon y seccionesele entre dos ligaduras. Entiérrese y ciérrase definitivamente el cabo anal; envuélvase el cabo duodenal en una compresa.

e. Sección del mesenterio. — Reúnanse entonces las dos secciones cólica e ilial, cortando el mesenterio intermedio, lo cual liberta completamente el segmento ileocecal.

f. Enterosíntesis. — Reúnase el íleon con el colon ascendente, transverso o descendente, ya por una implantación términolateral, ya mucho mejor por una anastomosis laterolateral (véase *Enteroanastomosis*).

Para asegurar el isoperistaltismo, es necesario que el íleon esté pegado al colon en posición ascendente.

Reúnase y ciérrase la brecha mesentérica.

g. Peritonización. — Despéguese los labios de la incisión peritoneal y después de libentar suficientemente por dentro y por fuera, reúnaselos por una sutura a punto por encima que reconstituye la cubierta serosa parietal del suelo ilíaco. Hacia arriba, fijese por algunos puntos el muñón cólico a ese suelo.

VIII. — COLECTOMÍA (1)

(Operación de Reybard)

Practicada por Reybard en 1833 y luego por Güssenbauer, puede interesar uno o varios de los cuatro segmentos del colon: ascendente, transverso, descendente y pelviano.

La colectomía se practicará como una enterectomía ordinaria. La incisión media será preferida para el colon transverso; las laparotomías laterales para los otros segmentos.

La parte enferma será reseçada ampliamente, con o sin aplastamiento previo de sus extremos.

(1) Consúltese Monprofit, *Arch. prov. de chir.*, Marzo de 1904, págs. 148-174.

La enterosíntesis se hará, según los casos, ya por sutura términoterminal, ya por anastomosis laterolateral, ya, por último, en ciertos casos, por *enteroplastia* o por *anastomosis recurrente*, cuyo principio vamos a describir en el capítulo siguiente (fig. 1015).

IX. — EXCLUSIÓN DEL INTESTINO (1)

(Operación de Salzer)

En su sentido más amplio, el término exclusión puede aplicarse a todas las operaciones que excluyen de la circulación de las materias una extensión mayor o menor del tubo digestivo, derivando su curso. Así, la gastroenterostomía excluye el segmento píloroduodenal, y la vieja enteroanastomosis de Maisonneuve vendrá a ser la forma más sencilla de la exclusión.

Sin embargo, con Hartmann, se reserva este nombre para las operaciones en las que se interrumpe por una o dos secciones la continuidad del intestino. Se distinguen dos grandes variedades de exclusión: uni y bilateral.

1.º Exclusión unilateral.—El intestino es seccionado por arriba de la sección que se ha de excluir y su cabo duodenal es anastomosado en una

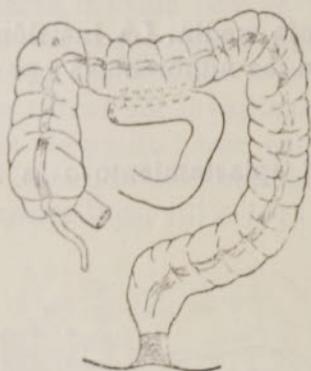


Fig. 1008. — Exclusión unilateral cerrada del ciego y del colon ascendente. Sección del ileon terminal. Cierre del cabo anal. Anastomosis del cabo duodenal con el colon transverso.



Fig. 1009. — Exclusión lateral abierta en la piel por fistulización espontánea o artificial, a

parte cualquiera del intestino de más abajo. En cuanto al cabo anal puede ser *cerrado* por enterramiento (fig. 1008); *fistulizado* patológicamente o artificialmente; *fijado a la piel* (fig. 1009) o *abocado* en el colon pelviano (fig. 1016).

2.º Exclusión bilateral.—Aquí el intestino se corta dos veces: por arriba y por abajo del segmento que se ha de excluir.

Se anastomosa el cabo duodenal con el cabo anal.

En cuanto al asa excluida, puede ser:

Cerrada: en forma de morcilla o de anillo. Este procedimiento, muy peligroso, está del todo abandonado (figs. 1010 y 1011).

(1) Consúltese Salzer, *XX Congr. de la Soc. allem. de chir.* (1891); Heydenreich, *Sem. médic.* (1897), pág. 41; Le Dentu, *Rev. de gyn. et de chir. abd.* (1899), pág. 81; Terrier y Gosset, *Rev. de chir.* (1900), tomo II, pág. 129; Hartmann, *XVII Congr. fr. de chir.* (1903) (Informe y discusión); Vautrin, *Rev. de chir.* (1903), tomo XXVIII, pág. 20; Monprofit, *Arch. prov. de chir.* (Enero de 1904), págs. 4-65.

Abierta: comunicando con el exterior (fistula o abocamiento) (figs. 1012 y 1013).

Técnica de la exclusión.—Indicaremos sumariamente los tiempos principales, refiriéndonos para los detalles a los capítulos consagrados a la técnica general, a la enteroanastomosis y a la enterectomía.

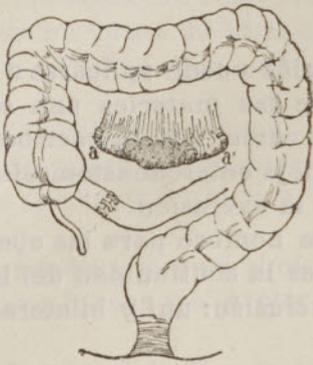


Fig. 1010.—Exclusión bilateral en forma de morcilla de un segmento ileal, aa

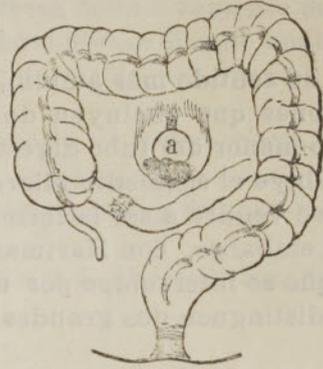


Fig. 1011.—Exclusión bilateral en forma de anillo de un segmento ileal, a

a. Incisión.—Lo más a menudo laparotomía media. La incisión se debe hacer a distancia de la lesión para evitar caer en las adherencias y para orientarse mejor.

b. Sección intestinal.—Deben preferirse el aplastamiento o la ligadura doble.

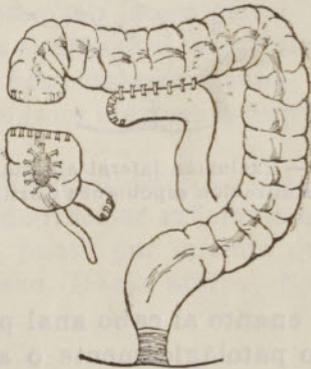


Fig. 1012.—Exclusión bilateral abierta del ciego

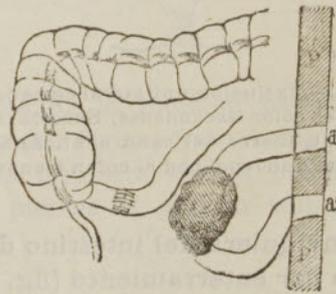


Fig. 1013.—Exclusión bilateral de un segmento ileal aa', por abertura en la piel, PP'

c. Enterosíntesis.—Se hará por botón o mejor por sutura y se empleará la anastomosis término-terminal, término-lateral o latero-lateral. Esta última es la más sencilla y la mejor.

Cuando por la brevedad del mesenterio o del mesocolon no pueden aproximarse los dos cabos, se practicará la anastomosis recurrente o la enteroplastia.

En la anastomosis recurrente (exclusión del colon pelviano) (fig. 1014), se secciona el colon por arriba y por abajo de la sección. Se corta el intestino delgado a alguna distancia de la terminación. Se implanta el cabo duodenal en el

colon descendente y el cabo anal en el recto. Se destruye la válvula de Bauhin y la circulación se hace por retroceso en los cóloles.

En la *enteroplastia* (fig. 1015), se toma del íleon un segmento de longitud suficiente para rellenar el hueco entre las dos secciones del intestino grueso.

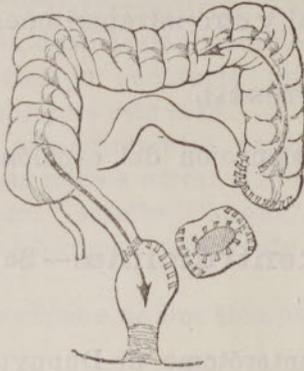


Fig. 1014.—Exclusión bilateral abierta del colon pelviano con doble anastomosis ileocólica recurrente.

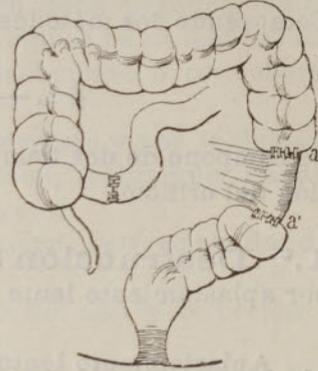


Fig. 1015.—Exclusión bilateral de un segmento del colon pelviano con enteroplastia, aa'

d. Tratamiento del asa excluida.—Debe ser abocada, bien a la piel, bien al intestino, porque hoy se ha renunciado completamente a las exclusiones cerradas a causa de sus peligros.

1.º El *abocamiento a la piel* puede hacerse por fístula preexistente. Basta entonces cerrar por invaginación o enterramiento el cabo o los cabos del asa excluida. Se puede hacer con más amplitud por sutura de uno o de los dos cabos a la herida de laparotomía o a incisiones secundarias practicadas en sitio adecuado (figs. 1012, 1013 y 1014).

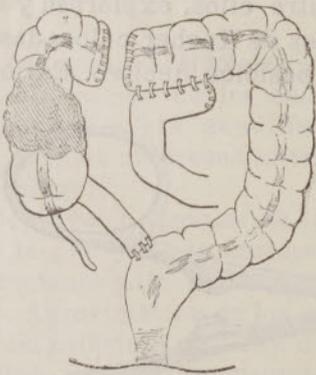


Fig. 1016.—Exclusión con abocamiento del asa excluida en el colon pelviano por doble anastomosis ileocólica.

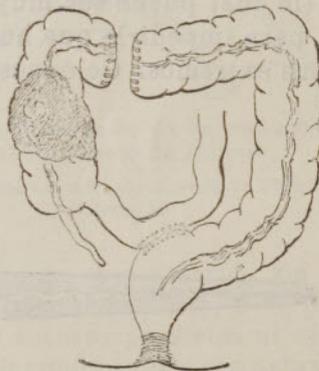


Fig. 1017.—El mismo resultado por ancha anastomosis ileocólica baja simple

2.º El *abocamiento al intestino* ha sido recomendado en Francia por Monprofit con la denominación original de «procedimiento de todo al intestino». Aplicable particularmente a las lesiones de los ángulos cólicos, consiste en seccionar el íleon a distancia conveniente del ciego. Se implanta su cabo duodenal en el colon, hacia abajo del segmento que se ha de excluir y su cabo anal en el recto (fig. 1016).

Se puede lograr más sencillamente un resultado análogo por una ancha anastomosis ileocólica baja (fig. 1017).