

X. — CURA DE LOS ANOS CONTRANATURA, DE LAS FÍSTULAS ESTERCORALES Y DE LOS ANOS ARTIFICIALES

Comprende dos métodos: uno extraperitoneal y otro intraperitoneal.

§ 1. — MÉTODO EXTRAPERITONEAL

Se compone de dos tiempos sucesivos: la destrucción del espolón y la obturación del orificio.

1.º Destrucción del espolón o kentrotomía.— Se la practica por aplastamiento lento o por sección rápida.

a. Aplastamiento lento. — Se hace con el enterótomo de Dupuytren o de los diversos modelos de Panas, Collin y Chaput (figs. 1018 y 1019).

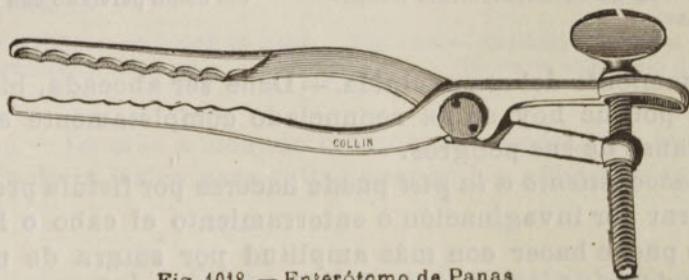


Fig. 1018. — Enterótomo de Panas

Reconózcase minuciosamente el cabo superior (lo cual es fácil) y el cabo inferior (lo cual puede ser muy dificultoso). Entre ellos, explórese y cójase el espolón, para impedirle que huya, con dos pinzas de Kocher colocadas en cada uno de sus extremos. Colóquese al enfermo en posición declive. Extiéndase el

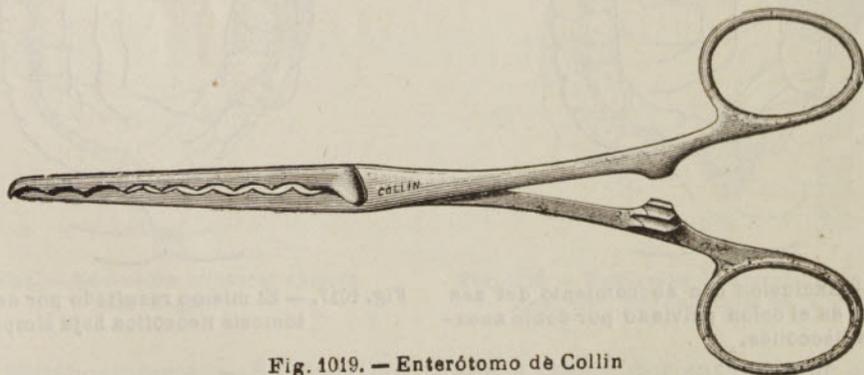


Fig. 1019. — Enterótomo de Collin

espolón con las pinzas. Introdúzcase entonces el enterótomo, una de sus ramas en cada uno de los extremos; introdúzcasele por completo, pellízquese el espolón retenido por las pinzas de Kocher amarradas sobre él y apriétese ligeramente el enterótomo. Morfina contra los dolores.

Al otro día y los siguientes, apriétese un poco más el enterótomo que se desprende espontáneamente hacia el octavo día, previa mortificación del espolón.

b. Sección rápida. — Con dos clamps o dos pinzas de Kocher, cuyos extremos converjan, cójase sólidamente el espolón. A buena distancia de esas pinzas secci6nase la porci6n de intestino en forma de V circunscrita por ellas y sutúrese con cuidado cada uno de los labios de esta secci6n.

2.º Obturaci6n del orificio. — No se debe practicar sino despu6s de la destrucci6n completa del espol6n y cuando se haya dado al orificio todo el tiempo necesario para cerrarse espontáneamente o estrecharse, es decir, unas tres semanas.

Los procedimientos empleados son muy numerosos y por lo dem6s muy semejantes unos a otros. Son los de Velpeau, Nélaton, Malgaigne, Panas, Denonvilliers, Gosselin, Chaput, Hartmann, Jeannel, etc.

Describiremos solamente el último, modificaci6n perfeccionada del de Nélaton.

Se compone de dos tiempos principales: cierre del ano y refecci6n de la pared.

a. Por medio de una sutura en bolsa provisional, ciérrese el ano. Por una incisi6n circular a 1 centímetro de él, circunscríbesele y diséquesele paralelamente a sus paredes, hasta el peritoneo, sin tocar a éste. Invagínese el trayecto anal en sí mismo y adósenle las superficies cruentas lo más íntimamente posible por medio de un doble plano de Lembert.

b. Sobre la secci6n parietal extirpese el tejido inodular, descúbranse, diséquense y aíslense las capas de la pared; capa subperitoneal, capa muscular, capa aponeur6tica y piel. Sutúreselas metódicamente a punto por encima con catgut, adosándolas en altura (fig. 1020).

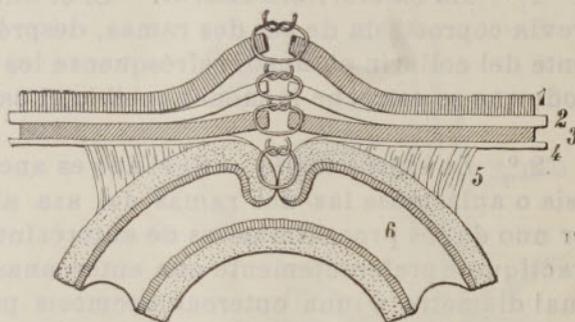


Fig. 1020. — Obliteraci6n de un ano artificial
Procedimiento de Jeannel

1, piel; 2, aponeurosis. 3, músculo. 4, peritoneo; 5, adherencias
6, intestino

Cura de los anos artificiales. — Para la obliteraci6n de los anos iliacos temporales sin espol6n, Quénu (1) emplea un procedimiento muy análogo.

Incisi6n oval o circular en la uni6n de la piel y de la mucosa.

Desprendimiento y liberaci6n del intestino siguiendo su cara externa, sin abrir el peritoneo. Aproximaci6n de los orificios de cada cabo, si hay dos, o de los labios opuestos del orificio si sólo hay uno, por medio de suturas paralelas al eje mayor del intestino, suturas submucosas, no perforantes. Segunda sutura con catgut, semejante a la primera para invaginarla. El intestino vuelto a cerrar se reduce bajo los planos fibromusculares de la pared que se reconstituye por refrescamiento y sutura. Un tubo de desagüe muy pequeño en contacto del intestino durante cinco o seis días. Estreñimiento artificial durante diez días.

§ 2. — MÉTODO INTRAPERITONEAL (2)

a. Desinfecci6n cuidadosa de la pared abdominal, previa obturaci6n temporal del ano, practicada, ya por taponamiento, ya por una sutura en forma

(1) Quénu, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1904), pág. 720.

(2) Consúltese Pauchet, *Rev. de gynéc. et de chir. abd.* (1902), pág. 623.

X. — CURA DE LOS ANOS CONTRANATURA, DE LAS FÍSTULAS ESTERCORALES Y DE LOS ANOS ARTIFICIALES

Comprende dos métodos: uno extraperitoneal y otro intraperitoneal.

§ 1. — MÉTODO EXTRAPERITONEAL

Se compone de dos tiempos sucesivos: la destrucción del espolón y la obturación del orificio.

1.º Destrucción del espolón o kentrotomía.— Se la practica por aplastamiento lento o por sección rápida.

a. Aplastamiento lento. — Se hace con el enterótomo de Dupuytren o de los diversos modelos de Panas, Collin y Chaput (figs. 1018 y 1019).

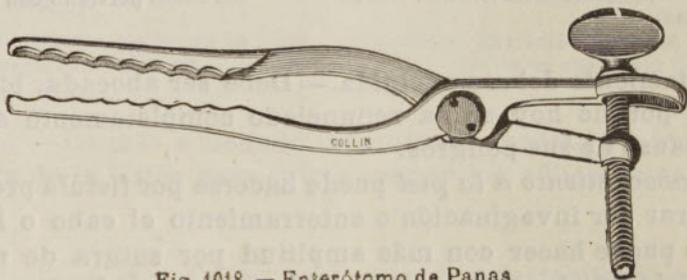


Fig. 1018. — Enterótomo de Panas

Reconózcase minuciosamente el cabo superior (lo cual es fácil) y el cabo inferior (lo cual puede ser muy dificultoso). Entre ellos, explórese y cójase el espolón, para impedirle que huya, con dos pinzas de Kocher colocadas en cada uno de sus extremos. Colóquese al enfermo en posición declive. Extiéndase el

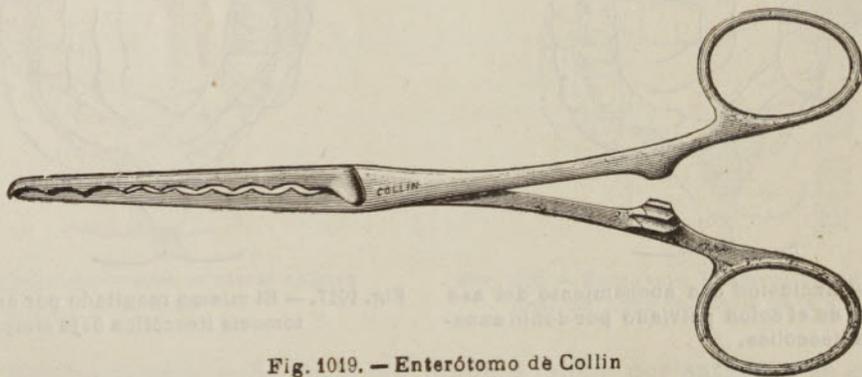


Fig. 1019. — Enterótomo de Collin

espolón con las pinzas. Introdúzcase entonces el enterótomo, una de sus ramas en cada uno de los extremos; introdúzcasele por completo, pellízquese el espolón retenido por las pinzas de Kocher amarradas sobre él y apriétese ligeramente el enterótomo. Morfina contra los dolores.

Al otro día y los siguientes, apriétese un poco más el enterótomo que se desprende espontáneamente hacia el octavo día, previa mortificación del espolón.

b. Sección rápida. — Con dos clamps o dos pinzas de Kocher, cuyos extremos converjan, cójase sólidamente el espolón. A buena distancia de esas pinzas seccionese la porción de intestino en forma de V circunscrita por ellas y sutúrese con cuidado cada uno de los labios de esta sección.

2.º Obturación del orificio. — No se debe practicar sino después de la destrucción completa del espolón y cuando se haya dado al orificio todo el tiempo necesario para cerrarse espontáneamente o estrecharse, es decir, unas tres semanas.

Los procedimientos empleados son muy numerosos y por lo demás muy semejantes unos a otros. Son los de Velpeau, Nélaton, Malgaigne, Panas, Denonvilliers, Gosselin, Chaput, Hartmann, Jeannel, etc.

Describiremos solamente el último, modificación perfeccionada del de Nélaton.

Se compone de dos tiempos principales: cierre del ano y refección de la pared.

a. Por medio de una sutura en bolsa provisional, ciérrese el ano. Por una incisión circular a 1 centímetro de él, circunscribasele y diséquesele paralelamente a sus paredes, hasta el peritoneo, sin tocar a éste. Invagínese el trayecto anal en sí mismo y adósenle las superficies cruentas lo más íntimamente posible por medio de un doble plano de Lembert.

b. Sobre la sección parietal extírpese el tejido inodular, descúbranse, diséquense y aislense las capas de la pared; capa subperitoneal, capa muscular, capa aponeurótica y piel. Sutúreselas metódicamente a punto por encima con catgut, adosándolas en altura (fig. 1020).

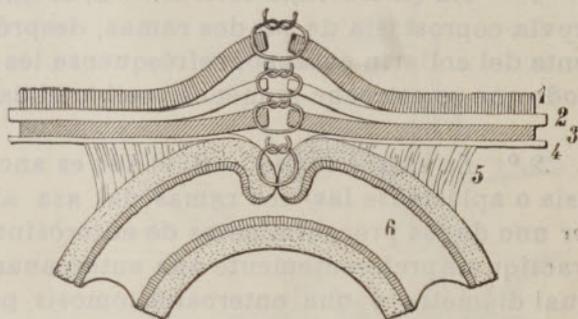


Fig. 1020. — Obliteración de un ano artificial. Procedimiento de Jeannel

1, piel; 2, aponeurosis. 3, músculo 4, peritoneo; 5, adherencias 6, intestino

Cura de los anos artificiales. — Para la obliteración de los anos ilíacos temporales sin espolón, Quénu (1) emplea un procedimiento muy análogo.

Incisión oval o circular en la unión de la piel y de la mucosa.

Desprendimiento y liberación del intestino siguiendo su cara externa, sin abrir el peritoneo. Aproximación de los orificios de cada cabo, si hay dos, o de los labios opuestos del orificio si sólo hay uno, por medio de suturas paralelas al eje mayor del intestino, suturas submucosas, no perforantes. Segunda sutura con catgut, semejante a la primera para invaginarla. El intestino vuelto a cerrar se reduce bajo los planos fibromusculares de la pared que se reconstituye por refrescamiento y sutura. Un tubo de desagüe muy pequeño en contacto del intestino durante cinco o seis días. Estreñimiento artificial durante diez días.

§ 2. — MÉTODO INTRAPERITONEAL (2)

a. Desinfección cuidadosa de la pared abdominal, previa obturación temporal del ano, practicada, ya por taponamiento, ya por una sutura en forma

(1) Quénu, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1904), pág. 720.

(2) Consúltese Pauchet, *Rev. de gynéc. et de chir. abd.* (1902), pág. 623.

2.º Incisión sobre el borde externo del recto (Kammerer, Battle, Lennander-Jalaguier) (1). — Rara vez empleada en la apendicitis en caliente, salvo cuando el pus abulta bajo el músculo recto. No obstante la describiremos.

En el punto medio de la distancia umbilicoespinal, hágase una incisión vertical de 8 a 12 centímetros paralela al borde externo del músculo recto y por dentro de él (fig. 1021). Córtese la piel y la aponeurosis del oblicuo mayor. Ábrase la vaina del músculo recto (fig. 1022). Despréndase y apártese hacia fuera el labio externo de esta vaina para desprender y apartar hacia dentro el borde externo del músculo mismo. Levántese con una o dos pinzas la hoja profunda de la vaina (fig. 1023). Ábrasela prudentemente, así como el peritoneo que muy a menudo está adherido a ella, y sobre el índice protector ensánchese el orificio así practicado hasta las dimensiones requeridas.

Abierto el peritoneo, procédase como diremos más adelante.

3.º Incisión iliaca (Roux (2), Mac Burney) (3). — Es con mucho la más empleada para la apendicitis en caliente, y según muchos cirujanos conviene a la mayor parte de los casos.

A 2 o 3 centímetros por dentro de la espina iliaca anterosuperior, hágase una incisión de 10 a 15 centímetros, paralela al arco de Falopio, con su punto medio frente a la espina iliaca (fig. 1021). Córtese la piel, el tejido celular y la aponeurosis del oblicuo mayor. Al llegar sobre el oblicuo menor y el transversario se puede o bien seccionarlos en la dirección del eje de la herida (Roux), o bien limitarse a disociarlos paralelamente a sus fibras (Mac Burney) para disminuir las probabilidades de una eventración posible. Atravesados los músculos, cójanse con dos pinzas de garfios la fascia peritoneal y el peritoneo a menudo adherentes, levántelos y ábranse con prudencia porque el intestino a veces está pegado a ellos. Por el orificio, deslícese el índice izquierdo y sobre él agrándese la incisión hasta las dimensiones requeridas.

4.º Incisión transversal (Chaput) (4). — La incisión de Jalaguier no permite el desagüe directo de la fosa iliaca. La de Roux no es favorable al desagüe de los abscesos mesocelíacos.

Para obviar estos inconvenientes, Chaput practica, a partir de la espina iliaca anterosuperior, una incisión transversa, horizontal; corta en el mismo sentido la aponeurosis del oblicuo mayor y llega al peritoneo disociando el oblicuo menor y el transversario cuyos haces son horizontales. A veces es necesario, para hacer mayor la abertura, incidir la parte externa del músculo recto en una extensión de 1 a 2 centímetros.

Este procedimiento, aplicable a todos los casos, da una abertura ancha, respeta los planos musculares y permite un desagüe directo y fácil, tanto de la fosa iliaca como de la pelvis y de las regiones situadas por dentro del ciego.

Se abre el peritoneo. A menudo sale el pus. Basta entonces limpiar suavemente el foco, buscar con prudencia las prolongaciones superior, inferior, posterior e interna, asegurar un buen desagüe por medio de gruesos tubos asociados con mechas y taponar la herida sin suturarla, todo ello cuidando mucho de no romper las adherencias protectoras que limitan el foco purulento.

Otras veces hay que buscar el absceso. Sepárense los labios de la incisión

(1) Jalaguier, *Presse médic.* (1897), t. I, pág. 53.

(2) Roux, *Rev. médic. de la Suisse romande* (1890), págs. 201 y 289.

(3) Mac Burney, *Annals of Surgery* (1894), t. XX, págs. 38-43.

(4) Chaput, *Presse médic.*, 3 de Junio de 1905, pág. 347.

y mírese. Si existen entre la cara anterior del ciego y el peritoneo parietal adherencias que protogen la gran cavidad peritoneal, respétense cuidadosamente. Deslícese el índice bajo el labio externo de la incisión y despéguese el ciego del suelo iliaco para pasar por detrás de él. No tarda en surgir el pus. Se ensanchará suavemente la abertura, se enjugará y se buscarán las prolongaciones posibles, por arriba hacia el riñón y el hígado, por abajo hacia la pelvis, para introducir en ellas uno o dos gruesos tubos de desagüe flanqueados de mechas no apretadas.

Otras veces aún, levantando el labio interno de la incisión, se verá que por falta de adherencias la gran cavidad peritoneal no está cerrada, en tanto que la colección abulta sobre el borde externo del ciego.

Si hay que obrar sin demora, se deberá proteger muy cuidadosamente el peritoneo introduciendo profundamente cierto número de compresas debajo del labio interno de la herida o bien suturando la cara anterior del ciego a este labio interno (Duret). Será mucho mejor volver a cerrar la incisión peritoneal y, cerrada la serosa, llegar al foco retrocecal por la vía subperitoneal, despegando con el dedo el peritoneo de la fosa iliaca. Si se puede esperar, se taponará simplemente el foco con gasa y no se abrirá el absceso hasta dos días después, en que se habrán producido adherencias protectoras.

En estas diversas maniobras, ¿qué se ha de hacer con el apéndice? La opinión general es que conviene quitarlo solamente cuando se presenta en la herida y su ablación es fácil. En este caso, libétesele prudentemente, líguesele en su base y secciónesele con el termo, sin hacer más. Pero a la menor dificultad que presente esta ablación, déjese y no se insista.

Sin embargo, algunos cirujanos (Poirier, Brun), están por la extirpación sistemática del apéndice y no vacilan en romper deliberadamente las adherencias preexistentes para conseguirlo. Pero tienen muy buen cuidado de asegurar un amplio desagüe del peritoneo con el auxilio de gruesos tubos perforados, dirigidos hacia arriba, hacia abajo y hacia dentro.

II. Vía posterior. — Conviene especialmente para los abscesos retrocecales, a pesar de que Grinda ha querido extenderlo a otros casos.

Ofrece dos variantes:

1.º El procedimiento de Poirier llamado *a posteriori* que, en realidad, aprovecha una incisión iliaca anterior alta, análoga a la de Roux, para seccionar la piel y la capa muscular y luego despegar el peritoneo del suelo iliaco a fin de abordar el foco por su cara profunda.

2.º El procedimiento de Grinda o *lumbar*, que comprende una incisión lumboiliaca paralela en su mitad superior al borde externo de la masa sacrolumbar y en su mitad inferior a la cresta iliaca, incisión análoga a las que sirven para descubrir el riñón y el uréter.

Sheldon (1) ha descrito recientemente un procedimiento muy análogo.

III. Vía inferior. — Se aplica a los abscesos pélvicos que penetran en el Douglas y comprende cinco variedades:

1.º Laparotomía subperitoneal. — Incíndase encima del arco de Falopio. Al llegar al peritoneo despéguese del suelo iliaco, dirigiéndose hacia la

(1) Sheldon, *Annals of Surgery*, Septiembre de 1904, pág. 376.

profundidad para abrir la colección por la vía subserosa. Hay que reconocer, sin embargo, que esta práctica expone a un mal desagüe y a una eventración ulterior.

2.º Laparotomía vaginal. — Es la incisión del fondo de saco de Douglas por una colpotomía posterior (véase *Colpotomía*) seguida de un amplio desagüe.

3.º Laparotomía rectal. — Inaugurada por Gerster, preconizada por Jaboulay (1), Bérard y Patel (2), que han publicado un conjunto de 44 casos con 44 curaciones, Rivière (3) y Chaput (4). Es aplicable sólo a los abscesos que abultan hacia el recto.

Póngase al enfermo en posición ginecológica o mejor en posición perineal invertida, con la pelvis muy elevada. Deprímase con una valva la pared posterior del recto y lávese minuciosamente el intestino. Incíndase con el bisturí la pared rectal sobre la prominencia del absceso, reconocida por el dedo. Ábrase y evácuase el absceso. Tapónese simplemente el recto, sin desagüe.

Panchet (5) ha preconizado más recientemente el desagüe abdominorrectal deliberado en todas las apendicitis con tendencia pelviana, pero después de una laparotomía previa.

Incisión iliaca, protección del peritoneo por compresas aisladoras, abertura del absceso. Unas pinzas-clamp se introducen en el Douglas y, deprimiendo el recto de dentro afuera, van a salir por el ano, cubiertas por las tunicas rectales. Se abre el recto de un tijeretazo. Salen las pinzas, se abren, cogen un grueso tubo de desagüe de 20 a 30 centímetros de largo, perforado sólo en su parte media, y lo llevan a la herida iliaca donde lo fijan.

4.º Laparotomía prerrectal. — Propuesta por Sutton (6), Maclaure y Delanglade (7).

Enfermo en posición de la talla con la pelvis muy elevada. El índice izquierdo se introduce en el recto, reconoce la prominencia del absceso y no se mueve de allí. Incisión en forma de herradura que encuadra a un buen través de dedo de semicircunferencia anterior del ano. Liberación del esfínter, que se aparta hacia atrás con unas pinzas de tracción, mientras una valva atrae el labio anterior. Desprendimiento con el dedo del plano de separación próstatorrectal, sobre el índice izquierdo como guía que impide extraviarse demasiado arriba. La bolsa del absceso aparece negruzca. Se la abre con el bisturí. Desagüe.

5.º Laparotomía parasacra. — Propuesta por Jaboulay (1892), Koch (8) y Rémy (9).

Koch, imitando el procedimiento de Zuckerkandl para la extirpación del recto, hace una incisión desde la tuberosidad iliaca hasta el punto intermedio entre el ano y el isquion, bordeando el sacro y el coxis. Sección del glúteo mayor, de los ligamentos sacrociáticos, de los músculos isquiocoxigeos y elevador. Desviación del recto. Abertura del peritoneo y del absceso.

(1) Jaboulay, *Lyon médical*, 29 de Mayo de 1898, t. LXXXVIII, pág. 143.

(2) Bérard y Patel, *Rev. de gynéc. et de chir. abd.*, Octubre de 1903, págs. 869-910.

(3) Rivière, *Gaz. des hôp.*, 16 de Febrero de 1904, n.º 19, pág. 177.

(4) Chaput, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 15 de Junio de 1904, pág. 648.

(5) Pauchet, *XVIIº Congr. fr. de chir.*, 19 de Octubre de 1904, pág. 553.

(6) Sutton, *Journ. of the Americ. med. Assoc.* (1898), pág. 1433.

(7) Delanglade, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 30 de Mayo de 1900, pág. 600.

(8) Koch, *Munch. med. Woch.* (1899), n.º 1.

(9) Rémy, *XVº Congr. franç. de chir.* (1902), pág. 427.

Rémy practica primero una laparotomía iliaca ordinaria. Por esta brecha introduce la mano en la pelvis, reconoce el recto y el coxis, deprime con el dedo las partes blandas en uno de los lados de este hueso, y sobre la prominencia del dedo que las empuja, incide estas partes de fuera adentro.

§ 2. — INTERVENCIÓN EN LAS PERITONITIS APENDICULARES

Abierto el foco apendicular por la incisión de Roux, de Jalaguier o de Chaput, extirpado el apéndice, hay que ocuparse en desaguar el peritoneo infectado. Para ello, no se vacilará en practicar las contraaberturas que parezcan necesarias: una ancha en la línea media que puede bastar en algunos casos, una en la fosa iliaca izquierda y una en el punto declive de la pelvis menor, utilizando la vía vaginal en la mujer y la vía rectal o parasacra en el hombre.

Introdúzcanse dos o tres tubos gruesos bien perforados que desaguarán todos los rincones del peritoneo. Se cuidará particularmente el desagüe de la región apendicular y por la incisión iliaca derecha se dispondrán cuatro tubos: uno ascendente hacia la región infrahepática, otro descendente hacia la pelvis, un tercero hacia la línea media por entre las asas delgadas y un cuarto en contacto del muñón apendicular mismo.

Las heridas se dejarán abiertas, porque toda sutura sería contraria al desagüe y sería muy peligrosa.

§ 3. — INTERVENCIÓN EN LAS APENDICITIS EN FRÍO

a. Incisión de la pared. — Será la de Kammerer Jalaguier por la vaina del recto o la de Roux-Mac Burney con disociación de los músculos anchos que se evitará seccionar, o la de Chaput, que daría mayor abertura.

b. Busca y resección del apéndice. — Abierto el peritoneo y protegido por compresas aisladoras, descúbrase el ciego, márchese hasta la implantación del vermium, siguiendo la tirilla longitudinal anterior del colon. Si el apéndice está libre, es fácil cogerlo y sacarlo fuera del vientre sobre un lecho de compresas. Si el apéndice está adherente, hay que libertarlo con prudencia sin romperlo, después de haber aislado el campo operatorio por medio de nuevas compresas. Si el apéndice está absolutamente enterrado y su liberación es dificultosa, hay que recurrir a la *apendicectomia subserosa* de Poncet, que Isaacs (1) ha preconizado de nuevo recientemente. De un corte de bisturí que comprenda su base, se seccionan las tunicas serosa y muscular externa del vermium, respetando con cuidado la capa muscular profunda y la mucosa. Se coge la sección seromuscular con unas pinzas, se la revuelve y por una verdadera decorticación se extrae fácilmente el apéndice de su vaina.

Libertado el vermium por una u otra de estas maniobras, se le pone tenso. En su base se atraviesa el mesoapéndice con un hilo que se ata primero alrededor del meso para ligar la arteria apendicular y luego alrededor del vermium.

Debajo de esta ligadura se secciona el órgano; se toca con cuidado la superficie de sección con el termo y se le entierra mediante una sutura en

(1) Isaacs, *Medic. Record*, 15 de Abril de 1905.

forma de bolsa (fig. 1024) o algunos puntos a la Lembert que colocan sobre el muñón dos repliegues de ciego (fig. 1025).

Seelig (1) se contenta con una ligadura simple del apéndice, con cauterización cuidadosa del muñón.

Otros, como Chaput, practican la coprostasia del ciego con unas grandes pinzas curvas, cortan el apéndice a ras del ciego y cierran el pequeño orificio con una sutura a punto por encima total y luego una o dos suturas seroserosas.

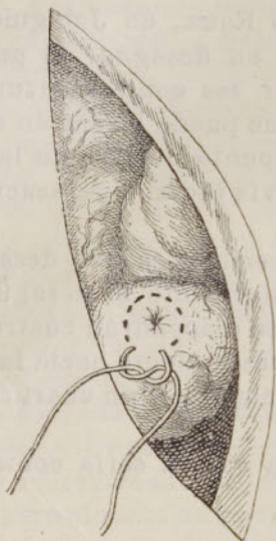


Fig. 1024. — Enterramiento del muñón bajo un hilo en forma de bolsa (Ricard y Launay)

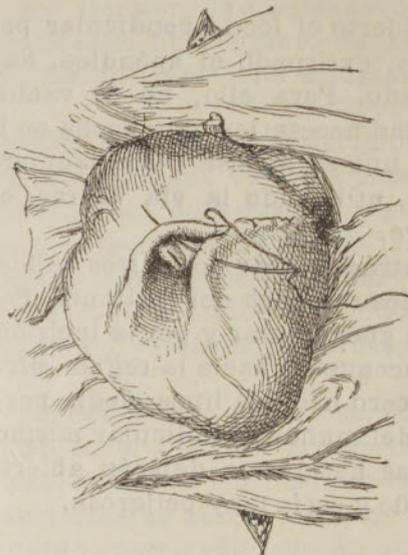


Fig. 1025. — Enterramiento del muñón por una sutura continua seroserosa (Ricard y Launay)

c. Cierre de la pared. — Después de practicar la hemostasia, la limpieza cuidadosa del foco y desagüe si conviene, se reconstituye con mucho cuidado la pared abdominal para evitar toda eventración.

Si se ha practicado la incisión de Roux, se suturan por planos el peritoneo y la fascia, el transverso y el oblicuo menor, la aponeurosis del oblicuo mayor y la piel.

Si se ha practicado el procedimiento de Mac Burney o el de Chaput, se aproximan por medio de una sutura a punto por encima los bordes del oblicuo menor y del transverso previamente disociados y se termina por la sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor y de la piel.

Si se ha practicado la incisión de Jalaguier, se cierra primero por una sutura a punto por encima el peritoneo y la hoja posterior de la vaina del recto. Se deja volver a su sitio el músculo hasta entonces apartado hacia dentro; se fija su borde externo al ángulo externo de la vaina por medio de algunos puntos. Se reconstituye por encima de él la hoja anterior de la vaina, la aponeurosis del oblicuo mayor y se sutura la piel.

XII. — APENDICOSTOMÍA

Es la fijación del apéndice a la pared abdominal con abertura consecutiva para desaguar el ciego y el intestino grueso. Ha sido recomendada por Weir, Willy Meyer y Lilienthal (2) en la disentería y la colitis ulcerosa, y más recién-

(1) Seelig, *Annales of Surgery*, Noviembre de 1904, pág. 710.

(2) W. Meyer, Lilienthal, *Trans. of the New-York Surg. Soc.*, 28 de Octubre de 1903.

temente por Segond (1) en la oclusión provocada por un tumor del intestino grueso.

Una incisión lateral recta (las de Roux, de Mac Burney o de Jalaguier) permite llegar al ciego, coger el apéndice y sacarlo fuera del vientre. La base del vermium se fija por puntos no perforantes al peritoneo parietal. La herida se vuelve a cerrar metódicamente por suturas superpuestas. El extremo libre y exteriorizado del apéndice se abre inmediatamente o al día siguiente. Se introduce por allí un tubo hasta el ciego para vaciar, desaguar o irrigar el intestino grueso.

XIII. — OCLUSIÓN INTESTINAL

La oclusión intestinal es casi siempre espontánea; otras veces se presenta después de una operación que ha interesado los órganos abdominopelvianos. Sólo trataremos de la oclusión espontánea y de su forma aguda, pues la forma crónica, generalmente debida a estenosis fibrosas o a cánceres, no requiere otras intervenciones que las correspondientes a estas lesiones y que ya han sido descritas.

Lo que interesa al cirujano es el punto en que reside y también la naturaleza de las causas que producen la oclusión. He aquí el cuadro sumario de ellas, según el mismo orden de la exploración intraoperatoria:

- | | | |
|-------------------------|---|--|
| 1.º Causas extrínsecas. | } | Bridas u órganos que obran como bridas (divertículo de Meckel, apéndice vermiforme, trompas de Falopio, pedículos de órganos o de tumores).

Anillos { naturales: fositas duodenoyeyunal, intersigmoidea, retrocecal, hiato de Winslow (hernias retroperitoneales).
{ accidentales, hendeduras diafragmáticas, mesentéricas, epiploicas, ligamentosas, etc.

Adherencias.
Tumores vecinos. |
| 2.º Causas parietales. | } | Invaginación.
Vólvulos.
Nudos intestinales.
Gangrena por trombosis mesentérica.

Estrecheces { congénitas
{ adquiridas { fibrosas o cicatriciales.
{ cancerosas. |
| 3.º Causas intrínsecas. | } | Cálculos biliares.
Cálculos intestinales y tumores estercoráceos.
Paquetes de lombrices o de tenias.
Cuerpos extraños exógenos de todas clases.
Pólipos adenomatosos o de otra especie. |

Después de estas causas de oclusión material debemos recordar una categoría de oclusiones puramente nerviosas, que Tréves (2) ha indicado hace poco, y que se encuentran a veces en neurasténicos, histéricos, hipocondríacos, dementes con un cuadro sindrómico completo. Así le ha sucedido dos veces a este eminente cirujano abrir el abdomen en estas condiciones sin encontrar nada anormal; ¿es necesario añadir que sus dos operados han curado perfectamente?

INDICACIONES GENERALES Y MODOS DEL TRATAMIENTO. — Cuando el diagnóstico de oclusión intestinal es probable o puede ser formulado, se ensaya generalmente

(1) Segond, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 16 de Noviembre de 1904.

(2) Treves, *System of Surgery*, tomo II, 1896.

primero, y con razón, el tratamiento médico, pues Fürbringer y Schede han podido comprobar que un 30 por 100 de enfermos curan de este modo, y que, por otra parte, según las observaciones clínicas de Tréves en London hospital, el mayor número de oclusiones son debidas a la acumulación de materias fecales. Unos recurren desde luego a los purgantes y a los enemas ordinarios; después, si lo juzgan conveniente, a los grandes enemas, a las insuflaciones rectales de aire o de gases, a las corrientes continuas o a la faradización; otros, y son numerosos, condenan formalmente los purgantes, sobre todo los drásticos, y prescriben el opio a pequeñas dosis continuas. Cada uno de estos métodos o de sus variadas combinaciones cuenta éxitos y fracasos.

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

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

Ya hemos dicho en otra parte (pág. 842) cómo se practica el ano de Nélaton. Vamos a describir ahora la técnica general de la laparotomía aplicada al tratamiento de la oclusión espontánea.

Técnica de la laparotomía.

1.º tiempo: Abertura del abdomen. — Se hace en la línea media, *ya por abajo del ombligo*, si el meteorismo indica una oclusión del intestino grueso y del íleon, *ya por abajo y por arriba del ombligo*, si no hay meteorismo bien marcado y los demás síntomas indican una oclusión del yeyuno. En todo caso, la abertura debe ser siempre bastante grande para que el cirujano pueda introducir *fácilmente toda la mano* en la cavidad peritoneal.

Si en el momento de la incisión del peritoneo se escapa un líquido sero-sanguinolento, se está seguro, según Gangolphe, de que se trata de una oclusión por brida o por invaginación.

2.º tiempo: Exploración de la cavidad peritoneal y del tubo digestivo. — En cuanto queda abierto el peritoneo, se insinúa rápidamente la mano en la herida, mientras el ayudante por medio de compresas continúa impidiendo la salida de los intestinos y mantiene los labios de la herida lo más exactamente posible adaptados a la mano del cirujano; *dirigese ésta hacia el ciego*, y comprueba si es asiento de una invaginación (la invaginación ileocecal es la más común), o, en todo caso, de un tumor, — o bien si está distendido por gases o está aplastado. En los primeros casos, se ha descubierto ya toda la lesión y no hay más que pasar al otro tiempo del acto operatorio, la *separación del obstáculo*. En el segundo caso, la oclusión reside hacia abajo del ciego; hay que ir más lejos, a lo largo del colon, hasta la excavación pélvica, a la parte superior del recto. En el tercer caso, la oclusión reside más arriba del ciego; hay que remontar metódicamente toda la serie de las asas delgadas aplastadas

hasta tropezar con un tumor o una distensión. Estos son los casos de exploración fácil, aquellos en que el meteorismo es limitado o todavía poco marcado, aquellos en que la intervención es verdaderamente precoz.

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

Evacuación. — Se puede ensayar de atenuar la distensión del intestino, ya incindiendo un asa previamente sacada al exterior y que se sutura luego (Madelung), ya puncionándola con un trócar grueso, cuya perforación se obtura por medio de algunos puntos de Lembert (Treves, Le Dentu).

Pero conviene saber que estos medios, peligrosos para la asepsia, son rara vez bastante eficaces y nunca dan más que una disminución parcial en algunas de las asas distendidas.

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

Madelung y Kümmell emplean sistemáticamente sus procedimientos en todas las laparotomías; Lewis Pilcher es también partidario de la evisceración primitiva. Creemos que vale más hacer primero solamente una abertura mediana del abdomen e intentar la exploración manual por esta abertura, sin perjuicio de recurrir, sin aplazamientos, a la evacuación o a la evisceración, o a las dos, si esta exploración se presenta demasiado difícil, imposible o infructuosa. La evisceración ofrece la gran ventaja de *ver* si existen obstáculos que han podido pasar inadvertidos al tacto, pero siempre produce un *choc* de alguna consideración y es necesario que cuanto antes se introduzca de nuevo en la cavidad abdominal la masa de los intestinos.

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

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

Si se trata de una *invaginación* y es bastante reciente, se intenta separar uno de otro el cilindro exterior del cilindro envainado mediante tracciones bipolares, mientras se despegan con el índice o con una espátula roma las superficies serosas que se han invertido. Antes de la tentativa de reducción Lewis Pilcher recomienda una maniobra excelente que recuerda la del parafimosis: es comprimir con fuerza y gradualmente entre las manos el tumor for-

mado por la invaginación, procediendo desde su extremidad libre hacia su collar; esta compresión disminuye considerablemente el edema, facilitando así la reducción. Cuando ésta se ha obtenido, el mismo cirujano aconseja hacer pasar las materias de la porción superior a la porción inferior para prevenir la persistencia de los fenómenos de oclusión por parálisis del segmento sometido a las manipulaciones.

Cuando la invaginación es más antigua y parece irreductible, convendrá,

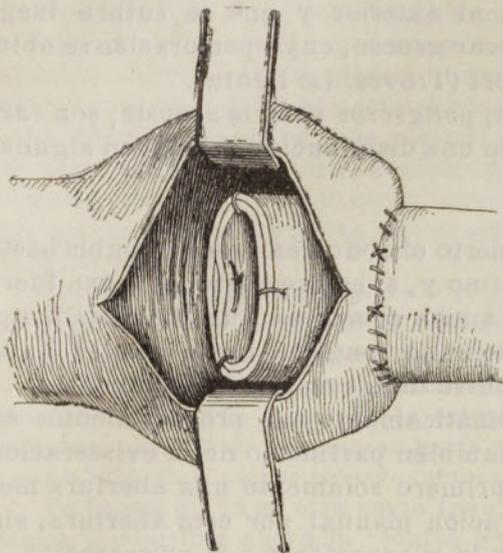


Fig. 1026 — Resección del cilindro invaginado

o bien practicar la resección de todo el segmento intestinal enfermo, según las reglas ordinarias de la enterectomía, o bien practicar la resección del trozo invaginado (fig. 1026). En este caso se unirá primero, por una corona de puntos seroseros colocados alrededor del cuello, el cilindro interno al cilindro externo. Una incisión longitudinal suficientemente larga, practicada en este último permitirá coger el trozo invaginado y resecarlo en su base. Algunos puntos formando corona unirán dos a dos las superficies de sección. Finalmente, se volverá a cerrar con cuidado la incisión del cilindro externo.

Si se trata de un *vólvulo*, se destuerce en masa el asa intestinal (1) y se trata de prevenir la recidiva, ya acortando el meso por un pliegue trans-

versal que se sujeta por medio de algunos puntos, ya cosiendo el asa a la pared abdominal.

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

Por último, cuando la oclusión es consecutiva a una *estrechez fibrosa* o *congénita*, se la trata por la enteroplastia «a la Heinecke-Mikulicz» o por la resección o por la enteroanastomosis. Asimismo se recurre a la resección si la estrechez es de naturaleza *cancerosa* y aun bastante limitada; si se ha propagado si es inextirpable, se establece un ano contranatural o una enteroanastomosis.

Esto en cuanto a las oclusiones de causa parietal.

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

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

C. Cuando no se está seguro de la vitalidad del intestino — después de la desinvaginación por ejemplo — se hace igualmente la resección total seguida de reunión y de abandono del asa suturada dentro del abdomen, si no se le puede llevar al exterior; en el caso contrario, se le fija primero al exterior y se

(1) O la totalidad del intestino delgado (Observaciones clínicas de P. Delbet, Reynier, Monod y Mignon, *Soc. de Chir.*, 1898).

abre simplemente un asa; más tarde se procede de diverso modo según que el intestino recobre vida o que sea invadido por la gangrena.

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

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

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

Los cuidados consecutivos consisten en inyecciones subcutáneas de suero, de éter o de cafeína, onemas excitantes, etc. El enfermo, por otra parte, ha de ser calentado por todos los medios.

XIV. — HERNIAS

A. — Cura radical de las hernias libres (1)

Definición.— La cura radical consiste en la supresión completa del orificio o del trayecto que ha dado paso a una hernia. Las tres condiciones principales son: la extirpación del saco, la nivelación del infundibulum peritoneal y la oclusión sólida, por la sutura, del orificio o del trayecto herniario; la resección sistemática del omento es un auxiliar muy importante.

Indicaciones generales. — «La cura radical, nos dice Lucas Championnière, está indicada como regla entre los seis y los cuarenta años. Entonces sólo debe rechazarse la operación en caso de caquexia, o en los individuos que presentan hernias tan pequeñas que no ocasionan molestia alguna, o en que la operación sería impracticable, o sobre todo en los individuos cuyas paredes son detestables, cuyas hernias son múltiples y en los que seguramente la operación no tendría probabilidad alguna de éxito. Hechas estas reservas, hay que operar todas las hernias.» Después de los cuarenta

(1) Consúltese Lucas Championnière, *Cure radicale des hernies* (París, 1892); Eug. Rochard, *Les hernies* (París, Doin, 1903).

años, los resultados terapéuticos son en general cada vez menos satisfactorios; finalmente, en los viejos la operación debe ser completamente excepcional y quizá ni aun debe intentarse.

Los enfermos deben ser siempre bien purgados antes de la operación.

I. — HERNIA INGUINAL

§ 1. — HERNIAS INGUINALES SIMPLES

Los procedimientos descritos hasta hoy son tan numerosos, que no podemos consignarlos todos aquí. Estudiaremos solamente con detalles los más usados, limitándonos para los otros a una corta mención.

1.° Cura radical de la hernia inguinal en el adulto

1.° Procedimiento de Lucas Championnière. — Hágase una incisión oblicua de arriba abajo, siguiendo la dirección del conducto inguinal, sirviendo de punto de referencia el cordón y también el orificio externo del conducto inguinal; esta incisión debe ascender *muy arriba* sobre la pared abdominal, más arriba del nivel del orificio inguinal interno. Hiéndase con las tijeras el conducto inguinal *en casi toda su altura*, lo cual es tanto más fácil cuanto que este conducto, en los herniados, es más corto que en los otros individuos; esta sección se practica entre dos largas pinzas dentadas (fig. 1027) que se han introducido siguiendo el eje del conducto y que comprenden todo el espesor de la pared, por delante del cordón.

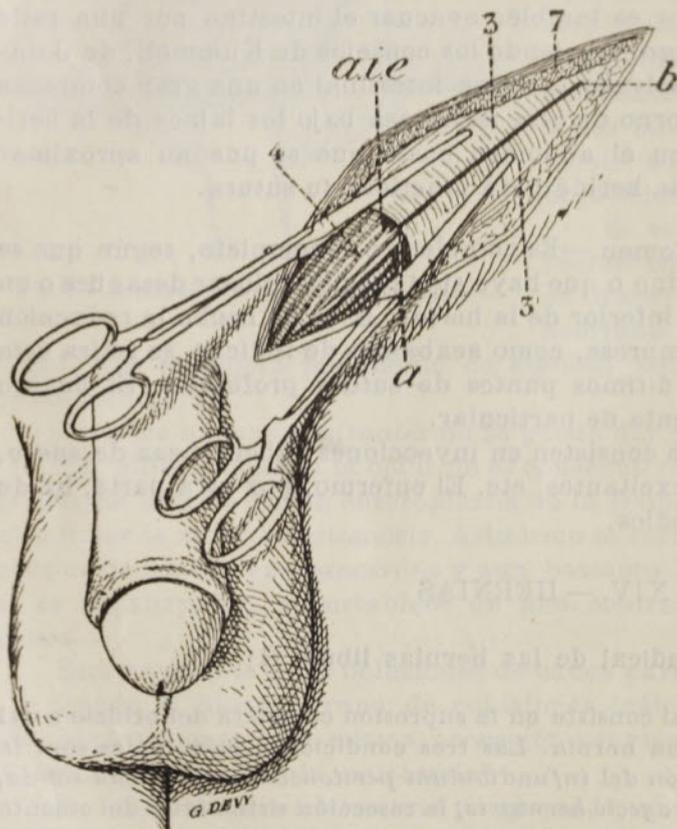


Fig. 1027. — Cura radical de la hernia inguinal (Rochard)
Incisión cutánea

ab, incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor entre dos pinzas de Kocher; 4, cordón espermático

Búsqese el saco en el cordón o en la parte lateral del cordón, por medio de incisiones longitudinales. Una vez encontrado el saco, despréndasele por medio de incisiones transversales, prudentemente y siempre mirando lo que se hace. Ábrasele cerca del orificio herniario, así como el anillo músculo-

fibroso que atraviesa; reséquese el omento bajo una cadena de ligaduras perdidas, redúzcase su muñón así como el intestino y sepárese el saco de todas las partes fibrosas que le rodean con ayuda de tijeras finas y obtusas. Al mismo tiempo que se disecciona con las tijeras su parte superior, ejérzense sobre él *tracciones* que permitan remontar hasta el vientre y extender la disección *mucho más arriba del cuello del saco* hasta la aparición de la grasa blanda subperitoneal.

Márquense con pinzas hemostáticas los labios del saco y procédase a la disección minuciosa de toda su parte inferior.

Una vez bien formado el pedículo del saco y aislado éste de todas las demás par-

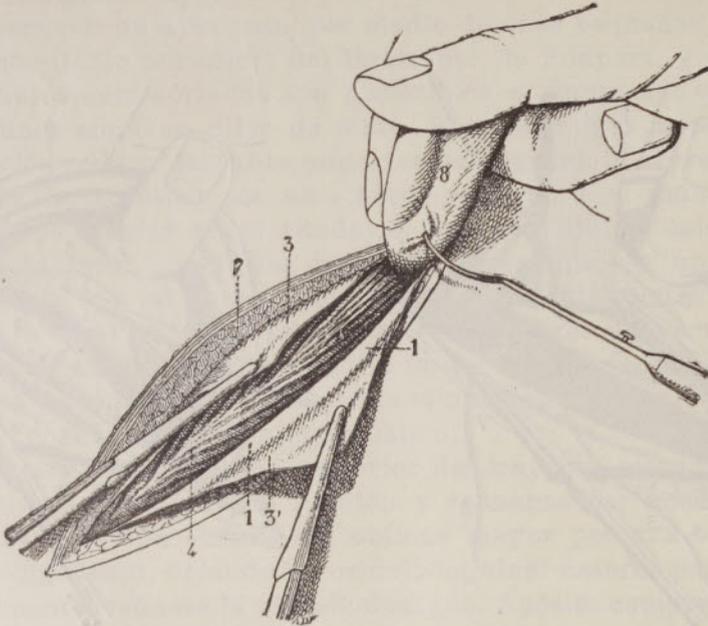


Fig. 1028. — Ligadura del saco (Rochard)

1, arco de Falopio; 2, oblicuo menor; 3, 3', aponeurosis del oblicuo mayor seccionada entre dos pinzas; 8, saco levantado y atravesado por la aguja

tes, atrálgasele, pásese a través de su pedículo, lo más arriba posible, por medio de una aguja roma de ojo movable, un doble hilo de catgut, entrecrúcense los dos cabos líguese fuertemente cada mitad del pedículo haciendo tres nudos, seccionense los hilos, luego escíndase el saco debajo de la ligadura y húndase su muñón con el dedo en la cavidad abdominal, en lo más profundo de la herida.

Restáurese la pared anterior del conducto inguinal haciendo cabalgar uno sobre otro los dos labios que ya estaban marcados por las largas pinzas dentadas. Este acabalgamiento se obtiene por una serie de puntos de catgut en U, haciendo pasar las asas de un labio por debajo del otro, sobre el que se anudan por tres veces los extremos libres de cada hilo. Refuércese la sutura por una serie de puntos entrecortados por arriba y por abajo de los puntos en U (figura 1029). Estas suturas no deben ser demasiado apretadas, sin lo cual cortan los tejidos, y, sobre todo, dificultan su nutrición.

Finalmente, sutúrese la piel con crin de Florencia después de haber colocado un desagüe en la parte inferior de la herida. Apósito compresivo.

2.º Procedimiento de Bassini (1). — Muy empleado en la actualidad, se propone particularmente la restauración de las dos paredes del trayecto inguinal en toda su extensión.

Después de larga incisión de la piel, divídase la aponeurosis del oblicuo

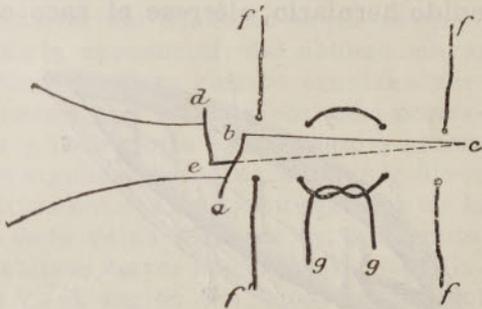


Fig. 1029

Acabalgamiento de la mitad inferior de la pared anterior del conducto abc sobre la mitad dec; gg, punto en U, f' f' f', puntos entrecortados laterales.

(1) Bassini, *Langenbeck's Arch.* (1890), vol. XL, pág. 429.

mayor en toda la extensión del trayecto inguinal hasta por encima del anillo inguinal interno, y despréndanse algunos centímetros de los dos colgajos así formados. Ábrase el saco y sepáresele completamente del cordón espermático,

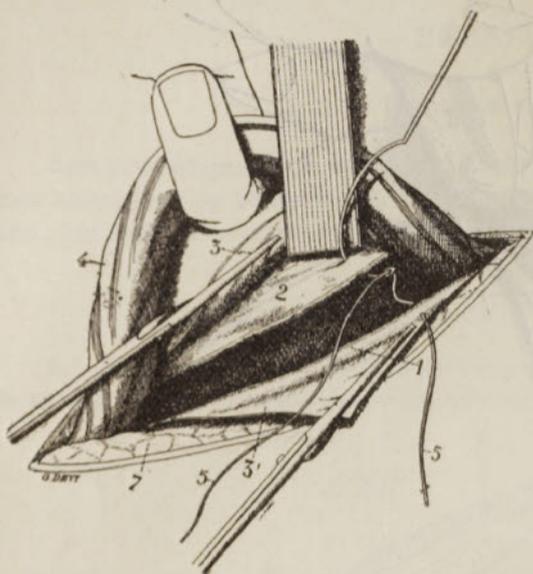


Fig. 1030. — Procedimiento de Bassini (Rochard)
La aguja atraviesa el oblicuo menor 2, al que reunirá con el arco de Falopio 1, por medio del hilo 5

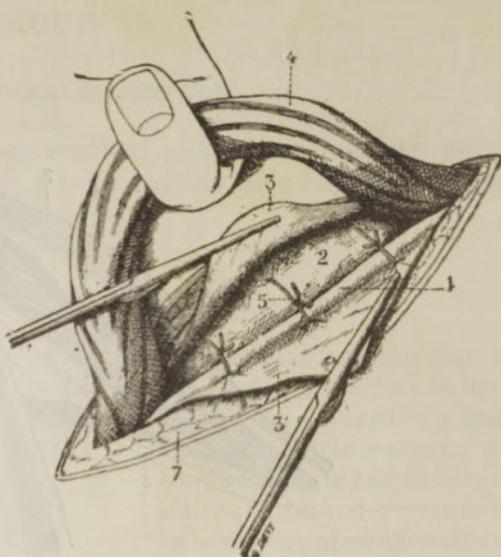


Fig. 1031. — Cura radical de la hernia inguinal
Refección de la pared profunda mediante puntos 5, que reúnen el oblicuo menor 2, y el tendón conjunto al arco de Falopio 1 (Rochard).

que, aislado completamente a su vez, es llevado hacia arriba y adentro sobre una tira de gasa o un separador, por la mano de un ayudante. Redúzcase el contenido herniario, ciérrase el saco con algunos puntos de sutura, tuérase su pedículo, líguesele a nivel del orificio inguinal interno y escíndasele debajo de la ligadura (fig. 1028).

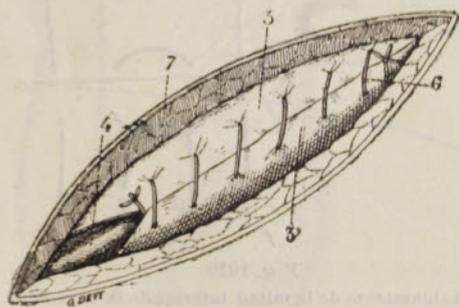


Fig. 1032. — Cura radical de la hernia inguinal

Refección de la pared superficial por sutura de los dos labios 3 3', de la aponeurosis del oblicuo mayor; 4, cordón (Rochard).

En lugar de cortar los cabos del hilo que ha servido para ligar el saco, púedese, si se quiere, pasarlos de dentro afuera haciéndoles atravesar mediante una aguja todo el grosor de la pared abdominal, excepto la piel, de modo que vengan a salir, lo más arriba posible, junto al ángulo superoexterno de la herida. Anúdense entonces dichos cabos sobre la aponeurosis del oblicuo mayor, con lo cual se consigue quede bien elevado el muñón del saco herniario, al paso que queda naturalmente borrado hasta el menor vestigio de infundibulum que pudiera más adelante servir de punto de partida para una recidiva de la hernia (maniobra de Barker).

Raonózcase el ligamento de Poupart, póngasele bien al descubierto y libétese su inserción púbica quitando todo el tejido céulograsoso con las pinzas y las tijeras.

Aislense todas las partes subyacentes a la aponeurosis del oblicuo mayor

es decir, el borde externo del músculo recto y la triple capa formada por el músculo oblicuo interno, el músculo transverso y la fascia de Cooper (*tendón conjunto* de los ingleses, *aponeurosis del transverso* de los franceses). Póngase tensa hacia fuera por un ayudante, por medio de unas pequeñas pinzas-erinas, la hoja posterior (labio posterior) del ligamento de Poupart, y procédase a la sutura; los puntos entrecortados son preferibles al punto por encima de seda o catgut. Algunos emplean hilos de plata. El primer hilo atraviesa por una parte la inserción púbica del labio posterior del ligamento crural, así como el periostio del pubis, mientras por otra parte comprende el músculo recto y la triple capa fibromuscular antes citada; el segundo hilo se coloca del mismo modo más hacia fuera, luego los otros sucesivamente, en una longitud de 6 a 7 centímetros, de tal suerte que la pared muscular del abdomen queda unida en toda la longitud con el labio posterior del ligamento crural (figs. 1030 y 1031). Se necesitan de 6 a 8 puntos. Se los anuda de dentro afuera cuando han sido colocados todos los hilos, dejando sólo en el ángulo externo la abertura suficiente para el paso del cordón espermático.

Una vez restaurada la pared posterior del trayecto inguinal, tiéndase el cordón por delante de la línea de reunión y reúnanse por encima del cordón los dos colgajos de la aponeurosis del oblicuo mayor por una serie de puntos entrecortados (fig. 1032), dejando un orificio inguinal externo para la salida del cordón. Finalmente, reúnanse la piel sin desagüe. Apósito compresivo.

3.º Procedimiento de Berger (1). — Aplicable sobre todo a las hernias intersticiales o a las hernias directas con relajación pronunciada de la pared.

Los primeros tiempos están calcados sobre el Bassini. Una vez aislado, ligado y cortado el saco, Berger levanta el muñón lo más alto posible, pasando los dos cabos del hilo a través de la pared, según el modo de Baker expuesto en la página anterior. La pared posterior del conducto es restaurada a la manera de Bassini por la sutura minuciosa del tendón conjunto a la cara profunda del arco de Falopio. El cordón es reintegrado en su sitio. La pared anterior del conducto se reconstituye entonces por acabalgamiento de los dos labios de la aponeurosis del oblicuo mayor por medio de los puntos en U de Lucas-Championnière. Pero cuando conviene particularmente reforzar la pared, Berger descubre la vaina del músculo recto correspondiente, incide su hoja anterior, la disea y la invierte hacia abajo y afuera hacia el arco crural, al que la sutura. Mediante algunos puntos, hace bajar y fija el músculo recto mismo, lo más abajo posible. Sutura entonces el labio externo de la aponeurosis del oblicuo mayor al labio interno de la vaina del recto, y, finalmente, invierte el labio interno de la aponeurosis del oblicuo mayor hacia el arco de Falopio, donde lo fija. Los diversos planos fibrosos de la región son, pues, recubiertos por acabalgamiento recíproco a la manera de los paños de un traje cruzado, lo cual aumenta singularmente la solidez de la pared.

4.º Otros procedimientos. — Solamente los indicamos con pocas palabras.

a. *Tratamiento del saco.* — Mac Ewen y Fergusson (2) lo apelonan en lugar de cortarlo, por medio de un hilo que lo pliega en acordeón y lo transforma en una especie de tapón colocado encima del orificio inguinal profundo.

Duplay y Cazin (3) lo atan sobre sí mismo cierto número de veces con o sin hendedura previa. J. L. Faure (4) lo hiende en dos valvas, lo ata una vez y se sirve de sus colgajos para suturar la pared como un cordón de bota.

Pero esos nudos aguantan mal.

(1) Berger, *Rev. de chir.* (1902), vol. XXV, pág. 8.

(2) Fergusson, *Annals of Surgery* (1895), vol. XXI, pág. 547.

(3) Duplay y Cazin, *Sem. médic.* (1896), pág. 453.

(4) J. L. Faure, *Presse médic.*, 26 de Enero de 1898, pág. 49.

b. *Tratamiento del cordón.* — Bassini y Berger lo tienden entre la pared posterior restaurada por la sutura de los oblicuos menor y transversal al arco de Falopio y la pared anterior del conducto.

Postemski (1) lo coloca debajo de la piel, delante de la aponeurosis del oblicuo mayor. Fergusson (2) y Halsted, en su primer procedimiento, resecan primero todas las venas gruesas del cordón, que, según ellos, desempeñan cierto papel en la producción de la hernia, y luego colocan también el cordón debajo de la piel.

Mugnaï, Jonnesco, Broca, Villar (3), Bégouin (4) y Halsted (5), en su procedimiento, lo entierran, por el contrario, en el tejido celular subperitoneal, suturando delante de él los músculos oblicuo menor y transversal al arco de Falopio. Este modo de proceder, más sencillo, permite reconstituir toda la pared en una sola pieza y destruir así el trayecto inguinal. Nosotros lo hemos adoptado hace tiempo.

Frank, Nélaton y Ombredanne (6), desvian el cordón hacia dentro, bajo el labio interno del trayecto inguinal; de un golpe de pinzas-gubia le fraguan un paso en el borde superior del pubis y reconstituyen la pared en dos planos, suprimiendo también el trayecto inguinal.

Como ha demostrado Rochard (7), hay que ser muy sobrio de maniobras sobre el cordón para evitar las atrofas testiculares consecutivas que se observan a veces. Convendrá, pues, abstenerse de tracciones, de aislamiento o de disección demasiado prolongados.

c. *Restauración de la pared.* 1.^{er} grupo. *Procedimientos que respetan la pared anterior.* — Czerny y Kocher no incluyen la pared anterior. El primero aísla el saco, lo corta por debajo de una ligadura y se contenta con suturar los pilares del orificio externo. El segundo aísla el saco; practica, por arriba y por fuera, en la aponeurosis del oblicuo mayor, un ojal por el cual introduce de arriba abajo y de fuera adentro unas pinzas que cogen y arrastran el saco que revuelve hacia arriba a través del ojal aponeurótico. Un punto fija en este sitio el saco a la aponeurosis; otro reúne los pilares.

Pouillet (8) respeta también la pared anterior. Aísla, sin abrirlo, el cuello del saco, lo oblitera atravesándolo cinco o seis veces con un largo alambre de acero, revuelve el saco a la manera de Barker por medio de los dos cabos de ese hilo, que hace salir de dentro afuera y de abajo arriba a través de la pared, y, por último, siempre con los cabos del mismo hilo, sutura los pilares.

Estor (9) (de Montpellier), sin incidir la pared anterior, aísla, liga y corta el saco y luego restaura la región con ayuda de dos alambres de plata que abrazan, formando una X, a la vez los pilares externos y las capas profundas de la pared y las llevan en masa hacia el arco de Falopio, dejando justamente un paso para el cordón.

2.^o grupo. *Procedimientos que restauran solamente la pared anterior.* — El tipo lo da la técnica de Lucas-Champlonnère, que secciona esa pared y la restaura superponiendo sus dos labios que hace acabalgarse a la manera de los paños de un chaleco cruzado.

3.^{er} grupo. *Procedimientos que restauran las dos paredes anterior y posterior.* — Junto a la técnica clásica de Bassini se colocan algunos procedimientos análogos. Citaremos solamente el de Fergusson, que restaura primero la fascia transversal por medio de «puntos de inversión» que reúnen y aprietan sus fibras y luego

(1) Postemski, citado por Bégouin.

(2) Fergusson, *Annals of Surgery* (1895), vol. XXI, pág. 547.

(3) Villar (de Burdeos), *XI^e Congr. fr. de chir.* (1897).

(4) Bégouin, *XV^e Congr. fr. de chir.* (1902), pág. 688.

(5) Halsted, citado por Rochard.

(6) Nélaton y Ombredanne, *Presse médic.* (1897), t. II, pág. 50.

(7) Rochard, *Presse médic.* (1903), t. II, pág. 823.

(8) Pouillet, *XV^e Congr. fr. de chir.* (1902), pág. 678.

(9) Estor (de Montpellier), *S^{m.} médic.* (1903), pág. 69.

rehace las paredes anterior y posterior por medio de «puntos de colchonero», dejando el cordón debajo de la piel.

4.º grupo. *Procedimientos autoplásticos*. — Poulet, Kraske y Schwartz toman de las partes fibroperiósticas que cubren el pubis o del músculo recto anterior un colgajo que invierten y suturan al arco.

5.º grupo. *Procedimientos heteroplásticos*. — Trendelenburg, Thiriar y Phelps interponen en la cicatriz, los dos primeros placas de hueso descalcificado y el último una especie de enrejado metálico de refuerzo (véase *Laparectomía*, pág. 794).

d. *Material de sutura*. 1.º grupo. *Hilos perdidos reabsorbibles*. — Es el catgut, empleado por la mayoría de los cirujanos.

2.º grupo. *Hilos perdidos no reabsorbibles*. — Es la seda recomendada por Bassini, la crin de Florencia por Wassilieff, el alambre de plata empleado por Durante Estor, Phelps o el alambre de acero usado por Poulet.

3.º grupo. *Hilos separables*. — Villar, Monod y Vanverts, dejando el cordón en la profundidad, reúnen en masa delante de él las diversas capas de la pared por medio de crines que se quitan en tiempo normal.

Civel (de Brest) rehace los dos pisos de la pared por medio de crines pasadas formando 8 de guarismo, cuyo anillo profundo abraza y restaura la pared profunda y cuyo anillo superficial aproxima los labios de la pared superficial y los de la piel.

Gauthier (1) (de Luxeuil) rehace cada uno de los dos planos, superficial y profundo por medio de un punto de cadenilla semejante al de la máquina de coser, formado de dos hilos: uno largo pasado formando asas en U, cuyos anillos son retenidos por un hilo corto que los atraviesa y se ata en sus extremos con el hilo largo, sobre rollos de gasa.

Duplay y Cazin, Jonnesco (2) suturan también por planos con ayuda de hilos en U que salen a través de la piel por cada lado de la incisión y se atan sobre rollos de gasa.

4.º grupo. *Procedimientos sin hilos*. — Poulet (3) reemplaza los hilos por una larga lengüeta tomada del tendón del músculo recto anterior del muslo. Una primera incisión paralela al arco, sobre el orificio externo, permite aislar el saco, y el cuello es atravesado por un hilo metálico cuyos extremos atraviesan la piel, amovible por consiguiente. Una segunda incisión vertical sobre el borde interno del músculo recto anterior permite tomar de este músculo una larga tira, de 1 centímetro de ancho, que se corta a medio músculo y que se lleva a la primera herida haciéndola pasar bajo los tegumentos, formando puente y bajo el sartorio. Con una aguja gruesa se hace pasar esa tira enlazándola en los dos pilares y se la fija en el músculo recto mayor con un hilo metálico amovible.

Más sencillamente todavía, J.-L. Faure, como hemos visto, y cuando el saco es bastante largo para ello, hiende este saco en dos tiras que ata primero y luego las pasa enlazando por los labios que se han de aproximar. En ciertos casos se puede, con una de las tiras, rehacer la pared profunda y con la otra la pared superficial.

2.º Cura radical de la hernia inguinal en el niño

En el niño, la hernia es congénita, oblicua externa; la pared posterior no arañada es siempre sólida y no exige restauración alguna.

Bastará, pues, incidir la aponeurosis del oblicuo mayor, aislar, ligar y resecar

(1) Gauthier (de Luxeuil), *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 18 de Marzo de 1899.

(2) Jonnesco, *Centr. f. Chir.* (1897), n.º 82.

(3) Poulet, *Xe Congr. jr. de chir.* (1896).

el saco lo más arriba posible, remontar el muñón a la manera de Barker y rehacer la pared anterior suturando cuidadosamente los labios de la aponeurosis ya borde con borde, ya por acabalgamiento.

3.° Cura radical de la hernia inguinal en la mujer

La técnica está calcada sobre la que se emplea en el hombre. Pero es más sencilla, porque aquí el ligamento redondo reemplaza al cordón espermático y no exige tantos miramientos. Se puede, pues, si su aislamiento parece difícil, resecarlo simplemente y cerrar por completo el trayecto inguinal con sus dos orificios.

§ 2. — HERNIAS INGUINALES COMPLEJAS

Son las hernias irreductibles, que comprenden dos variedades esenciales: hernias de saco completo con adherencias simples secundarias; hernias de saco incompleto con adherencias complejas por deslizamiento o báscula del intestino grueso.

1.° Hernias con saco completo, adherencias simples

El saco presenta sus relaciones normales, pero el epiplón o el intestino, sobre todo el primero, adhieren a su cara interna en una extensión variable.

Es necesario, en este caso, previa abertura prudente y ancha del saco, libertar esas adherencias.

El epiplón será desprendido por tracciones suaves o bien resecaado más arriba de las adherencias y del orificio inguinal profundo, previo aplastamiento o colocación de una ligadura en cadena (véase pág. 76).

El intestino será despegado prudentemente, evitando lesionar su revestimiento peritoneal. Si esto es imposible, se resecará alrededor de la zona adherente un fragmento de saco en forma de collarín que se revolverá y sus bordes se suturarán a fin de reperitonizar toda su superficie (Tuffier).

2.° Hernias con saco incompleto. Hernias del intestino grueso (1)

Son las hernias del ciego a la derecha, del colon pelviano a la izquierda, descendidos al trayecto inguinal por deslizamiento o por báscula. El saco es aquí muy rudimentario; sólo existe en forma de un repliegue seroso en la parte superior y anterior de la hernia, cerca del cuello, y allí es donde habrá que abrirlo. En el resto el intestino mismo está desprovisto de serosa y en contacto con las paredes inguinoescrotales, unido a estas paredes por varias capas de tejido celular por donde trepan sus vasos nutricios.

La cura radical de estas hernias es dificultosa.

Julliard y Courtin han propuesto y practicado pura y simplemente la resección del asa adherente. Esta conducta es excesiva y peligrosa.

Jaboulay ha hecho notar que las hernias cecales se producían por báscula del ciego, que se desliza primero en las bolsas y luego se invierte hacia delante y arriba. Para reducir estas hernias, previa abertura del saco rudimentario a nivel del cuello, habría que hacer seguir al ciego un camino inverso, empujando hacia abajo y atrás y después hacerlo subir de nuevo al abdomen y cerrar la pared.

Pero se puede admitir también que la disposición particular de esas hernias es debida a que el intestino, colon ascendente o pelviano, ha conseguido desdoblarse su

(1) Consúltese Morestin, *XIIIe Congr. intern. de méd.* (Paris, 1900); Savariaud, *XIVe Congr. fr. d' chir.* (1901), pág. 577; Gross, *Arch. prov. de chir.*, Junio de 1905, n.º 6, pág. 341.

meso, cuyas dos hojas se han separado, invertidas hacia fuera y por su cara profunda celulosa, han venido a adherirse a las paredes inguinoescrotales (figs. 1033 y 1034).

Siendo así, para reducir esas hernias, es necesario, previa destrucción prudente de las adherencias en la mayor extensión posible, tirar del intestino por el abdomen (Morestin), o hundirlo profundamente (Savariaud). Haciendo esto, el saco se vuelve del revés, las hojas del meso se pegan de nuevo por su cara profunda;

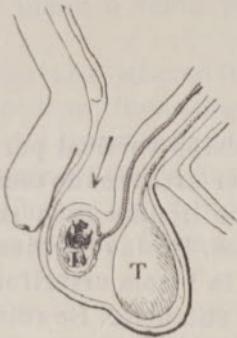


Fig. 1033. — Situación normal del colon ilíaco I y de su meso (Savariaud)

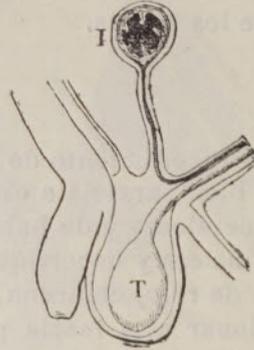


Fig. 1034. — Hernia por deslizamiento del colon ilíaco, que demuestra el desdoblamiento del mesocolon (Savariaud).

reconstituye y basta restaurarlo por medio de puntos en U que impiden se repita su desdoblamiento.

En este principio están fundados los procedimientos de Morestin y Savariaud.

a. Procedimiento de Morestin. — Aplicable especialmente a las hernias de la S ilíaca.

Colóquese al enfermo en posición declive. Por una primera incisión inguinal ábrase el conducto de este nombre y luego el saco por arriba y delante. Libértese el intestino todo cuanto sea posible por vía de despegamiento, buscando un plano de separación y respetando los vasos cólicos que deben quedar adherentes al saco

Por una segunda incisión francamente abdominal (incisión de Roux o de Jalaquier), ábrase el vientre, cójase el asa herniada y lívesela fuertemente hacia arriba. Se ve volverse el saco: sus paredes, previamente despegadas, se adosan por su cara cruenta y el meso se reconstituye. Se fijan sus dos hojas en situación por medio de un gran número de suturas con seda fina dispuestas en los espacios no vasculares. Luego, para mayor seguridad, se sutura la base de ese meso a la parte más profunda de la fosa ilíaca; se fija, si se considera útil, el intestino por medio de una colopexia. Se vuelve a cerrar el vientre y se restaura el trayecto inguinal.

b. Procedimiento de Savariaud. — Aplicable especialmente a las hernias del ciego y del colon ascendente. Morestin procede por tracciones de abajo arriba, Savariaud por propulsión en el mismo sentido; el resultado es el mismo.

Ábrase el saco por arriba y delante, a nivel del cuello, porque allí es donde existe y se correrá menos riesgo de lesionar el intestino y sus vasos.

Con el dedo provisto de una compresa, trátase de separar de las paredes inguinoescrotales el conjunto formado por el cordón y la hernia, y luego trátase de aislar la hernia del cordón. Si esto es imposible, sacrifíquese el testículo. Desbrídese la región inguinal y lívese muy lejos, hasta la fosa ilíaca, el desprendimiento del saco del intestino y de sus vasos. Ciérrase la abertura del saco por algunos puntos separados. Empújese entonces el fondo del saco con el dedo o con unas pinzas largas para invertirlo y adosar sus caras cruentas. Restáurese la brecha inguinal.

Sería prudente, a ejemplo de Morestin, fijar esa inversión y ese adosamiento con el auxilio de algunos puntos formando un almohadillado.

II. — HERNIA CRURAL

La cura radical de la hernia crural puede practicarse por dos vías: una, la más empleada, es la vía crural; la otra es la vía inguinal. Las dos cuentan un gran número de procedimientos; describiremos los principales y resumiremos solamente los demás.

§ 1. — VÍA CRURAL

1.º Procedimiento de Bassini-Berger (1).—Incisión vertical perpendicular al arco o bien paralela a este arco. Después de haber atravesado cierto número de capas celulares y de haber disociado, si existe, un lipoma preherniario, descúbrase, aíslese y decortíquese el saco con los dedos. En las hernias recientes, en forma de reloj de arena, que salen a través de la fascia cribriforme, habrá que seccionar esta fascia para aislar el saco hasta su cuello. Se retendrán con dos pinzas los labios de esta sección (laminilla subinguinal de Championnière).

El saco será abierto con prudencia; se examinará su contenido, se le desprenderá si es adherente y se empujará hacia dentro del abdomen. Se completará entonces el aislamiento del saco, prosiguiéndolo hasta lo más arriba posible, *sin olvidar que la vejiga se deja arrastrar por las tracciones y puede aparecer en la parte interna del cuello, donde es importante no hierla*. Cuando el saco esté aislado, se le ligará, cortará y empujará hacia arriba en el vientre, pasando, según la manera de Barker, los dos cabos de la ligadura por el tejido celular subperitoneal y luego a través de toda la pared, atándolos a 3 centímetros por arriba del ligamento de Falopio.

Hay que restaurar la región herniaria y cerrar el anillo. Para ello, aíslese y descúbrase el arco de Falopio, el ligamento de Gimbernat, el ligamento de Cooper y la aponeurosis pectínea. Apártese la vena femoral hacia fuera. Aproxímese entonces el arco de Falopio al ligamento de Cooper y a la aponeurosis pectínea por una serie de hilos en asa, cuyo cuerpo constriñe por abajo la aponeurosis pectínea y cuyos cabos atraviesan el arco de Falopio para atarse delante de él (Berger).

Sutúrese luego la aponeurosis del pectíneo al borde del ligamento falciforme (Bassini). Únase, por último, si existe, la hojuela subinguinal hendida en el pectíneo (L. Championnière).

Ciérrese la brecha cutánea y manténgase el muslo del enfermo en flexión sobre la pelvis.

2.º Procedimiento de Proust y Guibé (2) (Sección del ligamento de Gimbernat).—Incisión paralela al arco e inmediatamente por encima de él. Descubrimiento del arco; aislamiento de su borde inferior. Aislamiento del saco.

Sección del ligamento de Gimbernat, que hay que cortar a ras de su inserción púbica. Sepárese entonces el arco hacia arriba y complétese el aislamiento del saco que se ha de empujar lo más alto posible, líguese y reséquese (figura 1035).

Ciérrese entonces el trayecto. Tírese del arco hacia arriba, levantándolo de modo que se vea directamente la cara posterior de la pared abdominal. Aíslese

(1) Bassini, *Cura radical de la hernia crural* (Padua, 1893).

(2) Proust y Guibé, *Presse médicale*, 5 de Marzo de 1904, pág. 145.

con cuidado esta pared, así como la cresta pectínea revestida del ligamento de Cooper y aproxímese la primera a la segunda por medio de hilos profundos que carguen por arriba el borde inferior de los músculos oblicuo menor y transverso y por abajo el ligamento de Cooper y el periostio del pubis. Así se encuentra constituido un primer plano o telón profundo (fig. 1036).

Sutúrese luego el arco femoral a la aponeurosis pectínea atravesando ésta cerca del ligamento de Cooper, porque el arco baja mejor cuando se le dirige hacia atrás (fig. 1037).

Reúnanse, por último, los planos superficiales.

Codiville (1) había ya descrito en 1898 un procedimiento absolutamente análogo y que queremos reproducir aquí. Por una incisión paralela al arco, aislaba el saco y seccionaba el ligamento de Gimbernat y la inserción púbica del arco; por esta brecha, proseguía el aislamiento del saco, que ligaba y reseca muy profundamente. Aislaba luego, arriba, el borde inferior del oblicuo

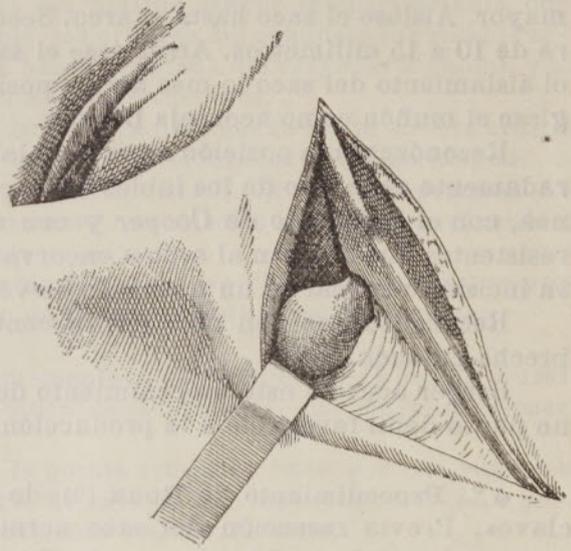


Fig. 1035.—Cura radical de la hernia crural (Proust y Guibé). Aislamiento del saco, previa sección del ligamento de Gimbernat.

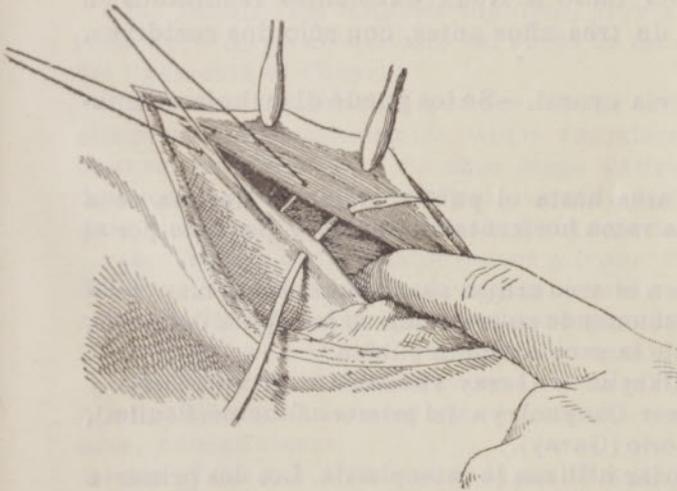


Fig. 1036.—Cura de la hernia crural (Proust y Guibé). El índice aparta la vena femoral. Los hilos profundos atraviesan el ligamento de Cooper y los músculos de la pared abdominal.

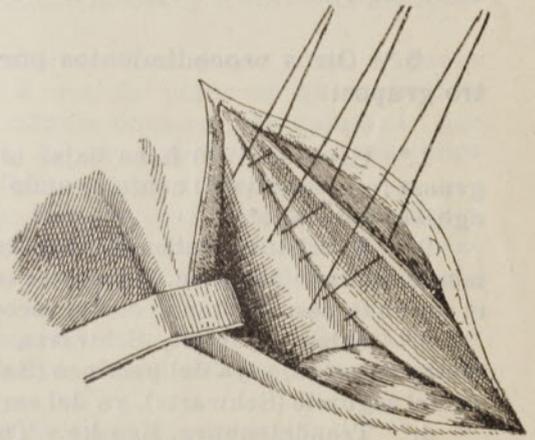


Fig. 1037.—Cura de la hernia crural (Proust y Guibé). Los hilos profundos están atados. Los hilos superficiales van a aproximar el arco de Falopio y la aponeurosis pectínea.

menor y del transverso, abajo el ligamento de Cooper y el periostio del pubis. Unía, por último, en dos planos, de una parte la capa muscular inguinal al ligamento de Cooper y de otra el arco de Falopio a la aponeurosis pectínea.

Como se ve, su técnica es idéntica a la que Proust y Guibé han propuesto seis años después que él.

(1) Codiville, *Centr. für. Chir.* (1898), n.º 28, pág. 730.

3.º Procedimiento de Delagénière (1) (Sección del arco crural).—Incisión vertical de 8 a 10 centímetros, que exceda del arco, por arriba en 3 centímetros y por abajo en 5 o 6. Descúbrase bien el arco y la aponeurosis del oblicuo mayor. Aíslese el saco hasta el arco. Secciónese éste con las tijeras en una altura de 10 a 15 milímetros. Arrástrese el saco a la brecha así creada y continúese el aislamiento del saco lo más arriba posible; líguese y reséquese el saco y arréglese el muñón como aconseja Barker.

Reconózcase la posición exacta de la vena femoral. Reúnase entonces separadamente cada uno de los lablos del arco seccionado con la aponeurosis pectínea, con el ligamento de Cooper y con el periostio por medio de varios hilos resistentes que obligan al arco a encorvarse hacia abajo y atrás, trasformando su incisión vertical en un triángulo de vértice superoanterior.

Reconstitúyase con una sutura continua el conducto crural. Ciérrase la brecha cutánea.

Berger acusa a este procedimiento de crear, a nivel de la incisión del arco, un punto débil favorable a la producción de una recidiva.

4.º Procedimiento de Roux (2) (de Lausana).—Es el «procedimiento del clavo». Previa resección del saco herniario y desviación hacia fuera de los vasos femorales, se fija el arco de Falopio a la cresta pectínea con un clavo en U de tapicero. Este clavo, de acero niquelado, se debe hincar perpendicular y profundamente en plena substancia ósea, teniendo cuidado de no martillar el arco, cosa que expondría a ocasionar su necrosis. Si el orificio herniario es demasiado considerable, se ponen dos clavos en lugar de uno. Estos clavos quedan allí permanentes y nunca se sueltan por osteoporosis ulterior. Este sencillísimo procedimiento parece haber dado a Roux excelentes resultados en 130 casos, de ellos 16 operados más de tres años antes, con sólo dos recidivas.

5.º Otros procedimientos por vía crural.—Se los puede distribuir en cuatro grupos:

1.º Cavazzani (3) hace bajar el arco hasta el pubis por medio de una seda gruesa (números 3 o 4) contorneando la rama horizontal del pubis y pasando por el agujero obturador.

2.º Fabricius y Jaboulay movilizan el arco crural para aproximarle más fácilmente al plano pectíneo, el primero seccionando su inserción en la espina del pubis, el segundo desprendiendo con el escoplo la propia espina púbica.

3.º Salzer, Poulet, Schwartz, Cheyne y Garay recurren a la mioplastia y toman su colgajo, ya del pectíneo (Salzer-Cheyne), ya del primer adductor (Poulet), ya del segundo (Schwartz), ya del sartorio (Garay).

4.º Trendelenburg, Kraske y Thiriard utilizan la osteoplastia. Los dos primeros tallan un colgajo en el pubis. El tercero emplea una placa de hueso decalcificado.

§ 2. — VÍA INGUINAL (1)

1.º Ruggi (1892), Parlavecchio (1893), Tuffier (1896), Lotheissen (1898), Gordon (1900) han publicado procedimientos semejantes unos a otros, cuyo resumen es como sigue:

(1) H. Delagénière, *Arch. prov. de chir.*, Febrero de 1898, pág. 61.

(2) Roux (de Lausana), *XVII Congr. fr. de chir.*, 22 de Octubre de 1904.

(3) Cavazzani, *Clinica moderna*, 22 de Julio de 1903.

(4) Parlavecchio, *Riforma medica* (1893), n.º 42; Tuffier, *Rev. de chir.* (1896), t. XVI, pág. 240; Lotheissen, *Centr. f. Chir.* (1898), pág. 548; Gordon, *Brit. med. Journal* (1900), t. I, pág. 1338.

a. Incindir los tegumentos a lo largo del borde saliente del arco crural. Aislar el borde inferior de éste; por debajo de él disecar el saco, abrirlo y tratar su contenido.

b. Incindir entonces la aponeurosis del oblicuo mayor inmediatamente por encima del arco, sin interesar, si es posible, los orificios del conducto inguinal (Parlavecchio). Romper por despegamiento la pared profunda del trayecto inguinal, y a través del tejido subperitoneal, llegar hasta el cuello del saco.

c. Arrastrar ese saco al conducto inguinal, transformando así la hernia crural en hernia inguinal, aislar, ligar y cortar muy arriba el infundibulum peritoneal.

d. Suturar el orificio interno del conducto crural, fijando al ligamento de Cooper los músculos oblicuo menor y transversos que descienden como una cortina hacia el pubis.

e. Restaurar la pared inguinal uniendo de nuevo los oblicuo menor y transversos con el arco, y luego suturando la incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor.

f. Cerrar la brecha cutánea.

2.º Chaput (1) ha preconizado recientemente la cura radical de la hernia crural por «el procedimiento del telón y de la sutura de las vainas», que conviene colocar junto a los precedentes.

Según este cirujano, la recidiva en la hernia crural se hace por tres regiones distintas: 1.º por el conducto crural; 2.º por delante de los vasos femorales (seno pre-femoral); 3.º por dentro de la vena femoral (seno femoral interno).

Para realizar este triple cierre, hay que hacer bajar, como un telón, los músculos oblicuo menor y transversos hasta la cresta pectínea y luego suturar las vainas vasculares, por delante y por dentro, al arco crural y al oblicuo menor. He aquí los tiempos de esta técnica:

a. *Incisión cutánea*, larga, paralela al arco, que permite obrar a la vez sobre la hernia y sobre el conducto inguinal.

b. *Incisión, ligadura y escisión del saco crural*.

c. *Incisión del conducto inguinal*, previa desviación del cordón o del ligamento redondo, y luego aislamiento del borde de los oblicuo menor y transversos, así como del ligamento de Cooper.

d. *Paso de los hilos por las vainas vasculares*.—Con pinzas finas, háganse pliegues transversales en las vainas vasculares a nivel del punto en que cruzan al oblicuo menor y al arco. Pásense luego varios catguts finos por las vainas: 1.º por dentro de la vena (hilos internos), los más útiles; 2.º por delante de la vena (hilos anterointernos), y 3.º por delante de la arteria (hilos anteroexternos).

e. *Sutura de los oblicuo menor y transversos a la cresta pectínea*.—Con la aguja de Reverdin, entrando por la región crural y saliendo por la inguinal o recíprocamente, colóquense dos o tres puntos separados, con catgut desde el ligamento de Gimbernat hasta el nivel de la vena femoral.

f. *Sutura de las vainas vasculares al oblicuo menor y al arco*.—Recójense los hilos pasados anteriormente por las vainas y pásense por el oblicuo menor y por el arco, y luego átense.

g. *Sutura de los labios de la pared anterior del conducto inguinal*.

h. *Hemostasia. Sutura de la piel sin desagüe*.

III. — HERNIAS UMBILICALES

La aplicación de los principios ordinarios de la cura radical de las hernias carece aquí de valor. La ligadura alta del saco es imposible, porque ese saco adhiere íntimamente al orificio herniario a nivel del cuello. De otra parte, la simple sutura del orificio, aun refrescado, no da resultado alguno, porque este orificio es siempre ancho y de bordes delgados.

Más vale, pues, suprimir francamente toda la región herniaria y reseca de

(1) Chaput, *Presse médic.*, 2 de Julio de 1904, pág. 417.

una vez el ombligo en masa. Así se evita la disección siempre penosa del saco, la liberación de su contenido y se transforma la brecha en herida de laparotomía ordinaria, fácil de cerrar en varios planos (Condamin).

La onfalectomía total, primitiva, se impone, pues, en la actualidad y lo más a menudo como procedimiento de elección.

1.º Procedimiento de Condamin (1). — Onfalectomía total primitiva.

a. Incisión preumbilical uni o bilateral, empezando vertical y media a 3 centímetros por arriba del pedículo de la hernia para rodear a ésta y reunirse más abajo a la línea media. Córtese la piel y la aponeurosis. En la línea

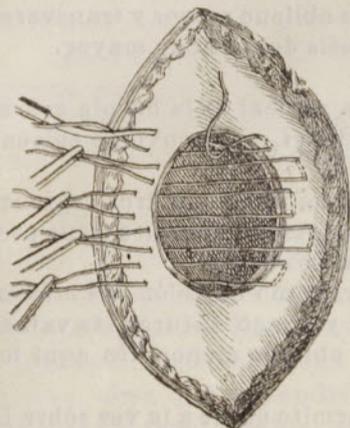


Fig. 1038. — Cura de la hernia umbilical (Savariaud). Acabalgamiento de los bordes del anillo por medio de puntos en V (según Ricard y Launay).

media, arriba y abajo de la hernia, ábrase con decisión el vientre como en una laparotomía. A los lados, ábrase la vaina de los rectos y complétese la sección de la pared con las tijeras, sobre el índice izquierdo deslizado como protector por los orificios ya creados arriba y abajo en la línea alba.

b. De este modo se encuentra el saco abierto desde luego más allá de su cuello, y se ve penetrar en la hernia el epiplón y el intestino. Si hay simplemente epiplón, se le secciona por arriba sin tomarse el trabajo de aislarlo. Si hay intestino, se trata de libertarlo por suaves tracciones o bien se hiende prudentemente el saco de dentro afuera, bajo la inspección de la vista y se completa el aislamiento del intestino.

c. Así se reseca el ombligo en masa y queda sólo una herida de laparotomía habitual.

Se completa, si es necesario, la abertura de la vaina de los rectos en toda la altura de la herida. Por los dos extremos de la incisión se pasan dos gruesos hilos suspensores, que, puestos en tensión por un ayudante, elevan y aproximan los labios de la incisión.

Entonces se reúnen estos labios, ya por una sutura en masa, ya por una de las numerosas suturas en planos superpuestos que se emplean en la laparotomía ordinaria.

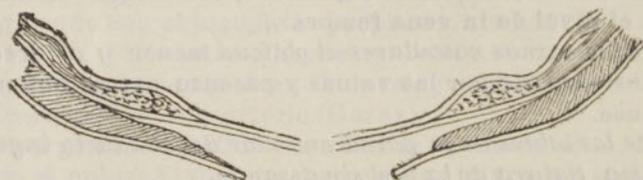


Fig. 1039. — Cura de la hernia umbilical (Sapiejko). Desdoblamiento de las paredes

2.º Procedimiento de Le Dentu (2). — Onfalectomía parcial secundaria. Le Dentu abre el saco en la línea media, aísla su contenido de fuera adentro, disecciona el saco hasta el cuello, reseca el contorno fibroso del anillo umbilical, escinde la pared fibromuscular en forma de un rombo y restaura la pared por medio de una sutura continua peritoneomúsculoaponeurótica. Luego sutura la piel.

(1) Condamin, *Arch. prov. de chir.*, 1891, pág. 193, y 1893, pág. 325.

(2) Le Dentu, en Brodier, *T. de París* (1892-1893), n.º 225.

3.º Otros procedimientos. — *a.* Lawson Tait y Sanger, en lugar de reseca el anillo umbilical, lo desdoblán en dos colgajos, fibroperitoneal y fibrocutáneo, que adosan lo más extensamente posible.

b. Savariaud (1) y Mayo (2), después de refrescar el anillo, hacen cabalgar sus bordes por medio de hilos en U dispuestos en dos filas, regularmente alternados (fig. 1038).

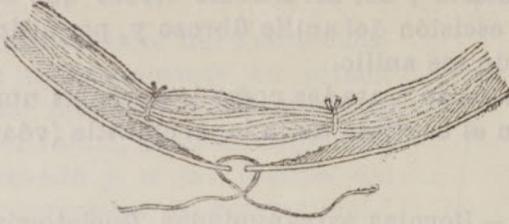


Fig. 1040. — Cura de la hernia umbilical (Sapiejko). Imbricación y sutura de los dos labios músculoaponeuróticos. Reunión de los labios cutáneos

c. Sapiejko (3) (véase *Laparoplastia*, pág. 795) disecciona la piel de cada uno de los labios en una anchura de 10 a 15 centímetros. Cruza entonces las dos hojas peritoneoaponeuróticas a la manera de los dos paños de un chaleco doble y los fija mediante suturas. Luego reúne la piel (figs. 1039 y 1040).

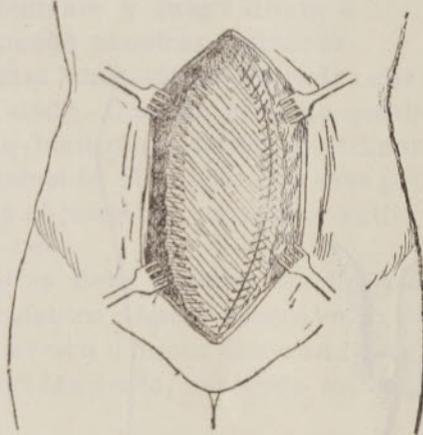


Fig. 1041. — Cura de la hernia umbilical por cruce y superposición de las paredes (Sapiejko)

d. Dauriac (4) entrecruza dos colgajos tomados de los músculos rectos, que dispone en forma de X en la línea media. Aproxima por arriba y por abajo el borde interno de los músculos por medio de suturas apropiadas.

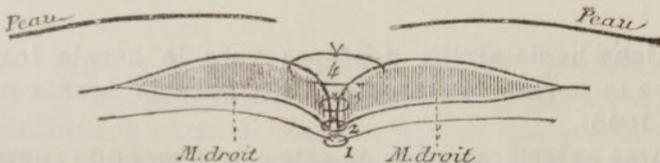


Fig. 1042. — Cura de la hernia umbilical (Lucas-Championnière)

e. L. Championnière cierra la brecha mediante una sutura en cuatro planos con inversión de los bordes aponeuróticos; una sutura seroserosa, tres suturas fibromusculares superpuestas y una sutura cutánea (fig. 1012).

(1) Savariaud, *XIVe Congr. fr. de chir.* (1901), pág. 579.

(2) Mayo, *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 25 de Julio de 1903.

(3) Sapiejko, *Rev. de chir.* (1900), t. XXI, pág. 241.

(4) Dauriac, *th. de Paris* (1896), n.º 168.

IV. — HERNIAS DE LA LÍNEA ALBA. EVENTRACIONES

Las pequeñas hernias epigástricas serán tratadas simplemente por la liberación del lipoma herniario y del divertículo seroso que a veces contiene, por el refrescamiento o la escisión del anillo fibroso y, por último, por la sutura cuidadosa de los bordes de ese anillo.

Las eventraciones serán tratadas como las hernias umbilicales o según la técnica indicada ya en el capítulo de la laparoplastia (véase pág. 795).

B. — Hernias estranguladas. Quelotomía

El estudio de la quelotomía queda muy facilitado después de lo que hemos dicho anteriormente de la cura de las hernias libres. Por eso nos contentamos con resumir los puntos principales.

1.^{er} tiempo: Incisión de las envolturas exteriores. — Análoga a la de la

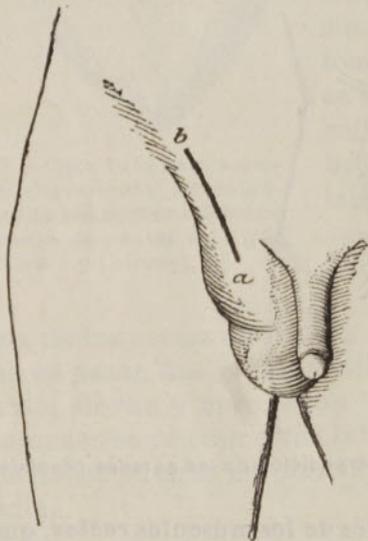


Fig. 1043. — Quelotomía inguinal

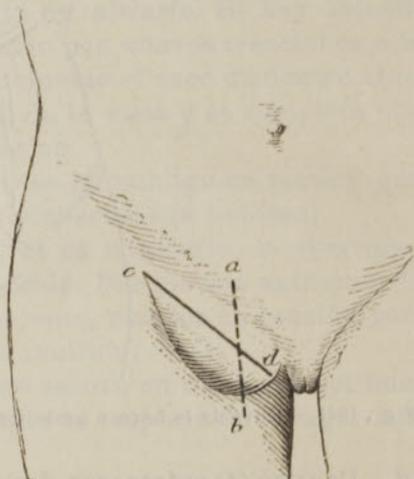


Fig. 1044. — Quelotomía crural
ab, incisión vertical; cd, incisión oblicua

cura radical; oblicua hacia arriba y afuera para la hernia inguinal, vertical o transversal para la hernia crural y elíptica para la hernia umbilical (figuras 1043, 1044 y 1045).

Esas envolturas exteriores están en este caso a menudo engrosadas, edematosas. Es necesario a veces, en las hernias crurales, atravesar capas célula-fibrosas múltiples y hasta una cavidad areolar irregular, una especie de higroma, llena de un líquido seroso incoloro o citrino, que no se debe confundir con el saco.

2.^o tiempo: Incisión del saco. — Reconócese el saco por su forma, por su resistencia, por su aspecto rojizo, por la posibilidad de pellizcarlo independientemente de su contenido. Regla general, su aspecto, cuando se le ha abierto, es

característico y no admite dudas; si se vacila, es que no se le ha abierto. Pellízquese el saco y solamente el saco; ábrasele con precaución, muy oblicuamente, para no herir su contenido. Evácuense el líquido, extiéndase el contenido del saco y límpiense con una compresa o con antisépticos calientes.

3.^{er} tiempo: Desbridamiento del anillo constrictor. — Obsérvese detenidamente en primer término el estado del intestino, a fin de abstenerse de desbridar el anillo, si el intestino está visiblemente gangrenado y si las fuerzas del enfermo no permiten practicar la enterectomía.

Lo más a menudo, sin embargo, podrá procederse a desbridar el anillo constrictor. Para ello, póngase ligeramente tenso el contenido del saco, intestino y epiplón, para separar el cuello. Deslícese suavemente el índice, con el pulpejo hacia arriba y la uña abajo contra el intestino, hasta más allá del anillo constrictor que ese dedo franquea pacientemente y luego dilata o rompe. Si el dedo no puede penetrar, introdúz-

cáncense primero unas pinzas hemostáticas cerradas que se abren luego para forzar el anillo y dar paso al dedo. Cuando el dedo queda introducido, condúzcase sobre él, de plano, un bisturí de botón u ordinario que se endereza luego para seccionar prudentemente el anillo. Con más prudencia y siempre sobre el índice guía que protege al intestino, córtese el anillo con la punta de las tijeras romas.

El desbridamiento se debe dirigir: *hacia fuera en la hernia inguinal* (vasos epigástricos por dentro); *hacia dentro en la hernia crural* (vasos femorales por fuera); *hacia arriba o hacia abajo en la hernia umbilical*.

Complétese el desbridamiento, haciendo estallar el anillo constrictor con el dedo.

4.^o tiempo: Tratamiento del contenido. — Entonces sáquese suavemente— esta es una regla invariable — el contenido de la hernia después de haber despegado, si es necesario, algunas adherencias y reconózcase si hay o no una perforación del intestino inminente o ya realizada a nivel de la precedente constricción.

a. *Intestino sano*. — Si no existe ni es de temer perforación alguna (integridad de todas las túnicas intestinales), reséquese por debajo de una cadena de ligaduras perdidas la parte del omento mayor que pueda presentarse, límpiense el intestino y el muñón epiploico con agua esterilizada caliente y luego redúzcase en la cavidad peritoneal el muñón epiploico y después el intestino, que será acompañado hasta detrás de la pared abdominal.

b. *Intestino dudoso*. — Un lavado con agua muy caliente provoca a veces una buena circulación con matiz rojo vivo en un asa cuya vida parecía comprometida. En este caso, redúzcase el intestino como antes se ha dicho. Si este medio fracasa, se puede: o bien dejar el intestino en su sitio después de haber desbridado el anillo y fijado el asa dudosa a nivel del orificio herniario por

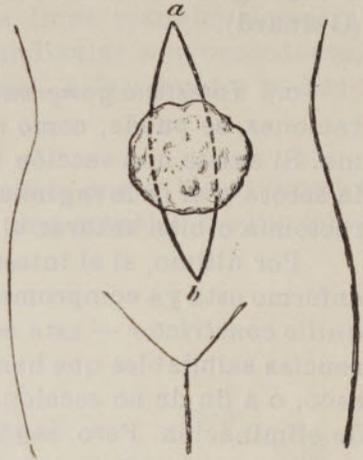


Fig. 1045. — Quelotomía umbilical
a', trazado de la incisión elíptica

una corona de suturas, sin perjuicio de intervenir más tarde según su destino; o bien, si la parte comprometida o sospechosa no es demasiado extensa, incindirla y enterrarla bajo algunos puntos de Lembert y, si es más extensa, invaginarla en el intestino sano vecino con ayuda de puntos seroseros (Guinard).

c. *Intestino gangrenado*.—Si el esfacelo está limitado a una o dos perforaciones, se puede, como antes se ha dicho, enterrar o invaginar la parte enferma. Si existe una sección herniaria de las tunicas intestinales, con excepción de la serosa y si la invaginación es imposible, se podrá, o bien practicar la enterectomía o bien suturar el asa en el contorno del orificio herniario.

Por último, si el intestino está visiblemente gangrenado, si el estado del enfermo está ya comprometido, *nunca debe hacerse el desbridamiento interno del anillo constrictor* — esta es una regla absoluta, a fin de no despegar las adherencias saludables que han podido establecerse entre el intestino y el cuello del saco, o a fin de no seccionar la pared misma del intestino por encima de la zona de eliminación. Pero, según las circunstancias o las preferencias personales, se puede proceder de una de las tres maneras siguientes: tratar simplemente el contenido herniario como un flemón estercoral, limitarse a su incisión amplia, teniendo en cuenta la perfección y la solidez de las adherencias naturales, o bien reforzar estas últimas con una corona de suturas, previa escisión de las partes gangrenadas, o también *desbridar de fuera adentro* el anillo constrictor, libertar las partes cogidas en este anillo, resecarlas extensamente y reunir los segmentos intestinales con un botón anastomótico para reducir las luego en la cavidad peritoneal.

5.º tiempo: Refección de la pared y cura radical.—Si se ha reducido el intestino, término rápidamente por la cura radical, escogiendo un procedimiento fácil y corto. En caso contrario, déjese la herida abierta y aplíquese el apósito conveniente.

XV.—OMENTOPEXIA. EPIPLOPEXIA (1)

(Operación de Talma)

Concebida por Talma (de Utrech), ejecutada primero por Van der Meulen (1889) y Lens (1891), esta operación consiste en fijar el omento mayor a la pared abdominal para crear una vía de derivación a la circulación porta en caso de cirrosis y combatir de una parte la ascitis, de otra parte y sobre todo las hematemesis de origen portal (Vidal de Périgueux).

1.º **Procedimiento de Morison** (2).—Consiste simplemente en abrir el vientre por una laparotomía vertical media u oblicua subcostal con preferencia, en evacuar la ascitis, en atraer el omento mayor y en fijarlo a la cara interna del peritoneo parietal anterior en los límites de la región umbilical. La incisión abdominal se cierra incompletamente con desagüe temporal o, mucho más prudentemente, es suturada de cabo a cabo sin desagüe.

(1) Consúltese Alexandre, *Thèse de Paris* (1903); Monprofit, *XVII Congr. fr. de chir.*, Octubre de 1904, pág. 24, y discusión del informe.

(2) Morison, *Brit. med. journ.*, 19 de Septiembre de 1896, y *The Lancet*, 27 de Mayo de 1899.

2.º Procedimiento de Schiassi (1).—Este autor fija el omento entre el peritoneo parietal y las otras capas de la pared.

a. Incisión de la pared. — Tiene forma de Ξ , con la rama vertical de 15 a 20 centímetros de largo, en la prolongación de la línea mamilar derecha, a partir del borde costal, y la rama horizontal, perpendicular a la precedente, arranca del tercio superior de ella. Se seccionan la piel, la fascia y los músculos, pero sin abrir la serosa.

b. Abertura de la cavidad abdominal. — Se practica con el bisturí un ojal en la serosa; se deja fluir el líquido. Se separan los dos colgajos triangulares

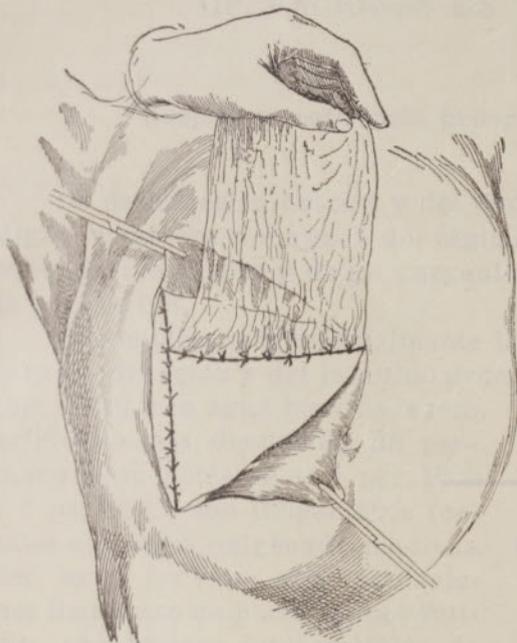


Fig. 1046. — Omentopexia (Schiassi)

Previa incisión en Ξ de las paredes abdominales se saca el epiplón y se fija a los labios del peritoneo parietal. Luego será extendido entre la serosa y la capa cutáneo-muscular.

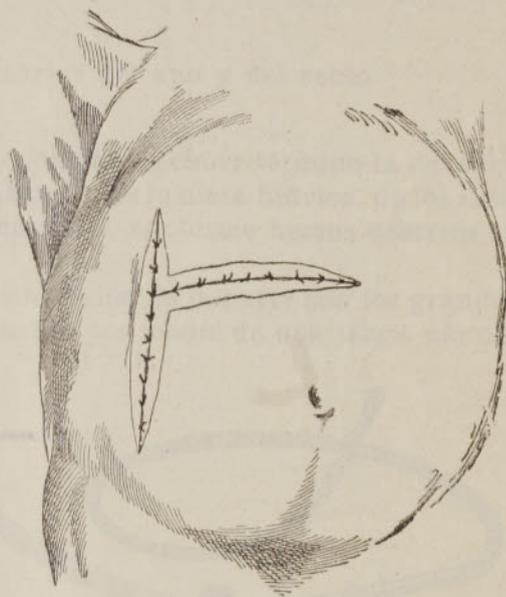


Fig. 1047. — Omentopexia (Schiassi)

Suturas terminales)

cutáneo-musculares de la serosa y luego se abre ésta ampliamente siguiendo la línea de incisión de los tegumentos.

c. Exteriorización del omento mayor. — Se arrastra el omento hasta la herida transversal. Se le fija allí por medio de puntos separados, no interesando vasos, y se cierra completamente el peritoneo.

d. Fijación del omento mayor entre los músculos y el peritoneo. — Se extiende el epiplón exteriorizado entre los músculos y la serosa, se frota con una compresa empapada en sublimado para favorecer la formación de adherencias y se fija por medio de algunos puntos en su periferia (fig. 1046).

e. Sutura de los colgajos músculocutáneos. — Por una sutura en dos planos, se aproximan primero los músculos y su aponeurosis, y luego la piel (figura 1047).

(1) Schiassi, *Sem. médic.* (1901), pág. 145.

Se puede reprochar a este procedimiento que expone a la eventración por la sección del músculo recto mayor.

En dos casos, nosotros hemos procedido más sencillamente, separando, previa incisión vertical media, la serosa de la capa fibromuscular en uno de los lados de la incisión, a fin de insinuar allí el epiplón exteriorizado, y luego hemos cerrado metódicamente el vientre por medio de una sutura en varios planos.

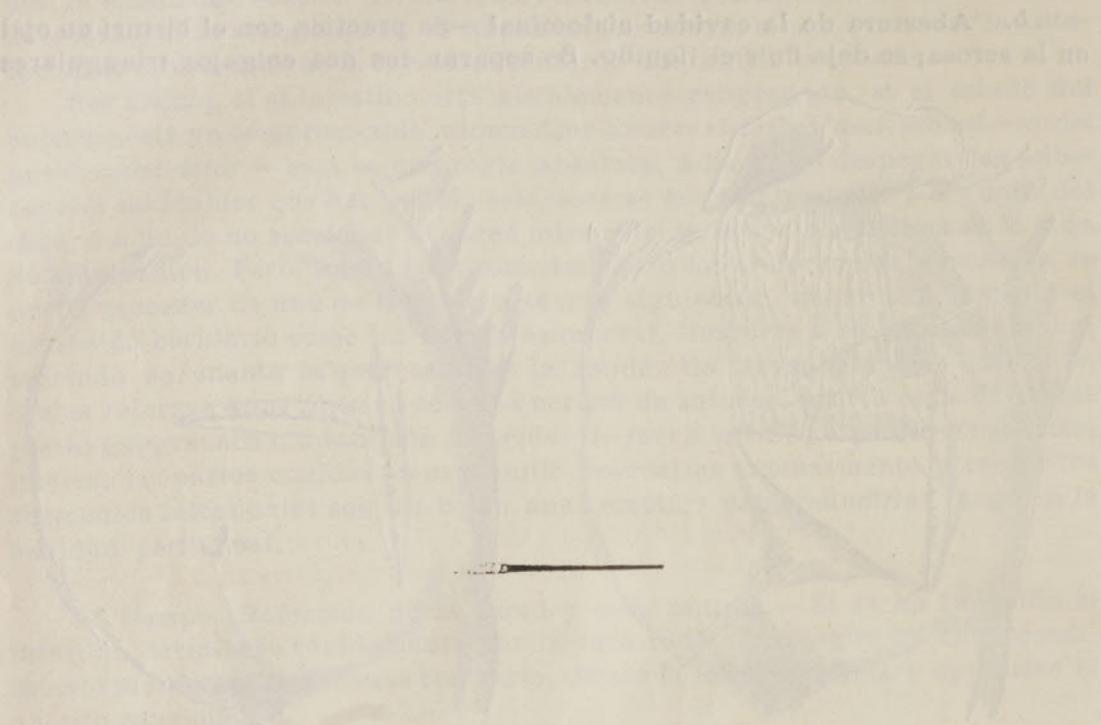


Fig. 1015. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1016. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1017. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1018. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1019. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1020. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1021. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1022. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1023. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1024. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1025. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1026. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1027. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1028. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1029. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1030. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1031. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1032. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1033. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1034. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1035. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1036. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1037. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1038. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1039. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1040. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1041. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1042. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1043. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1044. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1045. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1046. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1047. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1048. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1049. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1050. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1051. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1052. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1053. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1054. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1055. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1056. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1057. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1058. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1059. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1060. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1061. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1062. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1063. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1064. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1065. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1066. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1067. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1068. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1069. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1070. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1071. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1072. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1073. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1074. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1075. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1076. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1077. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1078. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1079. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1080. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1081. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1082. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1083. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1084. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1085. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1086. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1087. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1088. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1089. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1090. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1091. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1092. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1093. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1094. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1095. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1096. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1097. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1098. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1099. — (Dumont d'Arny) —
 Fig. 1100. — (Dumont d'Arny) —