

CAPÍTULO X

OPERACIONES EN EL ESTÓMAGO, EL INTESTINO Y EL EPIPLÓN

Asepsia y antisepsia preoperatorias del tubo digestivo

1.º **Antisepsia del estómago.** — Se presentan dos grupos de casos: en uno, el cateterismo del esófago es posible; en el otro (cáncer del esófago) es imposible.

El cateterismo del esófago sirve, no solamente para evacuar los residuos del estómago, sino también para lavarlo. Los líquidos que se emplean de ordinario para el lavado son: el agua de Vichy o el agua bicarbonatada sódica al 20 por 1000, el ácido bórico al 30 por 1000 o alguna vez el permanganato potásico al 1 por 1000. La cantidad que se emplea en cada sesión varía entre 3 y 4 litros, o mejor aún, se continúa la inyección del líquido hasta que vuelva a salir limpio como antes de inyectarlo. Las sesiones tienen lugar tres o cuatro veces al día durante la semana que precede a la intervención, y durante este mismo tiempo el enfermo es sometido al régimen exclusivo de leche esterilizada, si es todavía vigoroso, o bien se prescribe una alimentación tónica y reparadora. Antes de la operación debe hacerse otro lavado del estómago.

Cuando no puede pasar una sonda por el esófago, es naturalmente preciso esperar la operación para hacer la antisepsia directa del estómago: lavado por la punción aspiradora; evacuación sobre compresas fuera del abdomen y hasta en el abdomen; se enjuagará la mucosa gástrica con compresas de gasa o torundas de algodón. El estómago se halla entonces, de ordinario, más o menos retraído debajo del hígado.

2.º **Antisepsia del intestino delgado.** — El intestino delgado nunca puede ser desinfectado más que de un modo relativo, como tampoco todo el resto del tubo digestivo. Sin embargo, esta desinfección no deja de ser indispensable, siempre que sea posible, es decir, fuera de la cirugía de urgencia.

Nuestros medios de desinfección son: primero y sobre todo los *purgantes salinos* y luego la *dieta láctea* y los *antisépticos intestinales*.

Los purgantes (sulfato de magnesia o de sosa) se toman a pequeñas dosis (10 a 15 gramos), todas las mañanas durante ocho días, a veces durante un periodo más largo. Se prescribe al mismo tiempo el uso exclusivo de leche esterilizada si el enfermo no está demasiado débil y una dosis cotidiana de 2 a 5 gramos de naftol- β , de betol o de benzonaftol entre dos o tres obleas; se puede, si se juzga conveniente, asociar a una de estas últimas substancias, salicilato de bismuto, salol, carbonato cálcico, bicarbonato sódico.

Al fin de este régimen, *la antevíspera de la operación*, se hace tomar un gran purgante (40 o 45 gramos de sulfato de magnesia o dos vasos grandes de Sedlitz o una botella de Hunyadi-Janos, etc.) y el enfermo toma por todo alimento 2 litros de leche y un poco de caldo; *la víspera de la operación*, igual prescripción, solamente que la dosis del purgante es mitad menor y el enfermo sólo toma un litro de leche.

Por último, la mañana misma de la operación, la dieta es absoluta y se hace administrar un enema abundante de agua hervida antes de operar.

3.º Antisepsia del intestino grueso. — Se empieza por vaciar toda la longitud del tubo intestinal por medio de uno o mejor de dos grandes purgantes salinos. Luego, después de haber instituido el régimen lácteo con preferencia exclusivo y el uso regular de los antisépticos intestinales (betol, etc.), se procede a la antisepsia directa del recto y del intestino grueso, ya por medio de enemas, ya por el lavado o enteroclisís. Enema y lavado se hacen dos o tres veces al día, por lo menos durante los ocho días que preceden a la operación, con agua hervida jabonosa, agua esterilizada en el autoclave, agua boricada al 3 por 100, a veces una disolución de ácido salicílico al 3 por 1000, de permanganato potásico al 1 por 1000; estos líquidos se emplean a una temperatura más bien caliente que templada (36 a 38º). Para los enemas se emplea, por ejemplo, el irrigador de Éguisier previamente esterilizado y provisto de una larga cánula de goma flexible. Para el lavado el mejor medio es un enteroclisor de Cantani o de Dujardin-Beaumetz (o el modelo de Dauriac, fig. 881), es decir, en suma, un recipiente de vidrio que se sostiene en la mano y que es análogo al del sifón estomacal de Faucher, un tubo de caucho adaptado a ese recipiente y una larga cánula de goma flexible en la que termina el tubo y que se introduce, lo más arriba posible, en el recto y la Siliaca. El lavado se hace estando el enfermo acostado con la cabeza baja y la pelvis elevada sobre almohadas, con gran lentitud, es decir, por una débil presión, tal como se obtiene elevando el recipiente sólo a una altura de 30 centímetros; la cantidad de líquido necesaria para el lavado varía entre 4 y 5 litros.

El lavado del intestino grueso y del recto se opera de un modo muy completo, como hemos podido comprobarlo varias veces, cuando se ha establecido un ano cecal y se ha colocado una cánula por este ano hacia el colon ascendente y otra por el ano normal: el líquido pasa a voluntad de abajo arriba y de arriba abajo.

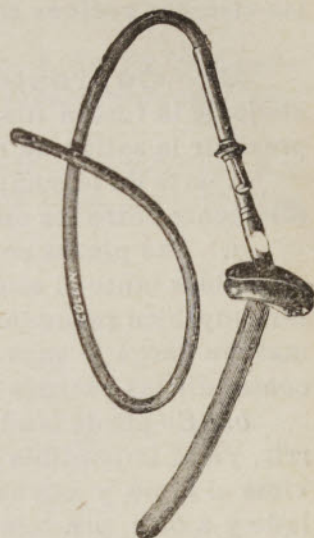


Fig. 881

Enteroclisor de Dauriac

I

Técnica general de las operaciones practicadas en el estómago y el intestino

I

Diéresis, exéresis, síntesis y prótesis, estos cuatro elementos esenciales de la medicina operatoria clásica se aplican a la cirugía gastrointestinal. Vamos a describirlos.

§ 1. — DIÉRESIS

(Incisiones y secciones)

Salvo contraindicación particular, toda diéresis comprenderá tres tiempos: el aislamiento de la viscera que se ha de seccionar, la coprostasis y la incisión o la sección.

1.º Aislamiento. — El enfermo estará, según convenga, en posición declive o proclive. El estómago o el asa intestinal que se han de incindir se sacan cuanto sea posible fuera del vientre, mientras que varias compresas aisladoras, cuidadosamente dispuestas debajo o alrededor, cerrarán la cavidad peritoneal, limitarán el campo operatorio y protegerán tanto el peritoneo como las vísceras vecinas contra la infección y el enfriamiento.

2.º Coprostasis. — Es la compresión ejercida hacia arriba y hacia abajo de la futura diéresis para asegurar la vacuidad del órgano incindido y prevenir la salida de materias o de líquidos sépticos.

Aparte de la compresión directa por las manos de un ayudante, citaremos solamente entre los muy numerosos medios propuestos:

a. Las pinzas coprostáticas de Doyen y de Hartmann (figs. 855 y 856), aplicables tanto al estómago como al intestino. Esas pinzas especiales pueden ser muy bien reemplazadas por pinzas-clamps ordinarias provistas de una cremallera larga y suave que permite apretarlas bastante suavemente para no contundir las paredes del órgano comprimido.

b. Se puede también, no para el estómago, pero sí para el intestino, recurrir, ya al imperdible largo o a la horquilla de rizar (Roux) cuya punta atraviesa el meso y cuyas ramas aprietan la viscera, ya a la ligadura laxa, a un lado y a otro, practicada con una seda gruesa, con una mecha delgada de gasa o un tubito de caucho, atravesando el meso o los mesos correspondientes, convenientemente fijados y apretados, ya con un nudo, ya con unas pinzas hemostáticas. Pero este procedimiento tiene el inconveniente de ser más largo y menos seguro que el de las pinzas. Además ocasiona el fruncimiento del órgano y se empleará sobre todo cuando se quiera cerrar preventivamente la viscera que se ha de reseca (véase *Exéresis*).

Para practicar la coprostasis, el segmento del estómago o del intestino donde se ha de practicar la intervención, será previamente vaciado de su contenido por presiones suaves y repetidas y luego se hará la coprostasis arriba y abajo, pero siempre a distancia bastante grande (2 o 3 centímetros al menos) de los extremos de la futura sección, para no estorbar las maniobras (incisión, exploración, sutura, etc.).

3.º Diéresis. — La incisión o sección se practicará, bien con el termo o bien con el instrumento cortante.

El termo, para ser hemostático, no debe pasar del rojo obscuro. Es muy recomendado por algunos.

El bisturí y las tijeras deberán hacer una sección limpia que interese igualmente todas las capas de la pared. Como en el estómago particularmente, la mucosa, unida a la musculosa muy flojamente, tiende a desprenderse, a huir y a evitar el instrumento, habrá que puncionar o incindir francamente. Vale más aún coger con dos pinzas de garfios un pliegue de la pared; secciónesele por completo y el orificio así obtenido se ensanchará hasta el límite deseado.

La sección o la incisión deberán estar dispuestas de tal suerte que su sutura ulterior estreche lo menos posible el calibre del órgano.

En la diéresis simple, serán de ordinario paralelas al eje mayor del estómago o del intestino y en éste se harán en el borde libre.

§ 2. — EXÉRESIS

(Resecciones)

1.º **Aislamiento.** — El aislamiento del órgano se hará como anteriormente.

2.º **Coprostasis.** — Será doble arriba y abajo, a fin de que cada superficie de resección pase entre dos filas de pinzas o de agentes coprostáticos.

3.º **Resección visceral.** — Cuando la exéresis deba terminar por la sutura de las dos secciones o por una anastomosis boca a boca, las secciones

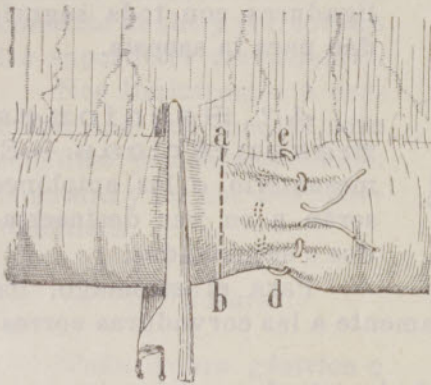


Fig. 882. — Sección de un asa entre unas pinzas coprostáticas y una ligadura en bolsa

ab, línea de sección; *cd*, ligadura

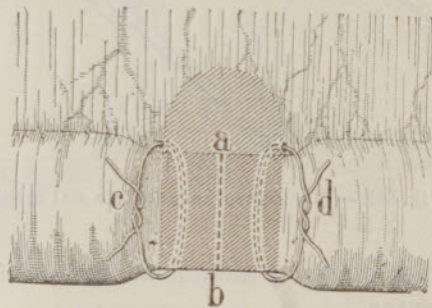


Fig. 883. — Sección de un asa previo aplastamiento y constricción por dos ligaduras

ab, línea de sección; *cd*, ligadura

se harán con el instrumento cortante y, en cuanto sea posible, perpendiculares a la inserción mesentérica.

Cuando las superficies de sección deban ser cerradas individualmente, sin servir para una anastomosis, se podrá, para mayor seguridad, cerrarlas desde luego a uno y otro lado de la futura exéresis.

Si no se dispone de unas pinzas aplastantes, se hilvanará alrededor del



Fig. 884. — Cierre de la superficie seccionada por un hilo formando bolsa.



Fig. 885. — Ocultación del primer hilo debajo de una segunda sutura en forma de bolsa.

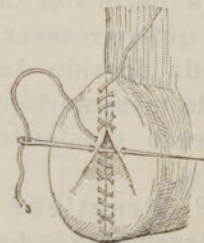


Fig. 886. — Ocultación de un punto por encima debajo de otro serosero que une dos pliegues serosos.

órgano un sólido hilo de seda o de catgut, en forma de cordón de bolsa. Se apretará del todo esta ligadura. Se seccionará el órgano y se tocará cuidadosamente la superficie de sección con el termo y se la sepultará bajo una sutura seroserosa (fig. 882).

Si se poseen unas pinzas aplastantes, valdrá más obtener la oclusión preventiva por aplastamiento (Doyen).

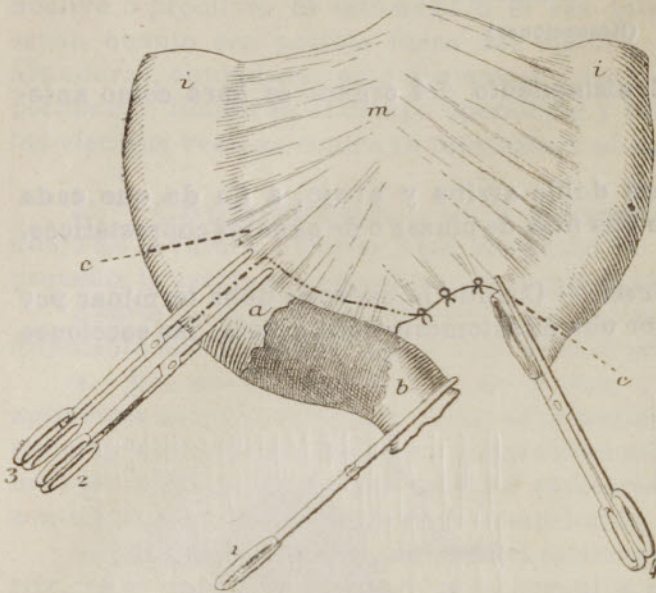


Fig. 887.—Desinserción paralela del mesenterio

A nivel de las futuras secciones, las pinzas serán aplicadas y apretadas lentamente hasta el fin. Sólo la serosa resiste. Musculosa y mucosa son trituradas; su coaptación oblitera la luz del órgano, y la pared, reducida a una hoja delgada, puede ser cortada entre dos ligaduras con toda seguridad para la asepsia.

4.º Secciones mesentéricas.—El mesenterio o los epiplones serán a su vez desinsertados o seccionados.

Para el estómago, los epiplones mayor y menor se incidirán paralelamente a las corvaduras correspondientes.

Para el intestino, el mesenterio, o bien se desinsertará paralelamente y a ras de su borde adherente (fig. 887), o bien se escindirán en forma de cuña (fig. 888).

Deberán adoptarse dos precauciones esenciales:

1.º Limitar bien exactamente la escisión o la desinserción mesentérica a la parte del órgano que se quiere reseca, porque toda porción desprovista de mesenterio queda fatalmente condenada al esfacelo.

2.º Practicar muy cuidadosamente la hemostasia y luego la sutura de los labios mesentéricos para evitar una hemorragia y también un orificio anormal que podría ser asiento de una estrangulación interna ulterior.

La hemostasia se obtendrá, ya pellizcando y ligando separadamente cada vaso abierto en la superficie de sección, ya por medio de una ligadura en cadena (fig. 60), ya dividiendo el epiplón o el meso en una serie de pequeños haces.

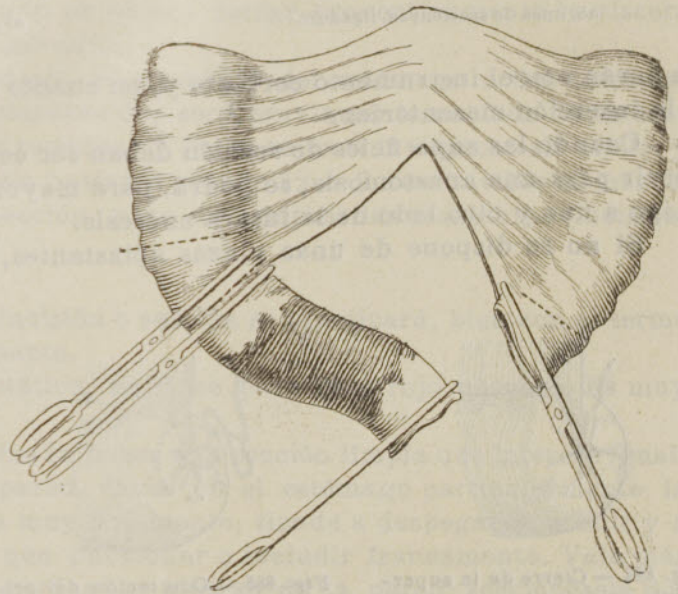


Fig. 888.—Escisión angular del mesenterio (Ricard y Launay)

aislados, por disociación de los espacios avasculares y ligando o aplastando individualmente cada uno de esos pedículos.

§ 3. — SÍNTESIS

(Medios de reunión)

Un hecho bien puesto en evidencia por Jobert (de Lamballe) domina toda la cirugía gastrointestinal. Es la rapidez con que se adhieren sólidamente entre sí dos superficies serosas puestas en contacto. Todo procedimiento de reunión deberá, pues, realizar el contacto ancho y perfecto de las superficies peritoneales.

Nos limitaremos a describir los dos medios más sencillos y más empleados: la sutura y los botones anastomóticos.

1.º Sutura

Toda sutura gástrica o intestinal debe realizar: la

oclusión hermética del órgano, el contacto íntimo y amplio de las superficies serosas y la hemostasia de las secciones suturadas.

Los antiguos tipos clásicos de sutura llenaban incompletamente esas tres condiciones. Por eso nos contentaremos con dar el esquema de los más conoci-

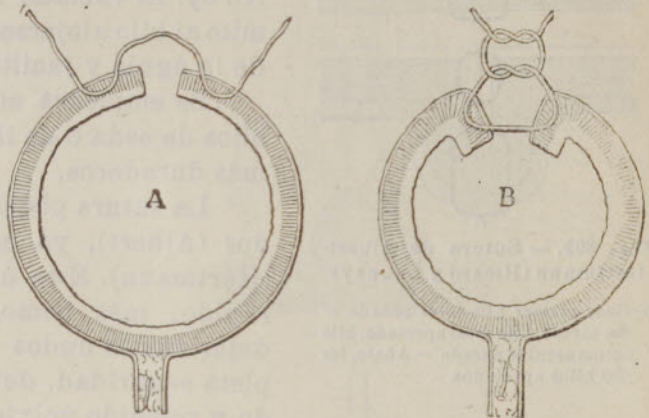


Fig. 889. — Sutura de Lambert

A, hilo pasado; B, hilo apretado

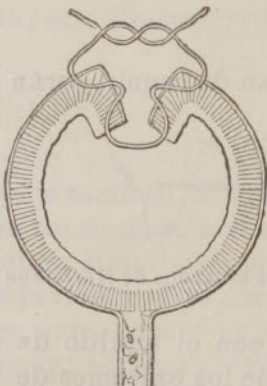


Fig. 890. — Sutura de Gussenbauer

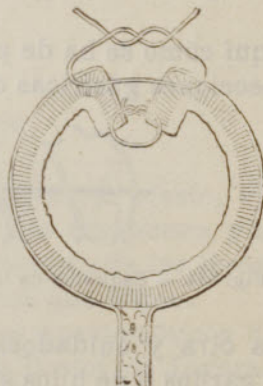


Fig. 891. — Sutura de Czerny

dos entre ellos y particularmente del célebre punto de Lambert, el padre de todos los demás (figs. 889, 890 y 891).

Solamente describiremos con detalles el procedimiento, generalmente adoptado hoy, que realiza del mejor modo todas las condiciones de seguridad, de rapidez y de hemostasia: es la sutura de Hartmann, llamada por algunos de Albert Hartmann.

Se compone de dos planos (fig. 892): 1.º un plano profundo total, perforan-

te, que interesa todo el espesor de la pared y realiza la oclusión y la hemostasia, y 2.º un *plano superficial seromuscular*, análogo al punto de Lembert, pero cogiendo a la vez la serosa y la muscular y realizando el amplio adosamiento de las superficies peritoneales.

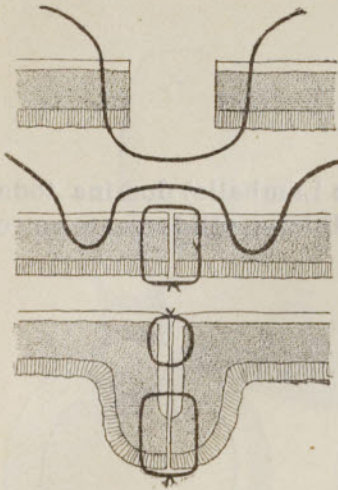


Fig. 892. — Sutura de Albert-Hartmann (Ricard y Launay)

Arriba, primer hilo total pasado. — En medio, hilo total apretado, hilo seromuscular pasado — Abajo, los dos hilos apretados.

Se emplearán, ya agujas finas con mango de Reverdin o de Chaput, ya más sencillamente agujas de costurera rectas y redondas, con el ojo hendido y lateralmente vaciado, llamadas agujas de Kirby. El vaciado lateral del ojo de la aguja permite al hilo alojarse allí, disminuye el volumen total de la aguja y facilita la sutura.

Se empleará el catgut fino o mucho mejor los hilos de seda o de lino más finos, más resistentes y más duraderos.

La sutura podrá hacerse, ya con puntos separados (Albert), ya con punto por encima continuo (Hartmann). Este último será preferido como más rápido, más hemostático, más hermético y por dejar menos nudos en los tejidos. Pero para completa seguridad, deberá ser constantemente estirado y retenido volviendo a pasar el hilo por el asa

del punto precedente, ya en cada punto (Duchamp, Reverdin), ya cada tres o cuatro puntos (Doyen, Hartmann) (figs. 893, 894 y 895).



Fig. 893. — Esquema de la sutura continua con puntos pasados de Doyen

He aquí cómo se ha de proceder:

Las secciones gástricas o intestinales que se han de reunir, serán presenta-



Fig. 894. — Esquema de la sutura continua con puntos cruzados de Hartmann

das una a otra y cuidadosamente yuxtapuestas con el auxilio de pequeñas pinzas de garfios o de hilos suspensores que tiran de los extremos de la herida

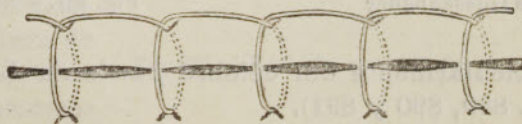


Fig. 895. — Esquema de la sutura continua con puntos encadenados de Reverdin

(fig. 896). En las suturas circulares (anastomosis boca a boca) las pinzas o los hilos suspensores se colocarán en los extremos opuestos de un mismo diámetro (fig. 897).

Así adosados los labios, se hará primero el plano profundo total. Para ello, la aguja atravesará la pared entera a 3 milímetros del borde libre, los puntos estarán separados 3 milímetros uno de otro y retenidos, cada tres o cuatro, como hemos dicho anteriormente.

Terminado el plano profundo, ya sea longitudinal o circular, se pasará al

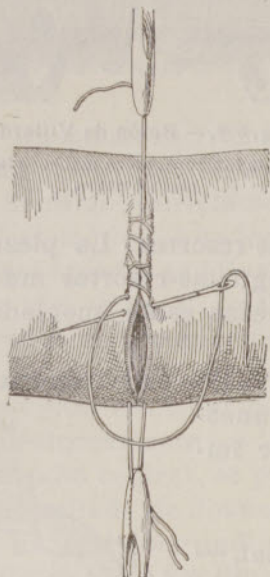


Fig. 896. — Adosamiento de los labios que se han de reunir por medio de dos hilos suspensorios colocados en los dos extremos de la herida.

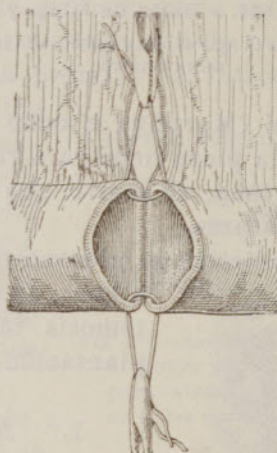


Fig. 897. — Adosamiento de los labios que se han de reunir por medio de dos hilos, suspensorios colocados en los extremos opuestos de un mismo diámetro.

plano superficial seromuscular. La aguja penetrará, como en el punto de Lembert, a 6 o 7 milímetros de la línea de sutura, pero cargará serosa y muscular para volver a salir a 3 milímetros de esa misma línea y describir sobre el otro labio un trayecto simétrico (fig. 892).

2.º Botones anastomóticos

Fundados también en el principio de Jobert, tienen por efecto, ejerciendo una presión continua sobre las paredes intestinales que mantienen yuxtapuestas, determinar simultáneamente la adherencia protectora de las serosas en su periferia y la destrucción por el esfacelo de las partes que cogen.

Existen actualmente varios modelos de botones anastomóticos derivados del de Murphy: botones de Villard, de Jaboulay, de Destot, de Juvara, de Garbarini, éstos metálicos y no reabsorbibles; botones de Boari, de Gil, de Frank, reabsorbibles, de hueso o marfil decalcificado. Chaput y Doyen han propuesto, cada uno por su parte, un modelo especial de botón.

Describiremos solamente la aplicación: 1.º del botón de tipo Murphy-Villard, que es, entre todos, el más empleado, y 2.º del botón de Jaboulay, que merece ser señalado.

a. Botón de Murphy-Villard. — Este tipo se compone esencialmente de dos piezas, una macho y otra hembra, semejantes cada una a un pequeño hongo, constituido por un sombrerete redondeado y por un tallo cen-

tral hueco que sirve de cola. El tallo de la pieza hembra tiene excavado un paso de rosca en su cara interna. El tallo de la pieza macho lleva en su cara

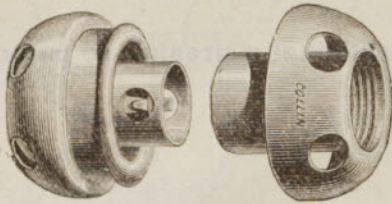


Fig. 898. — Botón de Murphy

A la derecha de la figura, pieza macho; a la izquierda pieza hembra

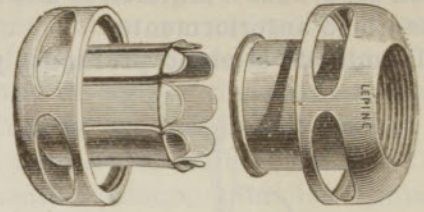


Fig. 899. — Botón de Villard

A la derecha de la figura, pieza macho; a la izquierda pieza hembra

externa dos (Murphy) u ocho (Villard) lengüetas-resortes. La pieza macho penetra en la pieza hembra a roce suave. Las lengüetas-resortes muerden en el paso de rosca, de suerte que cuando las dos piezas están acopladas ya no pueden separarse.

En la práctica se presentan diversos casos: anastomosis terminal o boca a boca, anastomosis lateral y anastomosis término lateral o por implantación.

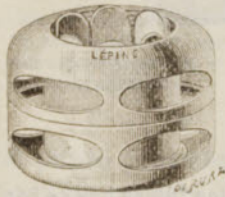


Fig. 900. — Botón de Villard, acoplado

1.º Anastomosis terminal. — Alrededor de cada uno de los cabos del intestino se pasa un hilo formando cordón de bolsa alrededor de la sección intestinal y cogiendo

el mesenterio a fin de que al apretar el hilo, mesenterio y serosa estén invertidos hacia la luz intestinal (fig. 901). Cada pieza del botón cogida por su tallo con unas pinzas es introducida en el cabo correspondiente, de suerte que el sombrerete se halle en el interior de la viscera y el tallo asome al exterior. Se aprieta el hilo formando cordón de bolsa que frunce y aproxima los labios del orificio correspondiente. Se ata el hilo y se corta (fig. 902).

Si la mucosa intestinal sobresale demasiado en algún sitio, se la recorta con las



Fig. 901. — Anastomosis terminal. Manera de pasar el hilo formando bolsa y cogiendo el mesenterio M.

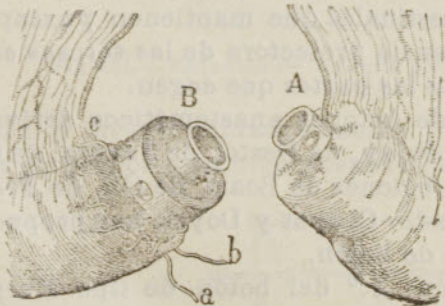


Fig. 902. — Anastomosis terminal

La pieza macho A está colocada. La pieza hembra B va a ser colocada en el intestino, y el hilo en bolsa abc, va a ser apretado para sujetarla.

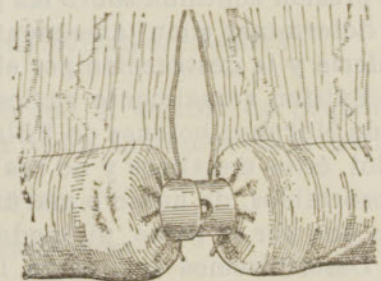


Fig. 903. — Anastomosis terminal. Acomplamiento y telescopado de las dos piezas.

tijeras. Cogiendo entonces, a través del intestino, cada uno de los sombreretes, se introduce el tallo macho en el tallo hembra y se les acopla apretando fuerte

y regularmente. Se vigila con cuidado que la sección mesentérica quede bien cogida entre las dos piezas (fig. 903).

La anastomosis ha terminado. Algunos cirujanos creen prudente añadir alrededor del botón una sutura seroserosa de sostén en forma de corona, pero Murphy y Pauchet (1) la juzgan más perjudicial que útil.

Las porciones de pared cogidas y comprimidas por los sombreretes se esclerocelan en cuatro o cinco días y el botón que queda de nuevo libre es expulsado por las vías naturales después de un tiempo variable.

2.º Anastomosis lateral. — Aquí se necesita crear en cada cabo o en cada víscera un orificio para introducir el sombrerete de cada una de las piezas. Se hará la incisión estrictamente suficiente para permitir la introducción del botón anastomótico. Alrededor de cada uno de los orificios así creados se hilvanará un hilo formando bolsa (fig. 904). El sombrerete de cada pieza será introducido por el orificio, se apretará el hilo y se acoplarán como precedentemente (fig. 905).

Para evitar ese fruncimiento, que podría disponer defectuosamente los labios del orificio alrededor del tallo central, se puede seguir la técnica siguiente, imitada de Jonnesco:

Por un ojal longitudinal de 3 centímetros, practicado en el borde libre del intestino o en el estómago a 5 o 6 centímetros del futuro abocamiento, introdúzcase en cada una de las vísceras que se han de reunir, una de las mitades del botón que unas pinzas sostienen por el sombrerete. A través del intestino hágase sobresalir el tallo central y sobre él incíndase crucialmente la pared, lo justamente suficiente para que el tallo pueda salir al exterior con roce. Así el cordón de bolsa resulta inútil. Basta acoplar las dos piezas, retirar las pinzas que sostenían los sombreretes y cerrar con doble sutura los ojales de introducción.

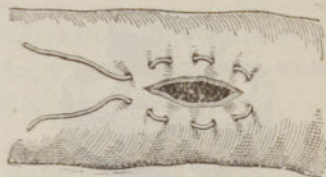


Fig. 904.—Anastomosis lateral con el botón de Murphy, incisión para introducir el botón e hilo en bolsa para sujetarlo.

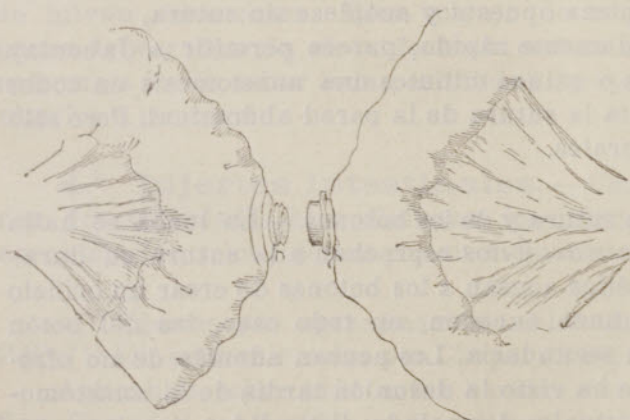


Fig. 905.—Anastomosis lateral con el botón de Murphy. Las dos piezas del botón están colocadas y van a ser acopladas a modo de las piezas de un telescopio (Ricard y Launay).

colocado en el interior del intestino y sujeto por medio de un cordón de bolsa y el semibotón gástrico será introducido en el estómago a través de un orificio previamente creado y análogamente sujeto por medio de una corredera.

3.º Anastomosis término-lateral. — Derivase de las dos precedentes: es terminal para el extremo de la víscera que se va a injertar, lateral para la víscera portainjerto. Si tomamos como ejemplo la gastroenteroanastomosis en Y, el semibotón intestinal será

(1) Consúltese Pauchet, *Congr. franç. de chir.* (1903), pág. 372.

b. **Botón de Jaboulay** (1).—Para alcanzar más sencillamente el mismo fin, Jaboulay ha modificado muy ingeniosamente el botón de Murphy, practicando en el sombrerete de cada pieza una hendidura bastante ancha que facilita su introducción (figs. 906, 907 y 908).

Hágase en cada uno de los órganos que se han de anastomosar lateralmente una pequeña incisión de 1 centímetro apenas y reténgase la mucosa con unas pinzas para que no huya delante del botón. Ábranse los labios de la incisión.

Con unas pinzas hemostáticas, tómese una de las piezas por el tallo central. Présentesela al orificio intestinal de lado, horizontal y paralela al eje mayor de la incisión, de suerte que uno de los labios del orificio se meta en la hendidura del sombrerete, mientras que simultáneamente uno de los labios de esta hendidura se introduce en el orificio. Por un movimiento de rotación

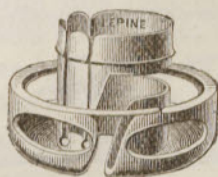


Fig. 906. — Botón de Jaboulay
Pieza macho



Fig. 907. — Botón de Jaboulay
Pieza hembra



Fig. 908. — Botón de Jaboulay
Las dos piezas acopladas

y de supinación, continúese ese encaje recíproco sosteniendo el semibotón siempre tendido horizontalmente hasta que se sienta una resistencia debida a la distensión de los labios del orificio. Sólo entonces se vuelve al aire el tallo del semibotón y se continúa la rotación siempre en el mismo sentido. El sombrerete acaba de entrar completamente en la viscera, mientras que el tallo central se encuentra estrechamente abrazado por los labios del orificio, tensos sobre él. Ejecútese igual maniobra con la pieza opuesta y acóplese sin sutura.

Este procedimiento, extremadamente rápido, parece permitir a Jaboulay y a sus discípulos ejecutar en diez o quince minutos una anastomosis en todos sus tiempos, desde la incisión hasta la sutura de la pared abdominal. Pero sólo es aplicable a las anastomosis laterales.

Indicaciones respectivas de la sutura y de los botones.—La lucha se halla entablada entre *suturistas* y *botonistas*. Éstos reprochan a la sutura su duración y su dificultad relativa. Aquéllos acusan a los botones de crear un orificio de dimensiones estrechas, que nunca exceden, en todo caso, las del botón mismo y susceptible de retracción secundaria. Les acusan además de no ofrecer completa seguridad, porque se ha visto la desunión tardía de la anastomosis, el esfacelo de las paredes intestinales demasiado distendidas por los sombreretes y la obstrucción del intestino por el botón relleno de heces.

Sin embargo, parecen quedar bien sentados dos puntos: 1.º el uso del botón será desechado para las anastomosis en el intestino grueso, cuyas materias demasiado duras obstruirían fácilmente los orificios del botón, y 2.º una sutura bien hecha en un enfermo bastante resistente para soportar su más larga duración es superior a un botón bien aplicado.

Por eso en todos los casos en que el sujeto es todavía resistente y en que la naturaleza de su mal permite confiar en una curación definitiva o en una supervivencia prolongada, se deberá preferir la sutura. Al contrario, en los cancero-

(1) Consúltese Gayet, *Rev. de chir.* (1904), n.º 1, pág. 9.

esos caquéticos, cuando hay que ir aprisa, cuando no cabe esperar más que una corta mejoría, será mejor poner un botón anastomótico.

§ 4. — PRÓTESIS

(Injertos epiploicos e intestinales)

Este capítulo se halla aún en estado de bosquejo.

1.º Injertos inorgánicos. — Chaput ha propuesto en 1891 obtener las perforaciones intestinales por medio de rodajas de gasa aséptica de un grosor de 5 a 6 hojas y cosidas alrededor de la perforación. Este procedimiento nunca ha salido del dominio experimental.

2.º Injertos animales. — Waldo Briggs (1890) cubre la sutura con un colgajo peritoneal tomado de un animal recién muerto, y conservado en una disolución fenicada al 4 por 100. Procedimiento merecedor de toda crítica.

3.º Injertos epiploicos. — Propuestos por Jobert (1829), practicados por Senn (1887) y estudiados por R. Loewy (1) y E. Senn (2).

Jobert y Senn tomaban del epiplón un pequeño colgajo, provisto de un pedículo vascular, que sujetaban al órgano que se quería reparar mediante algunos puntos.

R. Loewy, para evitar toda causa de estrangulación interna por el pedículo transformado en brida, desprende completamente del epiplón mayor un trozo de dimensiones suficientes para cubrir ampliamente el punto sospechoso y lo fija en buena situación por medio de algunos puntos de hilván seroserosos. Este colgajo de remiendo nunca debe rodear la circunferencia entera del asa enferma a fin de evitar toda posibilidad de estrechez ulterior a ese nivel.

4.º Injertos intestinales. — Comprenden dos variedades bien distintas: los injertos por aproximación y los injertos por anastomosis.

a. Injertos por aproximación. — Ideados por Gély (1844); perfeccionados por Chaput (1896).

Aplicables sobre todo a las heridas del intestino. Se une el asa herida, mediante una doble corona de suturas seromusculares, a una asa vecina sana, o mejor, a sí misma, después de haberla hecho formar un ancho codo.

b. Injertos por anastomosis. — Indicados en las exclusiones o las enterectomías practicadas en el intestino grueso (Eiselsberg y Guinard).

Cuando después de una exclusión o una resección ancha, no se pueden aproximar los dos cabos, se toma de un asa delgada, mediante una doble sección, un segmento de longitud suficiente, que rellena la pérdida de substancia



Fig. 909. — Enteroplastia del colon tomando un segmento *aa'* del íleon.

(1) R. Loewy, tesis de París (1900-1901).

(2) Senn, *Trans. of the Chicago Surg. Soc.*, 5 de Enero de 1903.

(fig. 909). Este «raccord» o empalme es suturado por sus extremos a los cabos oral y anal del colon; las dos secciones del asa delgada se aproximan a su vez y la continuidad del tubo intestinal se encuentra así muy ingeniosamente restablecida por esta «enteroplastia» (véase más adelante *Exclusión intestinal*).

II

Según la terminología general actualmente adoptada, distribuiremos las operaciones gastrointestinales en siete grandes grupos:

1.º Las *tomías*, incisiones simples, exploradoras o preliminares. Ejemplo: gastrotomía, duodenotomía.

2.º Las *stomías*, incisiones seguidas de abocamiento a la pared para crear una vía de ingestión. Ejemplo: gastrostomía, yeyunostomía.

3.º Las *proccias*, incisiones seguidas de abocamiento a la pared para crear una vía de defecación (πρωκτος, ano). Ejemplo: cecoproccia, coloproccia.

4.º Las *anastomosis*, abocamientos interviscerales. Ejemplo: gastroenteroanastomosis, enteroanastomosis.

La mayoría de los autores reúnen las proccias y las anastomosis con las «stomías» propiamente dichas y dicen: gastroenterostomía, ileocolostomía.

5.º Las *ectomías*, resecciones parciales o totales. Ejemplo: gastrectomía, enterectomía.

6.º Las *plastias*, correcciones en la forma o las dimensiones. Ejemplo: gastroplastia, enteroplastia. A este grupo habría que reunir las «rafias»; pero este término, usado en varios sentidos, se presta a confusión, porque está mal definido.

7.º Las *pexias*, fijación de las vísceras en estado de ptosis. Ejemplo: gastropexia, colopexia.

Veamos rápidamente el esquema técnico de cada uno de esos grupos.

a. Las *tomías* nos detendrán poco. Incisión de la pared, aislamiento y coprostasis de la víscera que se ha de incidir, sección de esta víscera, maniobras intra-viscerales, sutura de la incisión en dos planos, uno profundo total, otro superficial seromuscular (sutura de Hartmann), reducción de la víscera en el vientre y cierre de éste: tales son los tiempos principales de las tomías llamadas «ideales».

b. Las *stomías* son más complejas. Una vez reconocida la víscera, antes de toda incisión, se la fijará a los labios de la herida abdominal. Se la atraerá formando un cono más o menos considerable, cuya base se suturará a los dos labios de la incisión por una serie de puntos separados seromusculares, llamados

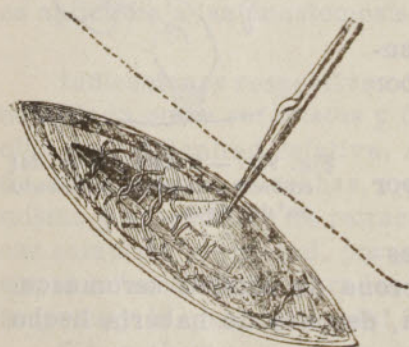


Fig. 910.—Fijación del cono visceral a la pared mediante puntos en U (Richard y Launay).

puntos en U que pondrán en ancho contacto el peritoneo visceral con el peritoneo parietal (fig. 910).

Esos puntos serán en número de 4 o 6, uno en cada extremo de la herida y uno o dos en cada una de las caras laterales del cono.

El resto de la brecha peritoneal será cerrado con cuidado y la operación

podrá terminar de dos modos. En los procedimientos simples, después de reunir las capas musculares alrededor del cono, el vértice de éste será fijado a la piel y abierto en una extensión muy pequeña. En los procedimientos complejos el cono se pasará bajo un puente muscular o cutáneo, o bien se torcerá^o se invaginará, para crear un trayecto irregular destinado a asegurar la continencia de la abertura visceral creada con la operación (véase *Gastrostomía*, pág. 814).

c. Las *proccias* obedecerán a las mismas reglas operatorias y serán igualmente, o bien de trayecto directo o bien de trayecto complejo (véase más adelante *Enteroproccia*).

d. Las *anastomosis* pueden ser de tres órdenes: términoterminals (ento-

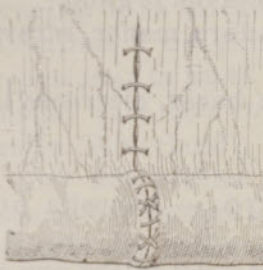


Fig. 911. — Esquema de la anastomosis término-terminal, llamada boca a boca.

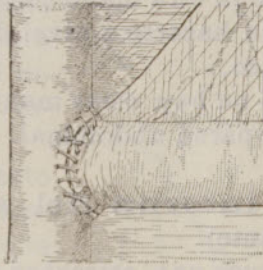


Fig. 912. — Esquema de la anastomosis término-lateral por implantación, llamada en T o en Y.



Fig. 913. — Esquema de la anastomosis laterolateral.

rorrafia circular boca a boca), término-laterales (anastomosis por implantación llamadas en T o en Y), o laterolaterales (anastomosis simples) (figs. 911, 912 y 913).

Se practicarán, ya con la sutura (enterorrafia propiamente dicha), ya por medio de los botones anastomóticos (véase *Síntesis*, pág. 803).

e. Las *ectomías* comprenden dos tiempos: la resección propiamente dicha entre lazos coprostáticos; la reparación de los órganos por sutura, por anastomosis o por injerto.

f. Las *plastias* en su tipo general (ejemplo: piloroplastia), se componen de una incisión longitudinal que se transforma en incisión transversal, para restablecer un calibre estrechado. Sin embargo, ciertos autores agrupan con este título todas las correcciones de forma o de calibre del estómago y del intestino.

g. Las *pexias* están constituidas por la fijación del órgano en ptosis, en contacto con la pared y en situación correcta, por medio de puntos seromusculares en U, análogos a los que hemos figurado para las «stomías».

II

Estómago

1. — EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA DEL ESTÓMAGO

Incisión media umbilicoxifoidea. Reténgase el peritoneo y guarnézcanse los labios de compresas aisladoras.

Váyase directamente hacia el hígado y búsqese el estómago debajo de él.

(1) Consultese Savariaud, tesis de París (1898), n.º 199.

1.º Exploración externa del estómago. — Examínese primero la cara anterior separando fuertemente los labios de la herida y levantando el hígado hacia arriba y a la derecha con un ancho separador, mientras se atrae el estómago en sentido inverso. Explórese así el cardias, el píloro y la cara anterior.

Examínese la cara posterior penetrando en la cavidad posterior de los epiploes. Para ello, póngase tenso el ligamento gastrocólico haciendo bajar el colon transverso, reconózcase el arco arterial gastroepiloico; debajo de él, hiéndase el ligamento en un espacio no vascular y practíquese por el desgarramiento o incisión una brecha bastante ancha para pasar la mano. Ésta penetra entonces detrás del estómago, cuyas adherencias y lesiones reconoce por la palpación simple o combinada con la de la otra mano colocada delante del órgano.

Análoga maniobra puede hacerse a nivel de la corvadura menor, atravesando el epiplón gastrohepático.

Terminado el examen, si no hay otras maniobras que hacer, ciérrense las brechas epiloicas y luego la pared abdominal.

2.º Exploración interna del estómago. — Necesita una gastrotomía (véase más adelante).

a. Si se trata de reconocer una estrechez del cardias o del píloro que no ha sido revelada por la exploración externa, Sencert (1) aconseja practicar, no lejos de la región que se quiere explorar, una sutura circular en forma de cordón de bolsa, sin apretarla; hacer en el centro de ese espacio una pequeña inci-

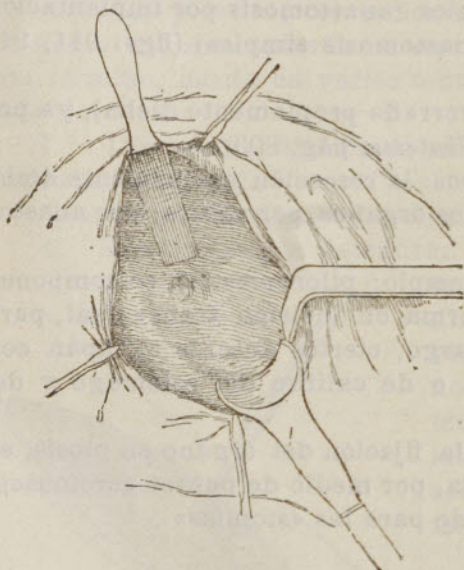


Fig. 914. — Exploración del cardias y de la tuberosidad mayor (Savariaud)

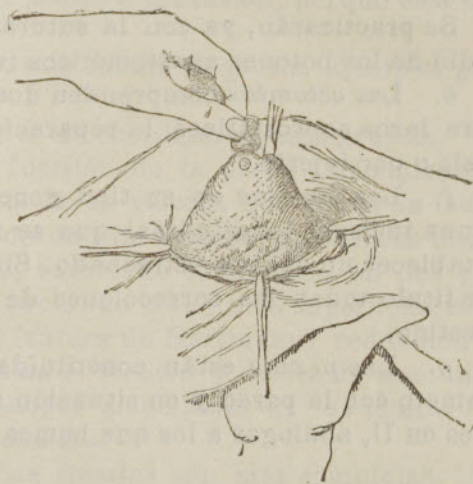


Fig. 915. — Exploración de la cara posterior del estómago. Inversión del estómago (Savariaud)

sión gástrica, sólo lo suficiente para introducir por ella el índice, y apretar la corredera alrededor de la base del dedo para cerrar herméticamente el estómago. Se puede entonces, sin peligro alguno de infección peritoneal, introducir la mano entera en el abdomen y empujar según convenga la pared gástrica anterior para alcanzar el cardias o el píloro. Hecha la exploración y retirado el dedo con prudencia, se cierra el orificio gástrico apretando definitivamente y atando el hilo de bolsa.

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

b. Si se trata de explorar la mucosa para reconocer en ella una úlcera u otra lesión, se hará con preferencia, por medio de un pliegue vertical, una incisión horizontal a igual distancia de las dos corvaduras, a la que se podrá dar una longitud de 10 a 15 centímetros.

Los labios de la herida gástrica se fijarán mediante pinzas finas, a la compresa hendida, se enjugará la cavidad con torundas montadas y se procederá a su examen.

Con este fin, se abrirán todo lo posible los labios de la incisión, ya por medio de las pinzas fijadoras, ya con separadores. Así se podrá y se deberá proceder para examinar la región de la tuberosidad mayor, del cardias y del píloro. Pero para inspeccionar la parte media del estómago, vale más recurrir a la inversión (Savariaud).

Por una brecha del ligamento gastrocólico, una mano, pasada hasta detrás del estómago, levanta la pared posterior del órgano, se cubre con ella desplegándola y la hace salir a través de la herida de la cara anterior, permitiendo así examinarla cómodamente y practicar las maniobras necesarias, escisión y sutura de una úlcera, canterización o sutura de un punto que sangra, etc. (figs. 915 y 916).

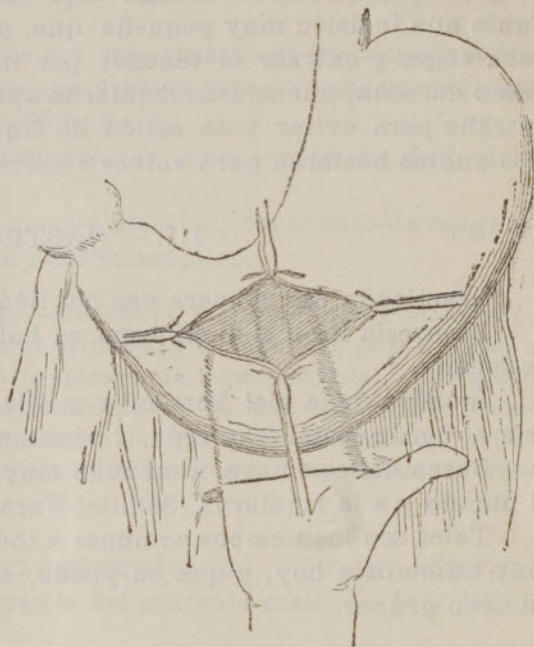


Fig. 916. — Exploración de la cara posterior del estómago. Éste se halla incidido. Una mano penetra en la cavidad posterior de los epiplones (Savariaud).

Savariaud ha recomendado una maniobra de inversión casi análoga para explorar el píloro. Mientras un dedo exterior trata de invaginarlo empujando su pared hacia el estómago, unas pinzas hemostáticas, introducidas en su cavidad, cogen la pared y la arrastran hacia la brecha gástrica, invirtiéndola como un dedo de guante.

Terminada la exploración, la herida gástrica será cerrada por la sutura en dos planos de Hartmann.

II. — GASTROTOMÍA

Se pueden utilizar dos incisiones, una oblicua, paralela al reborde costal izquierdo y a 2 centímetros de este borde, la otra media y vertical, umbilico-xifoidea. Esta última es preferible. En ocasiones convendría abrir más ancho paso, cortando transversalmente las inserciones superiores del recto mayor izquierdo.

Abierto y retenido el peritoneo, fuertemente separados los labios de la herida y guarnecidos de compresas, descubierto el estómago, evácuese éste en cuanto sea posible, empujando su contenido hacia el píloro y el duodeno, y atráigase el órgano al exterior a través de una hendedura practicada en una ancha compresa.

Si la gastrotomía se hace para la extracción de un cuerpo extraño, se puede

practicar en el estómago una incisión vertical. Con ayuda de dos pinzas se forma un pliegue horizontal que se incide francamente con las tijeras. Se ensancha luego esta abertura del modo conveniente. Si el estómago contiene líquidos, se les evacuará por medio de un trócar aspirador o se enjugará con torundas montadas. Quitados el cuerpo o los cuerpos extraños, se volverá a cerrar la brecha mediante una sutura a punto por encima en dos planos (sutura de Hartmann), uno total profundo y otro superficial seromuscular (véase pág. 804).

Más sencillamente Chénieux (1), teniendo que extraer un tenedor del estómago, hizo apuntar el mango bajo las paredes gástricas, practicó en aquel punto una incisión muy pequeña que, por la elasticidad de sus labios, le bastó para coger y extraer el tenedor por medio de unas pinzas sostenidas con la mano derecha, mientras la izquierda apretaba el estómago alrededor del cuerpo extraño para evitar toda salida de líquido séptico del interior de la cavidad. Dos puntos bastaron para volver a cerrar la mínima abertura.

III. — GASTROSTOMÍA (2)

Practicada por primera vez por Sédillot (1849).

Anestesia local si el enfermo se halla muy agotado, general si todavía es resistente.

Incisión de la piel vertical y media según unos cirujanos, oblicua y paralela al borde costal izquierdo, 2 centímetros más abajo, según otros.

Busca del estómago, a menudo muy retraído, dirigiéndose desde luego bajo el hígado y a la izquierda (Sédillot-Farabeuf).

Tales son los tiempos comunes a todos los procedimientos de gastrostomía, muy numerosos hoy, y que se puede, siguiendo a Monod y Vanverts, dividir en ocho grupos.

1.º Fistula gástrica directa. a. Procedimiento en un tiempo.

— Es el procedimiento clásico. Reconózcase el estómago, llévase a la herida la parte más próxima posible al cardias, en forma de un cono de cierta extensión, que se mantiene fuera por medio de los dedos del ayudante o mejor de unas pinzas.

Fijese la base de ese cono a los labios de la herida con ayuda de puntos seromusculares que abracen de una parte la serosa y la muscular gástricas y de otra el peritoneo parietal y la capa muscular profunda vecina (fig. 917).

Esta sutura, a la vez fijadora y oclusiva para la cavidad peritoneal, podrá hacerse en forma continua a punto por encima, sujetando cada tres o cuatro puntos. Más habi-

tualmente se usan puntos separados en U, de los que cuatro o seis son paralelos al eje mayor de la herida y dos extremos son perpendiculares, en los ángulos.

Routier se sirve únicamente de cuatro puntos iguales que circunscriben un cuadrado, puntos que cogen todo el espesor de la pared abdominal.

(1) Chénieux, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 31 de Mayo de 1905.

(2) Consúltese Graillot, tesis de París (1901-1902).

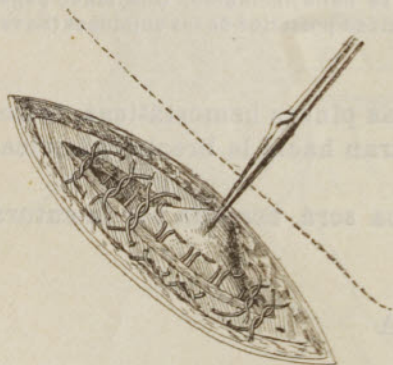


Fig. 917. — Gastrostomía por fistula gástrica directa. Fijación del cono estomacal a la pared (Ricard y Lauenay).

Una vez fijado el estómago, lo que queda de la brecha peritoneal se cierra mediante algunos puntos.

Cójase entonces con dos pinzas el vértice del cono estomacal que emerge en medio de la herida; con un bisturí estrecho o un tenotomo, puncciónese o incíndase por transfijión el vértice del cono, haciendo en la mucosa un orificio lo más estrecho posible.

Terrier fija con cuatro puntos mucocutáneos los labios del orificio mucoso a los labios cutáneos de la herida, esperando que la fístula así rodeada de una especie de festón de mucosa, no será atacada por el jugo gástrico y será más continente.

Pero otros cirujanos consideran que esa orla mucosa es inútil o perjudicial y se contentan con hacer en la mucosa un orificio puntiforme estrictamente suficiente para admitir una sonda de calibre 8 o 9.

La incisión parietal se cierra entonces por una sutura en dos planos, muscular y cutáneo.

Se espolvorea la herida con una mezcla alcalina (carbonato de magnesia, bicarbonato de sosa) y se cubre con un apósito aséptico.

b. Procedimiento en dos tiempos. — Poncet (1) y Howse han preconizado un método análogo, pero en dos tiempos. En el primero (gastropexia), se fija el estómago a la pared sin abrirlo; en el segundo (gastrotomía postcicatricial), se punciona el estómago con un trócar o un tenotomo que se clavan en la cicatriz. Este método, si n serlas ventajas, presenta verdaderos peligros, porque se ha dado el caso de haber puncionado fuera de las adherencias e infectado el peritoneo. Se emplea, con razón, muy excepcionalmente:

2.º Fístula esfinteriana simple (2) (Girard, Terrier y Gosset). — Incisión vertical lateral, a través del músculo recto del lado izquierdo. Fijación de la base del cono estomacal a la vaina posterior del músculo, abertura estrecha del cono en su vértice y fijación de la mucosa a la piel. Las fibras del músculo recto desempeñarían el papel de un esfínter imperfecto.

3.º Fístula esfinteriana con trayecto submuscular (3) (Hartmann). — Incisión vertical a 2 centímetros y medio a la izquierda de la línea media. Ábrase la vaina del músculo recto del lado izquierdo, apártese hacia fuera su borde interno; ábrase la hoja posterior de su vaina en la línea media. Cójase y sáquese el cono estomacal; fíjese su base a los labios de la incisión media de la hoja posterior; disóciase con la sonda acanalada un haz del músculo recto. Arrástrese por

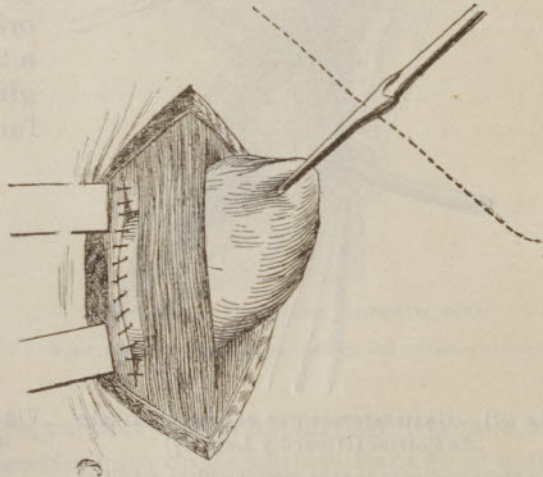


Fig. 918. — Gastrotomía por fístula esfinteriana con trayecto submuscular (Hartmann)

(1) Poncet, *Mercredi médical* (1892), pág. 145.

(2) Consúltese Girard, *Corr. Bl. f. schw. Aertze* (1888), pág. 345; Terrier y Gosset, *Rev. de chir.* (1902), t. XXV, págs. 164 a 175.

(3) Hartmann, *Bull. de la Soc. Anat.* (1891), págs. 117 a 128, y *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1897), pág. 253.

debajo de él el cono estomacal: fíjese de nuevo este cono, ahora a la vaina anterior del recto, ábrasele en su vértice y suturese la mucosa a la piel (fig. 918).

4.º Fistula esfinteriana con trayecto subcutáneo (1) (Jaboulay). — Incisión lateral a través del músculo recto; cójase el estómago; sutura de la base del cono a los labios de la incisión parietal; segunda incisión,

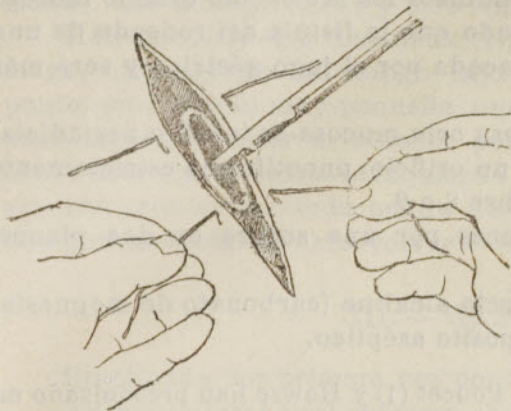


Fig. 919. — Gastrostomía por el procedimiento de Fontan. Invaginación del cono (Ricard y Launay).

pequeña, puramente cutánea, en la línea media, a través de la cual se hace pasar el cono y a cuyos labios se fija.

5.º Fistula valvular.

A. Procedimiento de Fontan (2).

— Incisión media vertical o mejor



Fig. 920. — Procedimiento de Fontan. Corte esquemático del cono invaginado (Ricard y Launay).

incisión oblicua paralela al borde costal (Marion). Cójase el estómago lo más arriba posible y sáquese un cono voluminoso. Fíjese su base a los labios de la

herida parietal. Cójase el vértice con dos pinzas; entre ellas incídase la músculo-serosa, despéguese ligeramente y luego punciónese la mucosa; introdúzcase en el orificio una sonda de Nélaton núm. 18 a 22. Con las pinzas, empújese por invaginación el vértice del cono hacia la profundidad hasta detrás de la línea de su-

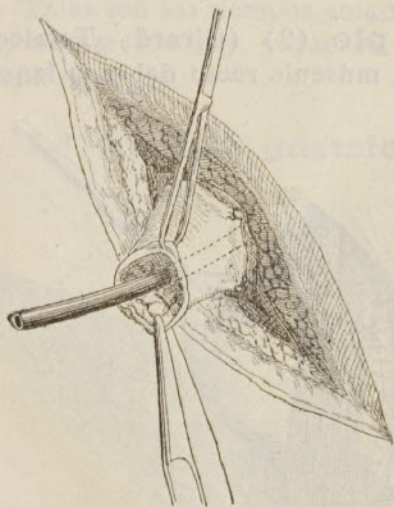


Fig. 921. — Gastrostomía por el procedimiento de Poirier (Ricard y Launay)

Dos pinzas retienen la capa seromusculosa, mientras se hunde una sonda en la mucosa invaginada

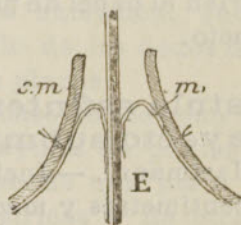


Fig. 922. — Procedimiento de Poirier. Sección esquemática del cono invaginado (Ricard y Launay).

sm, plano seromuscular; m, mucosa; E, estómago

tura de la base. Fíjese la invaginación con algunos puntos seromusculares que adosen las superficies en contacto. Quitense las pinzas y déjese la sonda permanente durante cinco o seis días (figs. 919 y 920).

B. Procedimiento de Poirier (3). — Fundado en el fácil desprendimiento

(1) Jaboulay, *Gaz. hebdomad. de méd. et de chir.* (1894), pág. 89.

(2) Fontan, *Xº Congrès fr. de chir.* (1896), pág. 411.

(3) Poirier, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1900), pág. 475.

de la mucosa. El cono estomacal, sacado afuera y fijado, no es invaginado. Se contenta dicho cirujano, previa incisión de la seromusculosa, con despegar la mucosa mediante la sonda acanalada y luego puncionarla francamente e introducir una sonda n.º 14 por el orificio. La mucosa despegada en forma de mitra es lo que sirve de válvula (figs. 921 y 922).

6.º Fistula con trayecto espiroideo (1) (Souligoux).—Atráigase el cono estomacal con unas pinzas, tuérzase unos 180º y fijesele en esta situación mediante un punto por encima que una los pliegues gástricos. Tuérzase todavía 120º más y fijense los nuevos pliegues por un segundo punto por encima. Únase entonces el contorno del cono a los labios de la brecha parietal, ábrase el vértice y fijese la mucosa a la piel. La torsión del estómago determina pliegues espiroideos, análogos a los de una bolsa de tabaco elástica, que aseguran la continencia de la fístula.

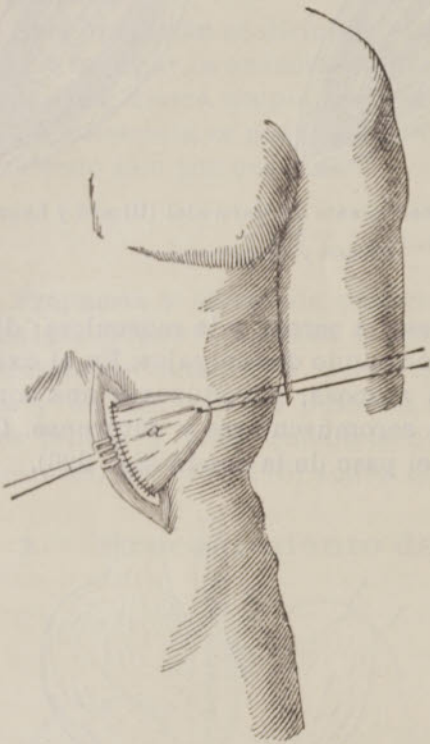


Fig. 923. — Gastrostomía con largo trayecto subcutáneo (Sabanejef-Frank-Villar)
a, cono gástrico extraído y suturado en su base

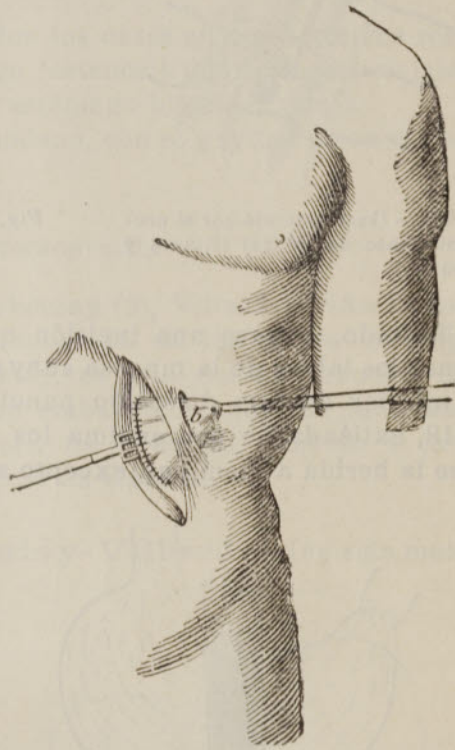


Fig. 924. — El mismo procedimiento
b, cono gástrico pasado por debajo del puente cutáneo

7.º Fistula con largo trayecto subcutáneo (Sabanejef-Frank-Villar) (2).—Es parecido al procedimiento de Jaboulay. Sacado el cono estomacal a través de una incisión oblicua, paralela al borde costal, se pasa por debajo de un puente cutáneo determinado por una segunda incisión situada encima de la primera (figs. 923 y 924).

8.º Fistula con trayecto estomacal. A. Procedimiento de Witzel (3).—Se descubre y punciona el estómago; se introduce la sonda

(1) Souligoux, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1902), pág. 233.

(2) Villar, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1894), pág. 758.

(3) Witzel, *Centr. f. Chir.* (1891), pág. 601.

en su cavidad, se la tiende sobre la pared gástrica y es enterrada entre dos pliegues de esta pared con ayuda de un punto por encima seromuscular de adosamiento. La pared gástrica a su vez se fija al peritoneo parietal a lo largo y por fuera de esos pliegues y la brecha se cierra excepto a nivel del paso de la sonda (fig. 925).

B. Procedimiento de Marwedel (1). — Sáquese el estómago, fijesele en forma de corona a los labios de la herida; en el eje mayor del óvalo gástrico

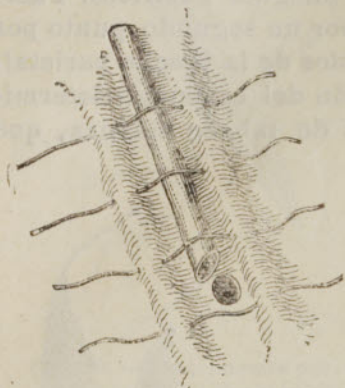


Fig. 925. — Gastrostomía por el procedimiento de Witzel (Ricard y Launay).

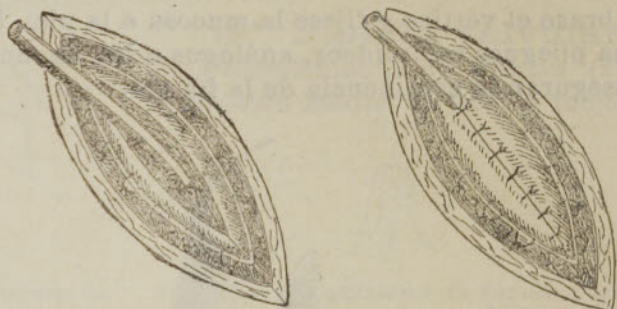


Fig. 926. — Procedimiento de Marwedel (Ricard y Launay)

Primero y segundo tiempos

así limitado, hágase una incisión que interese la serosa y la musculosa; diséquense los labios de la mucosa subyacente, formando dos colgajos. En el extremo inferior de esta disección punciónese la mucosa, introdúzcase una sonda n.º 18, extiéndanse por encima los colgajos seromusculares y suturense. Ciérrase la herida abdominal, excepto a nivel del paso de la sonda (fig. 926).

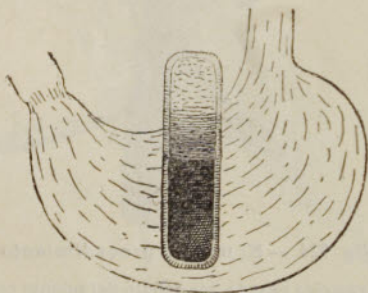


Fig. 927. — Gastrostomía por el procedimiento de Depage. Levantamiento del colgajo estomacal.

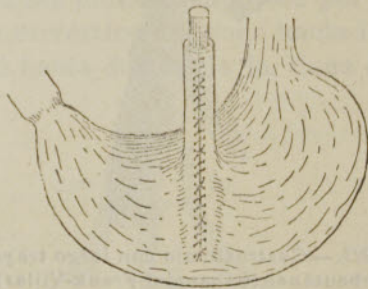


Fig. 928. — Gastrostomía por el procedimiento de Depage. El colgajo gástrico es replegado y suturado en forma de tubo alrededor de una sonda.

C. Procedimiento de Depage (2). — Consiste en crear un verdadero conducto diverticular por medio de un colgajo tomado del estómago.

Sáquese afuera un largo pliegue vertical del estómago. Fíjese el contorno de ese pliegue a la pared abdominal con ayuda de hilos en U o mediante una sutura a punto por encima para cerrar el peritoneo. En la parte del estómago así aislada, córtese a expensas de la pared gástrica anterior, un colgajo ver-

(1) Marwedel, *Munch. med. Woch.* (1896), pág. 665, y Barozzi, tesis de París (1898).

(2) Depage, *XVIº Congr. fr. de chir.*, 21 de Octubre de 1903, pág. 332.

tical, de 3 centímetros de ancho, de base superior, comprendiendo todo el espesor de las tunicas estomacales. Levántese el colgajo. Sutúrese la pequeña pérdida de substancia gástrica hasta cerca de la base del colgajo, donde sólo se deja subsistir un pequeño orificio. Continúese luego la sutura aproximando los bordes del colgajo en forma de cilindro hueco. Introdúzcase, por último, este conducto en la herida parietal para abocarlo a la piel, ya directamente, ya a través de un conducto subcutáneo muscular (figs. 927 y 928).

IV. — GASTROENTEROANASTOMOSIS

(GASTROENTEROSTOMÍA) (1)

Es el abocamiento artificial de un asa del intestino delgado en el estómago para crear al contenido gástrico un paso directo hacia el intestino sin tomar la vía pilórica.

Esta operación se dirigirá, pues, a todos los casos en que conviene restablecer o facilitar la evacuación del estómago (estenosis pilóricas cicatriciales o neoplásicas, úlcera simple, gastrosucorrea, estómago bilocular, etc.).

La neostomía se puede hacer con el duodeno, con el yeyuno o con el íleon, este último sólo por necesidad.

§ 1. — GASTRODUODENOSTOMÍA

Propuesta y ejecutada primero por Jaboulay (2), Villard (3) (de Lyon) y luego por Finney (4), esta intervención, conocida en los países de lengua inglesa con el nombre de *operación de Finney*, es a la vez de ejecución delicada y de indicaciones bastante raras. Sin embargo, Finney ha publicado 5 casos felices y más recientemente Munford ha obtenido también 4 éxitos excelentes. Alf. Gould (5) acaba de simplificar su técnica.

1.º Procedimiento de Jaboulay-Villard. — Incisión media.

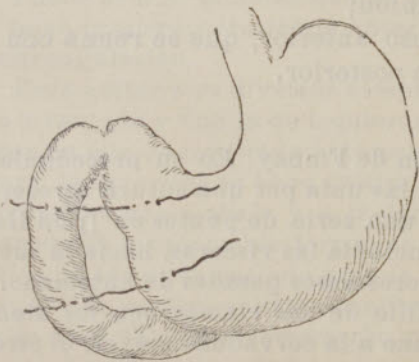


Fig. 929. — Gastroduodenostomía (Villard)
Yuxtaposición de las vísceras

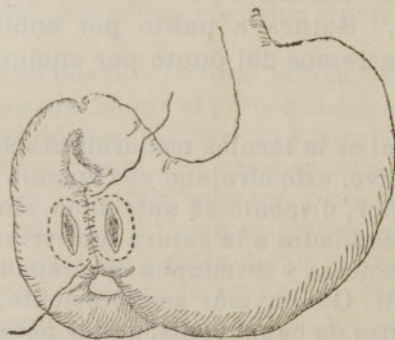


Fig. 930. — Gastroduodenostomía (Villard)
Primer plano de unión posterior

Exteriorización y aislamiento del estómago y de la primera parte del duodeno que se atrae hacia delante y adentro. Yuxtaposición y adosamiento de las dos

- (1) Consúltese Monprofit, *Gastroenterostomia* (Paris, Inst. intern. de bibl., 1903).
- (2) Jaboulay, *Arch. prov. de chir.* (1892), pág. 551.
- (3) Villard, *Rev. de chir.* (1900), págs. 494 a 520.
- (4) Finney, *Johns Hopkins Hosp. Bulletin*, Julio de 1902, vol. XIII, pág. 155.
- (5) Alf. Gould, *Boston med. and surg. journal*, 5 de Enero de 1905, pág. 9.

vísceras en una línea vertical con ayuda de un primer punto por encima músculo-seroso, y cuyos cabos se dejan largos (figs. 929 y 930).

Incisión vertical de las dos vísceras. Reunión de los labios correspondientes del duodeno y del estómago mediante un punto por encima circular total perforante. Recójense los cabos del punto por encima músculo-seroso posterior inicial para prolongarlo hacia delante y terminar el entierro de la sutura perforante profunda.

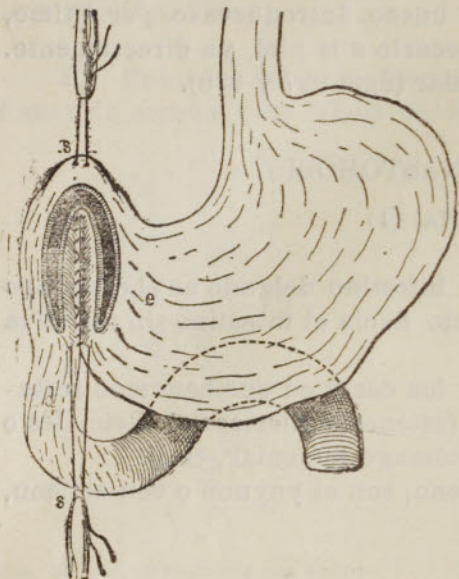


Fig. 931. — Gastroduodenostomía de Finney

e, estómago; d, duodeno; ss, hilos suspensores

2.º Procedimiento de Finney. — Está caracterizado por la forma en Ω de la incisión gastroduodenal paralela al eje del ángulo pilórico y permitiendo un ancho abocamiento de los dos órganos, llegando hasta el punto más declive del estómago (fig. 931).

Para la facilidad de la ejecución, Finney insiste en la necesidad de libertar y movilizar el estómago y el duodeno, a costa, si es necesario, de una disección atenta.

a. Yuxtapónganse los dos órganos con ayuda de los hilos suspensores, pa-

sados, uno por la parte superior del píloro y el otro en la corvadura mayor del estómago y el borde interno del duodeno, a 12 centímetros del píloro;

b. Sutura serosa posterior, que una las dos vísceras siguiendo una línea vertical;

c. Larga incisión en Ω o en herradura, de concavidad inferior que pase por el píloro;

d. Sutura a punto por encima total de unión;

e. Sutura a punto por encima seroso anterior, que se reuna con los dos extremos del punto por encima seroso posterior.

Tal es la técnica modernizada de la operación de Finney. En su procedimiento primitivo, este cirujano yuxtaponía las vísceras, las unía por una sutura serosa posterior, disponía de antemano, sin apretarlos, una serie de puntos en Ω de Halsted, destinados a la sutura serosa anterior, incidía las vísceras, hacia la sutura mucomucosa y terminaba apretando los puntos serosos pasados de antemano.

Alf. Gould, más sencillamente, con el auxilio de dos clamps con los dientes cubiertos de caucho, dispuestos paralelamente, uno a la corvadura mayor, el otro al eje duodenal y cuyos picos se tocan por su rama interna cerca del ángulo pilórico-coge dos pliegues, uno gástrico, otro duodenal, de 8 a 10 centímetros de largo. Aproxima los clamps de modo que pone las dos vísceras en contacto, une éstas con ayuda de un punto por encima seroso posterior que empieza en el ángulo pilórico, practica la incisión en Ω , reseca las partes de mucosa exuberantes, hace el punto por encima profundo total, quita los clamps y termina con el punto por encima seroso anterior.

§ 2. — GASTROYEYUNOSTOMÍA

La gastroyeyunostomía, gastroenterostomía de los autores, ofrece distintas variedades según que la anastomosis resida en la cara anterior o posterior del estómago y se practique por abocamiento lateral simple, por implantación terminal o por doble anastomosis primaria o secundaria.

Distinguiremos y describiremos, pues:

1.º Las gastroenterostomías simples, por abocamiento lateral.

Gastroenterostomía anterior (Wölfler).

Gastroenterostomía posterior (von Hacker y Petersen-Ricard).

2.º Las gastroenterostomías complejas.

- | | |
|---|--|
| } | a. Por implantación terminal o en Y;
posterior (Roux);
anterior (Wölfler). |
| | b. Por doble anastomosis o en Ω;
primaria (Mattoli, Fowler, Gallet);
secundaria (Lauenstein, Braun,
Monprofit). |

En estas diversas variedades la coaptación de las vísceras puede realizarse por sutura, botones anastomóticos o método en dos tiempos de Souligoux, sin abertura inmediata de las vísceras.

Cuando la nueva boca funciona regularmente, el contenido gástrico debe pasar a la rama eferente o anal del asa anastomosada sin refluir hacia la rama aferente o duodenal, mientras que la bilis y el jugo pancreático siguen su curso habitual sin pasar al estómago por el orificio establecido.

Pero a consecuencia de una técnica defectuosa, puede ocurrir que los alimentos, en lugar de penetrar en el segmento anal se acumulen en el segmento duodenal, lo dilaten, compriman el segmento opuesto, refluayan los alimentos al estómago con la bilis y el jugo pancreático, constituyéndose de este modo un conjunto de accidentes muy graves conocidos con el nombre de *circulus vitiosus*.

Puede ocurrir también que el asa yeyunal conducida al estómago por delante del colon (gastroenterostomía anterior o precólica), comprima ese colon y determine su estrangulación.

Para evitar esas diversas complicaciones, es necesario: 1.º que el asa yeyunal esté levantada y vuelta de izquierda a derecha, de suerte que el peristaltismo se propague en ella de izquierda a derecha como en el estómago (Lücke-Rockwicz); por lo demás, la inversión se hace naturalmente; 2.º que se fije al estómago en una dirección oblicua hacia abajo y a la derecha y en una longitud bastante grande para no acodarse bruscamente formando un espolón saliente; 3.º que el orificio anastomótico no sea ni demasiado grande ni demasiado pequeño y mida de 5 a 6 centímetros; 4.º que esté en posición declive, lo más cerca posible de la corvadura mayor y que se abra única y directamente en la rama eferente; 5.º que se eviten todo estiramiento del estómago y toda compresión del colon.

Estas precauciones bastan lo más a menudo para asegurar el buen funcionamiento de las gastroenterostomías.

A. — Gastroenterostomía anterior o precólica simple
(WÖLFLER, 1881)

Es el tipo primitivo y el más sencillo de la gastroenterostomía, concebida por Nicoladoni y realizada por Wölfler en 1881.

1.º Procedimiento de la sutura. — *a.* Incisión supraumbilical vertical y media, más bien baja, porque el estómago suele estar dilatado.
b. Busca del asa yeyunal. Levántese el delantal epiploico y el colon trans-

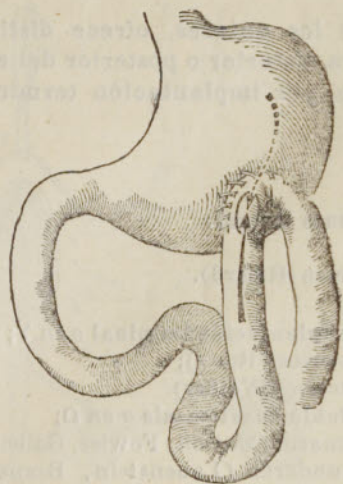


Fig. 932. — Gastroenterostomía anterior defectuosa

El asa yeyunal no ha sido vuelta. El orificio anastomótico se abre en la rama aferente. Mala disposición para el isoperistaltismo (imitado de Desfosses).

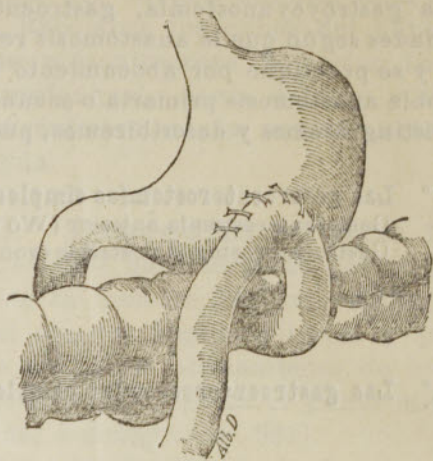


Fig. 933. — Gastroenterostomía anterior defectuosa

El asa yeyunal ha sido vuelta, pero estrangula el colon transverso (imitado de Desfosses)

verso. Húndase la mano a la izquierda del raquis hacia el ángulo duodeno-yeyunal. Reconózcase por su fijeza (ligamento de Treitz), el origen de la primera asa yeyunal y sítasela; sáquesela fuera y levántesela volviéndola de izquierda a derecha, de suerte que, después de pegada al estómago, el cabo duodenal se halle hacia el cardias y el cabo anal hacia el piloro (Lücke-Rockwicz) (fig. 934).

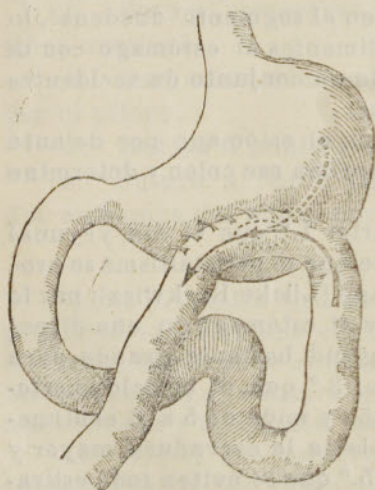


Fig. 934. — Gastroenterostomía anterior bien hecha

El asa ha sido invertida, fijada al estómago en una longitud suficiente y no estrangula el colon. Disposición favorable para el isoperistaltismo.

c. Atráigase el estómago fuera del vientre. Escójase el sitio de la futura anastomosis, lo más cerca posible del antro prepilórico y de la corvadura mayor, pero no obstante a buena distancia del neoplasma o de la lesión gástrica, para que la nueva boca no sea a su vez invadida por el mal.

Váciense por elevación y presión la parte del estómago escogida, y fórmese con ella un pliegue bastante ancho que se aísla por medio de dos pinzas coprostáticas. Practíquense análogas manipulaciones con el asa yeyunal a unos 50 centímetros del ángulo duodeno yeyunal. Hay que tomar bastante longitud de intestino para que el asa delgada levantada, rodeando el colon transverso, no pueda estrangularlo por su distensión.

Preséntese el intestino al estómago y fijense las dos vísceras en buena situación respectiva con ayuda de dos pinzas de Chaput o de dos puntos suspensores seroseros, distantes 10 a 12 centímetros y colocados en los dos extremos de la línea de contacto.

Entonces se guarnece muy cuidadosamente el campo operatorio con compresas aisladoras, una de las cuales se deslizará entre las dos vísceras, bajo la futura línea de sutura (compresa-cabeza).

d. Reúnanse los dos órganos por medio de la sutura de Hartmann, doble punto por encima, profundo total, superficial seromuscular, que se ejecutará como sigue:

Con una aguja provista de un hilo largo, júntense primero las dos vísceras por medio de un punto por encima seromuscular a puntos pasados, oblicuo hacia abajo y a la derecha, como la corvadura mayor, de 7 a 8 centímetros de largo, y cuyos dos cabos se dejan largos, provisto el terminal de su aguja. Este es el punto por encima seromuscular posterior.

A 1 centímetro por delante de él, practíquese, por punción con el bisturí,

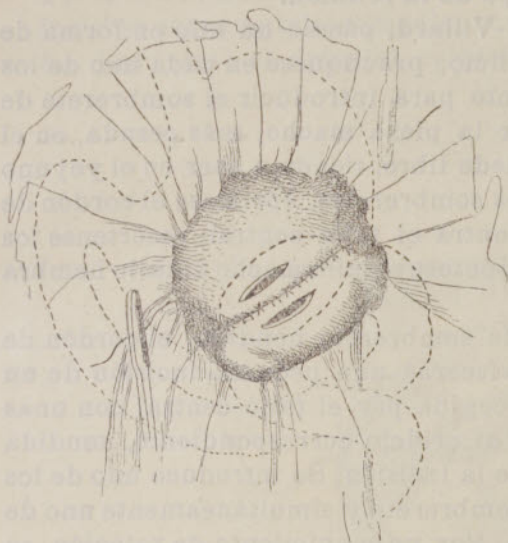


Fig. 935. — Gastroenterostomía anterior por el procedimiento de Wölfler (Ricard y Launay)

Sutura a punto por encima de unión posterior. Orificios anastomóticos

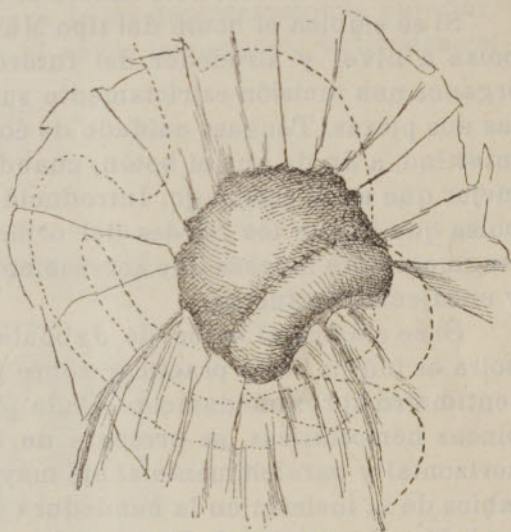


Fig. 936. — Gastroenterostomía anterior por el procedimiento de Wölfler (Ricard y Launay)

Sutura a punto por encima de unión anterior. Operación terminada

sección con las tijeras o con el termo, una incisión igual en las dos vísceras y de 5 a 6 centímetros de largo. Regularícense los bordes de esta abertura, recórtese si es necesario la mucosa exuberante y enjúguense los dos órganos con pequeñas torundas montadas (fig. 935).

Con una segunda aguja provista también de un hilo largo, júntese el labio gástrico al labio yeyunal del orificio por medio de una sutura a punto por encima total con puntos pasados, que empieza a la izquierda y sobre los bordes posteriores del orificio, para marchar de izquierda a derecha y volver al punto de partida donde el hilo se ata con el cabo inicial. Esta es la sutura a punto por encima total profunda, circular, a la vez oclusiva y hemostática.

Vuélvase a coger la aguja y el hilo de la sutura seromuscular posterior previamente retenida al extremo derecho del abocamiento y continúese haciendo el punto por encima seromuscular anterior de derecha a izquierda hasta reunirse con el cabo inicial de la sutura posterior, con el que se ata el hilo. Esta es la sutura a punto por encima seromuscular anterior de enterramiento (fig. 936).

Verifíquese la sutura por delante y por detrás y colóquense, si es necesario, algunos puntos seroserosos suplementarios.

e. Con algunos puntos superficiales, fijese el asa aferente a la curvadura mayor en una dirección oblicua hacia arriba y a la izquierda, a fin de que el contenido estomacal no pueda refluir por dicha asa hacia el píloro (*circulus vitiosus*) y caiga naturalmente en el asa eferente (fig. 936).

f. Límpiense en seco, quítense las pinzas coprostáticas, las compresas; vuélvanse a colocar los órganos en su sitio y ciérrese la pared abdominal.

2.º Procedimiento del botón anastomótico. — Ensalzado por Murphy, Marwedel, Pauchet, Jaboulay y Gayet (1), este procedimiento permite mayor rapidez y debe ser preferido en los enfermos debilitados, incapaces de soportar una larga operación.

La incisión, la busca del asa, la coprostasis preventiva se ejecutan como antes hemos indicado. Sólo difiere el tiempo de la reunión.

Si se emplea el botón del tipo Murphy-Villard, pásese un hilo en forma de bolsa a nivel y alrededor del futuro orificio, practíquese en cada uno de los órganos una incisión estrictamente suficiente para introducir el sombrerete de las dos piezas. Téngase cuidado de colocar la pieza macho, más pesada, en el intestino, a fin de que el botón, cuando quede libre, tienda a caer en el yeyuno mejor que en el estómago. Introducidos los sombreretes, apriétese el cordón de bolsa que frunce los bordes del orificio contra el tallo central; recórtense los fragmentos de mucosa que sobresalen; preséntese el tallo macho al tallo hembra y encájense con fuerza.

Si se emplea el botón de Jaboulay, de sombrerete hendido, el cordón de bolsa es inútil; basta practicar sobre las vísceras una pequeña incisión de un centímetro aproximadamente. Cada pieza cogida por el tallo central con unas pinzas hemostáticas, se presenta de lado al orificio correspondiente, tendida horizontal y paralelamente al eje mayor de la incisión. Se introduce uno de los labios de la incisión en la hendidura del sombrerete y simultáneamente uno de los labios de esta hendidura en el orificio. Por un movimiento de rotación, se insinúa el sombrerete en el orificio hasta que se sienta una resistencia, manteniendo siempre la pieza horizontal. Entonces se endereza el tallo, perpendicularmente al intestino y se continúa el movimiento de rotación. El sombrerete acaba de insinuarse en el orificio. Igual maniobra para la otra pieza. Se encajan y se aprietan. Este procedimiento muy rápido permite hacer una gastroenterostomía en siete a quince minutos (Jaboulay).

Para evitar el *circulus vitiosus* por reflujo hacia el asa aferente, será siempre útil fijar ésta en posición ascendente por algunos puntos seroserosos, como hemos dicho al tratar de la sutura.

3.º Procedimiento en dos tiempos, sin abertura previa. — Aplicable solamente cuando el enfermo no se halla en estado de inanición absoluta, parece presentar algunas ventajas para la seguridad de la asepsia.

Describiremos la técnica de Souligoux, el único de los procedimientos de este orden que ha hecho sus pruebas.

Escogido el sitio del abocamiento en el estómago y en el yeyuno, aplástese con unas pinzas especiales, apretadas al extremo, primero la pared intestinal y luego la pared gástrica. Mucosa y musculosa son destruidas por trituración. Sólo resiste la serosa.

A 2 o 3 milímetros de la zona de aplastamiento, únense los dos órganos por una sutura continua seromuscular posterior, semicircular.

Con una pastilla de potasa cáustica, cauterícense las superficies trituradas en

(1) Gayet, *Rev. de chir.* (1904), n.º 1, pág. 9.

toda su extensión. Enjúguese cuidadosamente con una torunda, para evitar que el cáustico se difunda.

Reanúdese la sutura y acábese de cerrar por coaptación serosa las superficies ahora trituradas y cauterizadas, condenadas al esfacelo.

Reconózcase la sutura, colóquense, si es necesario, algunos puntos suplementarios.

Fijese, si se quiere, el asa aferente, como anteriormente.

Ciérrese el abdomen.

B. — Gastroenterostomía posterior o transmesocólica simple
(VON HACKER, 1885)

I. Procedimiento de von Hacker (1). 1.º Por sutura. —

- a. Incisión supraumbilical media, como para la gastroenterostomía anterior.
- b. Levántese el delantal epiloico y el colon transverso; extiéndase el

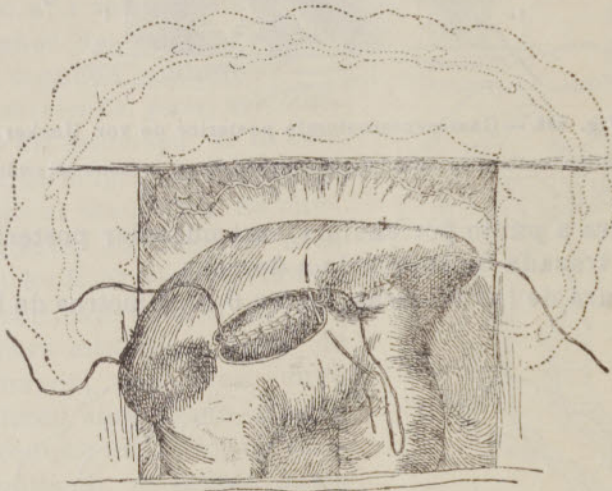


Fig. 937. — Gastroenterostomía posterior transmesocólica por el procedimiento de von Hacker
La sutura continua posterior serosa está terminada, sus cabos se han dejado largos. La sutura continua total de unión de los labios del orificio está terminada por detrás y se prosigue por delante

mesocolon. Búsqese el arco arterial (cólicas derecha e izquierda superiores) que sigue su borde adherente y que se ha de respetar a toda costa, so pena de acarrear el esfacelo del colon.

Debajo de él y en un espacio avascular, cerca del raquis y a la izquierda, húndase o incíndase el meso; ensánchese suficientemente el orificio.

c. A través del mismo cójase la pared posterior del estómago y sáquese un cono de varios centímetros, que será prudente fijar sin más demora, por su base, por medio de algunos puntos seroseros, a los labios de la abertura mesocólica. Váciase ese cono de su contenido por elevación o compresión y hágase la coprostasia en su base, con dos pinzas.

d. Búsqese el ángulo duodenoyeyunal, reconózcase la primera asa yeyunal, preséntesela al estómago volviéndola de izquierda a derecha según la manera de Rockwicz-Lücke, como en la gastroenterostomía anterior. Váciase y hágase la coprostasia.

Guarnézcase y aíslese el foco con compresas, una de ellas interpuesta entre las dos vísceras.

(1) Consúltese Desfosse, *Th. de Paris* (1898); Terrier, *Rev. de chir.* (1902), t. XXV, pág. 360.

e. Únanse éstas en buena posición por dos hilos suspensorios o dos pinzas. Practíquese entonces como en la gastroenterostomía anterior:

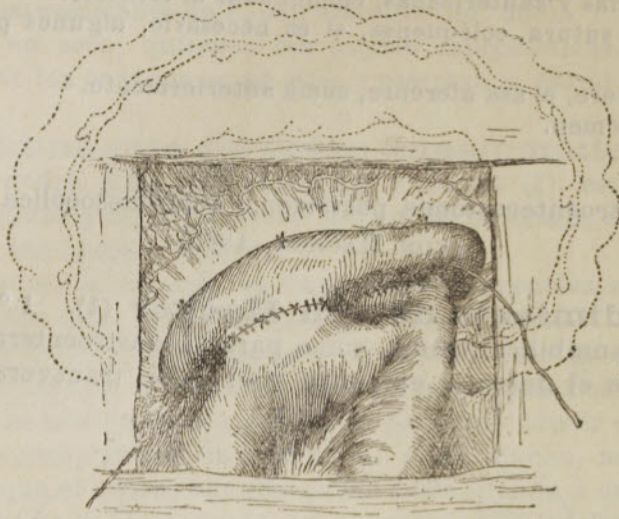


Fig. 938. — Gastroenterostomía posterior de von Hacker

La sutura continua de unión total está terminada en los labios del orificio

1.º Una sutura a punto por encima seromuscular posterior, de 8 a 9 centímetros de largo, trazada de izquierda a derecha.

2.º La abertura de las vísceras, de 5 a 6 centímetros de largo.

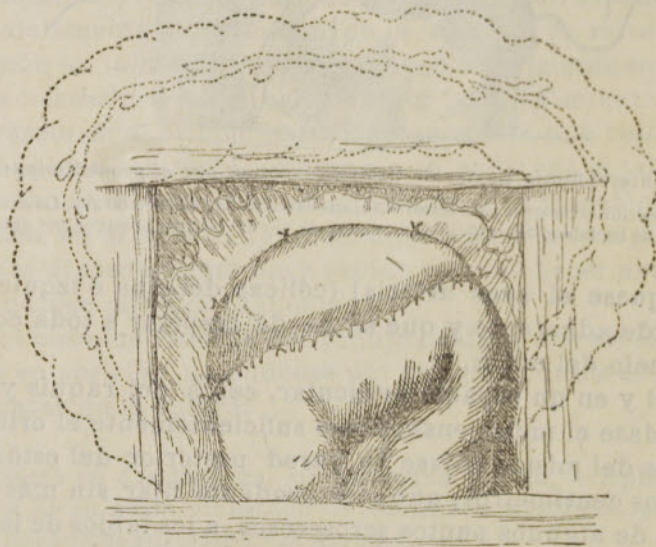


Fig. 939. — Gastroenterostomía posterior de von Hacker

La sutura continua seroserosa anterior está hecha. La operación ha terminado

3.º La sutura a punto por encima total circular oclusiva y hemostática (figs. 937 y 938).

4.º La sutura a punto por encima seromuscular anterior, que se reúne con la posterior de derecha a izquierda (fig. 939).

5.º La fijación del asa aferente por algunos puntos suplementarios colocados a la izquierda del orificio.

h. Vuélvanse los órganos a su sitio después de quitar las compresas y las pinzas coprostáticas y ciérrase la pared.

Para asegurar la persistencia de la anastomosis, A. Gould (1) hace una abertura vertical en el estómago y horizontal en el intestino. Tirando de los bordes de la incisión gástrica la transforma en abertura horizontal, que une a los labios correspondientes de la incisión intestinal; la neostomosis toma y conserva así una forma rómbica y permanece abierta.

2.º Por botón o por el método en dos tiempos. — Su aplicación a este caso particular, nada tiene de especial y se practicará, en igualdad de circunstancias, como en la gastroenterostomía anterior.

II. Procedimiento de Petersen-Ricard (2). — Está fundado en la disposición anatómica demasiado poco conocida del ángulo duodeno-yeyunal, que está situado a nivel de la primera o segunda lumbar, es decir, algo más arriba o a la misma altura que la corvadura menor del estómago, que corresponde a la segunda lumbar.

El yeyuno desciende, pues, verticalmente por detrás del estómago, de la corvadura menor a la mayor, separado de él simplemente por el mesocolon. Se puede, por consiguiente, sin recurrir a la maniobra de Lücke-Rockwicz (inversión del asa), unir verticalmente el yeyuno y el estómago, para establecer, cerca de la corvadura mayor, una boca, cuyo buen funcionamiento será cierto, porque no se podrán producir ni codo, ni estasis, ni antiperistaltismo, ni reflujo hacia el duodeno.

Petersen se contenta con unir el yeyuno y la cara posterior del estómago a nivel de la neostomosis, cerca de la corvadura mayor.

Ricard, para mayor seguridad, une verticalmente el yeyuno y el estómago en toda la altura de la cara posterior, desde la corvadura menor a la mayor. He aquí su técnica a grandes rasgos.

Laparotomía. Exteriorización y despliegue del colon sobre una compresa. Perforación del mesocolon en un espacio avascular. A través del ojal mesocólico, captura y tracción del estómago hasta ver toda la altura de su cara posterior, desde la corvadura mayor, que se presenta fácilmente, hasta la menor que ocupa la parte profunda.

Cójase el intestino delgado; tirese de él hacia arriba hasta que ya no siga, cuando queda detenido por el ángulo duodeno-yeyunal.

Únanse entonces verticalmente estómago e intestino *aproximando las partes sujetas* (ángulo duodeno-yeyunal y corvadura menor), pues el intestino atra-

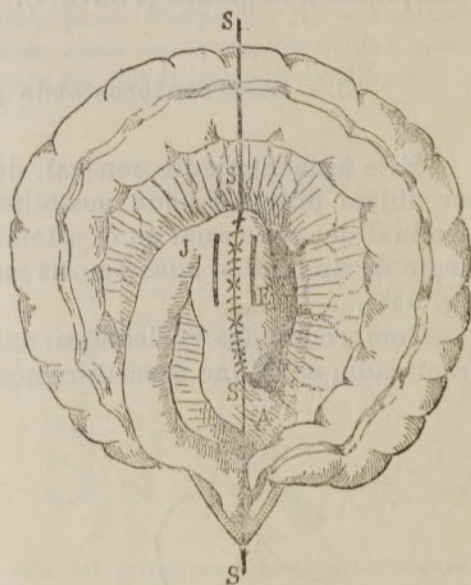


Fig. 940. — Gastroenterostomía posterior por el procedimiento de Petersen-Ricard

E, estómago; J, yeyuno; A, ángulo yeyunal; SS, hilos suspensorios

(1) A. Gould, *Boston med. and surg. Journal*, 19 de Enero de 1905, pág. 66.

(2) Consúltense Petersen y Machol, *Beitr. z. Path. u. Ther. der gustartigen Magenkrankheiten* (1902); Ricard y Chevrier, *Gaz. des hôp.*, 24 de Enero de 1905, pág. 99.

viesa verticalmente la cara posterior del estómago en toda su altura, desde la corvadura mayor a la menor.

Únanse los dos órganos por medio de una sutura a punto por encima serosa, yendo desde la corvadura menor a la mayor (fig. 940).

Practíquese el abocamiento cerca de la corvadura mayor (es decir, hacia arriba, por estar los órganos levantados) del modo ordinario: punto por encima total profundo oclusivo, otro envolvente seroseroso anterior, yendo, como el posterior ya hecho, de la corvadura menor a la mayor.

Por último, fijense por cuatro puntos, los bordes de la brecha mesocólica a la cara posterior del estómago.

Vuélvase todo a su sitio. En este movimiento de báscula, lo que era superior pasa a ser inferior y la boca gástrica se encuentra de este modo colocada hacia abajo, por el trayecto vertical del asa yeyunal desde ahora unida al estómago.

No hay necesidad de añadir que también aquí el botón de Murphy puede reemplazar a la sutura (Pauchet).

C. — Gastroenterostomía por implantación terminal, o en Y

Este procedimiento general, debido a Wölfler y sobre todo a Roux, tiene por objeto prevenir toda posibilidad de *circulus vitiosus* por la implantación terminal del cabo anal en el estómago y del cabo duodenal en el cabo anal, por medio de una doble anastomosis en T o en Y, llamada ipsiliforme (Monprofit) (fig. 941).

Comprende dos variedades, anterior y posterior. Ésta es con mucho la más practicada; es la que describiremos primero.

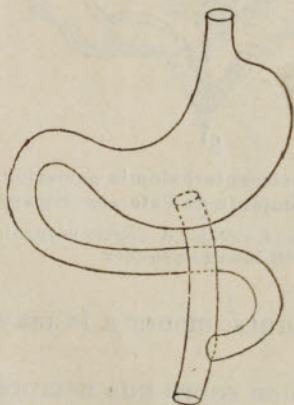


Fig. 941. — Esquema de la gastroenterostomía en Y

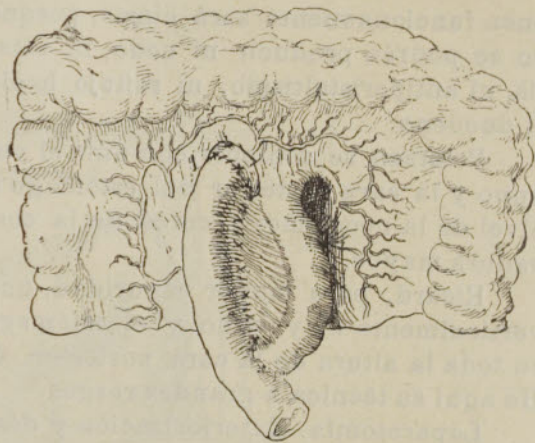


Fig. 942. — Gastroenterostomía posterior en Y (Ricart y Launay)

1.º Gastroenterostomía posterior en Y (Roux) (1). — *a.* Se abre el vientre, se levanta el delantal epiploico, se perfora el mesocolon, se extrae y fija el cono estomacal a la brecha mesocólica como en el procedimiento de von Hacker.

b. Se reconoce el asa yeyunal. A 15 o 20 centímetros de su origen, se la secciona entre dos pinzas coprostáticas y la incisión se prolonga lo más lejos posible por el mesenterio, es decir, hasta el primer arco arterial.

(1) Roux, *Rev. de gynec. et de chir. abd.* (1897), pág. 67.

Se cubre el cabo oral con una compresa y se pone «a la sombra» a la izquierda.

c. El cabo anal se une al estómago por implantación terminal. Se ejecutan, pues, sucesivamente:

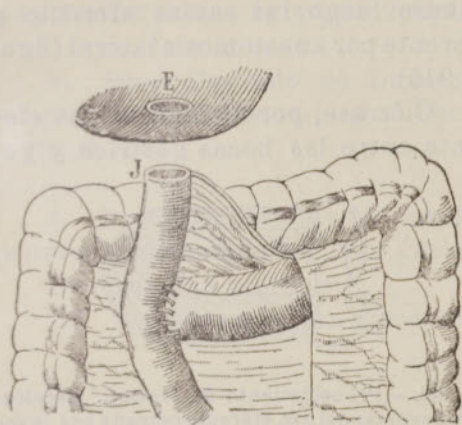
- 1.º La sutura continua (punto por encima) seromuscular posterior;
- 2.º La abertura de las vísceras;
- 3.º La sutura continua (punto por encima) circular total o perforante;
- 4.º La sutura continua (punto por encima) seromuscular anterior.

d. Se vuelve a coger el cabo oral y se implanta análogamente en el asa anal eferente, mediante una doble sutura continua.

e. Se reparan las incisiones del meso, cuyas brechas se cierran por medio de algunos puntos (fig. 942).

Para mayor seguridad, Roux añade una tercera sutura, a punto por encima, seroserosa. Ejecuta, pues, para cada implantación dos suturas serosas posteriores, una mucosa y dos anteriores.

2.º Gastroenterostomía anterior en Y (Wölfler-Roux-Monprofit) (1). — Indicada cuando la cara posterior del estómago, enferma en toda su extensión o bien adherente a la profundidad, no permite el abocamiento del asa intestinal en ella.



[Fig. 943. — Gastroenterostomía anterior en Y, de Monprofit (esquema)

E, estómago; J, yeyuno

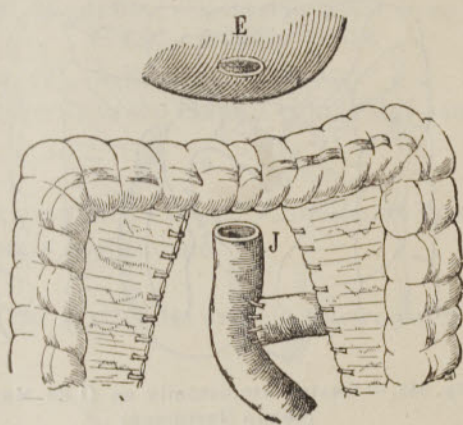


Fig. 944. — Gastroenterostomía anterior en Y, de Roux (esquema)

E, estómago; J, yeyuno

a. Amojónese en la cara anterior del estómago el sitio de la boca con dos pinzas sacabalas.

b. Búsquese el asa yeyunal, secciónesela a 15 centímetros de su origen, donde los vasos mesentéricos ofrecen un espacio favorable. Secciónese el mesenterio lo más profundamente posible; hágase la hemostasia mesentérica. Envuélvase en una compresa el cabo duodenal y póngasele «a la sombra» al lado izquierdo del abdomen.

c. Cójase el cabo anal, lléveselo debajo y luego delante del colon transversal hasta a nivel del estómago donde es implantado por su extremo.

d. Por último, implántese el cabo duodenal en el asa yeyunal, a 20 centímetros más abajo del orificio estomacal (fig. 943).

Este procedimiento, como el de la gastroenterostomía simple de Wölfler, expone a los estirones y a la compresión del colon transversal.

Para evitar este inconveniente, Roux secciona por completo el epiplón con hemostasia de sus ramas, de suerte que el mesoyeyuno no comprende en su concavidad más que el colon transversal (fig. 944).

(1) Monprofit, *Arch. prov. de chir.*, Agosto de 1903, n.º 8, pág. 457.