

RESUMEN DE TÉCNICA OPERATORIA
POR LOS PROSECTORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARIS

M. GUIBE

ABDOMEN

Librería SINTES: Barcelona

40

117

A. C.

W. C. C.



RESUMEN DE TÉCNICA OPERATORIA
POR LOS
PROSECTORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARÍS

CIRUGÍA DEL ABDOMEN



EL RESUMEN DE TÉCNICA OPERATORIA está dividido en 7 volúmenes:

- I. — Cabeza y Cuello, por CH. LENORMANT.
- II. — Tórax y Miembro superior,
por A. SCHWARTZ.
- III. — Abdomen, por M. GUIBÉ y J. QUÉNU.
- IV. — Aparato urinario y aparato genital del hombre, por PIERRE DUVAL.
- V. — Miembro inferior, por GEORGES LABEY.
- VI. — Aparato genital de la mujer,
por R. PROUST.
- VII. — Práctica corriente y cirugía de urgencia, por VÍCTOR VEAU y F. D'ALLAINES.

RESUMEN DE TÉCNICA OPERATORIA
POR LOS PROSECTORES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARÍS

III

CIRUGÍA DEL ABDOMEN

POR

M. GUIBÉ Y J. QUÉNU

SEGUNDA EDICIÓN ESPAÑOLA CON 366 FIGURAS EN EL TEXTO

TRADUCIDA DE LA SEXTA EDICIÓN FRANCESA POR

RAFAEL JULIÁ ROSÉS

EX AYUDANTE HONORARIO DE LA CÁTEDRA DE QUIRÚRGICA
DE LA FACULTAD DE BARCELONA

Y PROLOGADA POR

DON JOSÉ M.^a BARTRINA

CATEDRÁTICO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DE
LA FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA



LIBRERÍA SINTES

4 - RONDA DE LA UNIVERSIDAD - 4
BARCELONA

1928

ES PROPIEDAD

IMPRESA CLARASO
Villarreal, 17-Barcelona

PREFACIO DE LOS AUTORES

Este *Resumen de Técnica operatoria* es simplemente la publicación de los cursos de medicina operatoria, que la Facultad nos confía durante el semestre de verano. La alta dirección de este curso corresponde al profesor P. Berger, quien nos hace el honor de inscribir su nombre en la cabecera de esta obra; le quedamos profundamente agradecidos.

Estos cursos, que comprenden toda la cirugía operatoria de vísceras y miembros, fueron creados por el profesor Terrier. M. H. Hartmann, subdirector de los trabajos de Medicina operatoria, se ha dedicado a la organización de esta enseñanza especial en nuestra Escuela práctica; lo ha hecho cosa suya, y a él es a quien debe atribuírsele el éxito creciente que estos cursos alcanzan entre los médicos franceses y extranjeros a quienes están reservados.

Este éxito, así como también la ausencia de un resumen de técnica operatoria, nos invita a publicar nuestros cursos tal como los damos.

Constituye una obra conjunta de todos los prosectores de la Facultad; cada uno de nosotros trata en esta obra de la parte que enseña.

Estos libros no pueden ser, por lo tanto, más que de técnica operatoria. No se describen en ellos más que las operaciones típicas, sin que podamos abarcar las múltiples modificaciones de detalle que la varia-

bilidad del estado patológico puede imprimir a una intervención.

Este *Resumen* está destinado a los estudiantes, quienes encontrarán en él las enseñanzas de cirugía operatoria de las que tienen necesidad para sus estudios y que, hoy día, forman verdaderamente parte de la educación médica.

Se destina también a los médicos ya que todos ellos deben conocer la técnica operatoria, puesto que la práctica quirúrgica ya no está reservada, como en otro tiempo, a una selección poco numerosa.

Hay operaciones que todo médico debe estar en condiciones de ejecutar.

El objeto de estos libros es proporcionar un procedimiento de elección para cada intervención y, por medio de una descripción muy detallada y muy gráfica, la comprensión completa del acto operatorio y la posibilidad de practicarlo inmediatamente.

Para cada operación se indica un solo procedimiento, aquel que nuestra experiencia de prosectores y la práctica quirúrgica de nuestros maestros aconsejan.

Las más veces, este procedimiento es una combinación de las técnicas de distintos cirujanos; toma de unos y otros las maniobras que juzgamos recomendables; es, pues, impersonal.

Como la bibliografía aquí resultaría inútil hemos prescindido por completo de ella.

Hemos creído útil reunir en un libro especial de "Práctica corriente y cirugía de urgencia" todas las intervenciones que constituyen para el práctico la cirugía cotidiana y la cirugía de excepción, de la que no puede desentenderse.

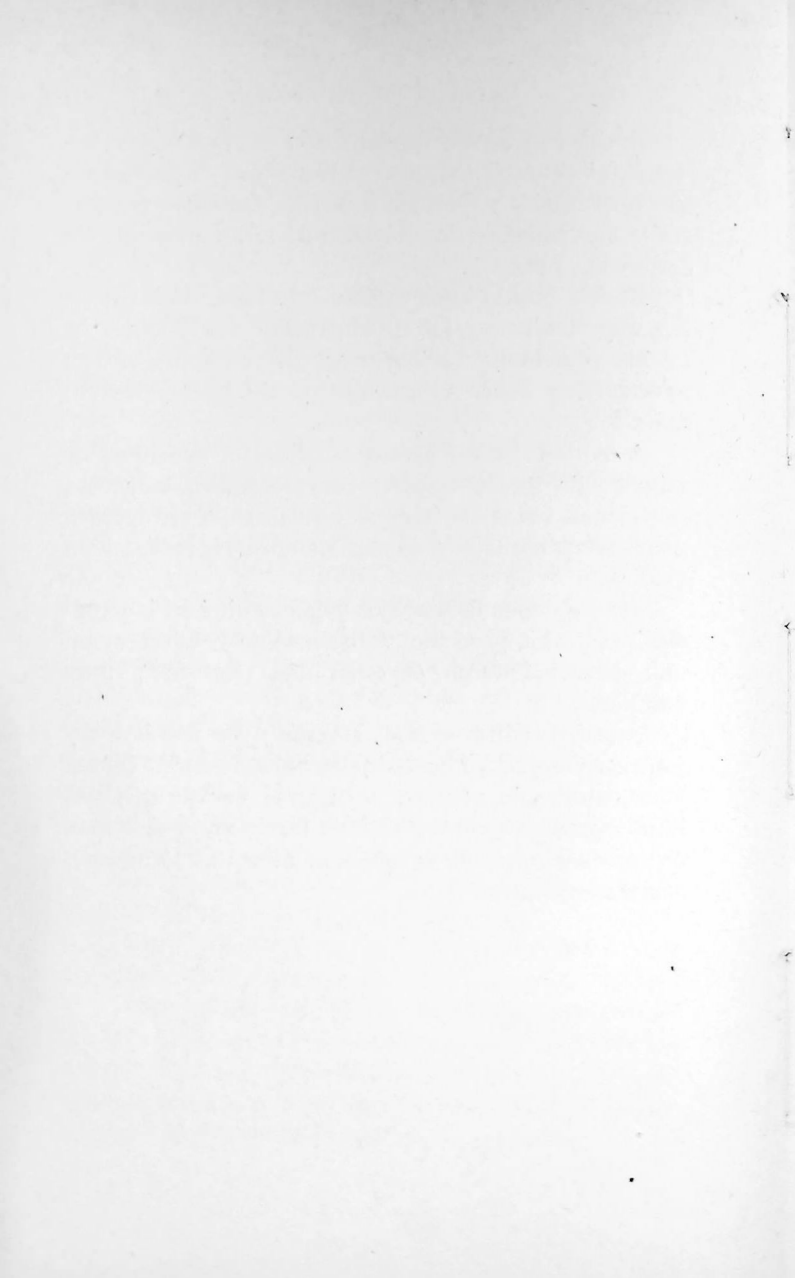
Hecho con un fin inmediatamente práctico y urgente, es el único de nuestros libros que da indicaciones operatorias y normas sobre los cuidados generales y particulares; los demás no tratan más que de la técnica pura.

Hemos tenido buen cuidado de hacer descripciones muy detalladas, sin olvidar ningún detalle acerca de las posiciones del enfermo, del cirujano, de su ayudante, y sobre el manejo de diferentes instrumentos.

A la descripción hemos añadido un considerable número de figuras: están representados, todas las posiciones, todos los tiempos operatorios: los detalles anatómicos esenciales tienen siempre representación gráfica.

Para obtener la sencillez y la claridad en la exposición nos ha parecido indispensable combinar con una descripción muy precisa una ilustración muy detallada.

Nuestros editores MM. Masson y C.^a nos han dejado en completa libertad para ilustrar estos libros. El considerable número de figuras nuevas que nos han concedido muestra el vivo interés que se toman en las cuestiones de enseñanza: nunca se lo agradeceremos bastante.



PRÓLOGO DE LA PRIMERA EDICIÓN

El presente COMPENDIO DE TÉCNICA OPERATORIA no necesita de presentación ni de prólogo: es obra que ella misma se recomienda, y está escrita según un plan tan ordenado, tan lógico y de tanta diafanidad, que casi estoy por decir que sobran en ella la introducción del profesor Berger y el mismo prólogo de los autores.

Pero el doctor Juliá, antiguo alumno interno de mi Clínica y actual médico agregado a mi servicio de cirugía, quien acaba de traducir al español la mencionada obra, en colaboración del médico militar doctor Sueiras, jefe de la Clínica de cirugía del Hospital Militar, me ha rogado la encabezara con unas cortas líneas, y por más que las considero absolutamente innecesarias, no puedo negarme a complacer a mi antiguo alumno, aunque no sea más que como prueba de correspondencia y agradecimiento a la múltiple y acertada labor que ha realizado y viene realizando a mi lado. Como tampoco, puesto en tarea, puedo dejar de tributar a este compendio todo el elogio que se merece; como tampoco, por fin, puedo dejar defraudados los deseos del editor.

Decía Delbet, en una de sus lecciones: "Cada cirujano escribe como piensa y opera tal como piensa y escribe." Es esta frase una repetición afortunada de la otra no menos célebre: "El estilo es el hombre".

Pues bien: el estilo de este compendio, puedo asegurarlo, es *todos y cada uno* de sus autores, y todos educados en una misma escuela y en un mismo método (de ahí la unidad de la obra) y todos reputados hoy como de los más diestros cirujanos de Francia. Si tenemos, por consiguiente, que dar crédito a la frase de Delbet, cada operación descrita en este TRATADO será fiel trasunto de la técnica precisa del autor cuando efectúa sus trabajos de disección y de medicina operatoria en la escuela práctica, y de su actual manera impecable de operar en el vivo. Puedo dar fe de estos hechos, que constituyen quizá la mejor recomendación de este libro.

Quien pretenda operar bien, y hacerse hábil en técnica operatoria es de desear que lea este compendio, y sobre todo que siga el mismo proceso que siguieron sus autores para escribirlo, es decir, que no se canse de trabajar con método y con un sólido fundamento anatómico. Hay quien cree que el operador hábil tiene sus secretos, sus recursos personales, su manera de hacer especial, que le dan envidiada destreza y habilidad. Sucede lo mismo que con el dibujo o la pintura, pongo por ejemplo. Hay muchos que creen que los grandes maestros en estas artes tienen sus secretos de factura, sus *trucs* que les permiten producir los grandes efectos de luz, de ambiente, etc., que admiramos en sus obras. ¡Oh!, si yo supiera el *truc* para pintar el agua con sus cambiantes y reflejos... Pues bien: no hay tal cosa. El verdadero hombre de genio, el artista, el hombre de ciencia, no tienen secretos ni gustan de tenerlos; el artista produce sus obras no por tal o cual técnica especial y velada a los ojos de los demás, sino por un estudio exacto

de los valores, porque da a cada cosa en claro obscuro y en tonalidad o colorido el justo valor que debe tener. Así también el operador es hábil, no por tal o cual recurso personal, sino porque sigue matemáticamente todos los tiempos operatorios y hace en cada uno de ellos todo lo que debe hacer y sólo lo que debe hacer.

En una reciente lección inaugural, decía Gosset, a propósito de su maestro Terrier, que el gran mérito de este gran cirujano, al revés de otros de los que se dice que tienen una técnica inimitable, fué al revés, el tener una técnica perfectamente imitable, y que esto permitió tuviese numerosos discípulos y que dotara a su país de un gran número de expertos cirujanos.

La presente obra parece tener la misma finalidad. En ella no se encontrarán todos los procedimientos, ni siquiera todas las operaciones, pero las que se hallan descritas lo están con tal sencillez y precisión, y van ilustradas con tanta claridad, que la operación más complicada parece sencilla, y realmente lo será en manos de cualquiera que tenga la suficiente preparación técnica si sigue puntualmente el camino que le trazan los autores.

Una consideración para terminar: Esta obra es conveniente se conozca en español, tanto para la obra en sí, como por la enseñanza que pueda representar para nuestra juventud médica. Se cree ésta muy a menudo al terminar la carrera, sobre todo si ha pasado largas horas en las salas de operaciones, con derecho y suficiencia para lanzarse a la práctica de toda suerte de operaciones. Hoy día, gracias a la asepsia, podrá llevar a feliz término algunas, incluso

con una técnica defectuosa, mas que no olvide, sin que sea mi ánimo debilitar sus entusiasmos y nobles afanes, que aparte el tiempo y la experiencia que se necesita para ser cirujano, es necesario para ser operador la preparación suficiente, y que en otros países, los cirujanos de hoy han sido antes los autores de este libro, y antes que autores del mismo han sido todo lo que supone el haberlo escrito.

J. M. BARTRINA.

Barcelona, octubre de 1920.

DIVISIÓN DE LOS SIETE VOLÚMENES
DEL
RESUMEN DE TÉCNICA OPERATORIA

CABEZA Y CUELLO (Ch. Lenormant)

Cráneo.—Técnica general de la craniotomía, craniectomía, intervenciones en el seno lateral, el cerebelo y la meníngea media. Punción ventricular.

Oído y mastoides.—Trepanación simple, vaciamiento petromastoideo, tratamiento de las complicaciones intracraneanas.

Esqueleto de la cara.—Trepanación de los senos de la cara (seno frontal, seno maxilar, celdas etmoidales y esfenoidales), resecciones del maxilar superior (total y parcial), osteotomías para abordar la órbita, la hipófisis y el nasofarinx, osteotomías y resecciones del maxilar inferior, sutura del maxilar inferior.

Nervios de la cara.—Trigémino, ganglio de Gasser, facial.

Boca, faringe, glándulas salivales.—Labio leporino y divisiones del velo del paladar, amputaciones de los labios y de la lengua, faringotomías, extirpación de las glándulas submaxilar y parótida.

Laringe, tráquea, cuerpo tiroides, timo.—Laringotomía, laringectomías total y parcial, traqueotomía, cirugía del cuerpo tiroides, extirpación del timo.

Cuello.—Vasos, nervios, tortícolis, esofagotomía cervical.

TÓRAX. — MIEMBRO SUPERIOR (A. Schwartz)

TÓRAX

Mama.—Ablación parcial de la mama, ablación total de la mama, vaciado de la axila.

Paredes torácicas, pleura y pulmones.—Resección costal, toracectomía sin abertura de la pleura, toracectomía con abertura de la pleura, neumotomía.

Mediastino anterior. — Punción del pericardio, pericardiotomía, sutura del corazón.

Mediastino posterior. — Bronquiectomía, esofagotomía externa, esofagectomía,

Vía toracoabdominal. — Vía transpleural, vía subpleural.

Raquis. — Resección de las apófisis espinosas, de las láminas vertebrales.

MIEMBRO SUPERIOR

Descubrimiento de los nervios. — Plexo braquial, nervios mediano, cubital, radial, circunflejo.

Incisión de las vainas sinoviales. — Vaina radial, vaina cubital.

Cirugía de los huesos y de las articulaciones. — Artrotomías, extirpaciones óseas.

Osteosíntesis. — Osteosíntesis en general, osteosíntesis en particular (sutura del olécranon).

MIEMBRO INFERIOR (G. Labey)

Huesos y articulaciones. — Osteotomías: subtrocantérea cuneiforme, transversal y oblicua, del cuerpo del fémur, supracondílea, condilotomía, de los huesos de la pierna, sinfisiotomía, resecciones diafisarias y trepanaciones. Artrotomías de la cadera, de la rodilla, de la garganta del pie, de la mediotarsiana. Resecciones de la cadera, de la rodilla, de la tibiotarsiana, extirpación del astrágalo, artrodesis tibiotarsiana. Sutura y cerclaje de la rótula. Amputación osteoplástica de la pierna, amputación osteoplástica tibioastragalina, tarsectomías cuneiforme dorsal, externa e interna, etc...

Músculos y tendones. — Sutura del tendón rotuliano, sutura del tendón de Aquiles, tenotomías del sartorio, de los músculos de la pata de ganso, de los aductores, etc...; alargamiento y acortamiento del tendón de Aquiles, anastomosis musculotendinosas (tibial anterior y extensor de los dedos, tendón de Aquiles y peroneos, etc...).

Vasos. — Resecciones de las safenas.

Nervios. — Descubrimiento de los nervios (crural, safeno interno, femorocutáneo, ciático poplíteo externo, interno, musculocutáneo, tibial anterior, tibial posterior y plantares, pudendo interno).

ABDOMEN (M. Guibé)

Pared abdominal. — Técnica de las laparotomías, tratamiento de las eventraciones, cura radical de las hernias, hernia inguinal, hernia crural, hernia umbilical, tratamiento de las hernias estranguladas, quelotomía.

Suturas. — Suturas sobre el estómago y el intestino delgado. Suturas sobre el intestino grueso. Anastomosis por sutura. Anastomosis por botón.

Estómago. — Exploración, gastrotomía, gastrostomía, gastroenterostomía, gastrectomía, resección del cardias, gastroplicación, gastropexia.

Intestino. — Enterectomías y enterorrafias, yeyunostomía, exclusión del intestino, resección del apéndice, ano ilíaco temporal, apendicostomía, ano ilíaco definitivo, colopexia, cura del ano contra natural, resecciones del colon.

Recto y ano. — Resección de hemorroides, extirpación perineal y abdominoperineal del recto, resección del recto por vía anal y por vía sacra, exéresis mucosa de los prolapsos del recto, rectococcipexia, miorrafia de los elevadores, rectotomía posterior.

Anexos del tubo digestivo. — Vías de acceso del hígado (vías peritoneal, subpleural, transpleural), sutura y taponamiento del hígado, resección del hígado, quistohepatostomía, hepatotomía por absceso.

Exploración de las vías biliares, cateterismo de las vías biliares, colecistostomía, cisticotomía, colecistenterostomía, colecistectomía, coledocotomía (supraduodenal, retropancreática, transduodenal), duodenotomía.

Esplenectomía, esplenopexia.

Vías de acceso al páncreas. Operaciones sobre el páncreas.

APARATO URINARIO

Y APARATO GENITAL DEL HOMBRE (Pedro Duval)

Aparato urinario. Riñón y pelvis renal. — Vía lumbar, vía transperitoneal, descubrimiento del riñón, nefropexia, nefrotomía, nefrorrafia, nefrostomía, nefrectomía, pielotomía, pielorrenoplicatura, uréteropieloneostomía.

Uréter. — Descubrimiento del uréter, segmentos renal, lumbar, pélvico; vía transperitoneal, vía subperitoneal, uréter pélvico en la mujer, ureterotomía, ureteroplastias, ureterectomías, uréterorrarias, injertos del uréter.

Vejiga. — Cistotomía, talla hipogástrica longitudinal y transversal, talla vaginal, talla subsinfisaria, cistorrafia, cistostomías, cistectomías, raspado de la vejiga.

Próstata. — Vía perineal, vía endovesical, prostatectomías.

Uretra. — Uretra del hombre, uretrotomías internas y externas, ojal perineal, uretrectomías, uretrorrarias, uretrotomía perineal, uretrotomías, hipospadias; uretra de la mujer, uretrotomía interna y externa, uretrotomías, uretrectomías.

Aparato genital del hombre. — Cirugía del testículo y de sus cubiertas, resección del escroto, cirugía de la vaginal, castraciones, epididimectomía, orquidomía, cirugía del cordón espermático, de la vesícula seminal, del pene, emasculación total.

APARATO GENITAL DE LA MUJER

(Roberto Proust)

Vulva, vagina y periné. — Perineorrafias y colpoperineorrafias. Métodos operatorios, rupturas incompletas del periné y prolapso genital. Método del avivamiento, del desdoblamiento. Miorrafia de los elevadores del ano. Rupturas completas del periné. Método del avivamiento, del desdoblamiento. Colporrafias anteriores. Fístulas vésicogenitales. Tratamiento. Vías vaginal, suprapúbica, transvesical, transperitoneal, isquiorrectal. Oclusión indirecta. Colpocleisis. Fístulas vésicouterinas, yuxtacervicales, intracervicales. Fístulas rectovaginales. Vías vaginal, perineal, mixta, vaginoperineal. Fístulas rectoperineales. Creación de una cavidad vaginal. Transplantación intestinal. Autoplastia perineal.

Útero y anexos. Vía vaginal. — Raspado. Colpotomía. Preparación de la enferma. Técnica. Cirugía del cuello. Traquelorrafia. Operación plástica. Vaciamiento comisural. Operación de Dudley. Amputaciones intravaginales. Amputación supravaginal. Tratamiento de las desviaciones uterinas. Cuneohía. Terectomía. Enderezamiento vaginal. Histeropexia. Operaciones conservadoras en el tratamiento de los fibromas. Ablación de pólipos fibrosos. Miomectomías. Enucleación de los fibromas. Histerectomía vaginal. Técnica general. Diversos procedimientos. Histerectomía por supuraciones pélvicas. Histerectomía por fibromas. Histerectomía por cáncer uterino. Colpohisterectomía por cáncer. Histerectomía por prolapso uterino. Colpectomía total por prolapso del útero. Inversión uterina. Operación cesárea.

Vía abdominal.—Laparotomía por lesiones úteroanexiales. Ablación de los anexos; quistes del ovario, salpingitis. Operaciones conservadoras. Resección del ovario. Salpingorrafia. Salpingostomía. Salpingoplastia. Desviaciones uterinas. Histeropexia. Cuneohisterectomía. Acortamiento de los ligamentos redondos. Obliteración del fondo de saco de Douglas. Tratamiento de los fibromas uterinos. Polipectomía. Enucleación. Histerectomía abdominal; subtotal. Ablación del útero y de los anexos. Histerectomía subtotal. Procedimiento americano. Histerectomía por despegamiento posterior; por despegamiento anterior. Histerectomía total. Procedimiento corriente. Procedimiento americano modificado. Histerectomía por hemisección; por decorticación subperitoneal. Histerectomía por cáncer del útero. Operación cesárea.

PRÁCTICA CORRIENTE Y CIRUGÍA DE URGENCIA

(Victor Veau y F. d'Allaines)

Generalidades.—Incisión, hemostasia, sutura, anestesia local, injertos simples, abscesos fríos.

Cabeza y cuello. Tórax.—Intervenciones de urgencia en las fracturas del cráneo, cuerpos extraños, trepanación de la mastoides, absceso, traqueotomía, pleuresías purulentas.

Abdomen.—Laparotomía por peritonitis agudas, hernias estranguladas, cura radical de la hernia inguinal y crural, ano temporal, oclusión intestinal, ano definitivo, cáncer del recto.

Recto y ano: dilatación, hemorroides, abscesos perianales, fistulas anales, imperforación anal.

Órganos genitales de la mujer: colpotomía por absceso pélvico, raspado uterino.

Órganos genitales del hombre: fimosis, operaciones en la vaginal, castración, intervención en las rupturas traumáticas de la uretra, infiltración de orina.

Miembros.—Hemorragia traumática, suturas tendinosas, suturas de los nervios, absceso de los miembros, trepanación de los huesos en la osteomielitis, artrotomías por artritis purulentas, uña encarnada, amputaciones prácticas. Tenotomía. Tratamiento de las fracturas.

CIRUGÍA DEL ABDOMEN

PRIMERA PARTE

Operaciones que se practican en la pared abdominal

CAPÍTULO PRIMERO

Curación operatoria de las hernias inguinales

Nociones anatómicas (fig. 1).—Según la situación del anillo, se distinguen tres variedades:

1.º *Hernia oblicua externa*, congénita o adquirida, con el anillo en la fosilla inguinal externa por fuera de la arteria epigástrica. El saco se encuentra en la fibrosa común del cordón, generalmente por delante de los elementos del mismo.

2.º *Hernia directa*, menos frecuente, siempre adquirida, con el anillo en la fosilla inguinal media por dentro de la arteria epigástrica, entre ésta y el cordón fibroso de la arteria umbilical. El saco es independiente del cordón.

3.º *Hernia oblicua interna*, excepcional, con el anillo entre el cordón fibroso de la arteria umbilical y el uraco.

Entre las hernias oblicuas externas, unas tienen un saco cuyo fondo llega a un nivel variable sobre el trayecto del cordón: son las llamadas hernias *de conducto cerrado*; y otras cuyo saco carece propiamente de fondo, comunicando su cavidad con la vaginal del testículo: son las llamadas hernias *de conducto abierto*.

El pedículo de la hernia está en relación por debajo con el arco de FALLOPIO el cual lo separa de los vasos femorales (fig. 2).

Principios de la cura operatoria.—Es preciso abrir ampliamente el conducto inguinal, incindiendo la aponeurosis del oblicuo mayor, disecar el saco hasta su pedículo abdominal, resecarlo previa ligadura y reconstituir la pared. Este último tiempo ha dado lugar a numerosas variaciones de técnica.

La más clásica es la de BASSINI, la cual consiste en suturar el

tendón conjunto con el borde posterior del arco crural, dejando por fuera el cordón inguinal que quedara aplicado sobre esta sutura

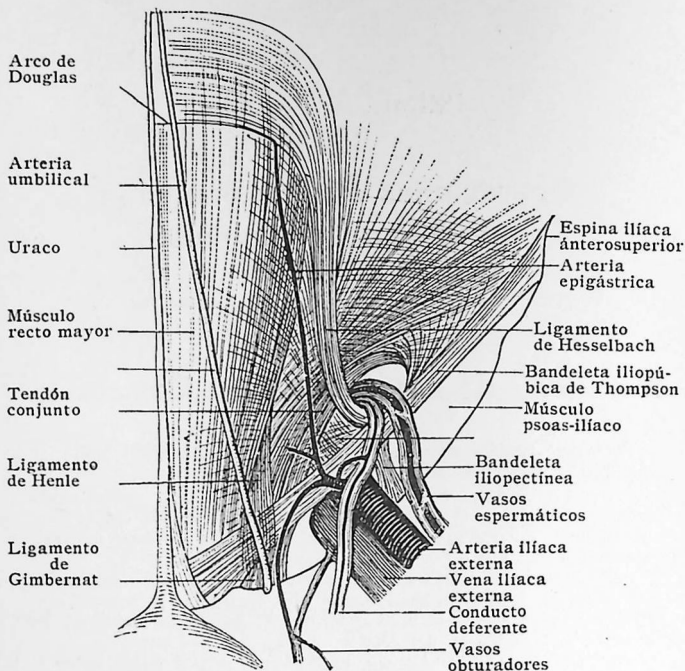


Fig. 1. — Región inguinal vista por su cara profunda, peritoneal. Desprovista del peritoneo (semiesquemático).

profunda; el cordón se recubre suturando los bordes de la incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor.

Muchos cirujanos permanecen fieles a este procedimiento considerándolo el mejor para la cura de las hernias voluminosas y de las hernias directas.

Nosotros describiremos un procedimiento llamado *prefunicular*, muy empleado en París, que consiste en reconstituir los dos planos musculo-aponeuróticos por delante del cordón. Este procedimiento tiene las siguientes ventajas: 1.^a, ser muy sencillo; 2.^a, no requiere la separación del cordón hacia fuera; 3.^a reconstituye muy sólidamente la parte alta externa del conducto enfrente del anillo inguinal profundo.

Este procedimiento es suficiente en la práctica en la inmensa mayoría de las hernias inguinales aun voluminosas y con el trayecto inguinal muy ensanchado. No creemos indispensable describir en este manual los varios métodos autoplásticos con los que se reconstituye la pared inguinal con elementos anatómicos veci-

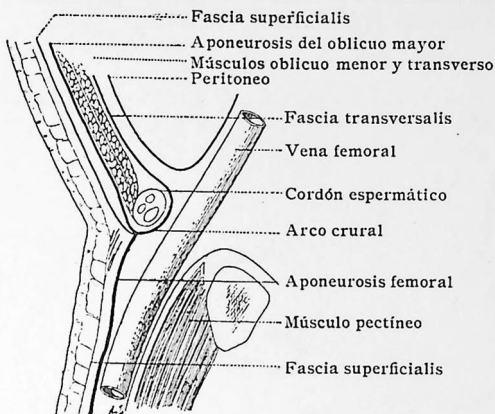


Fig. 2. — Corte ánteroposterior del pliegue de la ingle pasando por el conducto inguinal y la vena femoral. En parte según el dibujo esquemático de Swijasheninow (según POIRIER).

nos: colgajos aponeuróticos (hoja anterior de la vaina del recto), musculares (pectíneo), periósticos y aun osteoperiósticos; su indicación casi siempre es excepcional.

¿Qué clase de hilos es conveniente emplear para la reconstitución de la pared?

A esta cuestión se le ha dado quizá demasiada importancia: los hilos no reabsorbibles, crin, seda, lino, conservan sus partidarios, aun cuando la mayoría de cirujanos emplean el catgut ordinario o el catgut cromado, este último por la ventaja que tiene de reabsorberse más lentamente. Lo esencial en las suturas es *practicar los nudos debidamente*; el peor de ellos es el que se hace con dos o tres medias vueltas superpuestas; cede a la menor tracción, se afloja y se deshace (fig. 3); es mejor el nudo recto, o nudo plano o nudo de cirujano (fig. 4); el mejor modo de anudar un punto que ha de resistir cierta tracción, consiste en hacer dos medias vueltas con un extremo del hilo y otro con el otro extremo (fig. 5). Los nudos deben ser apretados y apretados de cerca por la tracción de los dos pulgares adosados; los hilos no deben cortarse muy cortos, sobre todo los de catgut, porque se hinchan con la humedad de los tejidos y se aflojan fácilmente los nudos.

Pequeños detalles, pero muy importantes por sus consecuencias (1).

La anestesia local o regional puede emplearse con ventaja en los casos sencillos, es decir, en las hernias de pequeño volumen y fácilmente reductibles.

El enfermo estará echado sobre el dorso; el operador se coloca en el lado de la hernia, enfrente el ayudante.



Fig. 3



Fig. 4

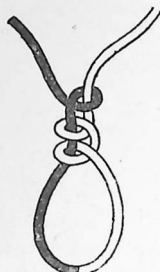


Fig. 5

Manual operatorio. Tipo hernia oblicua externa no complicada en el hombre

1.º **Incisión de los tegumentos** (fig. 6). — La incisión comienza o termina a igual distancia de la espina y de la sínfisis púbica; es oblicua hacia arriba y afuera siguiendo la bisectriz del ángulo que forma la arcada crural con el borde externo del recto mayor. — Longitud: 10 centímetros aproximadamente. Incíndase francamente la piel y el tejido celular subcutáneo hasta la aponeurosis del oblicuo mayor, la cual, una vez desprendida la fina capa celular que la recubre, aparece limpia y nacarada, sobre todo en la parte superior de la herida. Al seccionar la grasa subcutánea

(1) Véase a este respecto el excelente artículo de R. TOUPET, *Journal des Practiciens*, 23 Abril 1921, de donde hemos tomado estos tres esquemas demostrativos.

nea es indispensable colocar 2 ó 4 pinzas en los vasos cutáneos abdominales, pinzas que se substituirán inmediata-

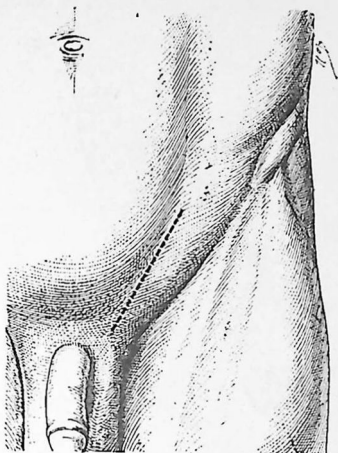


Fig. 6. — Curación operatoria de la hernia inguinal. Trazado de la incisión.

mente por ligaduras. En el ángulo inferior de la herida aparece el orificio inguinal superficial por donde sale el cordón espermático.

2.º Incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor (figura 7) cuidadosamente practicada con la punta del bisturí, desde el orificio inguinal hasta el ángulo externo de la herida. En los dos bordes aponeuróticos se coloca una pinza; el labio superior se dirige hacia arriba, liberando ligeramente su cara profunda; el labio inferior se dirige hacia abajo, desprendiendo asimismo su cara profunda; el conducto inguinal se encuentra ya ampliamente abierto: arriba se halla su pared superior: músculo oblicuo menor; abajo la pared inferior formada por la concavidad de la arcada crural; en medio el contenido, el cordón acompañando el saco herniario (fig. 8).

3.º **Reconocimiento del saco.** — Para encontrarlo hay que buscarlo en el cordón. Un operador poco experimentado hará bien en aislar completamente el cordón de las pa-

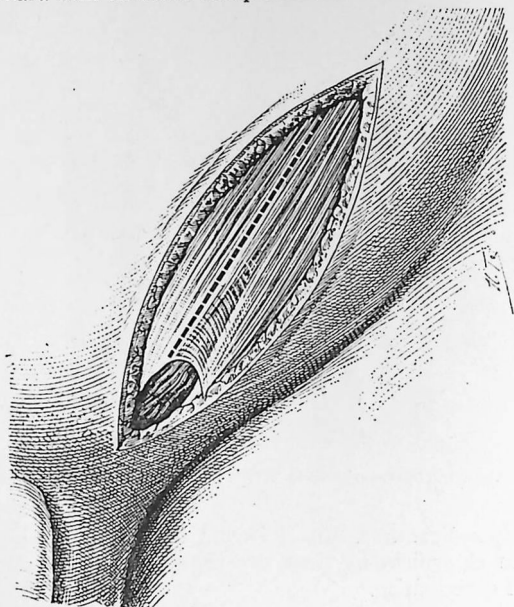


Fig. 7. — Incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor.

redes del conducto: para ello con una mano se tira de la pinza colocada en el labio inferior de la aponeurosis del oblicuo mayor y con el índice de la otra mano se procura con cuidado desprender el cordón siguiendo en contacto con la arcada crural hasta cruzar el índice por detrás y luego por encima del cordón, desprendiendo algunos tractus celulosos; conseguido esto se tiene sobre el dedo el cordón y con él el saco de la hernia (fig. 9); con ello se le puede reconocer entre el pulgar y el índice y tocar el conducto deferente duro como un cordel, en la parte posterior del cordón. Esta maniobra de aislamiento del cor-

dón, indispensable en el procedimiento de BASSINI, no es precisa si se practica la técnica que describimos: un ope-

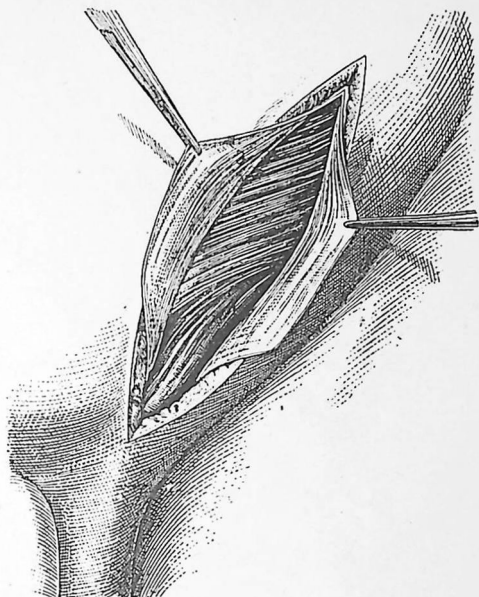


Fig. 8. — La apo.neurosis del oblicuo mayor está incindida y sus dos bordes sujetos con dos pinzas. Al separarlos se ve arriba el plano muscular profundo (oblicuo menor), abajo el cordón espermático.

rador experimentado prescindirá de ella fácilmente, practicando desde un principio una ligera incisión siguiendo a lo largo la cara anterior del cordón, evitando las venas, algunas veces voluminosas, que corren en su superficie; esta incisión interesa la capa fibrosa común. El saco se encuentra bajo el aspecto de una membrana blanquecina en general muy fina; si se trata de una punta de hernia hay que buscar el saco muy arriba, en la parte externa de la incisión, cerca del orificio inguinal profundo. Cuando se reconoce o se cree reconocer el saco, se cogen sus bordes con los extremos de dos pinzas, determinando la

formación de un pequeño pliegue transversal y con la punta del bisturí se incinde perpendicularmente el plie-



Fig. 9. — Busca del saco; el cordón, en masa, esta levantado sobre el índice; incisión de la fibrosa común con el bisturí.

gue, o sea el saco, en sentido longitudinal (fig. 10): con ello se abre una cavidad cuya superficie interna lisa y serosa es bien característica. Si no tiene este aspecto seroso,

si dudáis, es que no estáis en el saco y entonces hay que buscarlo más profundamente y más arriba, *colocando si*

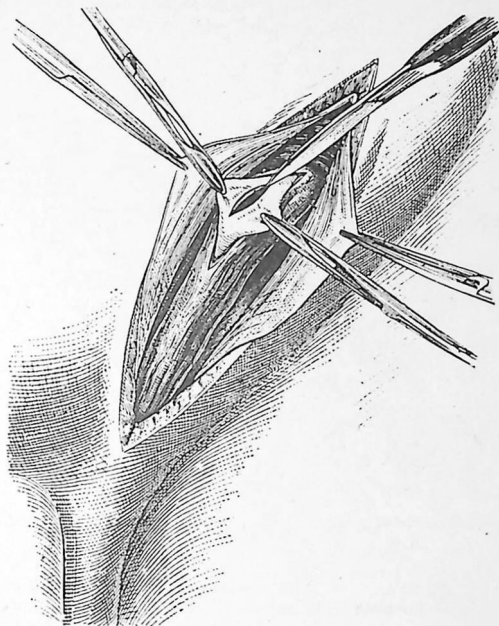


Fig. 10. — Incisión del saco sostenido con dos pinzas.

es preciso un separador en el borde inferior del oblicuo menor.

Cuando se tiene poca experiencia se puede abrir la vejiga creyendo abrir el saco; este error es perdonable en ciertas hernias voluminosas. Para evitar esta falta hay que tener en cuenta: 1.º, que la vejiga se halla recubierta por una abundante capa de grasa y, por tanto, hay que desconfiar siempre que al disecar el cuello de un saco se encuentre tejido grasoso en abundancia; 2.º, que la vejiga tiene un color rosado, mientras que el del saco es blanco; 3.º, que la pared de la vejiga es más gruesa de lo que es ordinariamente la del saco; 4.º, que la vejiga sangra al incindirle, mientras que la pared del saco está poco vascularizada.

Si se comete la falta, es necesario reconocerla:

1.º La superficie interna del saco es lisa, serosa; la de la vejiga es rugosa y rosada; 2.º, al incidir la vejiga puede aparecer inmediatamente la orina; 3.º, si persiste alguna duda se solventará introduciendo un dedo que permitirá explorar la cavidad.

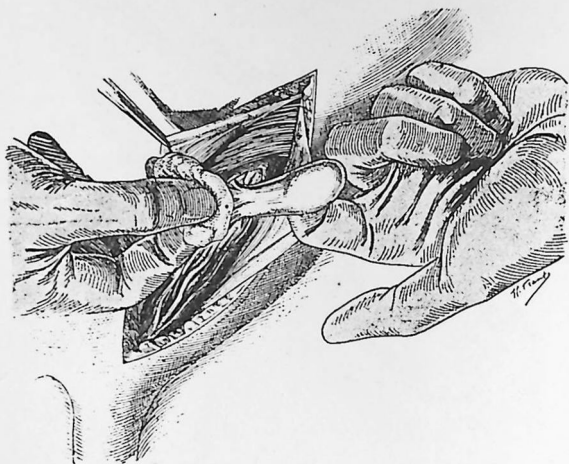


Fig. 11. — Disección del saco con una compresa, sobre el índice izquierdo encorvado.

Una vez reconocida la falta operatoria se reparará fácilmente suturando cuidadosamente la vejiga en dos planos y dejando una sonda uretral permanente durante algunos días.

4.º **Abertura del saco.** — Una vez abierto el saco, hay que agrandar la abertura, no en exceso, y fijarla aplicando en sus bordes cuatro pinzas.

5.º **Contenido del saco.** — Generalmente se presenta vacío; si contiene alguna asa intestinal se reducirá en la cavidad del abdomen; si contiene epiplón, se ligará su pedículo mediante una o varias ligaduras, según su volumen, y se le resecará; después de comprobar que la sección no sangra se cortarán los extremos del hilo y se reducirá el muñón en el abdomen.

6.º **Disección del saco.** — Un buen procedimiento, si el saco no es excesivamente fino, es el que consiste en introducir por su abertura el índice izquierdo hasta el fondo

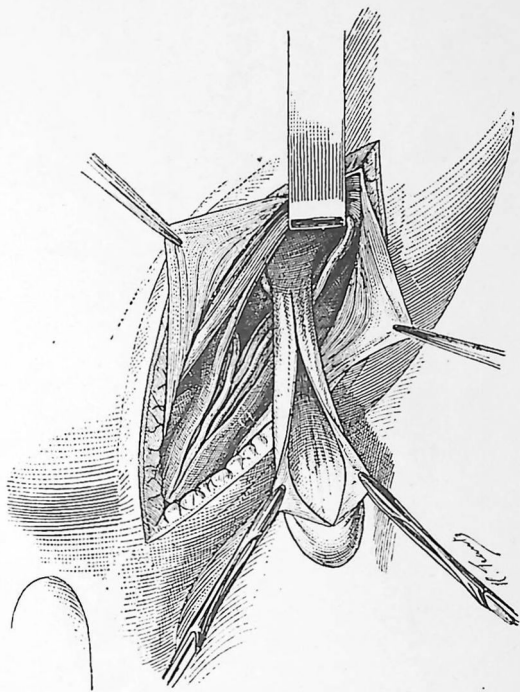


Fig. 12. — Incisión del saco prolongada hacia arriba hasta el orificio inguinal profundo. (Obsérvese la arteria epigástrica inmediatamente por dentro del cuello).

del saco (fig. 11); el extremo del dedo dispuesto en forma de gancho levanta el fondo del saco y con la mano derecha provista de una compresa se desprende el saco de los elementos del cordón, seccionando si es preciso con unas tijeras los tractus resistentes que se presenten; practicada en íntimo contacto del saco, la disección se hace

rápidamente sin dificultad y sin lesionar ningún elemento; es necesario desde luego respetar el conducto deferente y los vasos del cordón, las venas especialmente, cuya ro-

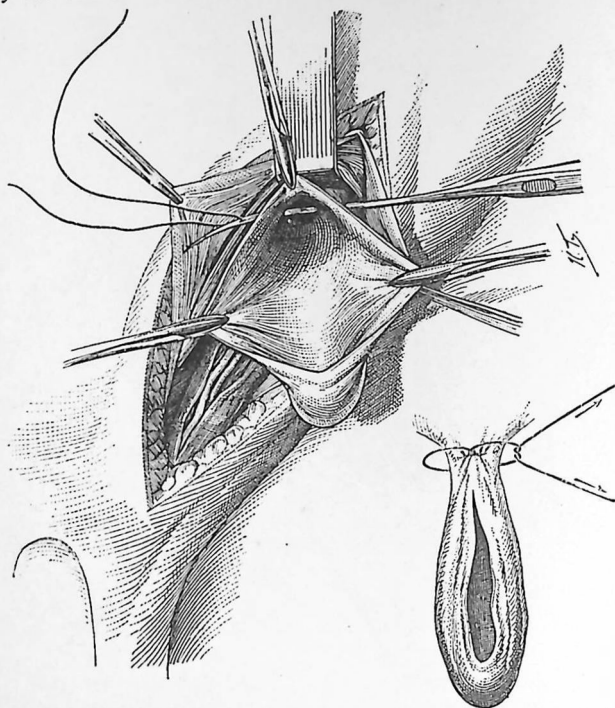


Fig. 13. —Ligadura del saco. Arriba: la aguja atravesando, a la vista, el cuello del saco. Abajo: la ligadura.

tura sería motivo de sufusiones sanguíneas molestas durante el acto operatorio y de hematomas durante el curso postoperatorio. La liberación del saco se proseguirá lo más arriba posible, hasta el cuello, hasta el orificio inguinal profundo. En este momento es conveniente prolongar la abertura del saco hacia el cuello, *sin alcanzarlo*, pero lo suficiente para *verlo fácilmente* (fig. 12); para esto se

dispondrán alrededor de los bordes del saco tres o cuatro pinzas que el ayudante sostiene separadas.

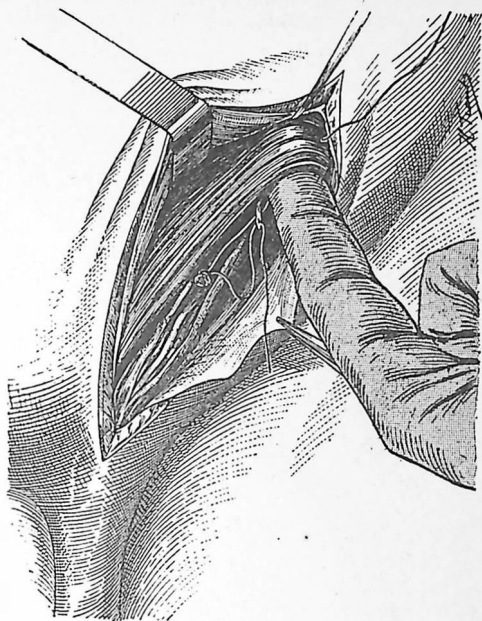


Fig. 14. — Maniobra de Barker (según MARION).

7.º Ligadura y resección del saco (fig. 13). — En este momento se tiene a la vista el orificio abierto del cuello, en el que se puede aplicar con toda seguridad una ligadura por transfixión mediante la aguja de REVERDIN; el hilo se anudará por un lado y después por el otro, comprendiendo sucesivamente las dos mitades del saco. Se corta el saco por debajo de la ligadura y no demasiado cerca; se comprueba que la ligadura no tiende a escurrirse y se seccionan los extremos del hilo: el muñón del saco asciende y desaparece.

En los casos en que el muñón del saco no tiene tendencia a desaparecer espontáneamente (hernias particularmente voluminosas o con la pared abdominal en malas condiciones), se dejan sin cortar los extremos del hilo con el que se ha ligado el saco y se pasan por separado y de atrás adelante a través de los músculos trans-

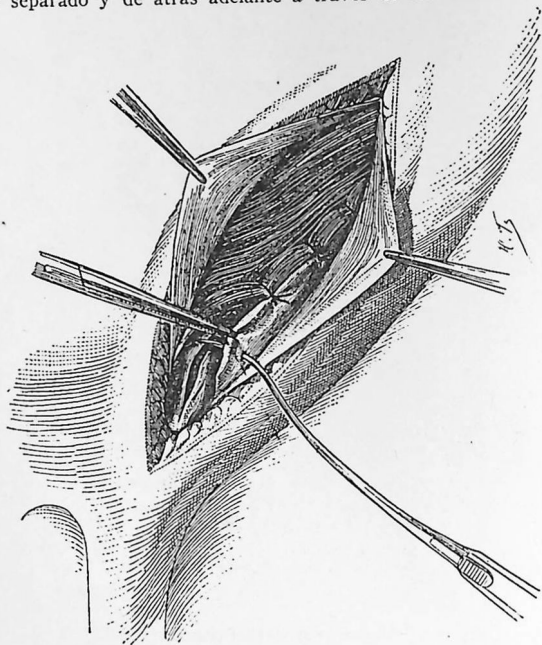


Fig. 15. — Reconstitución del plano profundo: sutura del tendón conjunto con el borde posterior del arco crural.

verso y oblicuo menor, anudándolos en la superficie de este último músculo. De esta manera el saco se halla atraído hacia arriba y afuera y fijado a la cara profunda de la pared, evitándose en cierto modo las recidivas. Esto es lo que se llama *maniobra de BARKER* (fig. 14).

8.º Reconstitución de la pared.

1.º *Plano profundo* (fig. 15). — En la parte inferior, siguiendo la cara profunda del oblicuo mayor, se procu-

rá reconocer el borde posterior del arco crural, brillante y limpio, conocido con el nombre de bandeleta íleopectínea; con el extremo de una pinza de KOCHER se determina en ella la formación de un fino pliegue, pero de por

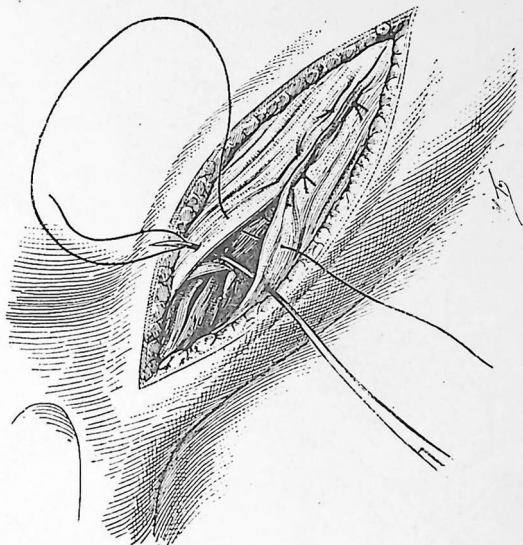


Fig. 16. — Reconstitución del plano superficial: sutura del oblicuo mayor.

sí resistente, a través del cual se podrán pasar los hilos, evitando con toda seguridad la gruesa vena íliaca subyacente. En la parte superior se reconocen las fibras del oblicuo menor y del transverso; musculares hacia fuera se hacen tendinosas en la parte interna, formando el tendón conjunto que va a insertarse en el pubis; es indispensable aislar bien el borde inferoexterno de estos músculos; se puede aplicar también en él una pinza, a condición de hacerlo en la porción tendinosa y no en la porción muscular, la cual se desgarraría. La reconstitución del plano profundo consiste en suturar una con otra estas dos formaciones: borde posterior del arco y tendón conjunto

por delante del cordón, el cual quedará aplicado en el fondo de la herida; serán suficientes para ello tres o cuatro puntos que se pasarán con la aguja de REVERDIN; el más interno

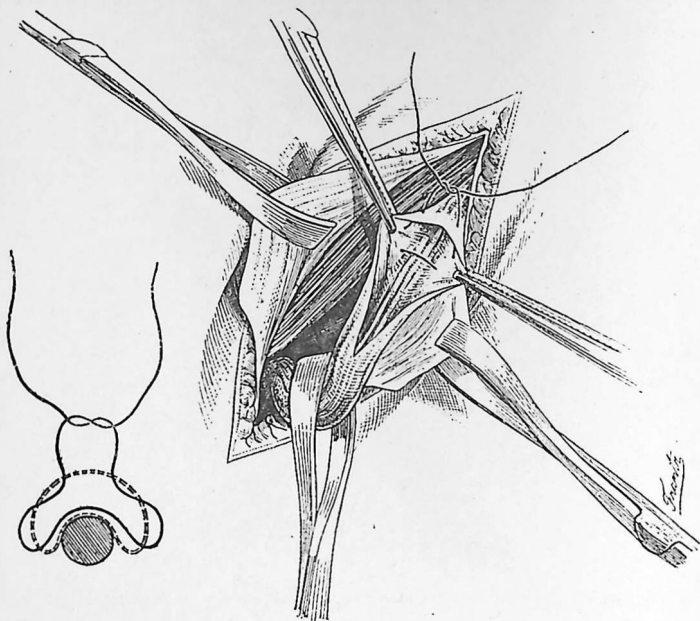


Fig. 17. — Hernia testicular con saco muy fino: 1.º oclusión en bolsa del cuello del saco (según OMBRÉDANNE).

corresponderá a la inserción púbica del tendón conjunto. Es muy práctico pasar primero todos los hilos, fijándolos con pinzas y después anudarlos.

2.º *Plano superficial* (fig. 16). — Con la mano izquierda se levantan las pinzas que fijan los dos labios de la incisión del oblicuo mayor y con la aguja de REVERDIN se colocan 4 ó 5 puntos separados ó 3 puntos en U, más o menos cerca del borde libre, según que interese fruncir poco o mucho la aponeurosis, por ser ésta más o menos floja y más o menos resistente. El punto interno debe co-

locarse de manera que quede sólo un pequeño orificio para el paso del cordón.

Suturar la piel sin drenaje.

Hernias de conducto abierto

Estas hernias difieren de las precedentes en que el saco no posee fondo, comunicando a veces en pleno conducto con la cavidad de la vaginal: el tipo de estas hernias es la hernia inguinal congénita del niño. Desde el punto de vista práctico hay interés en

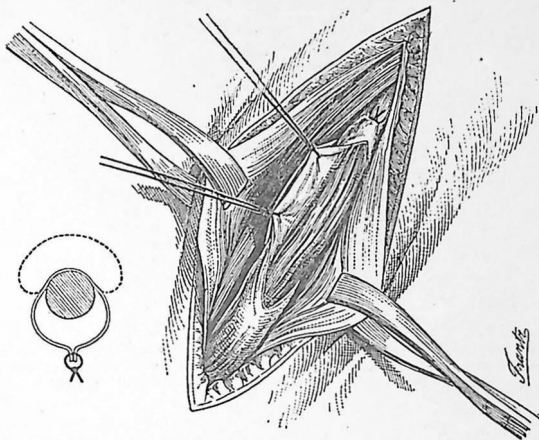


Fig. 18. — Hernia testicular con saco muy fino: 2.º Inversión del conducto peritoneo vaginal (según OMBRÉDANNE).

añadir a ellas las hernias cuyo saco desciende muy abajo; por lo incómodo que resulta ir a buscar el fondo del saco en la región escrotal, se podrá hacer lo mismo que si fuera una hernia de conducto abierto.

La operación no difiere de la descripción tipo más que en lo que se refiere a la disección y al tratamiento del saco.

Una vez abierto el saco, cuando se comprueba que se prolonga en la profundidad de las bolsas, son factibles dos procedimientos:

1.º **Procedimiento** reglado por OMBREDANNE, en las hernias testiculares de los niños que resultan de la persistencia íntegra del conducto peritoneo vaginal, pero aplicable en todos los casos de saco muy fino y difícilmente aislable.

Abierto el saco (o el conducto peritoneo vaginal) en toda su longitud, salvo en los últimos milímetros accesi-

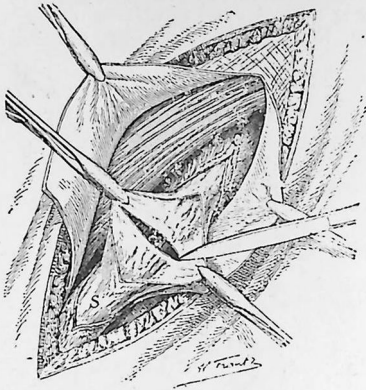


Fig 19. — Manera de abrir el saco en los casos de hernia de conducto abierto. El saco S ampliamente abierto, se ve por su cara profunda: con el bisturi se incide de dentro afuera interesando tan sólo la pared.

bles por arriba, será suficiente obliterar su extremidad superior y de ranversar el segmento subyacente alrededor del cordón (véase figs. 17 y 18).

“En cada uno de los bordes del saco se fija una pinza de KOCHER, con las cuales se mantiene ampliamente abierto. Seguidamente, con la aguja de REVERDIN curva se colocará un hilo de catgut en bolsa en el origen del saco. Este catgut, del núm. 0, se dispondrá a punto pasado, teniendo gran cuidado de hacerlo pasar sólo a derecha y a izquierda del conducto deferente, de modo que este último se encuentre por fuera del hilo que ha. de cerrar el conducto peritoneo vaginal. Bien entendido que los dos extremos del hilo deben salir al exterior del conducto. Para evitar

toda acumulación serosa en la parte inferior del conducto peritoneo vaginal, así ocluido en su entrada abdominal, se hace pasar por debajo del cordón uno de los labios serosos del conducto, practicando una inversión parecida a la

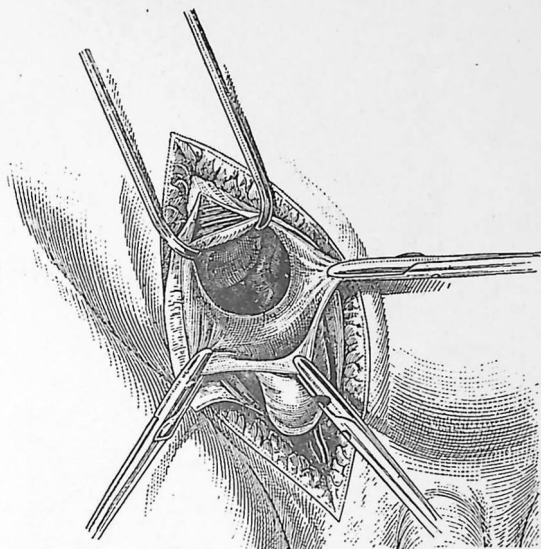


Fig. 20. — Apendicectomía a través del saco (Gosset).

que se emplea en la cura radical del hidrocele vaginal. Los dos labios así invertidos se suturan mediante uno o dos puntos separados con catgut fino." (1).

2.º **Procedimiento** preferible en los casos en que el saco ofrece cierto grosor. Córtese el saco transversalmente en su parte media (fig. 19) y practíquese con la mitad superior lo mismo que cuando el saco es limitado. Abierto el

(1) OMBREDANNE, *Technique chirurgicale infantile*, Masson, 1912, página 139.

saco se le extiende transversalmente y se incinde desde su cara interna a la externa, de uno a otro de sus bordes, con el bisturí manejado con delicadeza; en cuanto está incindida

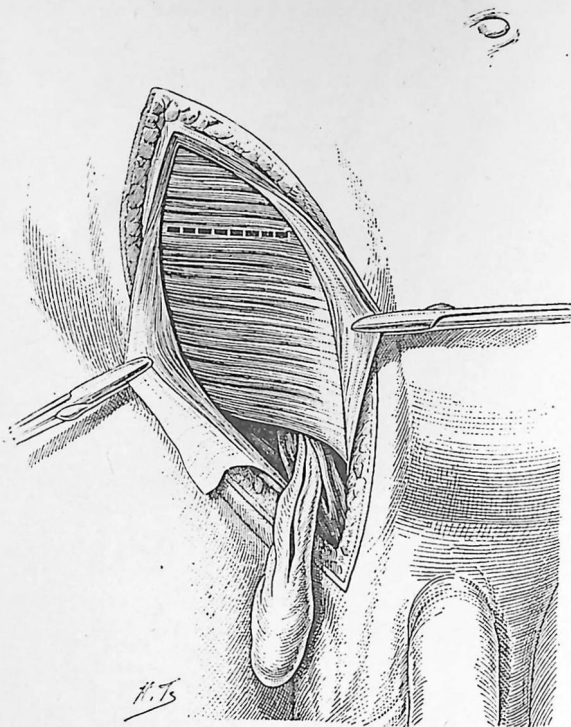


Fig. 21. — Apendicectomía por disociación, 1.º tiempo (GOSSET).

la hoja serosa se la coge con una pinza y se la disea remontando hacia el orificio inguinal profundo.

Hecho esto se practica la ligadura y la resección.

En cuanto al segmento inferior del saco, si su extirpación aparece difícil, lo más sencillo será abandonarlo.

Cura de la hernia inguinal derecha con extirpación del apéndice (I)

En los casos en que se practica la cura radical en el lado derecho será conveniente aprovechar la incisión para extirpar al mismo tiempo el apéndice.

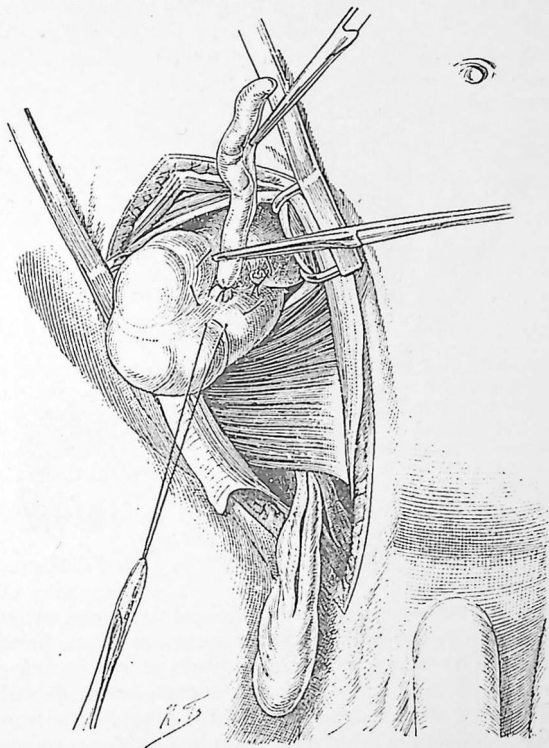


Fig. 22. — Apendicectomía por disociación, 2.º tiempo (GOSSET).

Los primeros tiempos de la intervención no difieren en nada de la cura radical clásica; tan sólo después de la (I). GOSSET, *Journal de Chirurgie*, 1910, t. V, p. I.

disección y abertura del saco será cuando nos ocuparemos del apéndice. Una vez aislado y abierto ampliamente el

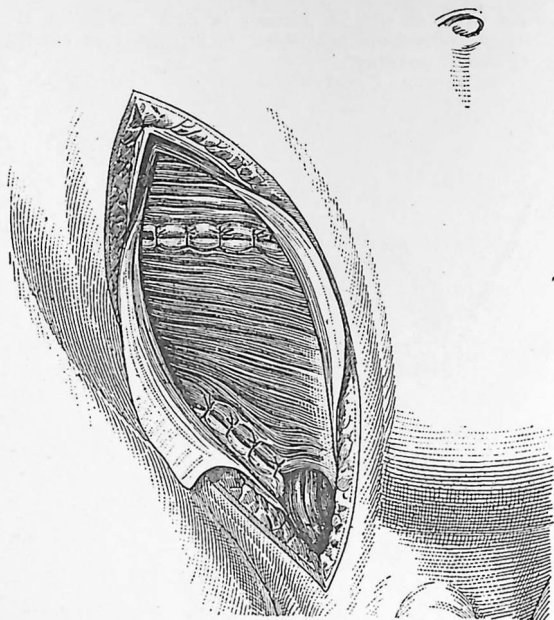


Fig. 23. — Apendicectomía por disociación, 3.º tiempo (GOSSET).

saco se introduce en su cuello un separador con el cual se levanta la pared hacia arriba tirando con cierta fuerza. Se explora la región y muy a menudo se reconocerá en seguida el ciego. Si se presentan algunas asas delgadas que recubren el campo, será suficiente colocar el enfermo en posición ligeramente declive. Con una pinza no traumatizante, se coge el ciego y se intenta descenderlo. Si el ciego “desciende” se practica muy sencillamente *la apendicectomía a través del saco* (fig. 20).

Si no se reconoce el ciego, o si “no es posible descenderlo”, si no se le puede exteriorizar convenientemente

para hacer la apendicectomía en buenas condiciones, no hay que empeñarse en ello; entonces hay que recurrir a otra técnica: *la apendicectomía por disociación*.

La incisión de la piel y del oblicuo mayor se prolongará por arriba 2 ó 3 centímetros, despegando extensamente los labios; en un punto lo más arriba posible se disocian los músculos oblicuo menor y transverso (fig. 21), luego se incinde la *fascia transversalis* y el peritoneo igual que se hace en el procedimiento de MAC BURNEY, se exterioriza el fondo del ciego y se extirpa debidamente el apéndice (fig. 22). Después de lo cual se sutura la incisión de la apendicectomía y se termina la cura radical de la hernia resecaando el saco y reconstituyendo la pared inguinal como de costumbre (fig. 23).

Hernia con ectopia testicular

(Procedimiento de OMBREDANNE)

Es preciso curar la hernia y descender el testículo si es posible.

Para que la operación tenga probabilidades de proporcionar al niño un testículo útil es necesario: 1.º, que el testículo ectopiado presente, en el conducto inguinal, un volumen apreciable; 2.º, que mediante maniobras externas de expresión pueda llevarse hasta el borde superior del pubis (OMBREDANNE).

El operador se colocará en el *lado derecho*, sea cual sea el lado que se opere.

Incisión de la piel y del oblicuo mayor como en una hernia corriente.

Liberación del testículo de sus conexiones escrotales (restos del *gubernaculum testis*) y levantarlo para aislar el cordón. Abertura del conducto peritoneo vaginal, incindiéndolo transversalmente, lo que permite ganar algo en longitud; oclusión en bolsa de la parte superior a nivel del orificio inguinal profundo. Colocación de un asa de catgut en los restos de la vaginal testicular, la cual servirá de tractor. En el rafe medio de las bolsas se aplicarán dos pinzas de KOCHER, una debajo del pene y otra en la parte inferior, con las cuales se tirará de ellas en sentido contrario para poner el rafe en tensión.

Insinúase el índice izquierdo por el ángulo inferior de la herida hacia el escroto, al principio verticalmente y luego en sentido transversal, hasta rechazar el tabique de las bolsas hacia el lado opuesto (fig. 24); en la cara lateral

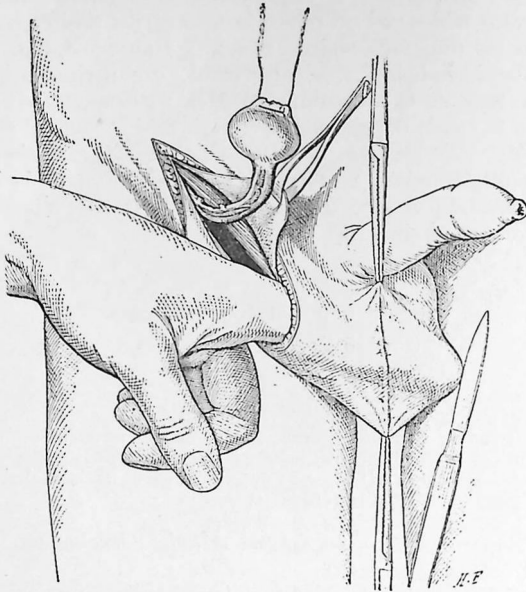


Fig. 24. — Incisión del escroto y del tabique de las bolsas, rechazadas por el índice (según OMBRÉDANNE).

del escroto que el dedo levanta se hace una incisión de tres centímetros; el tabique de las bolsas aparece. Despéganse un poco los bordes de la herida cutánea; ello será la celda del testículo. Fíjase el tabique por arriba y abajo mediante dos pinzas de KÖCHER, e incíndase; el índice izquierdo aparece. Conducida por el dedo se pasará una pinza a través del túnel formado y con ella se atraerán los extremos del asa de catgut, y con ella el testículo hacia su nuevo lugar, en donde se le fija indirectamente, con sólo estrechar la brecha del tabique mediante 2 ó 3 pun-

tos, dejando tan sólo un orificio para pasar justo el cordón (fig. 25). Quitase el asa de catgut que ha servido para la tracción y sutúrase la incisión escrotal.

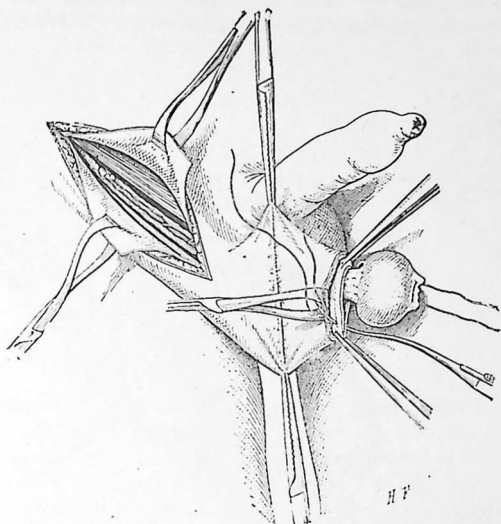


Fig. 25. — Paso del testículo ectopiado a través del tabique de las bolsas. Se comienza la sutura parcial del orificio del tabique (según OMBRÉDANNE).

Por último, se reconstituye la pared inguinal por el procedimiento que hemos indicado (véase pág. 14).

En los casos de ectopia bilateral se practicará idéntica operación en ambos lados. Resultará con ello que el testículo izquierdo ocupará la bolsa derecha y el derecho la bolsa izquierda, cruzándose los dos cordones a través del tabique de las bolsas.

Hernia inguinal directa

Idéntica incisión de la piel y del oblicuo mayor que en la hernia oblicua externa.

El saco hay que buscarlo por dentro y por encima del cordón; corrientemente se presenta como una prominencia

cia globulosa, cuyo pedículo bastante amplio está rodeado por fuera por los vasos epigástricos (fig. 26).

La disección del saco es generalmente más fácil que en la hernia oblicua externa, por la falta de conexiones

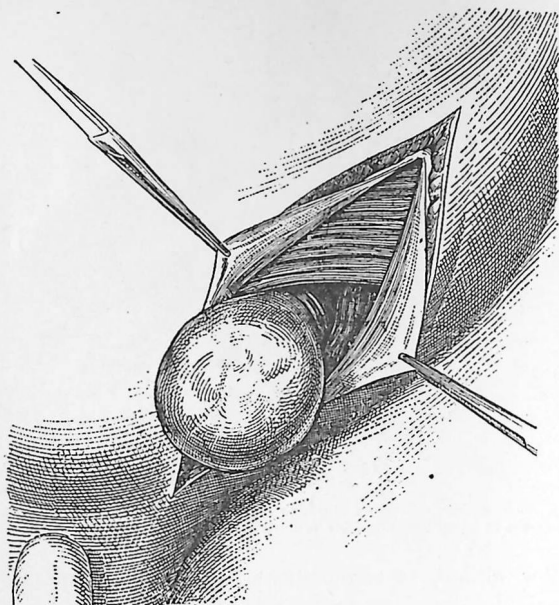


Fig. 26. -- Hernia inguinal directa. Obsérvese la forma globulosa de la hernia, su situación por dentro de la arteria epigástrica y su independencia respecto del cordón (según MARION).

con el cordón. Por el contrario, hay que desconfiar siempre de la vejiga, que con frecuencia se halla muy cercana y que es necesario no confundirla con el saco.

Siendo el pedículo del saco algunas veces muy amplio, puede ser insuficiente la simple ligadura; en estos casos es preciso practicar una sutura o cerrarlo en bolsa.

Algunas veces no existe saco propiamente tal, sino una prominencia hemisférica amplia y no pediculizable

en este caso tampoco se debe abrir y resecar el saco: es suficiente reconstituir la pared por delante de ella.

La reconstitución de la pared se hace por el mismo procedimiento que en la hernia oblicua externa, pero siendo esencialmente la hernia directa una hernia de debilidad de la pared, es necesario tener especial cuidado en la reconstitución de la misma, comenzando la sutura del plano muscular profundo con la arcada lo más afuera posible y proseguirla hasta la parte más interna de la arcada, que se fija junto al borde externo del músculo recto.

Hernias adherentes

Clínicamente son hernias totalmente o parcialmente irreductibles, con frecuencia antiguas y tratadas largo tiempo por un bragero cuya contención era imperfecta.

Adherencias epiploicas. — Se busca en el cuello del saco una porción del epiplón no adherente; se colocan en ella dos pinzas y se secciona el epiplón entre ellas; el segmento inferior se extirpará junto con el saco; el segmento superior se ligará inmediatamente y se reducirá en el abdomen.

Según sea el volumen del fragmento epiploico que se ha de ligar, se hará una simple ligadura, o una ligadura en cadena, o por pequeños pedículos, y si es preciso un aplastamiento previo cuando el epiplón se halle muy cargado de grasa.

Adherencias intestinales. — Si existen adherencias epiploicas e intestinales comenzaremos por tratar las primeras. Las intestinales se desprenderán con cuidado y lentamente con la tijera curva. Si son muy resistentes, vale más resecar un fragmento del saco que se deja adherido al intestino, que exponernos a lesionar este último. No obstante, hemos de procurar en lo posible no introducir en el abdomen un asa intestinal cuya superficie no esté enteramente peritonizada; se puede recurrir entonces al procedimiento siguiente: el fragmento de saco que se deja unido al intestino se corta que sobresalga de la zona adherente y se suturan sus bor-

des de modo que sólo quede visible su cara serosa. Una vez enteramente libre el intestino se reduce.

En presencia de adherencias muy extensas, no liberables o dejando después de su liberación una gran superficie cruenta, valdría más practicar una resección intestinal seguida de enterorrafia circular. Por otra parte, esto es una eventualidad muy rara.

Hernias del intestino grueso

No son raras; el intestino grueso se encuentra en el 6 por 100 de las hernias inguinales en el adulto (HARTMANN), en el 3 por 100 de las hernias inguinales en los niños (BROCA), ciego a la derecha, colon íleopélvico a la izquierda.

Clínicamente son hernias voluminosas e irreductibles que se atascan muy a menudo. Si se piensa en ellas se pueden diagnosticar por radioscopia previo enema baritado.

Es conveniente diagnosticarlas, porque requieren una técnica especial; de otro modo es fácil, al intentar abrir el saco, abrir inesperadamente el intestino, y queriendo liberar el asa herniada lesionar sus vasos nutricios.

Casi siempre son hernias adherentes. Durante largo tiempo se ha creído que estaban desprovistas de saco. LARDENNOIS y OKINCZYC, en una brillante monografía (1), han demostrado: 1.º, que las hernias sin saco no existen, que el saco de las hernias del intestino grueso, a

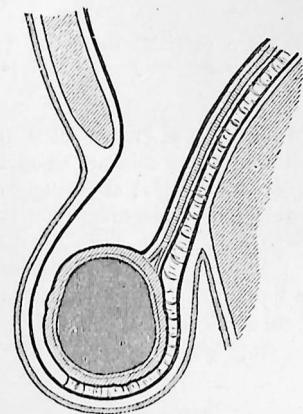


Fig. 27. — Hernia del ciego parcialmente adherente (esquema).

derecha y a izquierda, es siempre un saco completo constituido por el peritoneo parietal, libre o adherente, pero absolutamente continuo en todas sus partes; 2.º, que las teorías patogénicas de la ptosis, del descenso, de la báscula, del deslizamiento y de la migración subperitoneal son unas inadmisibles e insuficientes las otras para explicar los hechos observados; el mecanismo de las hernias del intestino grueso, a derecha y a izquierda, no

(1) LARDENNOIS y OKINCZYC, *Étude sur les hernies du gros intestin*. Masson, 1910.

puede explicarse sino por una movilidad previa y persistente del propio intestino grueso; 3.º, que la "adherencia carnosa" de los antiguos autores no es en realidad sino una fascia de adosamiento que se hace en el saco en lugar de formarse en el abdomen y

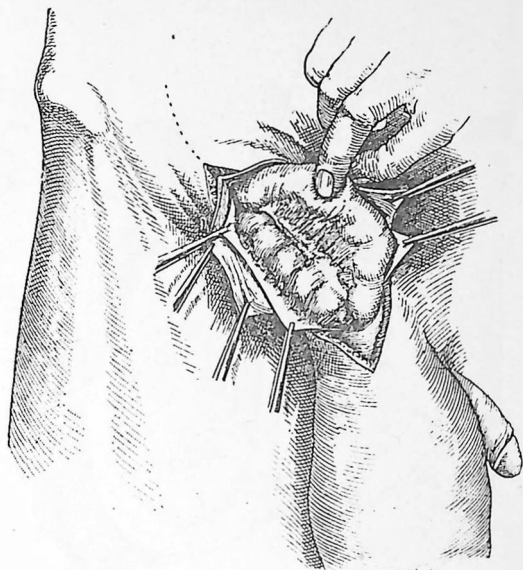


Fig. 28. — Curación de una hernia adherente del asa ileocolica. 1.º Abertura del peritoneo del saco por herniolarotomía que podrá ser prolongada siguiendo el trazado en puntos. Colón y ciego adheridos al saco. (LARDENNOIS y OKINCZYC).

que su formación es siempre secundaria a la producción de la hernia.

Existen también hernias no adherentes cuyo tratamiento es parecido a las del intestino delgado.

Hay hernias parcialmente adherentes (fig. 27) en las cuales las adherencias están en la semicircunferencia posterior (adosamiento).

Por último, las hay que son totalmente adherentes, hallándose la semicircunferencia anterior del intestino fijada al saco por adherencias inflamatorias.

En todos los casos, ya sea la hernia total o parcialmente adherente, los vasos nutricios del asa herniada caminan en su meso

adosado al cual se puede restituir su movilidad a condición de pasar de fuera adentro por detrás del asa.

Estas consideraciones patogénicas y anatómicas aclaran singularmente la técnica operatoria.

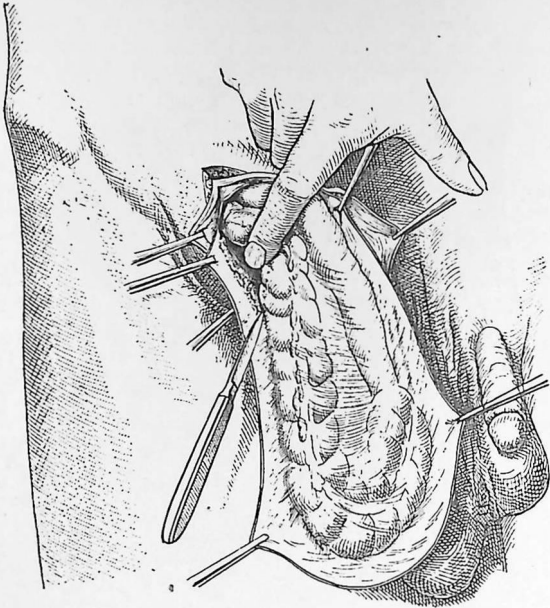


Fig. 29. — Curación de una hernia adherente del asa ileocólica. 2.º Liberación del asa de arriba abajo desde el abdomen hacia el saco. Este desprendimiento se hace por fuera y por detrás del intestino siguiendo el plano de separación natural avascular formado por la fascia de adosamiento (LARDENNOIS y OKINCZYK).

Si el diagnóstico de hernia adherente del intestino grueso ha sido hecho antes de la operación, se practicará desde un principio una *hernialaparotomía* (fig. 28). Si el diagnóstico no ha sido hecho, hay que buscar la porción libre del saco, muy arriba de su trayecto, con mucho cuidado para no abrir inesperadamente la cavidad intestinal.

Abierto el saco, es precisamente por fuera del intestino, en el *seno externo*, donde es preciso rasgar con la punta del bisturí el límite externo de la zona de coales-

cencia; se abre así, con una simple presión de los dedos, un buen espacio despegable, el plano de clivaje que permitirá liberar el intestino y su meso portador de vasos (figuras 29 y 30).

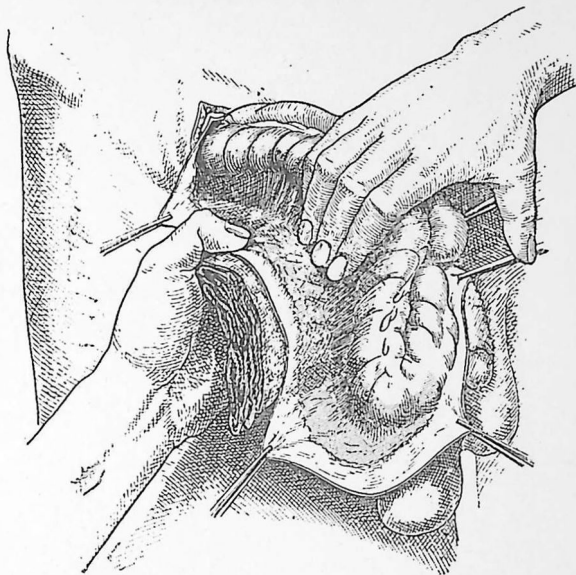


Fig. 30. — Curación de una hernia adherente del asa ileocólica. 3° La liberación del asa se prosigue en toda la extensión del saco levantado por detrás y fijado con compresas. La zona gris indica la superficie de adherencia en la que se encuentra la fascia de adosamiento, en este instante en vías de separación (LARDENNOIS y OKINCZYC).

Esta maniobra sólo es difícil en los casos de hernia totalmente adherente (peritonitis herniaria); en estos casos, es necesario practicar una hernialaparotomía para buscar el plano de separación en el abdomen.

Practicada la hernialaparotomía y reducida el asa, es conveniente fijarla a la fosa ilíaca (fig. 31). Luego se aísla y se reseca el saco y se sutura la brecha parietal, reconstituyendo la región inguinal siguiendo las reglas habituales.

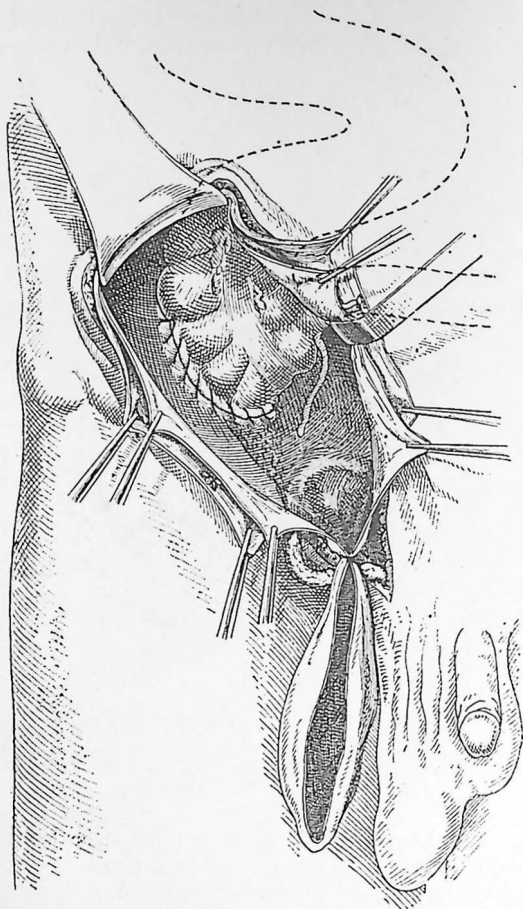


Fig. 31.—Curación de una hernia adherente del asa ileocecólica. 4° El asa liberada, por separación de la fascia de adosamiento, ha sido reducida en el abdomen, sobre el peritoneo parietal de la fosa iliaca. El ciego está fijado en posición alta, lejos del orificio herniario. El exceso de longitud del asa está rechazada muy arriba hacia la región lumbar. Abajo se ve el saco ligado y a punto de ser extirpado (LARDENNOIS y OKINCZYC).

Hernia inguinal estrangulada (1)

La estrangulación asienta casi siempre en el cuello del saco, es decir, a nivel del orificio inguinal profundo, por fuera de la arteria epigástrica, excepcionalmente en el interior del saco (bridas, acodaduras, diafragma de RAMONÈDE).

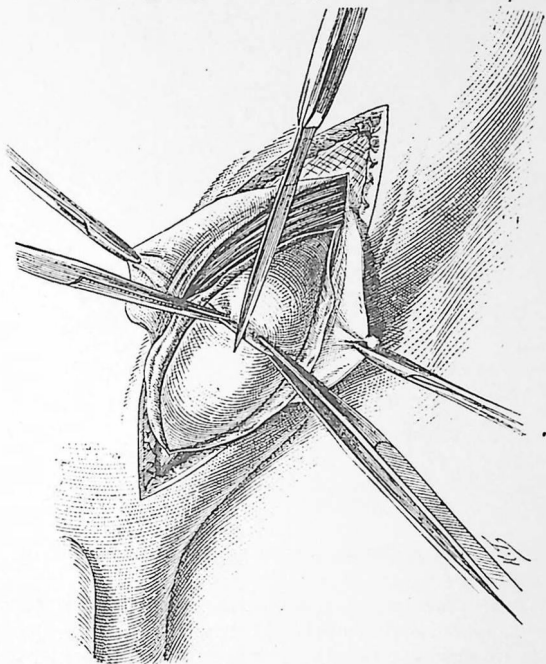


Fig. 32. — Hernia estrangulada. Modo de abrir el saco.

1.º **Incindir** la piel y la aponeurosis del oblicuo mayor, sobre la tumoración, siguiendo su eje y llegando más arriba que en una cura radical.

(1) Para la redacción de los capítulos de las hernias estranguladas, y sobre la gangrena herniaria, nos hemos guiado por el libro de LEJARS, *Chirurgie d'urgence*. Masson, 1913.

2.º **Buscar el saco y abrirlo.** — El reconocimiento del saco, más o menos distendido por su contenido, se hace siguiendo las reglas anteriormente establecidas, encontrán-

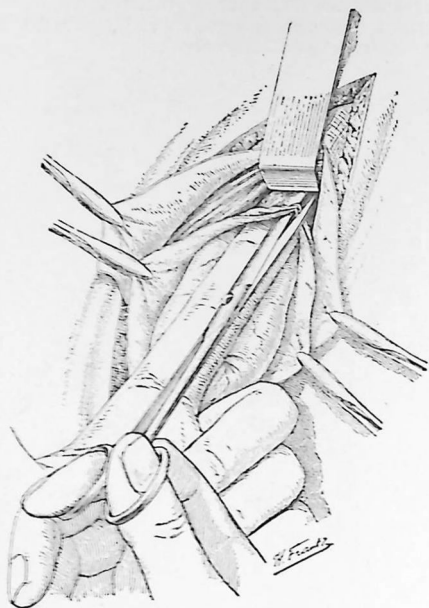


Fig. 33. — Hernia estrangulada. Modo de hacer el desbridamiento.

dolo generalmente con más facilidad que en las hernias no estranguladas. No obstante, su abertura exige precauciones minuciosas, ya que el asa estrangulada en general ocupa plenamente la cavidad del saco y se halla en íntimo contacto con la cubierta serosa (LEJARS); es necesario incindirle con cuidado sobre un pliegue transversal levantado por medio de dos pinzas (fig. 32). Al abrirlo sale un pequeño chorro de serosidad rojiza; se agranda la abertura fijando los dos labios mediante dos pinzas y se reconoce la cara interna lisa, serosa, rojiza, con lo cual no hay duda que nos encontramos en el saco. Extiéndase su con-

tenido y lávese lentamente con suero caliente el epiplón y el intestino.

Algunas veces se cree haber abierto el saco al abrir una cavidad llena de líquido, pero que no contiene órgano al-

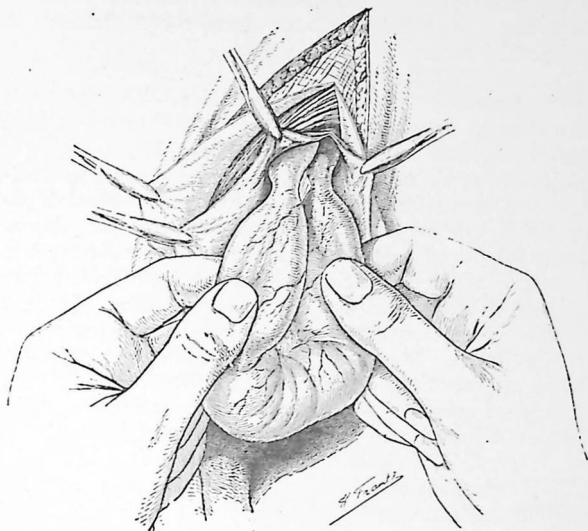


Fig. 34. — Hernia estrangulada. El asa intestinal estrangulada es atraída hacia fuera para ser examinada.

guno y en la cual no se encuentra ningún orificio; se trata de una especie de higroma, de una bolsa serosa presacular, o de un antiguo saco diverticular desocupado y definitivamente aislado.

3.º **Desbridamiento** (fig. 33). — Rechazar con un separador el borde inferior del oblicuo menor y del transverso para descubrir completamente la región del anillo. Introducir el índice izquierdo por delante del asa intestinal en el interior del saco hasta llegar al punto de la estrangulación; mediante una tijera sostenida con la mano derecha se introduce una de sus ramas por encima del índice que sirve a

la vez de guía y protector y lentamente, con pequeños cortes, se practica el desbridamiento, siempre a la vista. Llega un momento en que se nota que ha cedido el obstáculo: el índice izquierdo puede ya penetrar en el vientre y las vísceras herniadas pueden ser atraídas hacia fuera: no incindáis más arriba; os interesará poder efectuar cómodamente la ligadura del saco.

4.º Examen y reducción del contenido. — Atraed hacia fuera el epiplón y el intestino, lo suficiente para ver la zona de la estrangulación; esto es esencial (fig. 34).

Si se trata de un asa intestinal se ve en ella generalmente una depresión circular, un surco circunferencial, pálido, lívido, que contrasta con la coloración rojiza, vinoso, del asa subyacente; mójase el asa con suero caliente; con ello adquiere una coloración normal, se insinúan algunos movimientos peristálticos, y el surco se atenúa y tiende a desaparecer: esta asa puede ser reducida. Reconocerla mejor; si existe alguna pequeña erosión de la serosa en la superficie del intestino, es preciso infundibularla con una sutura; si el mesenterio se halla rasgado o sangra en algún punto, se suturará o se aplicará una ligadura; a continuación se reducirá metódicamente el intestino.

Si el contenido es un paquete de epiplón y se presenta absolutamente sano, se le reducirá. Pero por poco que esté alterado, infiltrado de sangre, es preciso ligarlo en un punto sano, es decir, por encima de la zona de estrangulación. Si el paquete es algo voluminoso, una simple ligadura es insuficiente porque puede desligarse: es necesario practicar varias, de preferencia encadenadas. Seccionar por debajo y reducir el muñón.

Si existen adherencias habrán sido desde luego liberadas (véase más arriba hernias adherentes). En ciertos casos excepcionales en que el estado general es muy precario, LEJARS aconseja, si la liberación se presenta muy laboriosa, renunciar a ella y practicar tan sólo el desbridamiento sin reducir.

Una vez reducido el contenido, antes de proseguir se introduce siempre un dedo por el orificio interno en la cavidad peritoneal para explorar la contigüidad del cuello y

comprobar que no existe nada anormal (hernias congénitas con varios anillos) o algún saco properitoneal con un anillo de estrangulación profundo; en este último caso sería preciso prolongar la incisión y transformar la klotomía en una hernialaparotomía.

5.º **Diseción, ligadura y extirpación del saco.**

6.º **Reconstitución de la pared.**

Hernia gangrenada

Hasta ahora hemos tenido en cuenta los casos en que el asa intestinal no presentaba lesión alguna o muy insignificantes. Este es el caso más frecuente actualmente, en que el cirujano recibe y opera las hernias estranguladas a su debido tiempo. No obstante, en los casos en que la intervención se hace con retraso o en los que se trata de una estrangulación muy acentuada, se pueden presentar lesiones importantes en el asa.

Repetimos que para juzgar el estado del intestino es preciso atraer el asa hacia fuera y examinarla minuciosamente en toda su longitud y en toda su circunferencia, bañándola con suero caliente.

1.º CASO: **El asa es sólo sospochosa.**

Si tan sólo *algunos puntos* se presentan deslustrados es necesario infundibulizarlos con pequeñas suturas y *reducir*.

Si el *asa por entero* se presenta grisácea e inmóvil con manchas amarillas sobre un fondo violáceo, con falsas membranas, con surcos de estrangulación muy adelgazados, no debe ser reducida. Se pueden seguir dos caminos: si el estado general del enfermo es bastante bueno lo mejor es hacer una *resección* del asa, seguida inmediatamente de una enterorrafia término-terminal; de otra manera, después de haber hecho el desbridamiento, *se deja el asa afuera* sobre una capa de compresas, pasando si es preciso una sonda a través de su meso si tiene tendencia a penetrar en el abdomen, y en estas condiciones esperad; al cabo de unos días, si el aspecto es bueno, si el asa ad-

quiere caracteres normales, se retira la sonda y el asa se reducirá espontáneamente. Al contrario, si las lesiones se confirman y evolucionan, se constituirá pasados unos días una fístula estercorácea o un ano artificial, que deberá ser tratado ulteriormente.

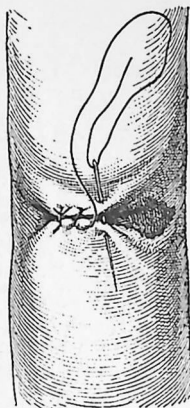


Fig. 35. — Infundibulización de una placa limitada del esfacelo mediante una sutura sero-serosa.

2.º CASO: Asa gangrenada y no perforada.

Si existen tan sólo *una o dos pequeñas placas de esfacelo* y el resto del asa se presenta sana, es suficiente *invaginarlas* recubriéndolas mediante una sutura que interesa la serosa y algo la muscular; esta sutura se hará, en lo posible, en dirección perpendicular al conducto intestinal (fig. 35). Una conducta más segura aún consiste en practicar una *resección romboidal* seguida de sutura transversal.

Pero si las placas de esfacelo son múltiples, amplias y diseminadas, y con más razón si el *asa por entero* se presenta verdosa, bronceada, de color

de hoja seca, es necesario practicar una resección seguida de enterorrafia circular.

El *ano artificial* es un recurso del que sólo se echará mano cuando el enfermo se halla en estado de estercoremia avanzado; se practicará de la siguiente manera: si el asa es corta es suficiente incindirla en su borde libre en pleno esfacelo y fijar con algunos puntos los bordes de la abertura a los restos del saco y a la piel (fig. 36); si el asa es larga es mejor resecar toda la porción gangrenada y fijar a la piel los dos extremos del intestino adosados.

3.º CASO: Asa gangrenada y pútrida.

El saco se encuentra lleno de materias fecales

Es muy raro que las perforaciones sean pequeñas y suturables. El único camino a seguir es el ano contra na-

tura. Es necesario abrir ampliamente el saco e introducir un grueso tubo en el extremo superior del intestino; no se practica ninguna sutura y se deja abierta la herida, recubierta de compresas.

Además de la gangrena existe una indicación excepcional en verdad, de *resección intestinal*, en las hernias estranguladas con

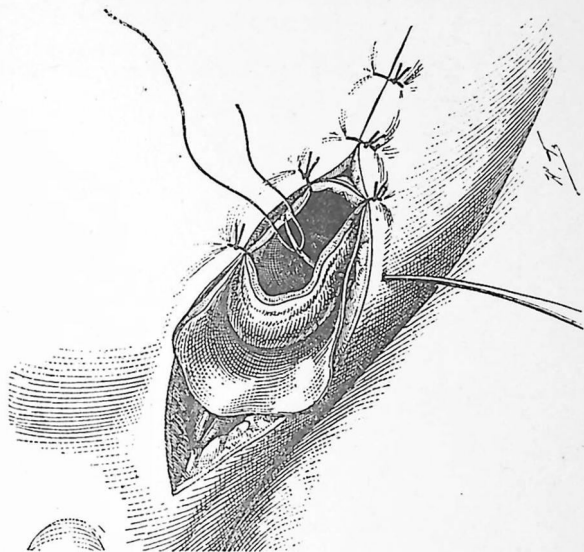


Fig. 36. — Abertura y fijación a la piel, en ano artificial, de un asa gangrenada.

desgarro o *desinserción mesentérica*, que se observa algunas veces, especialmente a consecuencia de ciertas taxis. Si bien los desgarros de corta extensión (2 ó 3 cm.) pueden ser reparados con la hemostasia y sutura del mesenterio, los desgarros mayores localizados junto al intestino constituyen un peligro de esfacelo y deben ser tratados por resección intestinal seguida de entero-anastomosis.

Hernia inguinal en la mujer

La operación es idéntica que en el hombre.

En vez del cordón espermático se encuentra en la mujer el ligamento redondo, que presenta con el saco las mismas relaciones.

Cuando la disección del saco presenta la menor dificultad no hay que dudar en reseca a la vez el saco y el ligamento redondo.

La pared se sutura en dos planos sin tener que respetar orificio alguno.

CAPÍTULO II

Curación operatoria de las hernias crurales

Nociones anatómicas (figs. 37 y 38).—La hernia crural sale del abdomen por el anillo crural, orificio triangular que limita por fuera la gruesa vena femoral (relación esencial que el operador

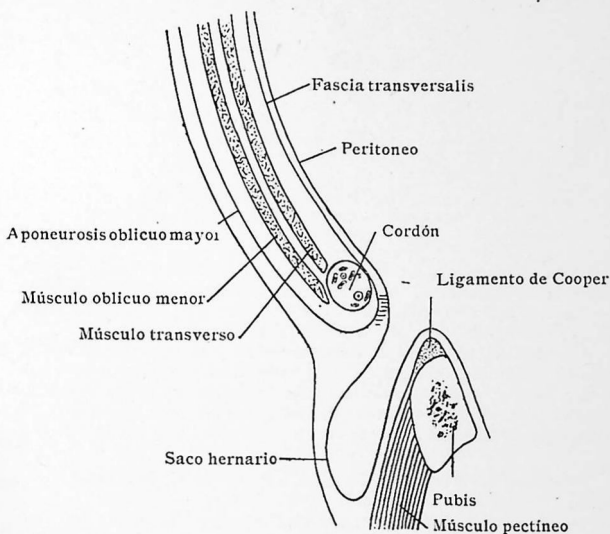


Fig. — 37. Hernia crural, corte esquemático en el plano sagital (según CADENAT).

debe siempre tener presente), por delante el arco crural, por detrás el pubis tapizado por el músculo pectíneo recubierto de su aponeurosis o *fascia pectínea*, que llega por su inserción superior a la cresta pectínea. Esta cresta pectínea está recubierta por un ligamento muy grueso fusionado con el periostio, que es el *ligamento*

de COOPER extremadamente sólido. El ángulo interno del anillo está ocupado por el ligamento de GIMBERNAT, cuyo borde externo cóncavo y cortante es el agente habitual de la estrangulación de las hernias crurales.

La hernia está recubierta por la piel, un tejido celular generalmente abundante y por la aponeurosis femoral, muy delgada y

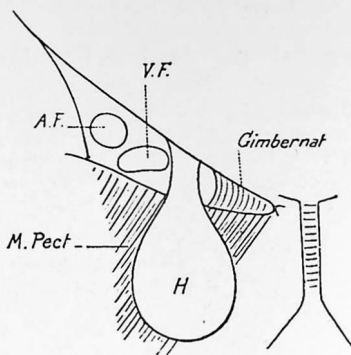


Fig. 38. — Hernia crural, vista esquemática de frente. *A.F.*, arteria femoral; *V.F.*, vena femoral; *H.*, saco herniario (según CADENAT).

provista de orificios en esta región, *fascia cribriformis*; algunas veces la hernia sale por uno de estos orificios y se hace superficial.

En el hombre el cordón está por encima y por delante del cuello de la hernia, del cual le separa el arco crural.

Por detrás del ligamento de GIMBERNAT pasa una arteriola anastomótica entre la epigástrica y la obturatriz, importante a veces.

La hernia crural, particularmente frecuente en la mujer, es en general pequeña, redondeada, del volumen de una castaña, recubierta con frecuencia por un lipoma y a veces por un higróma.

Principios operatorios. — El saco debe ser ligado muy arriba y la pared reconstituída sólidamente.

Desde luego el anillo crural está como en el fondo de un pozo, especialmente en las mujeres obesas; el arco crural, ya profundo, cierra el paso, hacia el cuello del saco, y la profundidad del anillo expone al operador a tomar como punto de apoyo inferior, en lugar del resistente ligamento de COOPER, la *fascia pectínea*, medianamente resistente. En presencia de estas dificultades se han ideado innumerables procedimientos. Nosotros sólo tendremos en cuenta dos que difieren por la vía de acceso, pero que uno y otro unen sólidamente al ligamento de COOPER los dos planos musculoponeuróticos de la pared.

La intervención puede llevarse a cabo con anestesia local. El enfermo estará echado sobre el dorso; el operador en el lado de la hernia, enfrente el ayudante.

Operación por vía crural (1)

1.º **Incisión cutánea.** — Incisión vertical sobre la prominencia de la hernia y en su defecto a un través de dedo por fuera de la espina del pubis (fig. 39).

Siguiendo esta línea se incinden la piel y el tejido celular subcutáneo; en la parte superior de la herida se descubre la aponeurosis del oblicuo mayor, que se deja desnuda y de la cual se descubre cuidadosamente el borde inferior libre, es decir, el arco crural.

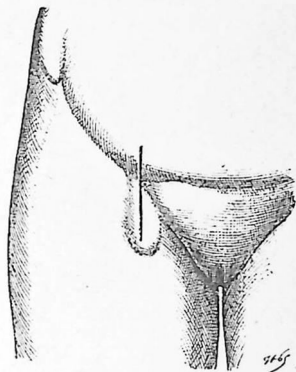


Fig. 39. -- Hernia crural. Operación por vía crural. 1.º Incisión vertical sobre la prominencia de la hernia.

2.º **Reconocimiento y disección del saco.** — En la parte inferior de la herida es preciso a veces incidir con el bisturí la aponeurosis femoral crebiforme reducida generalmente a una delgada hoja grasosa. Entonces se encuentra habitualmente una masa grasosa lobulada que es un lipoma preherniario o el propio saco herniario recubierto siempre de grasa. Tan pronto reconocido el saco se le rodea con el índice, desprendiéndolo completamente de todos los tejidos vecinos y se le aísla hasta el pedículo, o sea hasta el arco crural. Es inútil empeñarse en desnudar el saco tanto como en las hernias inguinales; antes al contrario, es con-

(1) La técnica que describimos es la que ha publicado CADENAT (*Revue de Chirurgie*, 1920, pág. 105): los párrafos entre comillas son reproducidos textualmente.

veniente extirpar con él el lipoma herniario y la capa de grasa que la recubre.

3.º **Sección de la aponeurosis del oblicuo mayor.** — “La aponeurosis es seccionada verticalmente a la altura de la

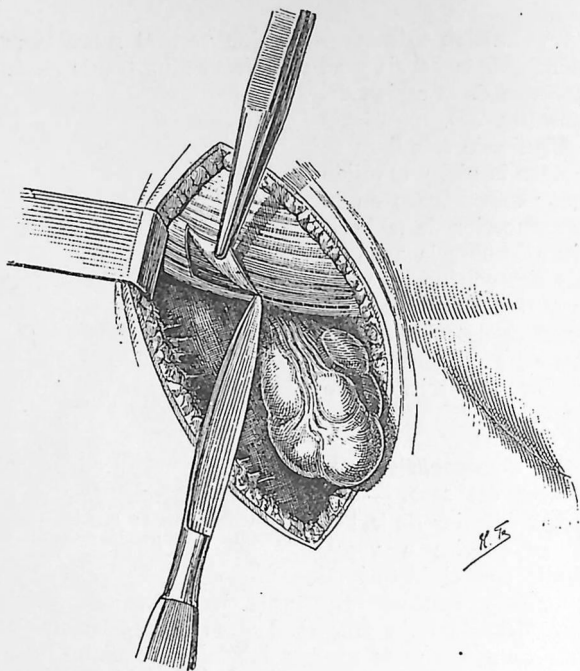


Fig. 40. — 2.º Sección de la aponeurosis del oblicuo mayor (según CADENAT).

vena femoral. Esta incisión vertical mide 2 centímetros y se detiene por abajo a nivel del borde inferior reflejo de la arcada crural. Con una pinza de disección se coge el labio interno de esta aponeurosis a nivel de la arcada y se la levanta con objeto de incidir longitudinalmente este arco lo más atrás posible, desdoblado, por decir así, en su longitud el canal que constituye; con el bisturí, colo-

cado de plano sobre el muslo y a la vista, se incinde la aponeurosis a medida que la pinza la levanta (figura 40). De esta manera se ha constituido un pequeño colgajo triangular que con una pinza se separa hacia arriba para des-

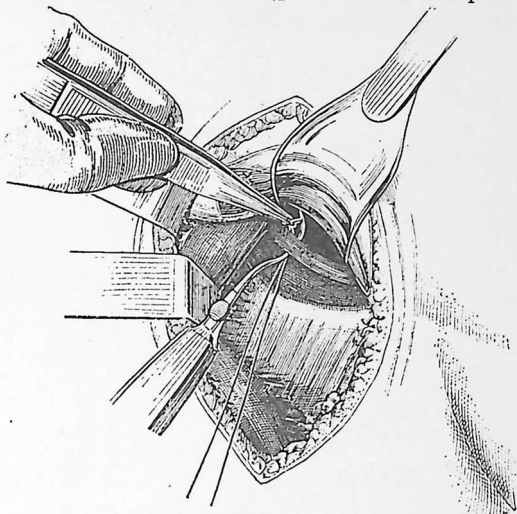


Fig. 41. — Una aguja curva enhebrada con un catgut doble atraviesa el ligamento de Cooper (según CADENAT).

cubrir el plano de los músculos oblicuo menor y transverso y junto a ellos el cuello del saco. El borde posterior del arco puede representar un estorbo, en cuyo caso se secciona con el bisturí” (1).

4.º Liberación del cuello; incisión, ligadura y extirpación del saco. — Volviendo de nuevo sobre el saco se aísla su cuello tan arriba como se quiere con mucha facilidad. Antes de ligarlo se incinde con cuidado la capa grasa que lo recubre y se abre su cavidad; es indispensable antes de ligarlo comprobar que no hay en él víscera alguna ni epi-

(1) CADENAT, *Revue de Chirurgie*, 1920, pág. 105.

plón adherente que pudiera ser comprendido en la ligadura. Se atraviesa entonces el cuello del saco con un hilo y se hace un nudo de molinero para cerrarlo; se secciona a unos

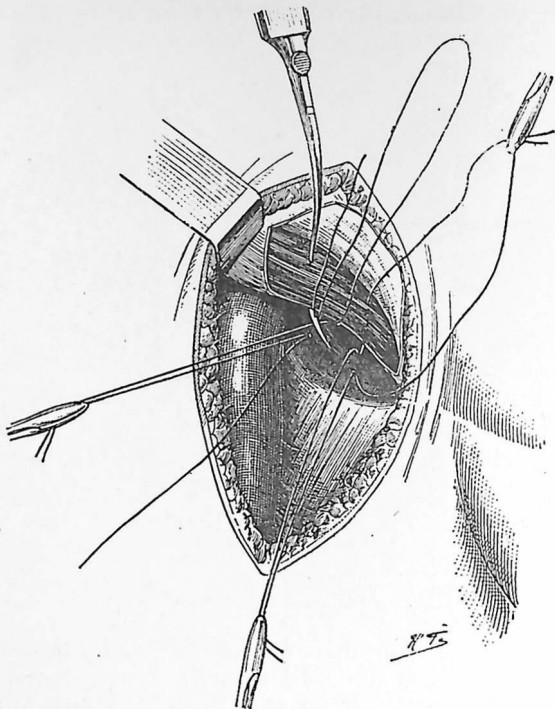


Fig. 42. — El plano muscular profundo (oblicuo menor y transverso) se hacen descender en contacto con el ligamento de Cooper (según CADENAT).

milímetros por debajo del nudo y se comprueba que la hemostasia es completa.

Si se quiere puede practicarse la maniobra de BARKER; aislando la cara posterior del oblicuo menor y del transverso se pasa una aguja enhebrada con uno de los extremos de la ligadura del saco a través de las dos capas musculares; se repite la misma maniobra con el otro ex-

tremo y se anudan los dos cabos sobre el oblicuo menor. De este modo el muñón se encuentra atraído a distancia del anillo crural.

5.º **Reconstrucción de la pared:** a) *Liberación del ligamento de COOPER, paso de los hilos.* — Es el tiempo preliminar

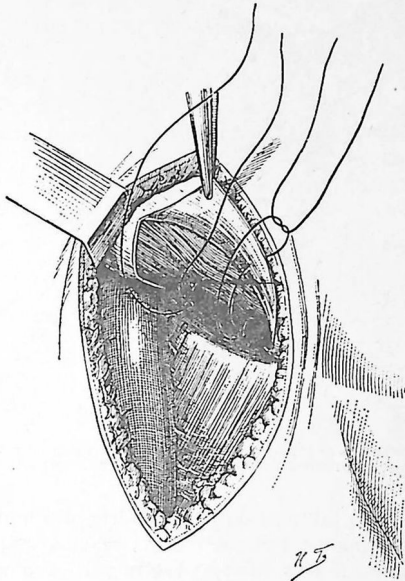


Fig. 43. — El plano superficial (aponeurosis del oblicuo mayor) se lleva asimismo en contacto con el ligamento de Cooper (según CADENAT).

minar y capital para reconstituir la pared. Con un separador de FARABEUF se separa con fuerza hacia arriba la pared y en el hombre el cordón; en la mujer obesa es mejor emplear una pequeña valva. Se tiene con esto a la vista, profundamente, la superficie blanca y nacarada del ligamento de COOPER, que tapiza la cresta pectínea fácilmente apreciable con la punta del dedo.

Con una aguja de REVERDIN curva previamente enhebrada con catgut cromado núm. 3, con los extremos muy largos, se atraviesa de atrás adelante todo el espesor (2 ó 3 milímetros) del ligamento en contacto del hueso (fig. 41);

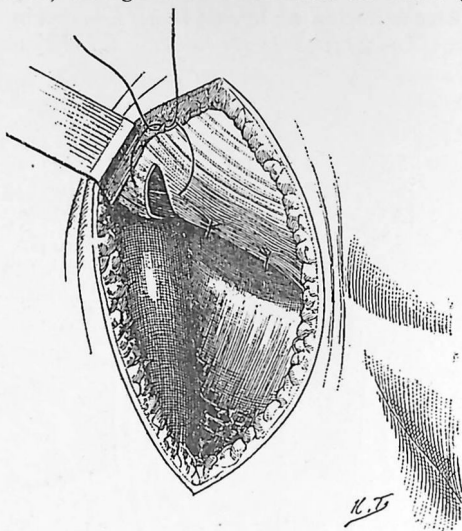


Fig. 44. — Con un punto especial se sutura el desbridamiento vertical de la aponevrosis del oblicuo mayor (según CADENAT).

cortando el hilo junto la aguja se tendrán dos hilos pasados en el mismo punto; en igual forma se atravesará el ligamento en dos o tres puntos, según sea la amplitud del anillo; se tendrán así 4 ó 6 catguts sólidamente fijados. Para colocar el hilo externo el operador tendrá especial cuidado en separar con la punta del índice la vena femoral para protegerla y con objeto de colocar el hilo en la perpendicular del borde externo de esta vena.

b) *Descenso del plano profundo.* — “Los cabos profundos del primer grupo de catguts se pasan por los músculos oblicuo menor y transversos, un poco por encima de su borde inferior para que este último una vez apretados los puntos ocluya completamente el anillo (fig. 42). El cordón

espermático se halla en general fuera del alcance y no se ve ya en ningún momento; queda por detrás de los músculos descendidos. Es suficiente sólo pensar en él para no exponerse a lesionarlo" (1).

c) *Descenso del plano superficial.*—“Los cabos superficiales son asimismo fijados al oblicuo mayor (fig. 43), que se deja descender fácilmente ya que se encuentra libre por fuera y que el arco se deja extender. El borde externo de este plano se adapta a la vena femoral y contribuye a tapar la parte externa del anillo, justamente en el punto por donde tienen lugar las recidivas. Se obtiene así una oclusión en dos planos sólidamente fijados al ligamento de COOPER, o sea muy hacia atrás. Inmediatamente se puede suturar con un catgut los labios del pequeño hiato que determina la incisión vertical del oblicuo mayor (fig. 44), por más que este tiempo es apenas necesario, ya que el plano profundo refuerza la pared y que esta hendidura se encuentra por fuera del anillo crural, en un punto no peligroso" (2). Suturar la piel sin drenaje.

Operación por vía inguinal

Esta vía, que muchos cirujanos consideran actualmente como la vía de elección para la curación de todas las hernias crurales, merece en todo caso ser descrita porque tiene por lo menos una indicación indiscutible; en el caso bastante frecuente en el hombre en que existe junto con una hernia crural, sino una hernia inguinal, por lo menos una distensión del anillo. Existe en este caso una doble prominencia inguinal y crural que separa una depresión debida al ligamento de FALOPPIO. Si se quiere curar al enfermo es preciso practicar la cura radical a la vez de la hernia inguinal y de la hernia crural.

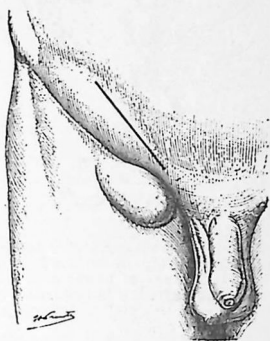


Fig. 45. — Curación de una hernia crural por vía inguinal. 1.º Trazado de la incisión cutánea (DUJARIER).

(1) CADENAT, ya citado.

(2) CADENAT, ya citado.

Fuera de este caso, la vía inguinal puede ser empleada en las hernias crurales recientes fácilmente reductibles; pero en los casos complicados, hernia voluminosa, irreductible o estrangulada, la vía crural es preferible a la vía inguinal.

Describimos aquí la técnica de DUJARIER (1).

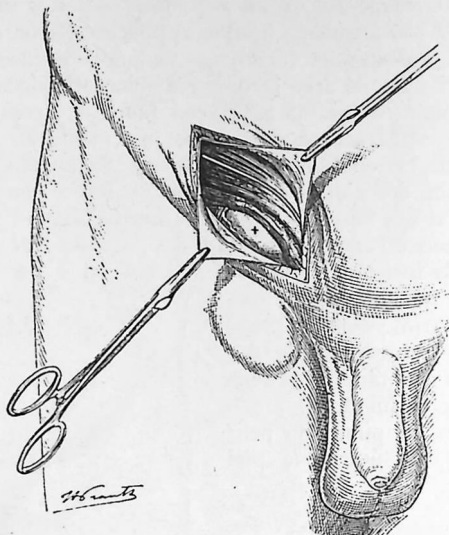


Fig. 46. — 2.º La aponeurosis del oblicuo mayor está incindida hasta el orificio inguinal superficial. La cruz indica el punto por donde se abrirá el peritoneo, después de haber atravesado la fascia transversalis. Observar los vasos epigástricos y la pequeña vena afluyente que sigue el borde posterior del arco crural (DUJARIER).

1.º **Incisión** de la piel y de la aponeurosis del oblicuo mayor, exactamente como si se tratara de una hernia inguinal (fig. 45).

2.º **Travesía del conducto inguinal y acceso al peritoneo.** — Se libera y se separa hacia arriba con un separador el cordón (o el ligamento redondo) y los músculos profundos; se reconoce el borde posterior de la arcada y paralelamente

(1) DUJARIER. Curación de la hernia crural por vía inguinal. *Journal de Chirurgie*, 1912, t: VIII, núm. 2, pág. 113.

a este borde se incinde la *fascia transversalis*, teniendo cuidado de respetar los vasos epigástricos que se pueden reconocer en el ángulo externo de la herida y un pequeño

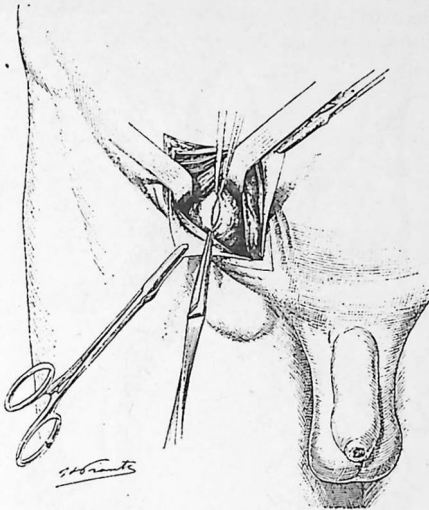


Fig. 47. — 3.º Abertura del peritoneo por encima del cuello del saco a nivel del infundíbulo. Un separador aparta el cordón y el plano muscular profundo y el otro separador protege la vena femoral y los vasos epigástricos en la parte externa de la incisión (según DUJARIER).

afuente de la vena paralelo con la arcada (fig. 46). Se desgarrar la grasa preperitoneal a nivel del cuello de la hernia; con un segundo separador se rechaza hacia fuera esta grasa, la vena femoral y los vasos epigástricos; el peritoneo aparece y con dos pinzas se hace en él un pequeño ojal (fig. 47).

3.º Tratamiento del saco. — Es el tiempo verdaderamente especial del método.

Después de reducir el contenido del saco, si lo hay, en el abdomen, *es preciso atraer el saco hacia la herida inguinal*, de abajo arriba. En las hernias recientes y no in-

flamadas, es suficiente generalmente tirar de las pinzas que fijan la abertura peritoneal para ver el cuello; después el saco se desliza poco a poco, y luego se enuclea y se luxa. Pero existen casos más difíciles en los cuales, para atraer

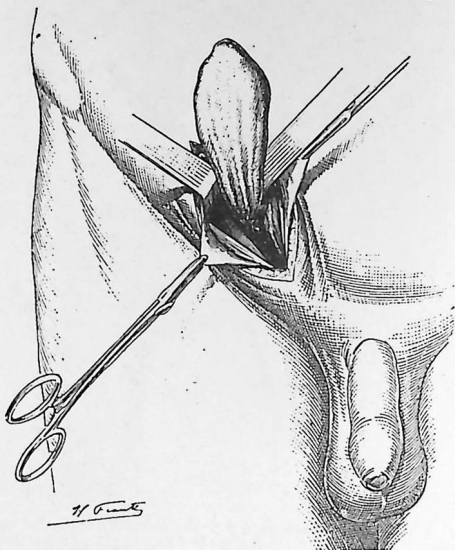


Fig. 48.— 4.º El saco es atraído hacia la herida inguinal y ligado, no a nivel de su cuello, sino todo lo arriba posible (DUJARIER).

el saco, es necesario desbridar el anillo crural incindiendo el ligamento de GIMBERNAT; asimismo hay casos en los que el saco adherido no se deja arrastrar, y entonces es preciso seccionarlo y abandonarlo en el fondo. El saco es, inmediatamente, ligado y resecaado (fig. 48).

4.º **Reconstrucción de la pared.** — Un separador protege la vena hacia fuera. Una pequeña valva sujeta en alto toda la pared abdominal, el peritoneo comprendido, y descubre el ligamento de COOPER.

Se pasan 2 ó 3 hilos por este ligamento. Estos hilos presentan dos cabos: “El cabo superior se pasará por el

borde inferior del oblicuo menor y del transverso; puede ser preferible introducirlo en la cara anterior de los mismos músculos, a un centímetro aproximadamente por encima del borde inferior; cuando se anuda el hilo, el borde inferior de los músculos vendrá a formar una sólida resis-

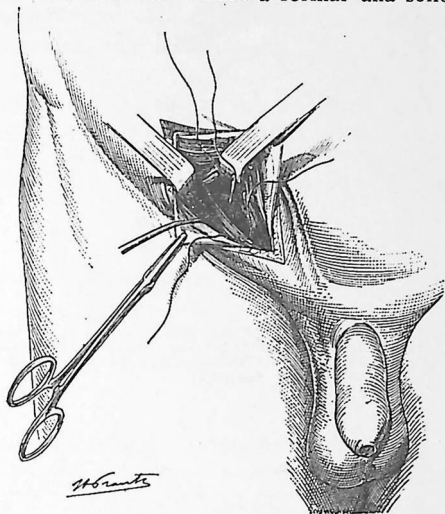


Fig. 49. — 5° Paso de los hilos por el ligamento de Cooper. El separador de arriba, no solo aparta el cordón y el plano muscular profundo, sino también el peritoneo desprendido (DUJARIER).

tencia por detrás del ligamento de COOPER. El cabo inferior de los hilos es pasado por el borde posterior de la arcada crural (fig. 50). Es fácil de comprender que atando los hilos, vendrán a aplicarse sobre el ligamento de COOPER, por una parte el borde inferior del oblicuo menor y transverso y por otra parte el borde posterior de la arcada crural. Se ve muy bien en el momento de atar el nudo, como las partes precedentes se hunden en la profundidad para ir a aplicarse sobre la rama horizontal del pubis" (fig. 51) (1).

(1) DUJARIER, loc. cit.

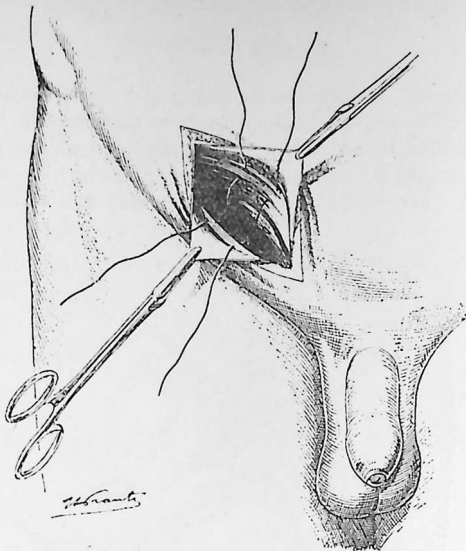


Fig. 50. -- 6.º Paso de los mismos hilos por una parte por el arco crural y por la otra por el plano muscular profundo (oblicuo menor y transverso) (DUJARIER).

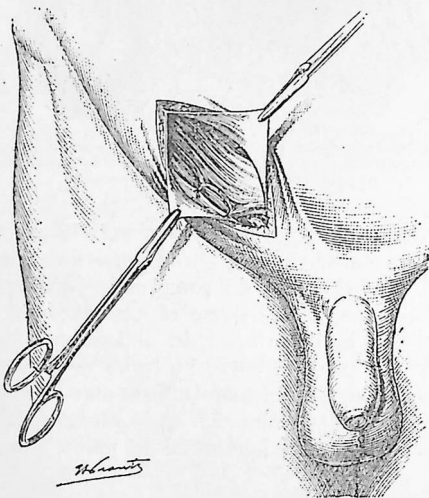


Fig. 51. -- 7.º Los hilos profundos están ya anudados. Sólo falta suturar el oblicuo mayor y la piel (DUJARIER).

El cordón o el ligamento redondo, deben quedar por detrás del plano así constituido. Por último, para terminar, sutura del oblicuo mayor y de la piel, sin drenaje.

Cura radical de la hernia crural derecha por vía inguinal con ablación del apéndice (1)

Para las hernias crurales del lado derecho, la vía inguinal presenta la ventaja de permitir la ablación del apéndice, bien por el saco, bien por disociación muscular, como se ha dicho a propósito de la hernia inguinal (véase páginas 21 y 23).

Hernia estrangulada

Es conveniente recordar que se trata de una estrangulación apretada, provocando rápidamente el esfacelo, que toda taxis está formalmente contraindicada, y que la intervención se impone de urgencia.

El proceder tipo que hemos indicado (CADENAT) nos parece particularmente recomendable en el caso de hernia estrangulada.

Los tiempos son absolutamente los mismos que los de una cura radical simple: Reconocimiento, liberación e incisión del saco.

Para desbridar, se apoya el índice izquierdo sobre la hernia para descubrir bien el borde inferior de la arcada, y se incinde esta arcada con el bisturí de delante a atrás hasta su borde posterior, hasta que la constricción se relaja. Una precaución: vigilar que el contenido de la hernia no se reduzca espontáneamente en el mismo momento de la liberación; hacer sujetar por un ayudante el asa intestinal o el paquete epiploico, pues de lo contrario se corre el riesgo de verlo desaparecer, siendo una cosa muy penosa el encontrarlo para su examen. Este reconocimiento es absoluta-

(1) DESMAREST, *Presse medicale*, 23 nov. 1912, pág. 984.

mente necesario, puesto que es en estas pequeñas hernias crurales muy cerradas donde aparecen más pronto las placas de esfacelo a nivel del sitio de estrangulación.

El tratamiento del contenido, intestinal o epiploico, no difiere del de la hernia inguinal estrangulada (véase más atrás).

Reducido el contenido, se liga y extirpa el saco, y se reconstituye la pared por el procedimiento descrito.

CAPÍTULO III

Curación operatoria de las hernias umbilicales

Desde el punto de vista terapéutico, dejando a un lado la gran hernia del recién nacido por aplasia de la región umbilical, hay que considerar dos variedades de hernias umbilicales:

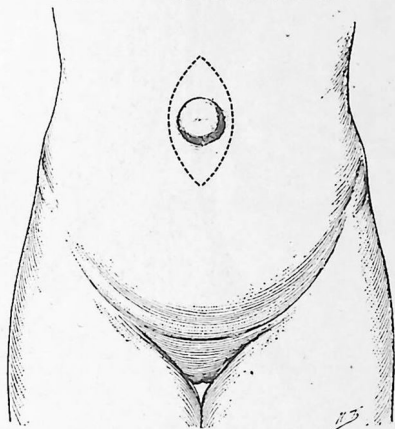


Fig. 52. — Hernia umbilical pequeña: 1.º Incisión.

- 1.º La pequeña hernia del niño y del adulto.
- 2.º La gran hernia del adulto, mujer lo más corriente.

Pequeñas hernias

Frecuentes en el niño, no se estrangulan, por así decirlo jamás.

Sin embargo, después de la edad de 6 años, requieren una curación operatoria, pues las probabilidades de curación espontánea son mínimas.

La anestesia local puede ser empleada, sobre todo en el adulto; es suficiente rodear el ombligo de una infiltración circular de novocaína en el tejido celular y en la pared muscular.

1.º **Incisión cutánea.** — Elíptica con el eje mayor vertical; incisión de la piel y del tejido celular hasta la aponeurosis (fig. 52).

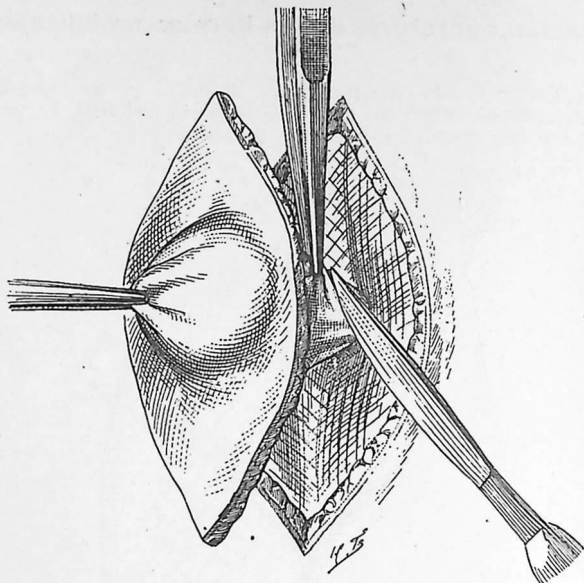


Fig. 53. — 2.º El collar cutáneo-grasoso ha sido disecado y una vez reconocido el saco se incinde.

2.º **Disecación del saco.** — En la cicatriz umbilical se fijará una pinza de presión y se tirará directamente hacia arriba; al mismo tiempo, se disecciona de la periferia hacia el centro la almohadilla cutáneo-grasosa, hasta que se vea el orificio que da paso al pedículo del saco.

3.º **Abertura, ligadura y resección del saco.** — Abrir el saco para comprobar que está completamente vacío; este es el caso habitual (fig. 53); pasar a través de su pedículo un

catgut que se anudará de una parte y de otra (nudo de molinero); seccionar por encima de la ligadura del saco; que se extirpa de este modo en masa con el pequeño círculo cutáneo adiposo, al cual continúa adherido por su base.

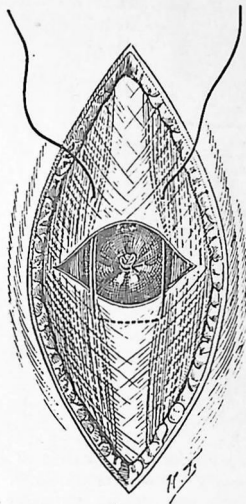


Fig. 54. — 3.º Reconstitución de la pared: 1.º tiempo; disposición del punto en U (según MARION).

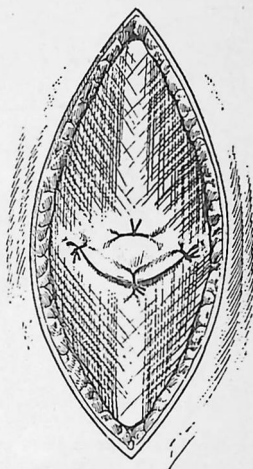


Fig. 55. — 4.º Reconstitución de la pared; 2.º tiempo: el labio superior recubre al inferior y se fija en esta posición con tres puntos (según MARION).

4.º Reconstitución de la pared. — Avivar los bordes del orificio aponeurótico en sentido transversal.

Reunirlos transversalmente de la siguiente manera:

1.º Pasar un hilo en U de tal modo que el labio superior de la incisión recubre el labio inferior (fig. 54).

2.º Algunos otros hilos fijarán el labio superior a la superficie de la aponeurosis inferior (fig. 55) (MARION).

Suturar la piel siguiendo una línea vertical, sin drenaje.

Es posible reconstruir, al terminar la operación, una depresión cutánea, recordando el aspecto del ombligo: es suficiente oponer en el borde de los cortes cutáneos dos superficies convexas, la

una mirando hacia la otra (OMBREDANNE); es, al fin y al cabo, un detalle puramente estético.

Más simplemente todavía, se puede conservar el ombligo en lugar de resecarlo: para lograrlo, se hace una incisión curva, vertical u horizontal, cuya concavidad está dirigida hacia el ombligo, se disecciona el pequeño colgajo así trazado; en la disección se

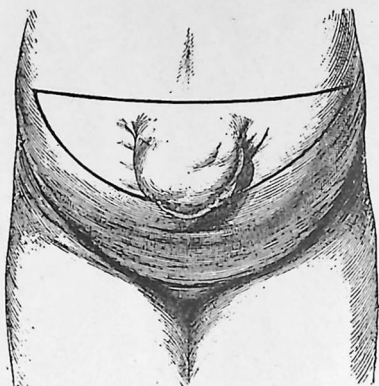


Fig. 56. — Hernia umbilical voluminosa: 1.º Incisión cutánea.

abre casi fatalmente el saco, que está adherido a la cicatriz umbilical. Después de la extirpación del saco y reconstitución de la pared aponeurótica por el procedimiento que hemos indicado, se aplica el colgajo cutáneo y se sutura: el ombligo se vuelve a encontrar en su sitio (BERGER). Puede ser útil, en ese caso, para evitar el hematoma, dejar debajo de este pequeño colgajo un drenaje filiforme, que se suprime al cabo de 24 horas.

Grandes hernias

Esas grandes hernias se ven sobre todo en las mujeres obesas, de vientre caído, con pared deficiente; pueden adquirir un volumen considerable. Su evoltura está formada por la piel adelgazada y por un saco adherido en una gran superficie.

Contienen el intestino (delgado y colon transverso) y el epiplón; corrientemente las adherencias tabican el saco, unen las vísceras unas con otras y con el saco.

La anestesia local es muy difícil de realizar; la anestesia raquídea es corrientemente preferible a la anestesia general, en estas mujeres obesas que tienen generalmente un corazón y los riñones deficientes, y los pulmones expuestos a complicaciones post-anestésicas.

Incisión cutánea. — Se circunscribe la hernia, a distancia, por dos incisiones: una incisión transversal, horizontal o ligeramente cóncava hacia arriba, pasando a uno o dos

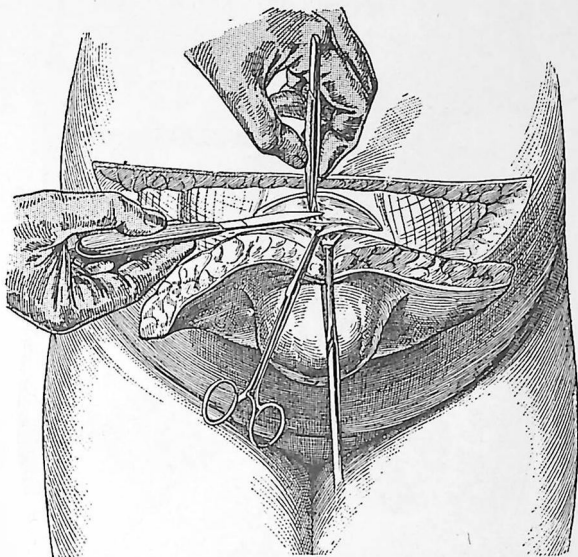


Fig. 57. — 2.º La aponeurosis ha sido puesta al descubierto en toda la extensión de la herida e incindida transversalmente por encima de la hernia; incisión del peritoneo a distancia del cuello.

traveses de dedo por encima de la masa herniaria y rebasando ampliamente a derecha e izquierda de esta masa; otra incisión francamente curva, de concavidad superior, reúne los dos extremos de la precedente (fig. 56).

En los grandes prolapsos de grasa de la pared, estas incisiones deben ser enormes: comenzar desde la región lumbar, hacer pasar la inferior por las proximidades del pubis, en el surco sub-pubiano, y la superior por encima del ombligo, dejando entre ellas una separación que, en la línea media, tendrá de 20 a 35 centímetros (MORESTIN).

Se incide francamente la piel y el panículo adiposo, generalmente muy grueso, hasta que se siente y se ve bajo la punta del bisturí el plano resistente y brillante aponeu-

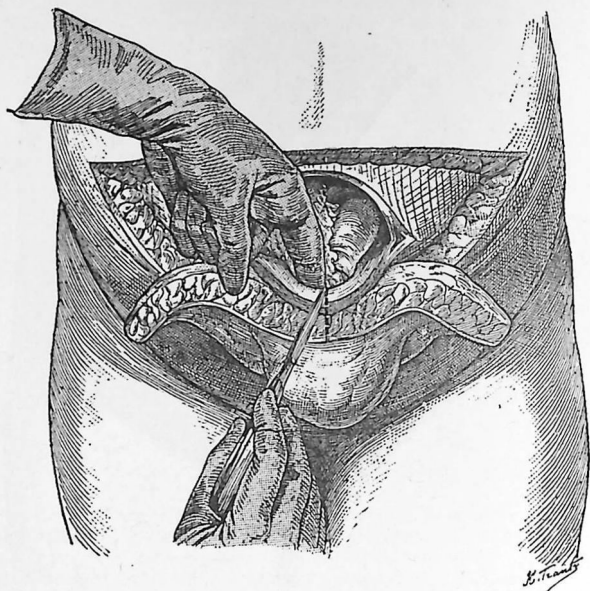


Fig. 58. — 3.º Incisión del anillo sobre el dedo.

rótico. Después, a nivel de la aponeurosis, se separa la grasa, dirigiéndose hacia el cuello herniario.

Se hace inmediatamente la hemostasia de los pequeños vasos cutáneos que esta incisión y esta disección han interesado.

Incisión de la aponeurosis y del peritoneo. — Cuando se ha seguido el contorno del cuello herniario, se incide la aponeurosis por encima del cuello, siguiendo una línea curva rodeando la mitad superior del mismo. En el mismo punto se abre el peritoneo, con las precauciones ordinarias, sobre la línea media (fig. 57); se agranda esta incisión a

derecha y a izquierda, a la vista, hasta los límites de la incisión aponeurótica, pero manteniéndola siempre a distancia del cuello. Se sujeta con una pinza el labio superior de



Fig. 59. — 4.º Liberación del contenido: obsérvese cómo la mano izquierda ranversa el saco para exponerlo mejor.

esta incisión peritoneal, de esta verdadera laparotomía extra-herniaria.

Tratamiento del contenido. — Casi siempre el contenido está adherido al saco; basculando la hernia hacia abajo, se ven por la brecha peritoneal las asas intestinales junto con el epiplón, que penetran en el saco y en el cual están fijadas.

Hay que abrir entonces todo el saco o al menos el cuello: esto es fácil, se hace con la comprobación de la vista; sobre el índice izquierdo insinuado de arriba abajo, se incinde el cuello poco a poco (fig. 58); este es un reborde saliente, grueso, algunas veces duro al corte como un car-

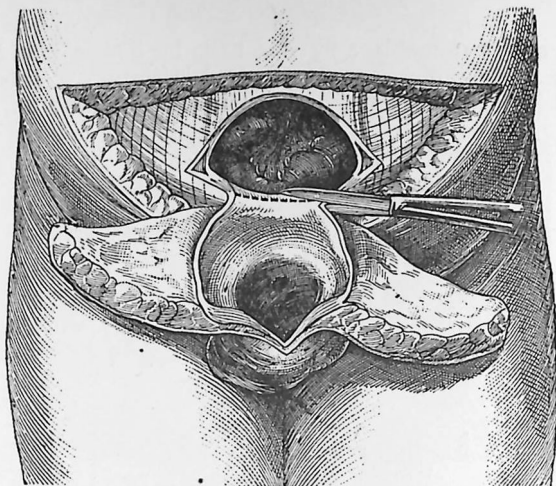


Fig. 60. — 5.º Resección del saco vacío, en masa, junto con sus cubiertas.

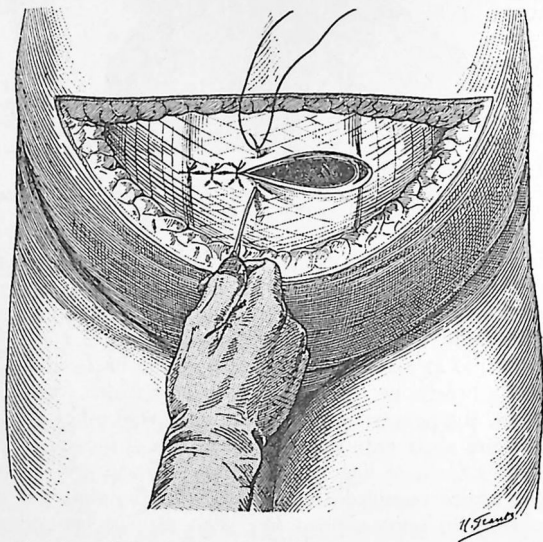


Fig. 61. — 6.º Reunión transversal mediante puntos separados.

tílago, en las hernias antiguas. Frecuentemente, cuando el cuello está casi incindido, se puede, apoyando suavemente la mano izquierda sobre la superficie cutánea de la hernia,

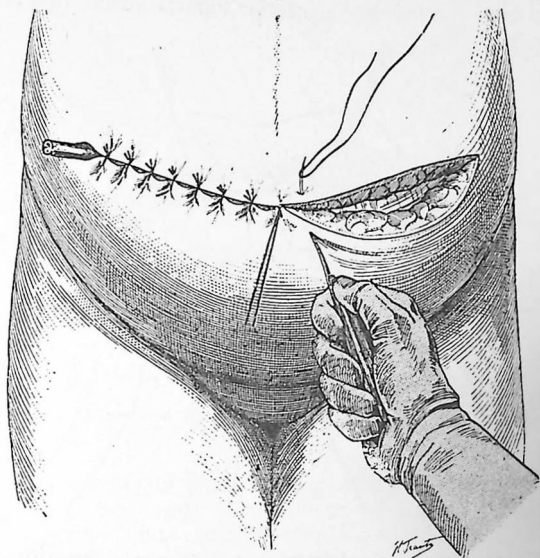


Fig. 62. — 7.º Sutura de la piel con un pequeño drenaje en cada extremo de la sutura.

volver la bolsa herniaria: la cara serosa se encuentra así expuesta, hecha convexa, lo que facilita enormemente la liberación de los órganos (fig. 59). Esta liberación, se hace pacientemente con el pico de las tijeras curvas, incindiendo las adherencias tensas bajo la presión de la mano izquierda, y resecaando entre dos pinzas las fijaciones epiploicas; se llega así a liberar el asa o asas herniarias. Se inspeccionan estas asas, infundibulizando en caso de necesidad, mediante algunas pequeñas suturas, las superficies desprovistas de peritoneo; se substituyen en los fragmentos epiploicos las pinzas hemostáticas por ligaduras correctas y se reduce en la cavidad peritoneal el intestino y los muñones de epiplón.

Resección del saco. — Se recorre con el dedo el contorno del cuello para asegurarse que “no queda nada más” y se acaba la sección de la aponeurosis y del peritoneo de la hemi-circunferencia inferior todavía intacta (fig. 60).

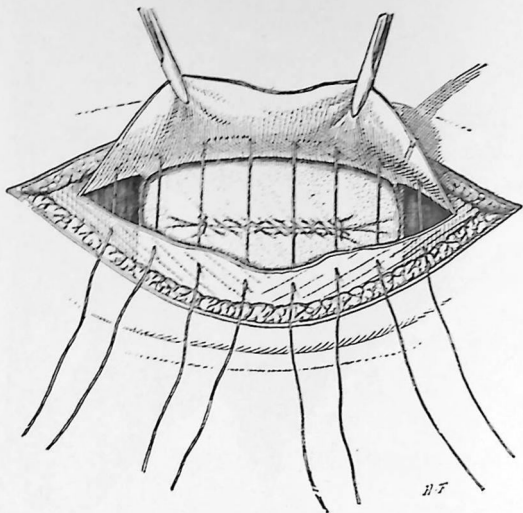


Fig. 63. — Después de ocluir el peritoneo, primera serie de puntos para entrecruzar los colgajos aponeuróticos.

Se separan así en masa todas las cubiertas de la hernia: la piel, la grasa, el saco, el anillo fibroso y los colgajos de epiplón que se han dejado adheridos.

Reconstrucción de la pared. — De izquierda a derecha, se suturan transversalmente los labios de la incisión peritoneal.

En las extremidades del diámetro horizontal de la incisión aponeurótica, se colocan dos pinzas de MUSEUX que se ponen en tensión, para facilitar la reunión transversal de esta incisión. Se pueden emplear dos procedimientos igualmente buenos.

O bien, a la manera de MAYO, pasar los hilos en U,

que hacen cruzar el colgajo superior por encima del colgajo inferior (figs. 63 y 64).

O bien, como recomienda DUJARIER (1) y MORESTIN (2), suturar simplemente los dos bordes superior e

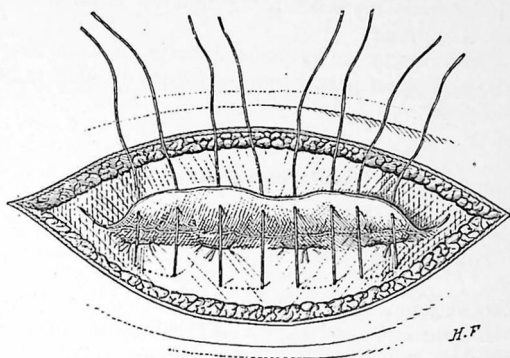


Fig. 64. — La primera serie de puntos está anudada; disposición de la segunda serie para completar el entrecruzamiento.

inferior con puntos separados (fig. 61), si después la pared es floja y poco tensa, se recubre esta línea de puntos con una segunda sutura, comprendiendo la aponeurosis por encima y por debajo de la primera línea; esta segunda línea sobrepasa ampliamente de cada lado la sutura que cierra la brecha central, a pesar de que a nivel de esta última no se ejerce ninguna tracción.

En el caso de grandes prolapsos grasos de la pared, conviene aprovechar el amplio campo que da la resección de la piel y del pániculo adiposo, para asociar con la cura de la hernia una verdadera restauración de la pared, frunciendo la aponeurosis y la línea alba por una serie de suturas que determinan la formación de gruesas bandas fibrosas, verticales, transversales u oblicuas, según las indicaciones de cada caso en particular: *columnización* de las aponeurosis, de MORESTIN.

No hay que *resecar jamás* aponeurosis.

(1) DUJARIER, Comunicación de DEMOULIN en el *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1912, p. 708.

(2) MORESTIN, *Ibid.*, p. 720.

A continuación se sutura transversalmente la piel; como la incisión inferior es notablemente más larga que la superior, es necesario para obtener un afrontamiento correcto, calcular la extensión de cada incisión y dejar entre los puntos un intervalo un poco más grande en el labio inferior que en el superior.

Es útil colocar un pequeño drenaje en cada extremidad de la incisión para evitar la formación de un hematoma (fig. 62).

Hernia estrangulada

La técnica que se seguirá es la misma que hemos descrito para la cura radical de las grandes hernias umbilicales.

Recordaremos que la obstrucción no está en el anillo; generalmente está en el saco bajo la forma de adherencias o de bridas: es necesario, a pesar de todo, hendir el anillo para tener acceso al interior del saco.

Si existen lesiones en el intestino, se las tratará como ya se ha dicho al hablar de las hernias inguinales.

Esta variedad de hernia estrangulada presenta una dificultad particular, que es el tiempo de la reducción: el contenido es voluminoso y las asas intestinales y colon transversal están dilatados; si la anestesia es imperfecta, la pared se retrae por el esfuerzo del enfermo que sufre y "empuja". En estos casos, se puede cerrar la pared en un solo plano con hilo de bronce (véase pág. 86).

CAPÍTULO IV

Curación operatoria de las eventraciones

La mayor parte de las eventraciones son consecutivas a las heridas accidentales del abdomen, o a las heridas operatorias que hayan supurado.

Pero existen también verdaderas eventraciones espontáneas, caracterizadas por una diastasis anormal de los músculos rectos, entre los cuales la masa intestinal sale mediante los esfuerzos.

Estas eventraciones están constituidas anatómicamente: 1.º, por una piel cicatricial o no; 2.º, por una capa músculo-aponeurótica adelgazada, distendida, adherida a la piel; esta capa puede faltar a nivel de la eventración, deteniéndose en su periferia, tomando la forma de un anillo, y en ese caso la eventración es exactamente igual que una hernia umbilical; 3.º, por el peritoneo, que forma un verdadero saco, a veces libre, pero más corrientemente adherido a la cicatriz fibro-cutánea.

Es necesario resecar todo el tejido cicatricial y el saco, y reconstituir una pared sólida con los tejidos sanos, plano por plano.

Manual operatorio. — Todo es comparable aquí con la cura de las grandes hernias umbilicales; por tanto, no haremos más que indicar rápidamente los diferentes tiempos.

1.º Incisión en piel sana, elíptica, circunscribiendo la cicatriz y disección de los dos labios cutáneos hasta el saco.

2.º Incisión de la aponeurosis, si hay lugar a ello, a poca distancia de la base del saco y del peritoneo al mismo nivel, en uno de los lados de la herida.

3.º Examen del contenido de la eventración, después de lo cual si es totalmente reductible se suprime el saco y se cierra la pared.

Si es parcialmente irreductible, hay que comenzar por liberar las partes adheridas: tratamiento de las adherencias epiploicas y de las adherencias intestinales (véase más atrás: hernias adherentes).

4.º Se completa la incisión de la pared músculo-aponeurótica y del peritoneo incindiendo estos planos del otro lado de la herida, siempre fuera de la zona cicatricial. La piel, el saco y todos los tejidos cicatriciales se encuentran de esta forma resecaos en masa.

5.º Reconstitución de la pared. Recorriendo el contorno de la herida con el dedo se comprueba que no existen adherencias alrededor del orificio peritoneal, y después se hace la reunión plano por plano: una fina sutura en el peritoneo, puntos separados en los músculos (si se trata de una eventración lateral, a consecuencia de una incisión de MAC BURNEY, por ejemplo), puntos separados en la aponeurosis e hilos en la piel.

Tal es la técnica clásica. La técnica de los hermanos MAYO, publicada por JUDD en 1912, difiere por dos detalles:

1.º No resecan el tejido cicatricial, salvo a nivel de la piel.

2.º Hacen deslizar uno de los labios de la brecha parietal delante del otro para doblar la pared en masa, sin disecar los planos anatómicos. Es decir, que ellos toman uno de los colgajos parietales, constituido por el peritoneo, músculos y aponeurosis englobados en el tejido cicatricial, y lo aplican sobre el otro colgajo parietal y lo hacen cabalgar mediante algunos hilos en U; después suturan la cara peritoneal del colgajo, que recubre la aponeurosis con una sutura muy apretada.

Esta técnica, empleada centenares de veces, les ha dado muy buenos resultados.

CAPÍTULO V

Técnica de las laparotomías

La laparotomía (1) es la operación que consiste en abrir la cavidad abdominal (2).

Dispositivo operatorio. — El *enfermo* está acostado sobre la mesa. La posición declive (cabeza abajo), más o menos acentuada; es ventajosa siempre que se opere sobre las regiones inferiores del abdomen, fosas ilíacas y pelvis (fig. 65); la posición inversa es aconsejable para las operaciones en las regiones superiores: epigastrio o hipocondrios (fig. 66). Las mesas de operaciones usuales realizan fácilmente estas dos posiciones.

Por regla general, para las operaciones sobre la parte superior del abdomen, el *cirujano* se coloca a la derecha, si no es zurdo; como asimismo, si ha de operar sobre el hipocondrio izquierdo, también estará mejor “en su mano”; por la misma razón se coloca a la izquierda en las operaciones pelvianas. Para las operaciones de la parte media del abdomen, se coloca en el mismo lado del órgano sobre el cual ha de operar.

(1) Nombre consagrado por el uso, pero es malo cuando se trata de una incisión media (*λαπαρα*, flanco); el de *cœlitomía* sería más correcto.

(2) La reducida extensión de este volumen nos impide abordar las cuestiones, muy importantes en cirugía abdominal, de los cuidados pre-operatorios, de la anestesia y de los cuidados post-operatorios. Adaptándonos al espíritu de esta obra, que no es un tratado de *Terapéutica Quirúrgica*, nos ocuparemos solamente del acto operatorio, la técnica propiamente dicha, la que puede repetirse en el cadáver.

Entre las operaciones que describimos, hemos anotado las que se pueden realizar con anestesia local, y damos por entendido que las otras necesitan anestesia general o raqui-anestesia.

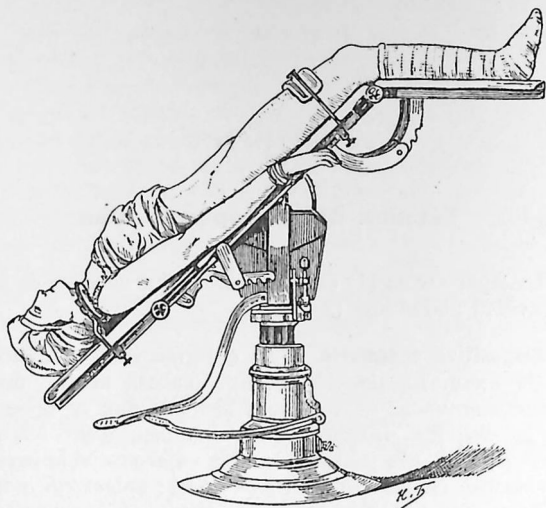


Fig. 65 — Posición operatoria para las intervenciones en las regiones bajas del abdomen.

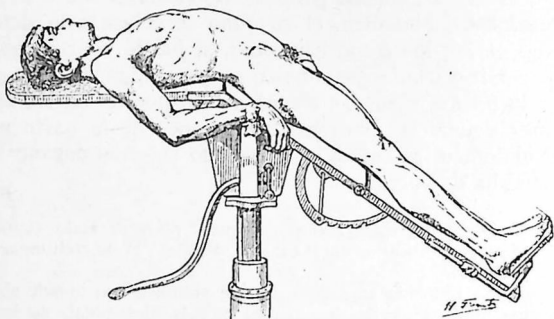


Fig. 66. — Posición del enfermo para las intervenciones en las regiones altas del abdomen (De MARTEL).

El ayudante se coloca enfrente del cirujano. Para un cierto número de intervenciones abdominales complicadas, es útil disponer de un segundo ayudante, que se coloca generalmente a la izquierda del operador.

El material operatorio: campos, compresas abdominales, tapones, instrumentos, estarán colocados al alcance de la mano derecha del operador; estos últimos en un orden

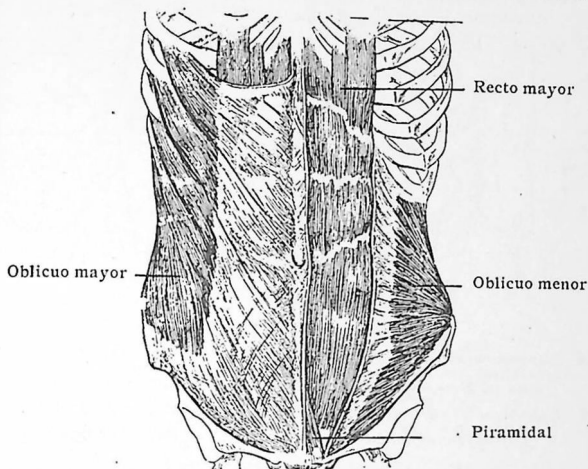


Fig. 67. — Músculos y aponeurosis de las paredes anterolaterales del abdomen (POIRIER).

constante sobre una mesa bastante grande y no amontonados en una caja estrecha.

Por lo que respecta a *iluminación*, toda luz solar o artificial puede ser suficiente, a condición de que sea difusa y que venga de lo alto. Los operadores habituados a la iluminación frontal difícilmente pueden pasar sin ella.

I. Las incisiones

Pueden ser verticales, oblicuas o transversales.

A. — Laparatomías verticales (fig. 68A)

a) **Medias.** — Son las más empleadas. Como que en la línea media la pared abdominal se presenta adelgazada, la incisión es rápida y fácil; además, no interesa ningún

vaso importante y, por tanto, no es necesaria ninguna ligadura y la sutura se efectúa fácilmente. La laparotomía media es el tipo de la laparotomía exploradora: dándole

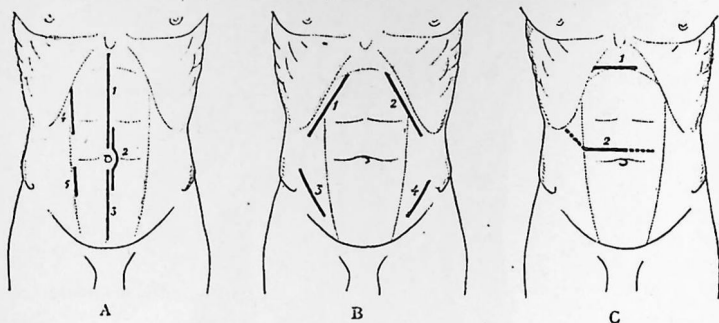


Fig. 68. — Algunos tipos de laparotomías.

A *Laparotomías verticales*. — 1. Media supraumbilical. — 2. Media supra e infraumbilical. — 3. Media subumbilical. — 4. Lateral alta sobre el borde externo del recto. — 5. Lateral baja sobre el borde externo del recto.

B *Laparotomías oblicuas*. — 1 y 2. Paralelas al reborde costal. — 3 y 4. Iliacas.

C *Laparotomías transversales*. — 1. Alta. — 2. Baja (de SPRENGEL).

dimensiones suficientes, permite el reconocimiento de todos los órganos abdominales.

Es bastante excepcional practicar la laparotomía media total xifo-pubiana, limitándose ordinariamente a la mitad o a la tercera parte del abdomen, a niveles diferentes según los órganos sobre los cuales se ha de intervenir.

1.º *Laparotomía media supra-umbilical* (fig. 68 A, 1). — Está indicada en las operaciones de la parte superior del abdomen: estómago, hígado, bazo.

Incisión de la piel. — Vertical, media, más o menos larga, entre el apéndice xifoideo y el ombligo; en general el panículo adiposo de la piel en esta región tiene poco grosor.

Incisión de la aponeurosis. — Se ha de practicar con prudencia, pues sólo está separada del peritoneo por una delgada capa de grasa. No se ven los músculos rectos porque los bordes internos permanecen lejos de la línea media a este nivel.

Incisión del peritoneo. — Una vez incindida la grasa suprapéritoneal se incinde con cuidado el peritoneo con el bisturí (fig. 69), apareciendo entonces un pequeño orificio abierto en la cavidad peritoneal; se agranda e introducen los dedos índice y medio de la mano izquierda, deslizán-

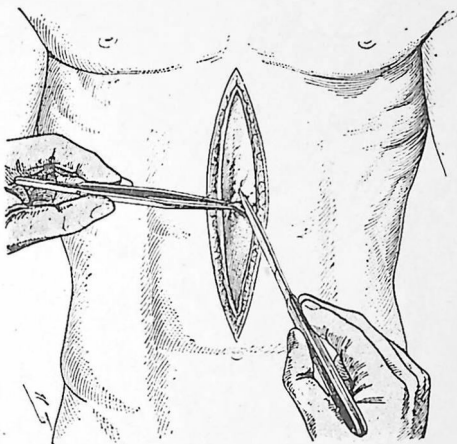


Fig. 69. — Laparotomía media supraumbilical: abertura del peritoneo.

dolos bajo la pared, a la cual elevan fuertemente, separándola del epiplón, pudiendo así sin peligro de herir las vísceras agrandar la incisión del peritoneo, con las tijeras sostenidas con la mano derecha, hasta los límites de la herida cutánea (fig. 70).

2.º *Laparotomía media umbilical* (fig. 68 A, 2). — Será necesario limpiar y desinfectar el ombligo con un cuidado especial.

La incisión cutánea pasará a la izquierda del ombligo para evitar los restos cicatriciales de la vena umbilical. Será, por lo tanto, media por encima del ombligo, después se desviará para pasar a la izquierda y volverá a la línea media una vez pasado este nivel. La aponeurosis se incindirá también en la línea media, desviándose a la izquierda

al llegar al ombligo, siguiéndose la misma línea que para el peritoneo.

3.º *Laparotomía media infra-umbilical* (fig. 68 A, 3).

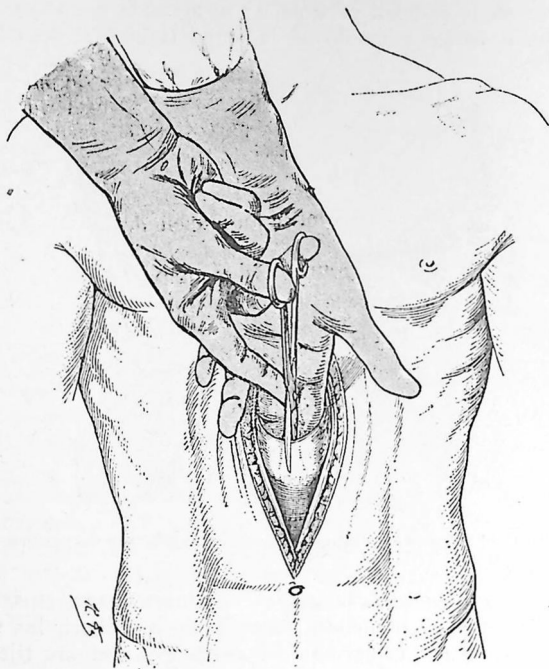


Fig. 70. — Laparotomía media supraumbilical: modo de continuar la incisión del peritoneo.

— Será necesario evacuar la vejiga por micción o por cateterismo.

La incisión cutánea parte de la sínfisis del pubis por su parte inferior, encontrando debajo de la piel un grueso panículo adiposo, sobre todo en la parte baja.

Incisión de la aponeurosis.— La intersección de las aponeurosis es verdaderamente lineal (línea blanca), y, por lo tanto, casi fatalmente se abre la vaina de uno de los

músculos rectos; al llegar a las fibras musculares se contorneará su borde interno.

Incisión del peritoneo. — Se incinde primeramente una hojilla fibrosa muy fina, que es la hoja profunda de la

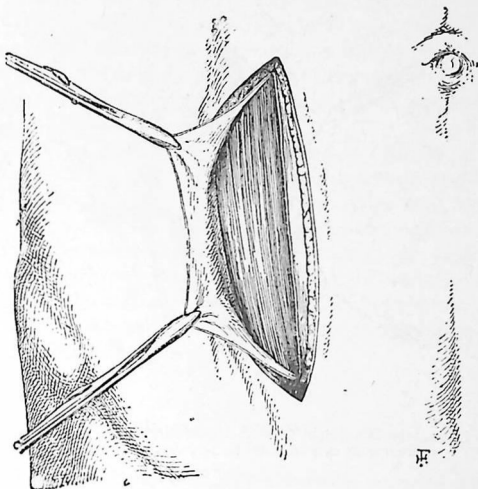


Fig. 71. — Laparotomía vertical lateral subumbilical: 1.º Incisión de la hoja anterior de la vaina del recto.

vaina de los rectos o *fascia transversalis*; después se encuentra una capa de grasa superficial, a veces muy gruesa, que se incinde, y después el peritoneo, que se pinza y se secciona. Se agranda la abertura peritoneal con los dos dedos de la mano izquierda introducidos en el vientre los cuales elevan la pared, la separan de la masa intestinal y guían las tijeras; en la parte superior no hay ningún riesgo, pero en la inferior es preciso evitar herir la vejiga, para lo cual se ha de seccionar primeramente la pared aponeurótica hasta la sínfisis, deslizando la rama inferior de las tijeras en el tejido celular sub-peritoneal y después incindir el peritoneo mediante pequeños cortes con la tijera, deteniéndose cuando se apercibe la capa de grasa amarilla que

constituye el borde superior de la vejiga; un operador poco experimentado hará muy bien en reconocer el peritoneo por delante de las tijeras para asegurarse que no contiene la vejiga, la cual se distinguirá por su grosor.

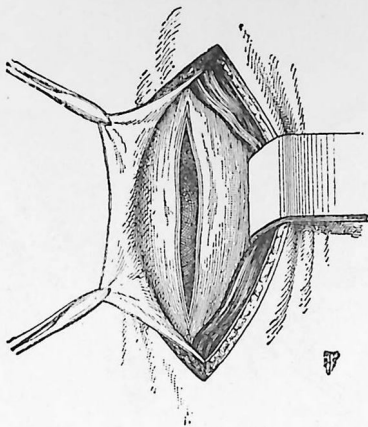


Fig. 72. — Laparotomía vertical lateral subumbilical. 2.º Incisión de la hoja posterior de la vaina del recto y del peritoneo.

b) **Laterales.** — Las laparotomías verticales laterales se practican sobre todo a nivel del borde externo del músculo recto del abdomen.

En la parte alta y a la derecha, para operar sobre las vías biliares o el duodeno (fig. 68 A, 4); en la parte baja y a la derecha para abordar el ciego y el apéndice (vía de JALAGUIER, fig. 68 A, 5); en la parte superior y a la izquierda para el bazo, etc.

La *incisión cutánea* se hace un poco por dentro del borde externo del músculo recto mayor.

Incisión de la hoja anterior de la vaina. — Se incinde un poco por dentro para caer encima de la vaina, incindiéndose la aponeurosis ampliamente de punta a punta (figura 71); se libera el borde externo del músculo utilizando el mango del bisturí o la parte plana de las tijeras,

el cual se mantendrá hacia adentro con ayuda de un separador.

Incisión de la hoja posterior y del peritoneo.—La hoja posterior se incide a dos centímetros por dentro del borde externo de la vaina. Conviene recordar que el peritoneo está casi siempre adherido y que, por lo tanto, se abren estas dos hojas casi siempre juntas (fig. 72). Si se opera en la parte baja, es necesario evitar la herida de los vasos epigástricos unidos a la pared posterior de la vaina.

El inconveniente de esta laparotomía está en que fatalmente corta los nervios motores del músculo recto, filetes de los seis últimos nervios intercostales que abordan al músculo por segmentos a lo largo de su borde externo. La sección de estos nervios va acompañada de parálisis y de degeneración del segmento muscular inervado, y consecutivamente de una debilitación de la cintura muscular y tendencia a la eventración en los casos en que la incisión ha tenido dimensiones acentuadas.

B. — Laparotomías oblicuas (fig. 68B)

a) **Oblicuas hacia bajo y hacia fuera.**—Estas son las incisiones sub-costales, utilizadas en la cirugía de los hipocóndrios: hígado y vías biliares a la derecha (fig. 68 B, 1); bazo, tuberosidad mayor del estómago y ángulo cólico a la izquierda (fig. 68 B, 2).

Se trazan paralelamente al reborde cartilaginoso del tórax, pudiéndose prolongar hacia atrás más o menos lejos y hacia delante sin rebasar la línea media.

Interesan los siguientes planos: 1.º, músculo oblicuo mayor, su porción carnosa por afuera y su porción aponeurótica por adentro; 2.º, músculo oblicuo menor; 3.º, transversos; 4.º, peritoneo.

Hay que tener en cuenta no incidir estos diferentes planos a ras del reborde costal, sino a unos dos centímetros de este borde, con objeto de conservar una cantidad de músculo suficiente para la reconstitución de la pared.

Estas incisiones, que proporcionan un buen acceso a los

hipocondrios, presenta el doble inconveniente de seccionar transversalmente casi todos los músculos que atraviesan y de cortar todos los filetes nerviosos motores de la pared abdominal que la cruzan perpendicularmente.

b) **Oblicuas hacia bajo y adentro.** — Estas son las laparotomías que se practican sobre todo en la parte inferior, a los lados, como vías de acceso a las fosas ilíacas; ciego y apéndice a la derecha, incisión de MAC BURNLEY (fig. 68 B, 3). S ilíaca a la izquierda (fig. 68 B, 4). Presentan la ventaja de ser paralelas a los filetes nerviosos; paralelas también a las fibras del músculo oblicuo mayor; en cuanto a los músculos profundos, a los que se llega perpendicularmente a su dirección, no hay necesidad de incidirlos más que cuando se necesita un ancho campo operatorio, pero en la mayor parte de los casos (apendicectomía, tíflostomía, sigmoidostomía) es suficiente con la disociación, y con la cual no se altera la solidez de la pared abdominal.

Estas incisiones serán descritas, con sus correspondientes figuras, a propósito de las operaciones más arriba designadas.

Las incisiones oblicuas hacia bajo y adentro pueden ser empleadas en la parte superior del abdomen, siendo entonces trazadas desde el ombligo al reborde cartilaginoso costal, al que llegan perpendicularmente, y al cual pueden, en caso de necesidad, seccionar sin abrir la pleura; dan un campo excelente sobre los órganos del hipocondrio, sobre el bazo en particular, y pueden ser prolongadas, en particulares indicaciones, por un espacio intercostal (ver más adelante: tóraco-laparotomías).

C. — Laparotomías transversales (fig. 68C)

Gozan desde algunos años de gran favor. No hablaremos de las incisiones transversales infra-umbilicales (tipo PFANNENSTIEL) porque no tienen casi ninguna indicación fuera de las operaciones ginecológicas.

Pero sí de la incisión transversal supra-umbilical (tipo

SPRENGEL), combinada a la hiperextensión del tronco, que proporciona un campo considerable sobre el estómago y la cara inferior del hígado.

Esta incisión, que puede hacerse a diferentes alturas, según la región sobre la cual se propone operar, secciona un músculo recto, o bien los dos, y puede asimismo, en caso de necesidad, rebasar lateralmente el borde externo del recto e interesar el oblicuo mayor mediante una pequeña desviación externa que corresponda a la dirección de las fibras de este músculo.

Es necesario practicar siempre la hemostasia de la epigástrica en el corte muscular inferior.

Estas incisiones no seccionan ningún nervio y son fáciles de reconstituir.

Lo esencial en una laparotomía es proporcionarse campo. Si la incisión primitiva no da campo suficiente, no se dudará en practicar una incisión atípica, sin titubear en ejecutar en una de las extremidades de esta incisión un desbridamiento perpendicular. Esta práctica se ha hecho corriente en cirugía gástrica, donde se comienza por una laparotomía supra-umbilical, y frecuentemente, si se trata de una pilorectomía, se aumenta el campo hacia la derecha, practicando en la extremidad inferior de la incisión vertical una incisión horizontal; si se trata de llegar a las zonas elevadas de la pequeña corvadura, se hace en la extremidad superior de la incisión vertical una incisión paralela al borde de las falsas costillas izquierdas (incisión en J invertida).

No es necesario exagerar la importancia del sentido de la dirección de las incisiones en cirugía abdominal; los cirujanos las emplean diferentes para la misma intervención, con la misma comodidad. Cuando se trata de abrir una cavidad como el abdomen, el lugar preciso de la incisión no tiene la misma importancia que en la cirugía de los miembros o del cuello para descubrir una arteria o un nervio en un intersticio muscular... Toda incisión es buena, con tal de que sin ningún contratiempo, lleve sobre el órgano que se quiere tratar. Hay que evitar, en lo posible, las incisiones múltiples y aproximadas; si las incisiones con dos ramas, quiero decir angulares, son tolerables en algunos casos, es absolutamente necesario rechazar las incisiones "estrelladas" de tres o cuatro ramas que son prodigiosamente mortificantes, difíciles de reunir y exponen al esfacelo la punta de los colgajos.

II. Exploración del abdomen. Maniobras intraabdominales

Para utilizar lo mejor posible la incisión practicada, es necesario separar en sentido contrario sus dos labios por medio de los *separadores*: los separadores fijos del género de los de RICART o de GOSSET, presentan la ventaja de ahorrar un ayudante, porque ellos solos permanecen colocados; las valvas sostenidas por las manos de un ayudante presentan, por el contrario, la ventaja de poder ser orientadas de manera diferente, siguiendo las necesidades de tal o cual tiempo operatorio.

El cirujano debe colocarse él mismo los separadores; el ayudante los debe sostener en su sitio separando con la punta de ellos y procurando conservar la orientación que le fué dada por la mano del cirujano.

El cirujano debe *proteger su campo operatorio*, no sólo superficialmente con las telas de campo fijadas a los labios de la incisión cutánea, sino además en la profundidad, deslizando bajo la pared abdominal grandes compresas de tejido flexible alrededor de la región sobre la cual se interviene. Debe procurar, además, *exteriorizar* tanto como le sea posible el órgano sobre el cual trabaja.

En las operaciones que traen consigo la abertura de una cavidad del tubo digestivo, estas precauciones deben ser llevadas al extremo: el estómago o el intestino que se incinde, deberá ser rodeado por todas partes de compresas que no se quitarán hasta que este "tiempo séptico" esté terminado.

Es útil tener a mano un *aspirador* potente, montado sobre un motor o más simplemente sobre un aspirador de agua, para aspirar el contenido líquido y séptico de las cavidades gástricas o intestinales, o de abscesos y colecciones diversas que pueden encontrarse en el curso de una laparatomía.

Es necesario tener un *juego de instrumentos especiales para los tiempos sépticos* de una operación, que no se mezclarán con los otros instrumentos.

También es útil lavarse cuidadosamente los guantes con agua hervida y con alcohol después de los tiempos sépticos, pero es necesario asimismo secárselos con una compresa seca antes de tocar nuevamente la herida: lo mejor, a ser posible, es cambiarse los guantes cuando se han terminado los tiempos sépticos.

Las grandes abluciones de la cavidad peritoneal son generalmente inútiles y con frecuencia perjudiciales. Algunos cirujanos tienen el hábito de echar sobre la herida operatoria un poco de éter después de la ejecución de un tiempo séptico; esta práctica no parece perjudicial, pero si se practica será necesario no aproximar el termocauterio o una llama cualquiera al campo operatorio durante todo el resto de la operación; esto es evidente, pero es necesario recordarlo.

Los muñones de las ligaduras deben ser pequeños.

En cirugía abdominal, más que en cualquier otra, es necesario *operar con cuidado*, evitar los movimientos bruscos, las maniobras brutales, las tracciones forzadas sobre los órganos, que aumentan el shock y agravan el pronóstico operatorio en proporciones considerables.

Antes de cerrar el vientre se debe comprobar:

1.º Que la *hemostasia* es perfecta; las hemorragias en peritoneo libre tienen poca tendencia a cohibirse espontáneamente y son de consecuencias terribles.

2.º Que no queda ninguna superficie cruenta: la *peritonización* es hoy día un dogma en cirugía abdominal; detiene las sufusiones hemorrágicas, aísla la gran cavidad de contaminaciones más o menos sépticas y evita la formación de adherencias; el taponamiento sólo se empleará en los casos en que la peritonización es completamente imposible.

3.º Por último, que no se haya olvidado ningún instrumento ni compresa en la cavidad abdominal; una pinza colocada al principio de la operación en uno de los pequeños vasos de la pared puede haberse desprendido y caer en el abdomen: *nunca recomendaremos bastante el hacer la hemostasia definitiva de la pared antes de comenzar las maniobras intraabdominales*; de esta manera se evitará, por una parte, obstrucciones inútiles en el campo operatorio y,

por otra parte, el peligro del instrumento "olvidado en el vientre". Una compresa se olvida aún más fácilmente: una compresa empapada de sangre es difícil de ver al final de ciertas operaciones complejas; es conveniente dejar siem-

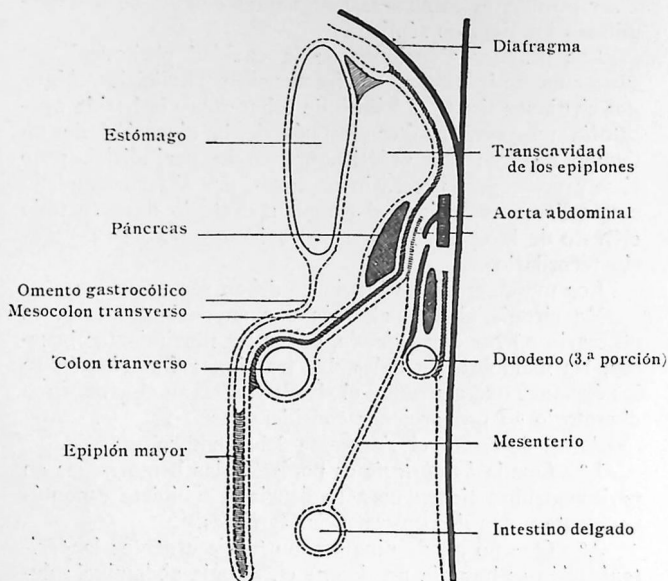


Fig. 73. -- Corte esquemático sagital del abdomen para demostrar la disposición del peritoneo (según Descomps).

pre sobresalir las compresas de protección y colocar una pinza en la parte que sobresale y, sobre todo, acostumbrarse y acostumbrar al ayudante a *no depositar jamás una compresa en el campo operatorio* o en su vecindad; la compresa debe secar e inmediatamente después tirarla en un recipiente colocado a los pies de los operadores. Es esta una disciplina que es necesario a todo trance observar e imponer a los ayudantes, so pena de graves contratiempos.

No podemos indicar aquí en este capítulo de conjunto todas las maniobras de exploración que pueden ser necesarias en el curso

de una laparotomía; serán estudiadas en detalle a propósito de cada operación.

Para dar una idea de conjunto, sería necesario exponer toda la anatomía del abdomen y particularmente la disposición del peri-

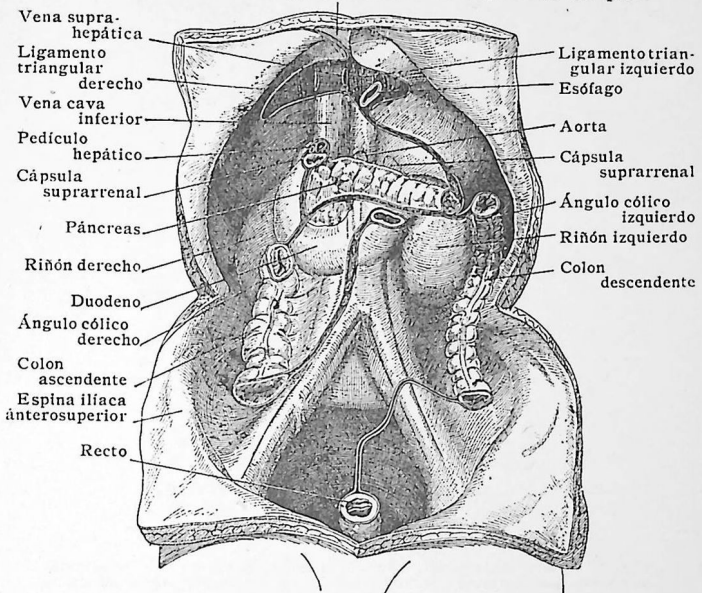


Fig. 74. — Pared abdominal posterior vista por delante: los órganos no adosados a ella han sido extirpados: en la figura se puede reconocer la sección de su meso (P. DESCOMPS).

toneo: para comprenderlo sería necesario explicar la evolución del asa intestinal primitiva, de sus mesos y de las glándulas que se desarrollan. Remitimos para estas nociones indispensables a los tratados de anatomía topográfica y descriptiva.

A pesar de todo, señalaremos el interés que tiene el estudio de las zonas de adosamiento del peritoneo (1), que desde hace unos veinte años ha sido objeto de aplicaciones quirúrgicas interesantísimas: el despegamiento operatorio de las zonas fijas del colon,

(1) Véanse las zonas adosadas del peritoneo. Su despegamiento operatorio. PEDRO DESCOMPS, *Revue de Chirurgie*, LX, 1922, núm. 7, pág. 451.

del duodeno, del epiplón mayor, ha motivado una serie de técnicas nuevas que permiten movilizar y exteriorizar sin peligro los segmentos intestinales fijos (duodeno, colon ascendente y descendente), abriendo recientemente un campo nuevo sobre las regiones de ac-

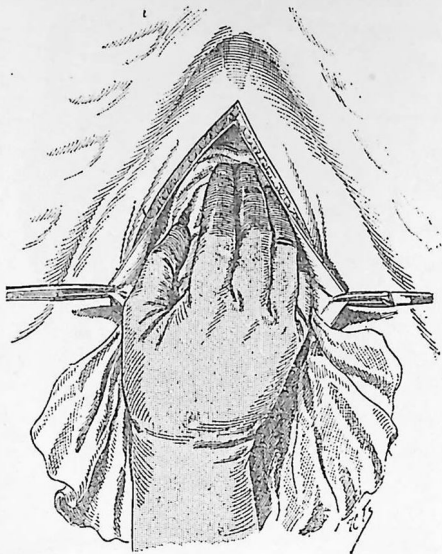


Fig. 75 - Cierre de la pared en un solo plano: 1.º Sobre las asas intestinales se dispone una compresa grande insinuando sus bordes por debajo de los de la herida.

ceso difícil (cara posterior del estómago, cabeza de páncreas, colédoco). Acaso, en el curso de la lectura de esta obra, el lector verá de buena gana dos figuras, que dan una buena idea de conjunto de la disposición del peritoneo abdominal (figs. 73 y 74).

III. Cierre de la pared

Puede hacerse de dos maneras: en un solo plano o en varios.

A. **En un solo plano.** — Este es un procedimiento de ejecución rápida, y que da buenos resultados. Tiene su

principal indicación en terminar de prisa una larga operación, sobre todo si el enfermo empieza a despertarse y

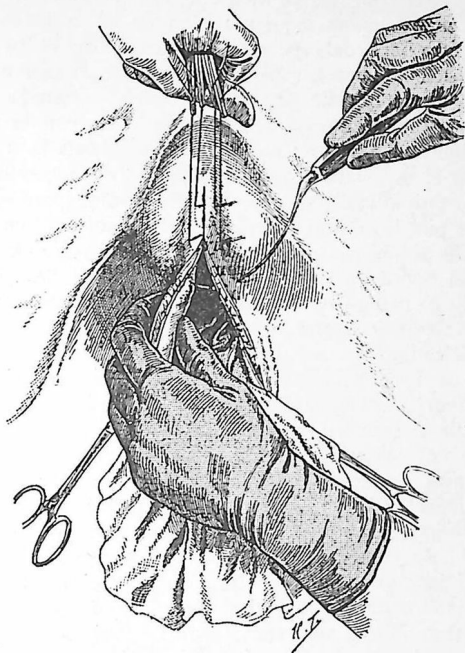


Fig. 76. — 2.º Disposición de los puntos: obsérvese cómo el ayudante levanta la pared mediante dos hilos ya pasado; el operador, con la mano izquierda, levanta y ranversa los bordes de la herida para facilitar y comprobar el paso de la aguja.

a exteriorizar sus asas intestinales a consecuencia de sus esfuerzos.

Los dos labios del peritoneo están fijos por medio de dos pinzas; se coloca un campo de tela o de gasa de plano sobre las asas intestinales o sobre el epiplón mayor que las recubre, insinuando los bordes de esta gasa por debajo de los bordes de la herida; si el enfermo hace esfuerzos,

el ayudante coloca una mano sobre la gasa para mantener las asas. El operador debe comenzar la sutura por la parte superior de la incisión (1); elevando y ranversando con la mano izquierda el labio de la incisión que más cerca está del operador (índice sobre el peritoneo, pulgar sobre la piel), atraviesa este labio, la piel primero, con la aguja grande de DOYEN curva, sostenida con la mano derecha, de parte a parte, vigilando con la vista la dirección de la punta; eleva y ranversa con la mano izquierda el otro labio (pulgares sobre el peritoneo, los otros dedos sobre la piel), y se perfora lo mismo, siendo en este caso la piel lo último (fig. 76); el ayudante coloca un sólido hilo de bronce que doblará al nivel del ojo de la aguja, y el operador tira rápidamente hacia él del hilo basculando el mango de la aguja para respetar la curvatura de ésta; se coloca una pinza sobre cada uno de los extremos del hilo; un segundo hilo es pasado en la misma forma, a dos centímetros del primero, después un tercero y así sucesivamente. Cuando se ha colocado el último hilo se anuda el primero, retorciendo sus cabos uno sobre otro y, una vez retorcidos, el ayudante lo eleva vigorosamente en el aire y elevará así todos los hilos a medida que se han ido retorciendo. Antes de apretar los dos o tres últimos hilos, se retirará el campo protector: Es necesario retirar este campo cuidadosamente, con precaución, para lo cual hay que *tirar por los bordes*, y tirar alternativamente sobre un borde y después sobre el otro, en varias veces (fig. 77), tantas como sean necesarias para que el campo acabe por "salir solo"; si se tira "por la punta", o bien se siente una resistencia invencible, o bien se arrastran hacia fuera todas las vísceras, que se reducen con mucha dificultad. Una vez quitada la gasa, tirando el ayudante siempre verticalmente hacia arriba de los hilos anudados anteriormente, el operador anuda los dos últimos hilos, asegurándose que no hay ninguna asa colocada entre estos hilos y la pared.

(1) Si comenzara por la parte inferior se vería precisado a quitar, una vez acabada la operación, la gasa por la parte superior, exponiéndose entonces a arrastrar con ella el epiplón mayor.

Se obtendrá una buena cicatrización por primera intención, si se ha comprendido en cada punto poca piel, mucho músculo y poco peritoneo. Si el afrontamiento cutáneo no

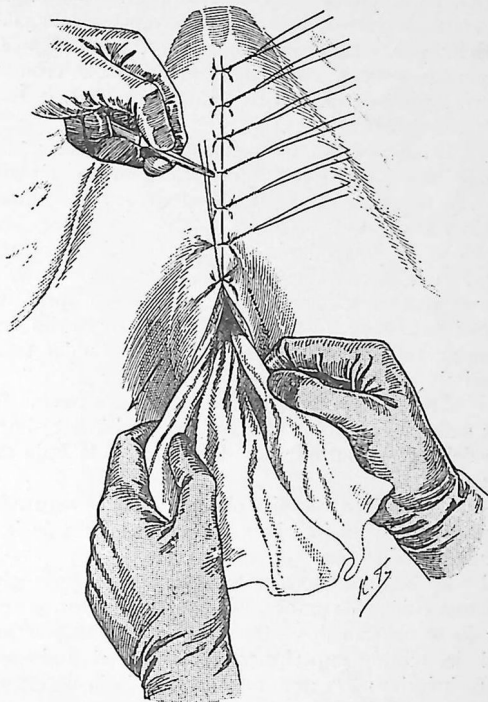


Fig. 77. — 3.º Modo de retirar la compresa grande antes de colocar los últimos puntos: tracciones alternadas sobre los bordes.

es perfecto se concluye por medio de puntos de lino intermedarios en la piel.

B. En varios planos. — El *primer plano es el del peritoneo*, que se cierra con catgut del número 0, por medio de una sutura continua de puntos bastante aproximados, y que

el ayudante no debe dejar aflojar ni un solo instante. Al mismo tiempo que el peritoneo, se coge generalmente la *fascia transversalis* en las laparotomías infra-umbilicales.

El *segundo plano* es aponeurótico, o *músculo-aponeurótico*, según la variedad de la laparotomía. Se le puede reconstituir por una sutura continua, o más seguramente, por puntos sueltos, con catgut ordinario o cromado del número 2; hemos de insistir en la necesidad de hacer los nudos correctamente (1).

a) En la laparotomía media supra-umbilical: sutura de la línea blanca (se puede sin inconveniente, teniendo en cuenta la delgadez del peritoneo y aponeurosis, unir las en un solo plano).

b) En la laparotomía media infra-umbilical, antes de suturar la hoja anterior de la vaina de los rectos, que es el plano aponeurótico resistente, se pueden aproximar los bordes internos de los músculos rectos por medio de 3 ó 4 puntos de sutura, no muy apretados, destinados solamente a suprimir el "espacio muerto".

c) En la laparotomía sobre el borde externo del recto, es suficiente dejar se coloque en su sitio este borde externo del recto y suturar por delante de él la hoja anterior de su vaina.

d) En las laparotomías oblicuas, puntos separados con catgut grueso, que interesen todo el espesor de la pared musculo-aponeurótica.

e) En las laparotomías transversales: 1.º, es necesario hacer una cuidadosa sutura en los músculos rectos: en cada músculo se colocan dos puntos en U, ocupando el asa una mitad del muñón superior y cerrándose el nudo sobre el muñón inferior; 2.º, una sutura en la hoja anterior de la vaina aponeurótica.

Tercer plano: la piel, que puede unirse con crin, seda, lino o cáñamo: esto no tiene ninguna importancia. Lo esencial es que el afrontamiento sea perfecto y que los puntos no estén muy separados. No ha de olvidarse que la piel es la más sólida de las cubiertas que constituyen la pared abdominal.

(1) Véase página 3.

Si se establece drenaje, hay que hacerlo por el punto más declive y fijarlo a la piel con un punto de sutura.

Muchos cirujanos, para ocupar el espacio muerto y evitar la formación de hematomas, emplean, para las laparotomías de alguna extensión, supra-umbilicales sobre todo, el siguiente procedimiento,

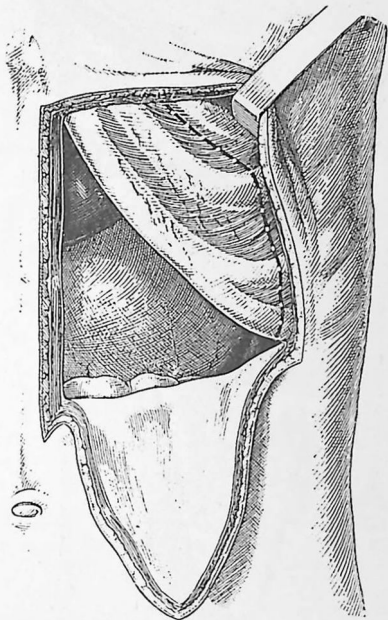


Fig. 78. — Laparotomía agrandada por la resección definitiva del reborde costal (técnica de AUVRAY): 1.º trazado de la incisión (según TUFFIER y ROUX-BERGER).

que es muy recomendable: cuando sólo está cerrado el peritoneo, se pasan por la piel, la aponeurosis y los músculos, 4 ó 5 hilos resistentes (crin grueso o bronce), bastante separados, que no se anudan inmediatamente; se sutura como de ordinario el plano musculoponeurótico, y después la piel, y entonces se anudan dichos crines o hilos de bronce sobre un rodillo de gasa aplicado sobre la línea de sutura; estos hilos de sutura pueden ser quitados a los 4 ó 5 días.

Laparotomías "alargadas". Toraco-laparotomías

El acceso de los órganos colocados en los hipocondrios es particularmente difícil; las laparotomías ordinarias dan forzosamente un campo insuficiente sobre la convexidad del hígado, la región del

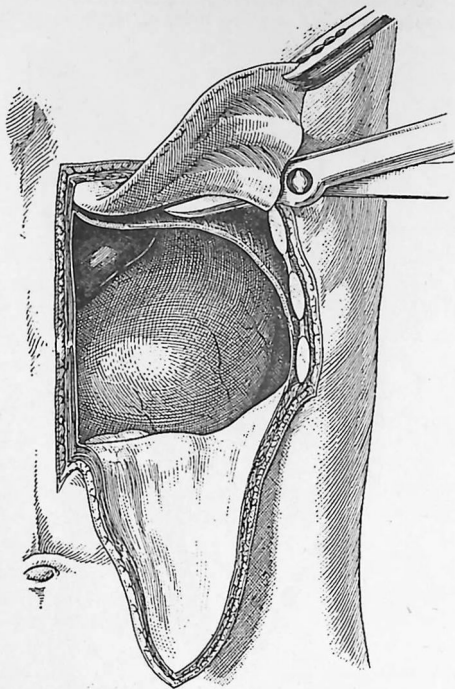


Fig. 79. —Laparotomía agrandada por la resección definitiva del reborde costal (técnica de AUVRAY): 2.º resección de los cartilagos 7.º, 8.º y 9.º (según TUFFIER y ROUX-BERGER).

cardias, de la tuberosidad mayor del estómago y del mismo bazo.

Se puede, en estos casos difíciles, proporcionar más campo hacia arriba, bien seccionando pura y simplemente el reborde costal, como habíamos dicho; bien resecaando definitivamente o temporalmente este reborde costal, sin abrir la pleura; bien prolongando en un espacio intercostal la incisión abdominal, y seccionando no solamente el reborde cartilaginoso, sino también la inserción

del diafragma en este reborde, y si es menester abriendo la pleura, transformando la laparotomía en laparo-toraco-frenotomía.

A. Resección definitiva del reborde costal (técnica de Auvray) (1). — Una vez comprobado que la laparotomía

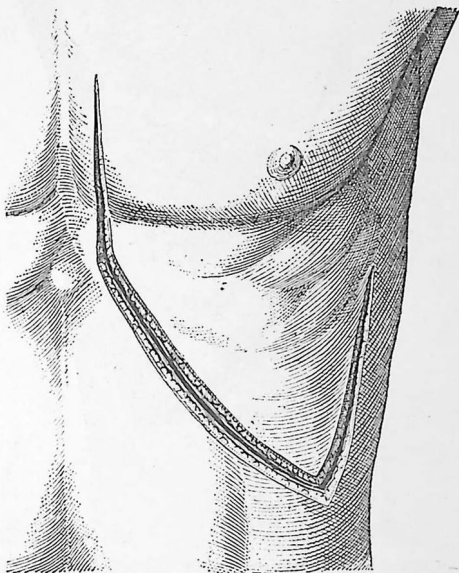


Fig. 80. — Laparotomía agrandada por la resección temporal del reborde costal (técnica de BAUDET-NAVARRO): 1.º trazado de la incisión (según TUFFIER y ROUX-BERGER).

media supra-umbilical es insuficiente se traza en su extremidad superior una incisión oblicua a lo largo del borde inferior del tórax; se descubre el reborde cartilaginoso y se libera su borde inferior desinsertando el transversó y el diafragma, y con el dedo se rechaza el fondo de saco pleural, después de lo cual se pueden resecar ampliamente 2 ó 3 cartílagos (9.º, 8.º, 7.º), sin peligro de abrir la cavidad pleural (figs. 78 y 79).

(1) AUVRAY. Congreso francés de Cirugía, 1899-1903.

B. **Resección temporal del reborde costal (técnica Baudet- (1) Navarro) (2).** — Se practica una incisión en U cuya rama anterior vertical está sobre el apéndice xifoides, la

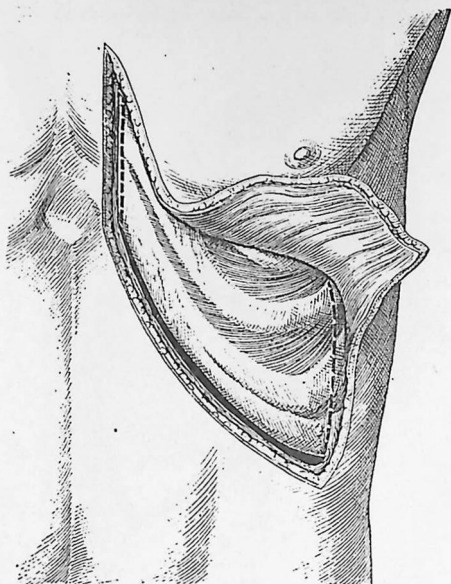


Fig. 81. — Laparotomía agrandada por la resección temporal del reborde costal (técnica de BAUDET-NAVARRO) 2.º trazado de la resección (según TUFFIER y ROUX-BERGER).

incisión posterior sobre la línea axilar anterior, la incisión inferior oblicua a un través de dedo por debajo del reborde costal (fig. 80). Esta incisión interesa todas las partes blandas comprendiendo el peritoneo. En su rama anterior, se seccionan los cartílagos costales a 2 centímetros del borde esternal; en su rama posterior se seccionan las cos-

(1) BAUDET. *Le Médecin praticien*, 3 y 10 septiembre 1907. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1.º febrero 1911.

(2) NAVARRO, *Bull. y Mém. de la Soc. de Chir.*, 7 diciembre de 1910.

tillas (fig. 81). Habitualmente es suficiente cortar las tres costillas más inferiores del reborde costal para poder movilizar un colgajo que una vez doblado hacia arriba des-

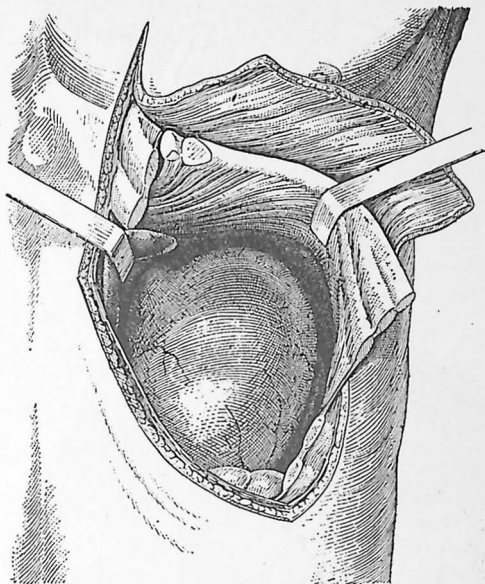


Fig. 82. — Laparotomía agrandada por la resección temporal del reborde costal (técnica de BAUDET-NAVARRO: 3.º campo obtenido (según TUFFIER y ROUX-BERGER).

cubra perfectamente el hipocondrio (fig. 82). Para reconstituir la pared no es necesario suturar las costillas, es suficiente reunir los tejidos por encima y por debajo de cada costilla pasando por su borde.

C. Laparo-toraco-frenotomía (técnica Ans. Schwartz y Juan Quénu) (1). — Incisión en el 6.º espacio intercostal (cardias-esófago), o en el 7.º (tuberosidad mayor del es-

(1) ANS. SCHWARTZ y JUAN QUÉNU, *Paris medical*, 21 febrero 1920, pág. 149, y JUAN QUÉNU, Tesis de París, 1920.

tómago a la izquierda, convexidad de hígado a la derecha), o en el 8.º y 9.º (bazo, ángulos cólicos), prolongada más

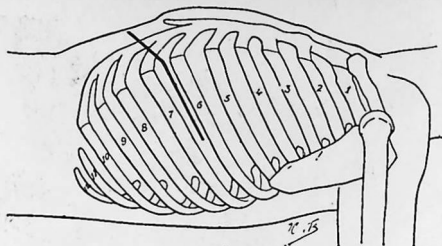


Fig. 83. —Laparotoracofrenotomía en el 6.º espacio intercostal izquierdo. — Trazado de la incisión (esquema) (ANS. SCHWARTZ y JUAN QUÉNU).

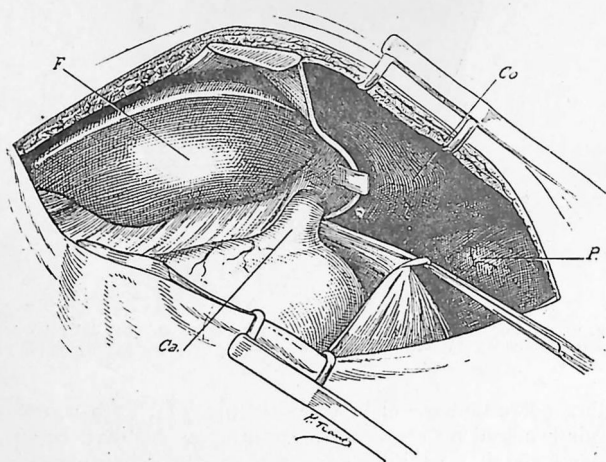


Fig. 84. —Laparotoracofrenotomía en el 6.º espacio intercostal izquierdo. — El abdomen y el tórax están abiertos; el diafragma está incidido desde el reborde costal hasta el orificio esofágico. Por encima de él se ve el pulmón *P*, y la prominencia del corazón en el pericardio *Co*; por debajo el lóbulo izquierdo del hígado *F* y el cardias *Ca* (SCHWARTZ y QUÉNU).

allá del reborde torácico sobre el abdomen hasta la línea blanca (fig. 83); esta incisión abre francamente el abdomen y la cavidad pleural, secciona el reborde cartilaginoso del

tórax y el diafragma. Puede ser ejecutada en menos de un minuto con el bisturí. Una vez levantado el colgajo se coloca en la parte inferior un separador de GOSSET o mejor



Fig. 85 — Laparotoracofrenotomía. Manera de bordear y fijar el diafragma, antes de incidirlo, con los músculos intercostales para evitar el neumotórax (CONSTANTINI).

de TUFFIER, mostrando sobre la región profunda de los hipocóndrios un campo considerable y un acceso fácil (figura 84). Para reconstituir la pared es suficiente suturar el diafragma, aproximando las costillas por medio de dos

catguts pasados a través de los espacios supra e infra-yacentes, tomando punto de apoyo sobre sus mismos bordes, y suturar la pared intercostal y la pared abdominal.

Resulta fácil evitar el neumotórax, si se quiere, para lo cual una vez abierto el abdomen y antes de abrir el tórax se introducen en la herida abdominal los dedos índice y medio de la mano izquierda, separados, los cuales aplican el diafragma fuertemente a la pared costal por encima y por debajo del espacio que se propone incidir. Después de haber incidido el espacio, pero antes de incidir el diafragma, se une éste a los músculos intercostales incididos, con una sólida sutura que le una al labio superior, al ángulo posterior y al labio anterior de la incisión (fig. 85) (1).

(1) CONSTANTINI, *Journal de Chirurgie*, agosto 1921, tomo XVIII núm. 2, pág. 130.

SEGUNDA PARTE

Operaciones sobre el estómago y sobre el intestino

PRIMERA SECCIÓN

Suturas y anastomosis

CAPÍTULO PRIMERO

Suturas

I. Suturas sobre el estómago y sobre el intestino delgado

Material de sutura. — Las *agujas*. — Cuando hay que trabajar en la profundidad, se utiliza la pequeña aguja de REVERDIN curva, o bien la aguja curva montada con un porta-agujas.

Cuando se puede exteriorizar el órgano sobre el cual se trabaja, la *aguja de costurera* ofrece ventajas: no pasa más que una vez por el agujero que ha hecho; no desgarrar, abre un orificio de diámetro apenas superior al del hilo que arrastra; su empleo permite al operador sujetar él mismo el hilo, cuando hace una sutura continua.

Una buena aguja presenta en su cabeza dos excavaciones laterales donde el hilo se coloca, evitando así un aumento de volumen. Ciertas agujas tienen, además, un ojo ojival ancho en su parte inferior, lo que permite enhebrarlas más fácilmente, y estrecho en su parte superior, donde el hilo se adapta y no se corre peligro de que se desenhebre en el curso de la operación: esto es un dispo-

sitivo precioso, muy superior al ojo de ciego, que tan sólo presenta la primera de estas ventajas y se inutiliza rápidamente con el uso (fig. 87).

Existen muy buenas agujas que tienen en su mitad anterior una sección triangular: pinchan mejor que las agujas ordinarias de sección circular y penetran sin esfuerzo en las túnicas resistentes (estómago); pero tienen el inconveniente de cortar

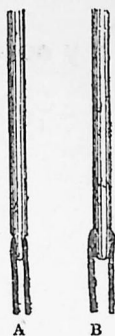


Fig. 86.—Con la aguja corriente *B* el hilo forma en las partes laterales del orificio una prominencia que desgarrar los tejidos. Con la aguja de cabeza aplastada *A* se evita este inconveniente (CUNEO).

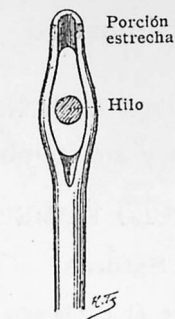


Fig. 87.—Aguja con orificio ojival; el hilo se adaptará en la porción más estrecha posterior del orificio y evita que pueda des- enhebrarse.

por sus bordes acera- dos, lo cual contraindica su empleo en los órganos de paredes muy delgadas, el colon por ejemplo.

El *dedal* es extremadamente útil; dedal ordinario, dedal de costurera, anular de sastre, de chino, de diámetro variable. No solamente empuja la aguja y protege el guante, sino que además y, sobre todo, orienta a la aguja.

El *hilo*: el mejor es el hilo de lino; no es áspero como la seda, es más flexible que el catgut y a calibre igual más fuerte. Por lo tanto, es el lino el que se empleará corrientemente, salvo contraindicación particular; para la cirugía de la úlcera de estómago, parece preferible el catgut fino porque es reabsorbible (casos de úlcera péptica desarrollada en torno de hilos de sutura no reabsorbibles).

Las *pinzas clamps*: Es útil en ciertos casos protegerse contra la posible salida, por la abertura que se está suturando, del contenido gástrico o intestinal: para esto, se puede aislar mediante las pinzas clamps el segmento sobre el cual se opera; se emplean clamps de bocado flexible que no mortifican los órganos; es necesario colocarlos a distancia para que no molesten.

Principios de costura. — “Hay que adoptar los métodos de trabajo empleados en costura, si se quiere hacer correctamente la cirugía intestinal. El principio fundamental

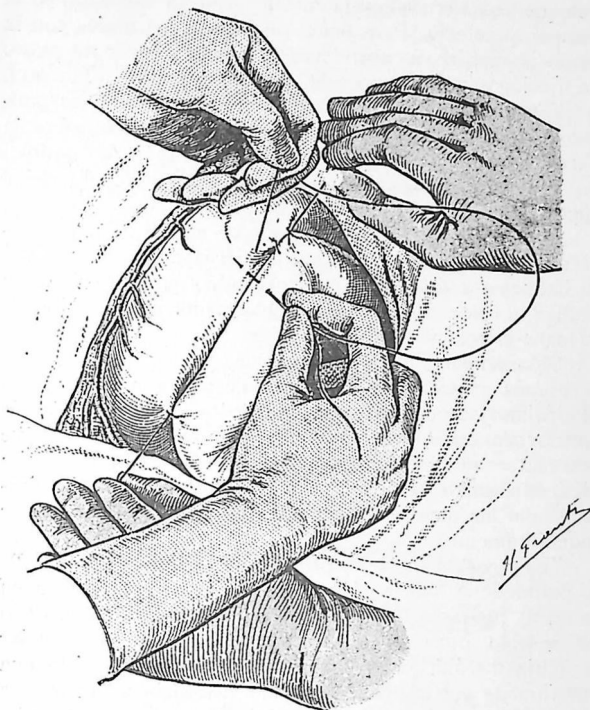


Fig 88. — Modo de coser correctamente. El ayudante tira de los puntos de fijación con sus manos colocadas de plano sobre la pared abdominal. El operador cose de izquierda a derecha; con la mano izquierda mantiene tensa la sutura y con la mano derecha, con un dedal en el dedo medio, pasa la aguja con la punta en dirección a él.

está en fijar el trabajo; una costurera comienza siempre por montar su trabajo, bien por medio de hilvanes, bien con los alfileres. El cirujano debe montarlo ya sea mediante los puntos de fijación, o con sus alfileres, que son

las pinzas de CHAPUT. Cada vez más empleo los puntos de fijación; las pinzas son demasiado traumatizantes, sobre todo para el intestino grueso; hay que desplazarlas cada vez que se las cruza con la sutura y son un obstáculo en el campo operatorio. Para quien sabe hacer los nudos con la mano izquierda, sin abandonar la aguja, colocar un punto de fijación es un quehacer de algunos segundos" (TOUPET).

El ayudante debe sostener en regular tensión los puntos de fijación, con las manos puestas de plano sobre la pared abdominal, y presentar la región, en lo posible, en una dirección paralela al plano frontal del operador (figura 88).

"Otro principio de costura que no carece de importancia: es mucho mejor coser de izquierda a derecha cuando se hace una sutura o un punto pasado (punto de festón); el hilo se coloca mucho más regularmente y la posición de la mano es más natural.

"Manteniendo la costura con la mano izquierda, nosotros nos guiaremos todo lo posible por esta regla; pero el cirujano no puede siempre volver los órganos que ha de suturar en un sentido favorable; por lo tanto, tiene que entrenarse en manejar la aguja en todas direcciones; en algunos casos le será útil saber coser con la mano izquierda, como las obreras hábiles que cosen con las dos manos indistintamente.

"Una costurera cose normalmente dirigiendo hacia ella la punta de su aguja; ésta es la posición representada en nuestras figuras. Con frecuencia se está obligado a hacerlo en sentido inverso. El cirujano debe llegar a manejar la aguja mecánicamente como una costurera; es ésta una cuestión de entrenamiento, siendo necesario adquirir este automatismo de los dedos, que deja al cerebro con toda libertad para conducir el acto operatorio" (1).

Condiciones que debe reunir una buena sutura

1.º Debe ser *hemostática*; una herida gástrica o intestinal sangra mucho; los vasos circulan por las diferentes

(1) TOUPET, Técnica de las anastomosis intestinales. *Journal de Chirurgie*, t. XVIII, pág. 41.

capas, en particular por la muscular, la sub-mucosa y, sobre todo, la mucosa. La sutura, para cohibir estos vasos, debe, pues, encerrar todas estas tunicas, y sobre todo la continuidad de la sección. Este principio es absoluto para las suturas sobre el estómago y el yeyuno-íleon; sufre excepciones a nivel del colon y primera porción de duodeno, que están pobremente vascularizados.

2.º Debe ser *hermética*, es decir, que debe cerrar el paso inmediato y absoluto de los líquidos y de los gases, incluso bajo una cierta presión.

3.º Debe ser *aisladora*, es decir, que una vez esté terminada la sutura, no debe advertirse exteriormente ni la mucosa ni los hilos que hayan atravesado esta mucosa y que son por consecuencia sépticos; dicho de otra manera, no se debe ver más que una cubierta serosa afrontada por hilos que no sean perforantes.

Técnica de las suturas

Muchas formas de sutura realizan las tres condiciones requeridas; aquí no podemos intentar describirlas todas.

La sutura continua es, desde todos los puntos de vista, preferible a la de puntos separados; es más rápida de eje-

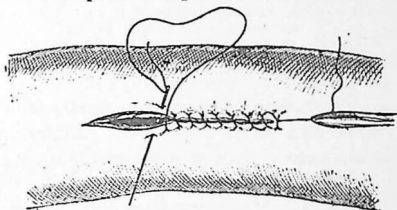


Fig. 89. — Sutura mediana; se ve la mucosa entre los puntos de la sutura.

cución, más hemostática y más hermética; no produce estrecheces si se ha tenido cuidado de poner en tensión los bordes mediante dos pinzas de CHAPUT o con hilos de fijación colocados en sus extremidades.

Los puntos de la sutura deben ser bastante aproximados (3 ó 4 mm.).

La sutura ordinaria, llamada de peletero, es excelente.

Con ella se logra: 1.º, una *sutura total*, comprendiendo todas las tunicas intestinales; 2.º, una *sutura sero-serosa* que recubre y esconde los hilos (sépticos) de la sutura precedente.

¿Cómo se hace la sutura total? — La manera más fácil y la menos buena es aquella que consiste en pinchar sucesi-

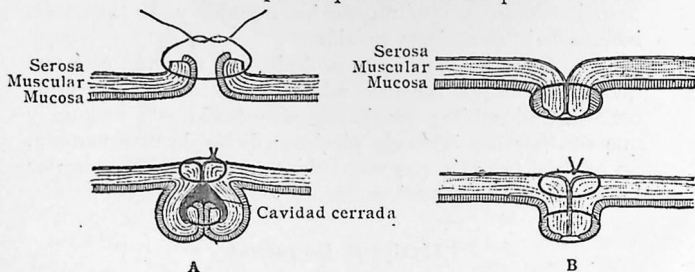


Fig. 90.

A Mala sutura: la sutura total adapta dos superficies mucosas; la sutura sero-serosa recubre un borde mucoso; requiere mucha superficie y sobre todo forma una cavidad cerrada muy séptica.

B Buena sutura: la sutura total adapta dos superficies serosas; la sutura sero-serosa recubre la primera y aumenta la zona de coaptación serosa. Esta sutura exige poca superficie de tejidos y no deja entre los dos planos ninguna cavidad que pueda infectarse.

vamente: 1.º, serosa, muscular y mucosa de un labio; 2.º, mucosa, muscular y serosa del otro; una sutura así realizada ocasionará un afrontamiento mucosomucoso, es decir, que la mucosa séptica y exuberante que tiene demasiada tendencia a exteriorizarse se muestra debajo y entre todos los puntos de la sutura (fig. 89): se recubrirá este reborde mucoso bajo una segunda sutura sero-serosa: de momento, para poder recubrir la primera sutura, habrá que doblar mucha serosa, creando en seguida entre las dos suturas una verdadera *cavidad cerrada* que podrá ser asiento de pequeños abscesos y el origen de desuniones peligrosas (fig. 90 A). Sin embargo, hay que reconocer que es esta una técnica empleada todavía con bastante frecuencia: en el estómago y en el intestino delgado, es solamente me-

diocre, teniendo en cuenta la débil septicidad de sus segmentos; a nivel del colon hay que desaconsejarla formalmente; en una y en otra región se puede emplear una técnica mejor.

Una buena sutura total es aquella que realiza de una

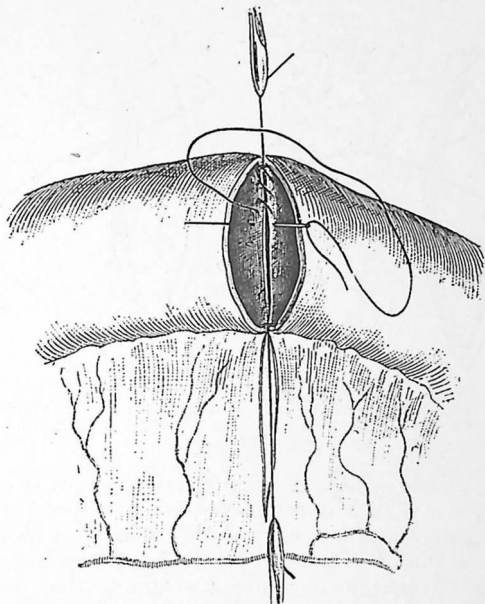


Fig. 91. — Modo de realizar una buena sutura total: la aguja atraviesa la mucosa en primer y en último lugar y cada punto se ajusta en la cavidad intestinal, obteniéndose desde un principio un adosamiento seroso.

vez el adosamiento sero-seroso (fig. 90 B). ¿Cómo realizar este adosamiento?

Es un procedimiento sencillo en extremo; consiste en pinchar las diferentes capas en un orden inverso al citado anteriormente, es decir: 1.º, mucosa, muscular y serosa de un labio; 2.º, serosa, muscular y mucosa del otro labio, anudando el primer punto y cerrando los otros en el interior de la cavidad gástrica o intestinal. Esto es lo que se

hace corrientemente cuando se practica la sutura "total posterior" de una anastomosis, sobre la semi-circunferencia posterior, o sobre los dos tercios posteriores (fig. 91). No obstante llega un momento pasando los hilos en este orden en que el cierre de la cavidad se hace cada vez más

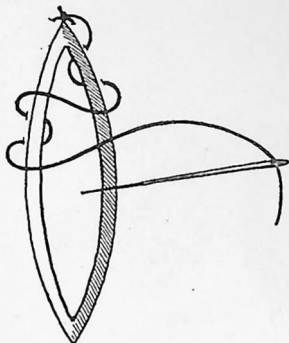


Fig. 92. — Punto de Connel-Mayo.
(según J. CH. BLOCH).

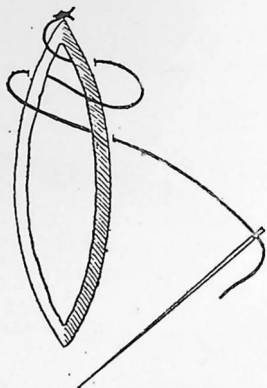


Fig. 93. — Punto de Schmieden (se-
gún J. CH. BLOCH).

difícil, cuando se llega al tercio anterior, porque el orificio de acceso a la cavidad es más pequeño cada vez a medida que la sutura avanza; se encuentra entonces en las condiciones de una herida estrecha, de 2 ó 3 centímetros de longitud; ¿cómo procurar que la sutura, a pesar de todo, realice este afrontamiento sero-seroso?

Existen varios medios:

a) Se puede continuar pasando los puntos por el mismo orden, mucosa, muscular, serosa y serosa, muscular, mucosa, anudados en la cavidad, pasándolos en dos veces y no cerrando los dos o tres últimos puntos hasta que se ha pasado el último; pero la maniobra resulta larga, penosa y, a pesar de todo, es necesario terminar siempre por un nudo exterior.

b) Se puede emplear el punto de CONNELL-MAYO (figura 92), el punto de SCHMIEDEN (fig. 93), el punto de

SCHMIEDEN modificado por CUNÉO (fig. 94), o el punto mixto (fig. 95) (1); estos cuatro puntos, muy ingeniosos, realizan la inversión de la mucosa, pero nos parecen también difíciles de realizar, tanto como el anterior; además, los tres últimos parece que pueden ser reprochados



Fig. 94. - Punto de Schmi eden cruzado. (Procedimiento de M. CUNÉO. Según J. CH. BLOCH).

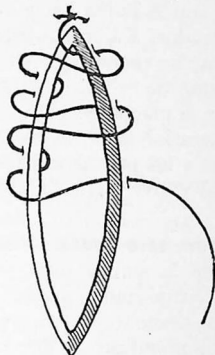


Fig. 95. - Punto mixto (según J. CH. BLOCH).

del defecto, tal vez teórico, de que el hilo se encuentra en un momento dado interpuesto entre las dos superficies que se han de reunir, y realizar un drenaje filiforme minúsculo.

c) Nosotros recomendamos el procedimiento de TOUPET, donde la originalidad consiste, no en el trazado de la sutura, que es la sutura ordinaria, sino más sencillamente en la inversión previa de la mucosa, inversión realizada simplemente por dos hilos de fijación: sea una herida intestinal que se ha de suturar o el último tercio de circunferencia de una anastomosis. Colocar un poco más allá de cada extremidad de la herida un hilo de fijación sero-seroso, teniendo cuidado, al anudar, de invertir la mucosa, si es menester con una pinza de disección; una vez anudados los

(1) J. CH. BLOCH, Una técnica de anastomosis intestinal término-lateral. *Journal de Chirurgie*, t. XXI, núm. 3, marzo 1923, páginas 300-301.

puntos y puestos en tensión por un ayudante, la mucosa ya no tiene tendencia ninguna a salir: "Los labios intestinales están bien extendidos y paralelos al operador; la aguja pincha el borde distante, con la punta hacia abajo, camina oblicuamente, pasa bajo los dos labios mucosos invertidos y sale con la punta hacia arriba por el borde más próximo al operador. La mano izquierda mantiene la sutura bien cerrada; se vuelve a pinchar el labio distante, a la derecha del punto de salida de la aguja y se continúa... La inversión de la mucosa es perfecta; el procedimiento no es largo, al contrario, pues no hay que preocuparse de invertir la mucosa y los puntos se hacen de una vez" (1) (véanse figuras 103 y 104, págs. 119-120).

Sutura sero-serosa. — Será muy fácil realizarla por encima de la sutura total, si se ha practicado tal como la hemos aconsejado, puesto que el adosamiento sero-seroso ya está hecho.

Infundibulizar la precedente sutura en un surco que no requiere que sea profundo, y que, por consecuencia, utilizará poca serosa. Esta segunda sutura, puede, al menos en el intestino delgado y en el estómago, no ser estrictamente serosa y coger algunos elementos musculares, con lo cual será más sólida; lo esencial es, téngase bien entendido, que no sea perforante, es decir, que en ningún momento el hilo penetre en la cavidad de la víscera.

II. Suturas sobre el intestino grueso

Hemos dado a conocer, hasta el presente, las suturas en el estómago e intestino delgado, siendo necesario decir que sobre estos segmentos las suturas son fáciles y que aun imperfectamente ejecutados dan buenos resultados: 1.º, porque las paredes del estómago y del mismo intestino delgado son relativamente gruesas; 2.º, porque están espléndidamente vascularizados, disposición eminentemente favorable para una rápida unión anatómica; 3.º, porque estos órganos están revestidos en toda su superficie de una cu-

(1) TOUPET, Técnica de las anastomosis intestinales. *Journal de Chirurgie*, 1921, t. XVIII, págs. 44-46.

bierta peritoneal (a excepción de la cara posterior de la región del cardias en el estómago, y del duodeno); ya que el peritoneo posee una propiedad de reparación intensa y rápida; 4.º, por último, porque la cavidad de estos órganos es relativamente poco séptica, sobre todo en los segmentos superiores.

Al nivel del intestino grueso todas las condiciones son diferentes (1).

1.º *Las paredes son delgadas*, particularmente a nivel de las abolladuras, donde la capa muscular está reducida a una sola capa circular.

2.º *El colon está mal vascularizado.*

3.º Está cubierto de *apéndices epiploicos* que son molestos, sobre todo en los sujetos adiposos; tapan el intestino, hacen difícil la regularidad de los puntos y comprometen el cierre perfecto de la sutura: antes de toda sutura será útil desembarazarse de los apéndices epiploicos, ligándolos uno a uno; hay que tener cuidado todavía, de no ligarlos a ras de colon; de no ser así, se corre el riesgo de ligar el divertículo mucoso que algunas veces existe en la base de estas franjas.

4.º *El colon está desprovisto de revestimiento peritoneal* en la parte más o menos amplia correspondiente a la inserción del meso.

5.º *El contenido del intestino grueso presenta una particular septicidad.*

Para suturar una herida o una incisión del colon, hay que proteger el campo operatorio de una forma especialmente cuidadosa; asegurar una coprostasis hermética tomando el segmento interesado entre dos dedos, rechazando el contenido de una y otra parte y colocando las pinzas clamps de bocados flexibles en sus límites.

Hay que tener, sobre todo, un especial cuidado en la ejecución de las suturas.

Los procedimientos que hemos indicado anteriormente son perfectamente aplicables al colon, a condición:

1.º De utilizar agujas e hilo muy finos.

2.º De invertir constantemente la mucosa hacia la luz intestinal.

3.º De hacer los puntos muy próximos.

Si no se observan estas reglas, se corre el riesgo de observar, si no accidentes de infección inmediata, al menos fístulas que se producirán generalmente hacia el 8.º ó 10.º día.

(1) OKINCZYC, Cirugía del intestino grueso. *Presse médicale*, 11 octubre 1919, pág. 581.

El siguiente procedimiento (1) es el que da el máximo de garantía a nivel del colon:

1.^{er} *plano mucoso*: sutura borde a borde de los dos labios de la mucosa, que se reseca a ras de la herida, si es muy exuberante.

2.^o *plano músculo-seroso*, o muscular solamente, si el peritoneo falta; los puntos de este plano deben, sobre todo, no ser perforantes.

3.^{er} *plano (facultativo) seroso*.

Esta sutura "borde a borde", difícil de realizar en el intestino delgado, es relativamente fácil en el colon, donde la mucosa se deja despegar bien de la muscular; hay que tener en cuenta, sin embargo, que exige más minuciosidad, paciencia y tiempo que la sutura en dos planos (1 total y 1 seroso) que hemos descrito como técnica corriente. No obstante esta sutura da a nivel del colon garantías suplementarias suprimiendo el espacio muerto, permitiendo a los pequeños abscesos que puedan formarse, evacuarse fácilmente en el intestino, asegurando además un adosamiento y una hemostasia perfectos.

(1) Las suturas sobre el tubo digestivo. ROBINEAU, *Presse medicale*, 10 septiembre 1921, pág. 721.

CAPÍTULO II

Cierre de las superficies de sección

Una superficie de sección gástrica o intestinal puede ser cerrada por una sutura después de, o sin previo aplastamiento.

Tomaremos como tipo de descripción *el cierre de un extremo de intestino delgado seccionado.*

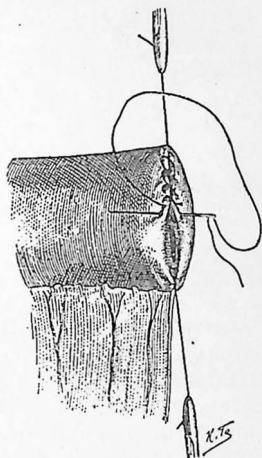


Fig. 96. — Oclusión de un extremo intestinal no aplastado: 1.º tiempo; sutura total invaginante conducida entre dos puntos de fijación.

A. **Cierre de un extremo no aplastado.** — Este cierre puede ser realizado por uno de los siguientes procedimientos:

a) Se puede tratar este extremo exactamente como si se tratase de una herida, es decir, cerrarlo por una doble hilera de suturas:

1.º Sutura total invaginante, por uno de los procedimientos que hemos descrito (fig. 96).

2.º Sutura sero-serosa de infundibilización. En este caso particular es cómodo empezar esta segunda sutura en

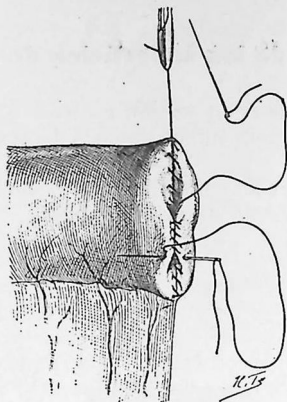


Fig. 97. — Oclusión de un extremo intestinal no aplastado: 2.º tiempo; sutura sero-serosa de infundibilización comenzada en la parte media y continuada a cada lado con una aguja enhebrada a cada extremo.

la parte media: se anuda este punto medio y cada extremidad del hilo se provee de una aguja, suturando sucesivamente cada una de las dos mitades (fig. 97); se llega así a recubrir fácilmente los “ángulos”; si se comienza la sutura por uno de ellos se recubren con mucha dificultad.

b) Se puede hacer una sutura total por encima de una pinza clamp que cierra el extremo intestinal, quitar el clamp, apretar la sutura, anudar simultáneamente estos dos extremos e infundibilizar con una sutura sero-serosa (véase cierre del duodeno en las gastrectomías, pág. 196).

c) Se puede simplemente enrollar el intestino sobre el clamp que le cierra, y mantener este enrollamiento por algunos puntos serosos (procedimiento de KLAPP, fig. 98).

B. Cierre de un extremo aplastado. — Los aplastadores que se emplean en cirugía gástrica e intestinal son una

especie de pinzas cuyos bocados anchos y poderosos aplastan en una cierta longitud las paredes de la víscera interpuesta.

Un buen aplastador (lo mismo que una buena pinza clamp) debe ejercer una presión igual sobre toda su lon-

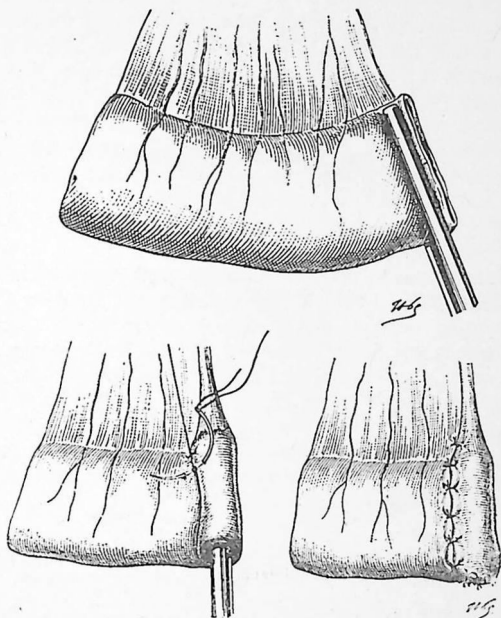


Fig. 98. — Oclusión de un extremo intestinal por enrollamiento. (Procedimiento de KLAPP).

gitud: es decir, que sus ramas deben aproximarse paralelamente y no angularmente; esta condición es sobre todo importante para el aplastamiento de vísceras amplias (estómago).

Con el aplastamiento, la mucosa se encuentra rota y rechazada, la muscular está solamente aplastada, la serosa resiste íntegramente: el aplastamiento no deberá, pues, ser

empleado más que sobre los segmentos del tubo digestivo que están recubiertos de peritoneo en todo su contorno.

Mediante el aplastamiento, que no es indispensable (muchos cirujanos sistemáticamente no lo utilizan porque des-

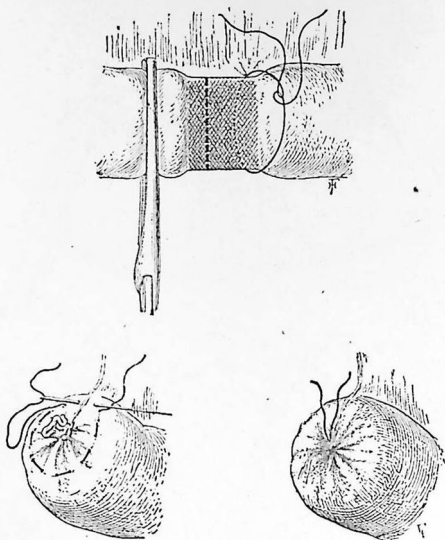


Fig. 99.—Ligadura y sección previo aplastamiento; infundibilización en bolsa del muñón.

aprueban sus principios), es indiscutiblemente muy cómodo. Permite seccionar la víscera sin abrir la cavidad, puesto que las paredes adelgazadas se encuentran pegadas la una a la otra; la sección se hace francamente en seco, sin efusión del contenido y sin hemorragia. Reduce las dimensiones del muñón y, por lo mismo, economiza serosa y reduce las dimensiones de la cavidad de infundibilización.

Si la herida es pequeña, como a nivel del intestino delgado, permite obtener, después de una simple ligadura, un muñón muy pequeño, poco séptico, fácil de infundibilizar

con una sutura en bolsa sero-serosa, como un muñón de apéndice (fig. 99).

El cierre de los extremos del colon puede ser realizado por procedimientos análogos. A causa de su particular septicidad, es conveniente obtener una desinfección tan perfecta como sea posible de las superficies de sección tocándolas con alcohol o con tintura de iodo; es todavía mejor hacer la sección mediante el termocauterio a ras de una pinza, cauterizando sobre ésta toda la cara mucosa. Hay que tener particular cuidado en las suturas y para más seguridad se puede hacer un tercer plano sero-seroso.

Todas estas precauciones son útiles, pero son insuficientes si la condición fundamental de toda reunión no se realiza: una buena vascularización. Antes de cerrar un extremo cólico, precisa comprobar que este extremo posee una irrigación suficiente: si las arteriolas no pulsan en el borde mesentérico, si la herida no sangra, si la pared tiene un tinte lívido o violáceo, es que el aporte sanguíneo es insuficiente (debido a las secciones y ligaduras ejecutadas sobre el meso y las arterias nutricias); en este caso, no hay que dudar en hacer un nuevo corte, y sacrificar un nuevo segmento más o menos largo de intestino, hasta que se encuentre una superficie de sección que sangre. *La isquemia es una causa de desunión más importante que la infección.*

El cierre de las superficies de sección gástricas y duodenales será estudiado a propósito de las gastrectomías.

CAPÍTULO III

Anastomosis por suturas (1)

Los diferentes segmentos del tubo digestivo se pueden anastomosar de tres maneras:

1.º Afrontando y suturando extremo con extremo dos superficies de sección circular; anastomosis término-terminal.

2.º Implantando una superficie de sección circular sobre una boca abierta en un lado de otro segmento: anastomosis término-lateral.

3.º Suturando una con otra dos bocas abiertas en el lado de dos segmentos diferentes: anastomosis latero-lateral.

Anastomosis término-terminal

o cabo a cabo (técnica de TOUPET) (2)

Tomamos como tipo de descripción la anastomosis cabo a cabo de dos superficies de sección de intestino delgado, después de una resección.

Una buena técnica debe:

- 1.º Evitar el estrechamiento.
- 2.º Evitar el punto débil mesentérico.
- 3.º Reducir al mínimo el tiempo séptico, cerrando la cavidad intestinal tan rápidamente como sea posible.
- 4.º Evitar la salida de la mucosa.

(1) Antes de leer este capítulo, es indispensable conocer el capítulo donde han sido expuestos los principios fundamentales de las suturas (véanse páginas 99 y siguientes).

(2) Las técnicas que describimos aquí son las de R. TOUPET. Véase *Journal de Chirurgie*, t. XVIII, págs. 42 y siguientes; las citamos casi textualmente.

La estrechez se evitará por el método de los hilos de fijación, el punto débil mesentérico por el artificio de la torsión del intestino, la eversión de la mucosa por el proceder ya indicado (véanse suturas).

El cierre completo del intestino por una sutura total (tiempo séptico) constituirá el primer tiempo de la operación.

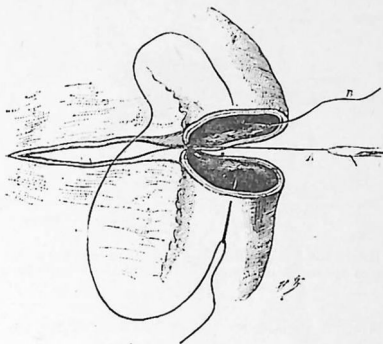


Fig. 100. — *Anastomosis término-terminal*. — 1.º se coloca un primer punto (A) a nivel de la inserción mesentérica que se anuda en plena cavidad intestinal; a un tercio de circunferencia, a la izquierda se coloca un segundo punto (B) que se anudará de idéntica manera (TOUPET).

1.º tiempo: sutura total. — Los dos extremos intestinales serán exteriorizados, secados, lavados, y ampliamente abiertos; se les presenta meso a meso y se reúnen los dos puntos mesentéricos con un hilo de fijación perforante A, que se anuda en la luz intestinal. El intestino estará dispuesto de manera que la línea de afrontamiento sea paralela al operador.

A la izquierda del hilo mesentérico A, a 2 centímetros aproximadamente (refiriéndose a un pequeño tercio de circunferencia), se comienza la sutura total.

La aguja pincha de mucosa a serosa uno de los labios, después ataca al otro en un punto simétrico, de serosa a mucosa (fig. 100); el hilo B será anudado en la luz intestinal, los cortes de sección se encuentran adosados serosa con serosa. Se confía a un ayudante el cabo corto B de la sutura y el hilo mesentérico A, que los sostiene separando el uno del otro.

La sutura B' se conduce de izquierda a derecha, de un hilo a otro (fig. 101) y al llegar al punto mesentérico, se

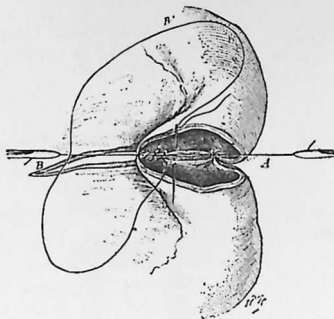


Fig. 101. — 2.º Entre los dos puntos A y B sostenidos separados por el ayudante, practica el operador una sutura B', deteniendo la sutura al llegar a A (TOUPET).

detiene la sutura pasando simplemente la aguja por el asa del hilo antes de apretarlo.

Se abandona temporalmente la sutura para colocar un

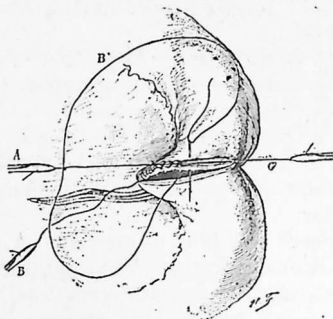


Fig. 102. — 3.º A un tercio del círculo a la derecha del punto A (punto mesentérico) se coloca otro punto C de idéntica manera que en A y B o sea anudada en plena cavidad intestinal. El ayudante sostiene en tensión los puntos A y C y el operador continúa la sutura B' entre A y C. Al llegar al punto C detiene la sutura y corta los tres hilos de fijación A, B y C (TOUPET).

tercer punto de fijación C a la derecha del hilo mesentérico A, a un pequeño tercio de circunferencia, el cual se

anuda también en la luz intestinal. El ayudante tira del hilo mesentérico A y del hilo derecho C, y el operador reemprende y continúa la sutura del hilo A al hilo C (fig. 102); una vez ha llegado al punto C detiene la sutura.

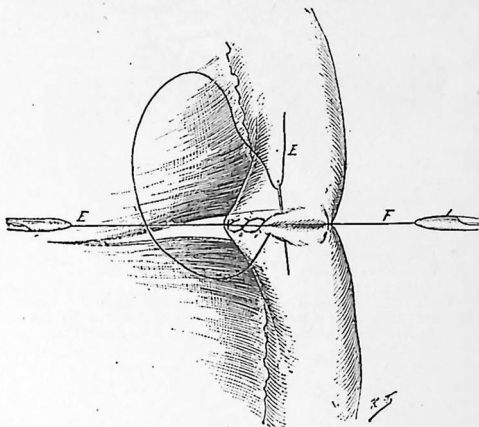


Fig. 103. — 4.º Oclusión del último tercio. En los dos extremos de la brecha restante se colocan dos puntos de fijación serosos F y E. Entre estos dos puntos se practica una sutura total E' en la forma indicada en la figura siguiente (según TOUPET).

Corta los 3 hilos de fijación.

Le falta para cerrar un buen tercio de la circunferencia; en las dos extremidades de la brecha restante se colocan dos hilos de fijación sero-serosos, F y E, teniendo especial cuidado al anudarlos, de invertir la mucosa. El ayudante pone en tensión estos dos hilos para mantener la invaginación. La aguja cargada con el hilo izquierdo E, pincha el labio más distante, con la punta hacia abajo, camina oblicuamente, pasa bajo los dos labios mucosos invertidos y sobresale con la punta hacia arriba por el labio próximo y así sucesivamente hasta el hilo de fijación derecho F (figs. 103 y 104). Cuando el intestino está completamente cerrado, se cortan los hilos de fijación y se lavan las manos o se cambia de guantes; seguidamente se cambian los campos operatorios de protección.

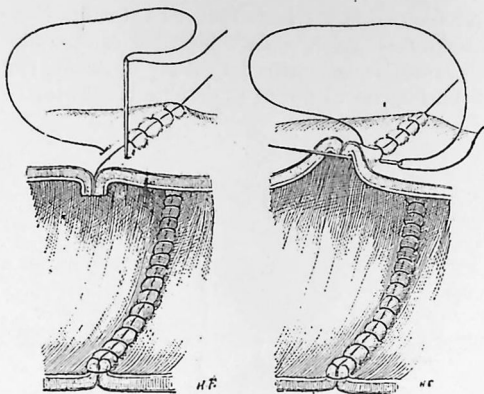


Fig. 104. — 4 bis. Oclusión del último tercio (esquemático). La aguja se introduce con la punta hacia abajo, pasa por debajo de los dos bordes mucosos y se hace salir con la punta hacia arriba (TOUPET).

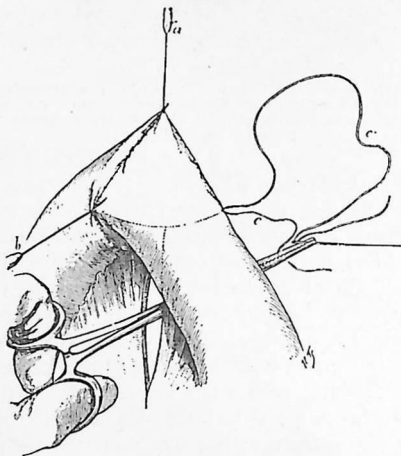


Fig. 105. — 5.º Colocación de los tres puntos de fijación de la sutura serosa; *a*, *b*, *c*, este último situado a la derecha de la inserción mesentérica es el punto de partida de la sutura *c'*. La pinza introducida de izquierda a derecha en la brecha mesentérica coge *c* y *c'* con la aguja para realizar la maniobra de la media vuelta (TOUPET).

2.º tiempo: sutura sero-serosa.— Se colocan tres hilos de fijación sero-serosa: el primero *a* en el borde libre del intestino; el segundo, *b*, a un tercio de circunferencia a la izquierda; el tercero, a un tercio de circunferencia a la derecha; este es el primer punto *c* de la sutura *c'*.

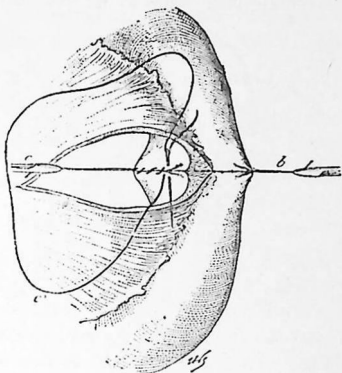


Fig. 106.—6.º La media vuelta ha tenido lugar quedando bien expuesto el punto débil mesentérico. El ayudante sostiene *b* y *c* mientras el operador practica la sutura *c'* teniendo especial cuidado en la zona débil mesentérica (TOUPET).

Maniobra de ranversamiento (fig. 105): se introduce una pinza de izquierda a derecha en la abertura mesentérica, cogiendo los dos cabos de la sutura *c* y *c'*, con su correspondiente aguja, y pasándolos a través de la abertura de derecha a izquierda. El ayudante tira de los hilos de fijación *c* y *b*, exponiendo así la zona mesentérica, punto débil sin peritoneo. Se hace la sutura de *c* a izquierda hasta *b* a derecha, recubriendo lo mejor posible la zona mesentérica (figura 106), y al llegar a *b* se detiene la sutura. Se vuelve a pasar el hilo *c* por la abertura mesentérica para destorcer el intestino; siempre de izquierda a derecha se sutura el segundo tercio desde el hilo *b* al hilo *a* que estarán en tensión (fig. 107) y seguidamente el tercer tercio, del hilo *a* al hilo *c*, que es el punto de partida. Se ponen algunos puntos en la abertura mesentérica y la anastomosis está terminada.

Cuando los dos extremos intestinales que se han de anastomosar no tienen exactamente el mismo calibre se puede, sin embargo, realizar la término-terminal por uno de los siguientes artificios:

a) Practicar una incisión de desbridamiento en el extremo más estrecho para hacerlo de las dimensiones del

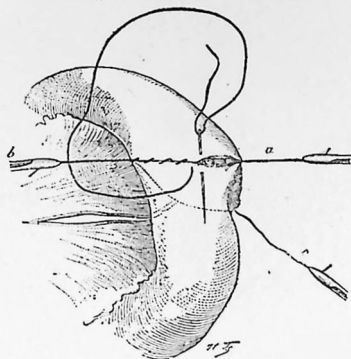


Fig. 107. — 7.º Practicada la sutura serosa en el primer tercio se vuelve el intestino y el punto *c* vuelve a su sitio primitivo después de cruzar nuevamente la brecha mesentérica; el ayudante sostiene *b a* y luego *a c* y se termina la sutura serosa (TOUPET).

más ancho: procedimiento mediocre que divide las fibras circulares, las más sólidas, de la muscular, y realiza un desgarro longitudinal.

b) Hacer un pliegue en una parte del extremo más ancho hasta dejar un orificio de las mismas dimensiones que el del extremo estrecho; inconveniente: existe en la sutura una encrucijada de tres ramas que constituye un punto débil.

c) Seguir la técnica ordinaria, teniendo cuidado solamente de tomar en cada punto un poco más de intestino en el segmento ancho que en el estrecho; en este caso, es necesario preparar la sutura con más cuidado todavía y colocar, por tanto, los puntos de fijación con una minuciosidad extrema. Se obtiene así un fruncimiento bastante regular por el cual el extremo ancho se adapta perfectamente al extremo estrecho. Este es el mejor procedimiento

cuando la desigualdad de los dos extremos no tiene excesivas desproporciones. Si la diferencia es demasiado grande es necesario renunciar a la anastomosis término-terminal.

Anastomosis término-lateral

(o implantación técnica de TOUPET) (1)

Tomaremos como tipo de descripción la anastomosis íleo-cólica transversal.

Los principios son los mismos: puntos de fijación para evitar estrecheces, torsión para evitar el punto débil mesentérico, sutura total de una vez, inversión de la mucosa.

Existe otro escollo: *los ángulos*; los puntos del ángulo requieren una particular atención.

1.º plano: total. — Se expone la sección del intestino delgado, se observa cuidadosamente el punto mesentérico, y se le fija al borde inferior de la banda cólica con un punto en U anudado en la cavidad intestinal. A derecha y a izquierda de este punto se coloca una pinza de CHAPUT, en las dos extremidades del diámetro transversal del asa. Seguidamente se traza en la banda cólica una incisión que tendrá exactamente la longitud de este diámetro, y que abre el colon (fig. 108).

Un primer punto *a* reúne la extremidad derecha del diámetro ileal a la extremidad derecha de la incisión cólica; un segundo punto *b* simétrico marca el ángulo izquierdo; éstos son los hilos de fijación que servirán para hacer la tensión.

Comenzar la sutura total a la izquierda, no al nivel del ángulo, sino más hacia acá, en la semi-circunferencia anterior, para sortear el ángulo, realizando a la vez un adosamiento sero-seroso. Para esto, la aguja, pinchando en la luz intestinal a un centímetro aproximadamente del ángulo, atraviesa uno de los labios, de mucosa a serosa, sale y pincha entonces el labio opuesto en un punto simétrico, atravesando esta vez de serosa a mucosa para volver a salir en la luz intestinal (fig. 109). El hilo se anuda en

(1) TOUPET, *loco citato*, casi textual.

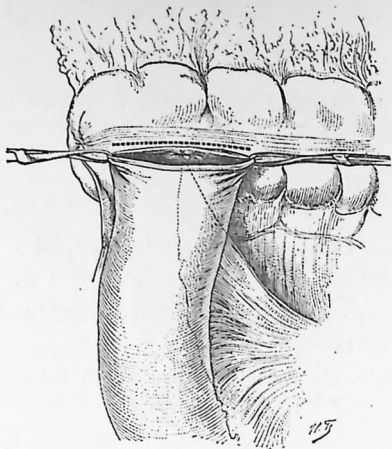


Fig. 108. — *Anastomosis término-lateral*. — 1.º Colocado ya un punto mesentérico con dos pinzas se distiende regularmente la luz intestinal para determinar la longitud que deberá tener la incisión que se ha de practicar sobre la banda cólica (TOUPET).

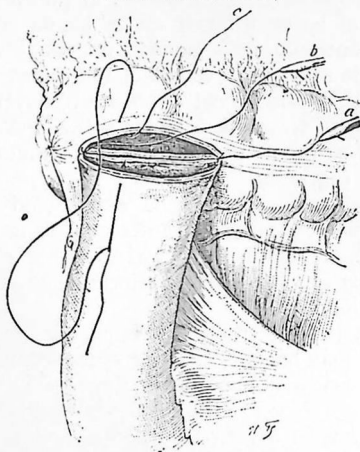


Fig. 109. — 2.º El intestino está abierto; a cada lado del punto mesentérico en las extremidades derecha e izquierda se han colocado los puntos de apoyo *a* y *b* que afrontan las aberturas intestinales y sirven también para ponerlos en tensión; éstos se anudan dentro de la cavidad intestinal. — Para practicar correctamente la sutura en el ángulo izquierdo, se comienza el primer punto de la sutura total *c* en la hemi-circunferencia anterior. La aguja penetra de mucosa a serosa y luego de serosa a mucosa; el hilo se anuda en la cavidad del intestino (TOUPET).

la cavidad intestinal. El ayudante estira hacia la izquierda el cabo corto de la sutura *c*, y el hilo del ángulo izquierdo *b*, hacia la derecha; el operador de izquierda a derecha empieza la sutura total (fig. 110). Cuando llega al hilo del

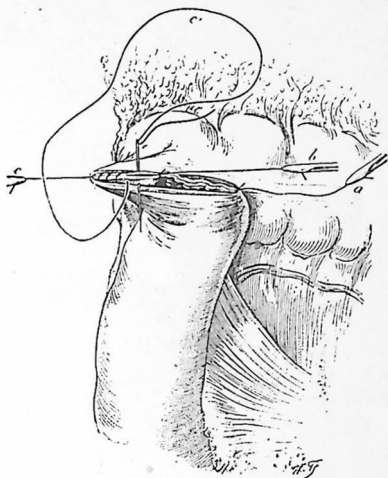


Fig. 110. — 3.º El ayudante tirando de *b* y *c*, ranversa el ángulo izquierdo, e operador ejecuta la sutura *c'* uniendo desde un principio serosa con serosal, al llegar a *b* hace un punto de fijación de la sutura; el ayudante tira de *a* y *b*; el operador hace la sutura hasta *a*, en cuyo punto se detiene la sutura (TOUPET).

ángulo *b*, el operador detiene la sutura y el ayudante pone en tensión los hilos *a* y *b*; el operador continúa la sutura con un punto final a nivel del hilo mesentérico y otro punto final en el ángulo derecho.

Para suturar el ángulo derecho, se puede proceder de la misma manera que para el ángulo izquierdo; lo más fácil es hacer algunos puntos pinchando de mucosa a serosa, después de serosa a mucosa en el labio opuesto, teniendo buen cuidado de mantener el hilo de la luz intestinal en tensión (PIERRE DUVAL) (fig. 111). Se hacen así tres o cuatro puntos y se acaba la sutura con un punto sero-seroso.

Sólo falta ahora cerrar el tercio anterior aproximadamente. Nos encontramos nuevamente con el mismo problema que en la anastomosis término-terminal; se le resuelve de la misma manera: inversión de la mucosa asegurado

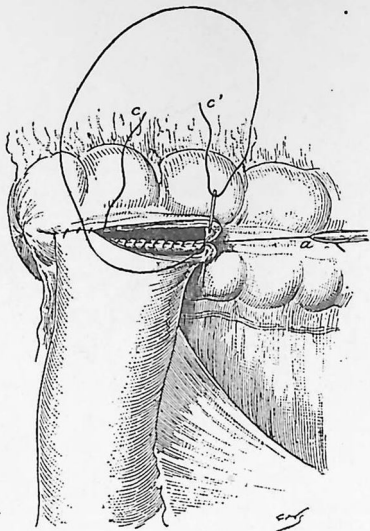


Fig. 111. — 4.º Para suturar correctamente el ángulo derecho, la aguja pasa de mucosa a serosa, después de serosa a mucosa, quedando siempre la sutura *c'* dirigida hacia la luz intestinal. Se colocan así tres o cuatro puntos y se acaba la sutura. La restante porción de la hemi-circunferencia anterior será cerrada siguiendo exactamente la misma técnica que para la término-terminal (según TOUPET).

rando el adosamiento sero-seroso, pequeña sutura que atravesase oblicuamente las dos porciones mucosas. El tiempo séptico estará terminado. Se cambian las gasas de protección, etc.

2.º plano: sero-seroso. — Se coloca un punto de fijación *A*, sero-seroso en el borde libre, un punto de fijación *B* un tercio de circunferencia a la izquierda, y un punto de fijación *C* un tercio de circunferencia a la derecha, que será el punto inicial de la sutura *C'*.

En efecto, para practicar el ranversamiento se introduce una pinza de izquierda a derecha por detrás de la anastomosis, entre la porción del mesenterio y el mesocolon, se cogen los dos cabos del hilo y se les atrae haciéndoles pa-

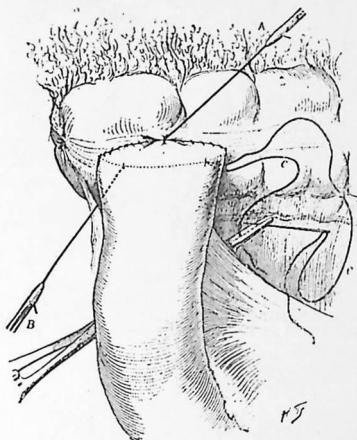


Fig. 112. — 5.º Sutura sero-serosa. Tres puntos de fijación *A*, *B*, *C*, son colocados a igual distancia. *C* no es más que el punto inicial de la sutura *C*.—La pinza, introducida de izquierda a derecha entre mesenterio y mesocolon, va a coger *C* y la aguja enhebrada con *C* para realizar la maniobra de torsión (TOUPET).

sar de derecha a izquierda por la brecha (fig. 112). El ayudante sostiene el cabo corto de la sutura *C* y el punto del ángulo izquierdo *B*: la torsión se efectúa. Así se expone perfectamente toda la semi-circunferencia posterior, con el punto débil mesentérico en medio.

Se hace la sutura de un punto de fijación al otro, teniendo cuidado particularmente en los puntos a nivel de la inserción mesentérica (fig. 113); al llegar a *B* se detiene la sutura; el ayudante afloja el cabo corto de la sutura *C*, que se vuelve a pasar por la brecha para que tome nuevamente su primitiva situación. Entre los dos hilos *B* y *A*, puestos en tensión, el operador continúa la sutura, siempre de iz-

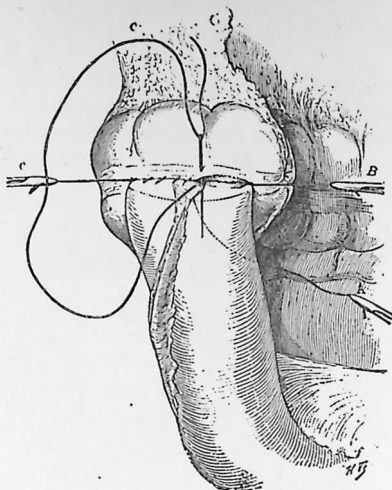


Fig. 113. — 6.º El ayudante tirando de *B* y *C* ha efectuado la torsión; el operador ejecuta la sutura *C*, de *C* hacia *B*; es particularmente delicado el punto débil mesentérico; al llegar a *B* hace un punto para fijar la sutura (TOUPET).

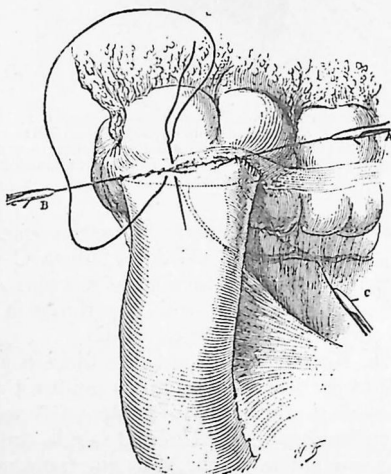


Fig. 114. — 7.º El intestino ha sido destorcido, por lo que *C* ha tomado su posición inicial; el ayudante tira sucesivamente de *B* *A*, después de *A* *C*, en tanto que el operador termina la sutura sero-serosa (TOUPET).

quierda a derecha (fig. 114), y después de A a C, en cuyo punto termina.

No falta más que cerrar la brecha entre el mesenterio y el mesocolon transversa, y fijar el epiplón sobre la anastomosis.

Anastomosis latero-lateral

(técnica de TOUPET)

Tipo: entre dos asas de intestino delgado.

Los principios son exactamente los mismos que para las precedentes anastomosis, pero aquí no hay que evitar el estrechamiento, puesto que se puede dar a la boca la longitud que se quiera; no existe el punto débil mesentérico. Es suficiente tener cuidado en los ángulos e invertir la mucosa del último tercio.

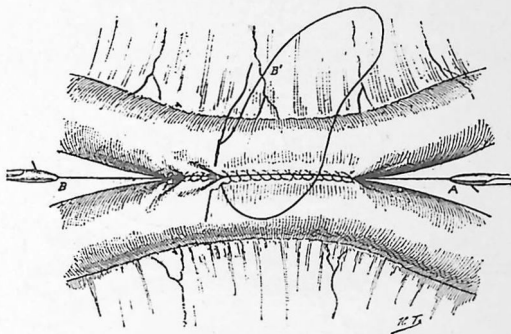


Fig. 115. — *Anastomosis latero-lateral*. — 1.º Entre los dos puntos de fijación A y B colocados cerca del borde libre de las asas, se hace la sutura sero-serosa posterior. Se acaba en A, pero se guarda la aguja y el hilo B en una compresa. (Véanse las figuras siguientes.)

No haremos más que indicar los diferentes tiempos:

1.º Poner en contacto las dos asas que se han de anastomosar.

2.º Se coloca un primer hilo de fijación sero-serosa A que adosa las dos asas no a nivel de su borde libre, sino un poco más cerca del borde mesentérico (la incisión es la que debe estar en el borde libre); un segundo hilo de fijación sero-serosa B, análogo, a 8 centímetros a la iz-

quierda del primero; éste será el primero de la *sutura sero-serosa posterior* que el operador practicará de B a A

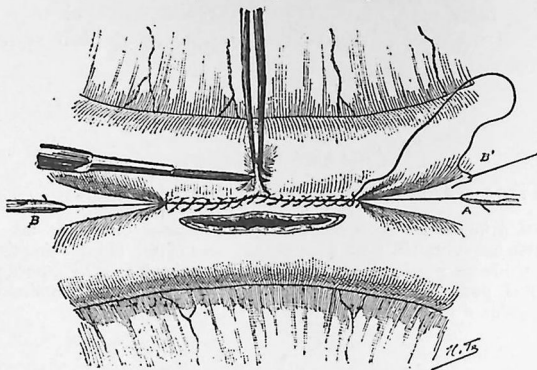


Fig. 116. — 2.º Un asa está abierta; la otra se abre por punción a 3 o 4 milímetros de la sutura.

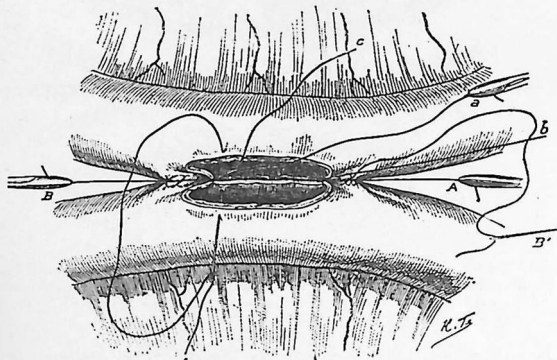


Fig. 117. — 3.º Principio de la sutura total. Habiendo colocado los dos hilos de fijación angulares *a* a la izquierda y *b* a la derecha, se empieza la sutura total *c*, no en *a* sino dos centímetros por delante en una y otra parte.

entre los dos hilos sostenidos por el ayudante (fig. 115); al llegar a A la sutura estará terminada, pero la aguja y el hilo sin cortarlo, se guardan protegidos en una compresa doblada.

3.º *Abertura de las dos asas.* — A 3 ó 4 milímetros de la sutura, se punciona con el bisturí el asa fijada me-

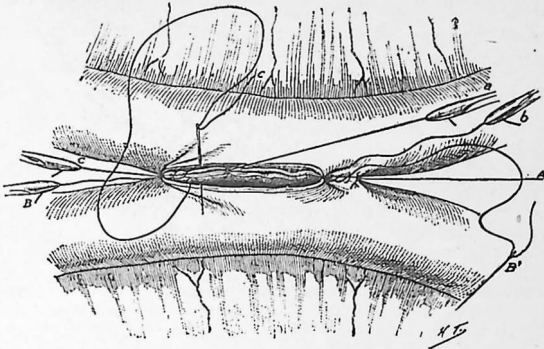


Fig. 118. — 4.º Continuación de la sutura total. Puntos del ángulo izquierdo entre el punto de ataque anterior y el verdadero punto angular *a*. (Los hilos *c* y *a* son sostenidos en tensión por un ayudante.)

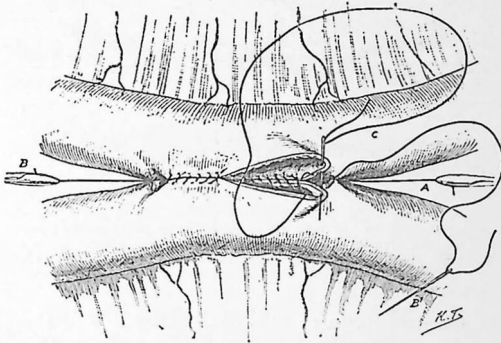


Fig. 119. — 5.º Continuación de la sutura total: manera de practicar los puntos del ángulo derecho, ganando espacio sobre la hemi-circunferencia anterior.

diante una pinza de disección, y se agranda el orificio con las tijeras hasta darle una longitud de 5 centímetros aproximadamente; se abre igualmente la otra asa (fig. 116).

4.º *Sutura total.* — Un hilo de fijación *a* a la izquierda,

un hilo de fijación *b* a la derecha. Comenzar la sutura total *c* por delante del hilo de fijación *a*, para suturar el ángulo izquierdo (fig. 117); se prosigue hasta llegar a *a* (figu-

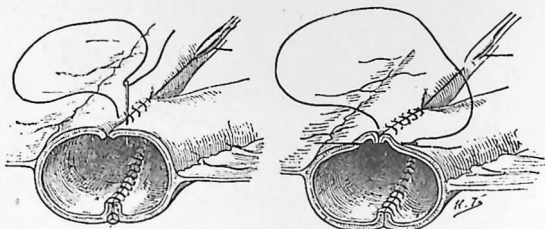


Fig. 120. — 6.º Fin de la sutura total: cierre del tercio anterior; esquema mostrando las dos posiciones sucesivas de la aguja que pincha vertical para pasar bajo el borde mucoso y volver a salir horizontal. (Tomado de TOUPET.

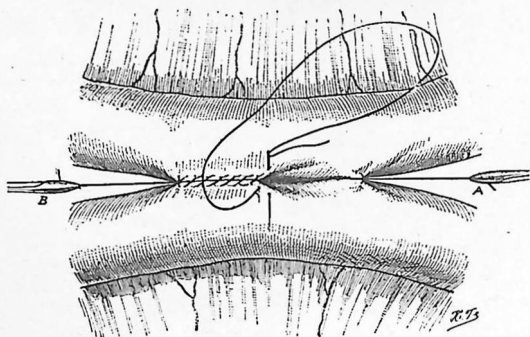


Fig. 121. — 7.º Sutura sero-serosa anterior trazada de *A* a *B* siempre en el mismo hilo *B'* que primitivamente partió de *B*, para hacer la sutura sero-serosa posterior, y que ha estado guardada mientras que se hacía la sutura total.

ra 118), después hasta el hilo de fijación *b* y al otro lado de este hilo para seguir el ángulo derecho (fig. 119).

Cortar los hilos. Cerrar el orificio restante con el artificio ya descrito: entre dos hilos de fijación sero-serosos, una sutura total pasando por debajo de la mucosa invertida (figura 120).

5.º *Sutura sero-serosa anterior.* — Se coge la aguja que ha sido guardada bajo una compresa, y se continúa

con el mismo hilo B', viniendo de derecha a izquierda hasta el cabo corto inicial B que se ha guardado también (figura 121). Por tanto, la sutura sero-serosa está hecha enteramente con el mismo hilo, pero en dos tiempos, separados por los tiempos de abertura del intestino y de la sutura total.

Si las dos asas que se han de anastomosar presentan una movilidad suficiente, es posible empezar por la sutura total, como para una anastomosis término-terminal o término-lateral. Se conduce la operación de la siguiente manera: 1.º, presentación de las dos asas que se han de anastomosar; 2.º, abertura de su cavidad; 3.º, sutura total posterior, después anterior; 4.º, sutura sero-serosa posterior (por torsión de las dos asas anastomosadas), después anterior. Esta forma de proceder presenta las siguientes ventajas: 1.ª La sutura sero-serosa posterior no se contamina por las aberturas mucosas. 2.º Efectuando en último término la sutura-serosa alrededor de la boca, se verifica el adosamiento de la sutura total por la cual se ha comenzado.

Existen las *pinzas clamps de tres ramas* que facilitan las anastomosis latero-laterales: ponen los segmentos a anastomosar en posición, realizan la coprostasis y dispensan de toda otra pinza, manteniendo las porciones que han de suturarse en estado de tensión igual y permanente, lo que en vigor permite al cirujano operar solo. Estos son instrumentos cómodos, pero no indispensables. (Pinzas de TÉMOIN, de WALTHER, de ABADIE.)

Indicaciones respectivas de estas diferentes anastomosis

Cuando se propone establecer simplemente una comunicación entre dos segmentos del tubo digestivo sin interrumpir su continuidad, se tendrá que hacer evidentemente una anastomosis latero-lateral: este es el caso de la gastro-enterostomía, de la duodeno-yeyunostomía, de la entero-enterostomía, que se puede estar obligado a practicar en la oclusión intestinal, de la íleo-sigmoidostomía simple, de la tifo-sigmoidostomía, etc.

Cuando se trata de restablecer la continuidad del tubo digestivo después de sección o resección de uno de sus segmentos, se puede escoger entre los tres procedimientos que hemos descrito. La *anastomosis término-terminal* es la única que restablece la forma del tubo digestivo; es de ejecución más rápida y más fácil que las otras; es el procedimiento de elección para el intestino delgado; también es aplicable al colon, a condición de que la desproporción de diámetro entre los dos extremos que han de anastomosarse no sea demasiado grande, que las superficies de estos dos extremos estén suficientemente peritonizadas y los mesos poco

expuestos, es decir, poco gruesos; a condición desde luego que las dos superficies de sección estén bien vascularizadas (véase pág. 108).

La *anastomosis latero-lateral* es de ejecución menos rápida, puesto que es necesario cerrar los dos extremos y crear los dos orificios; además, favorece la formación a una parte y a otra de la anastomosis, de dos fondos de saco que pueden distenderse y sobrevenir verdaderos divertículos con estancamiento de las materias fecales; sin embargo, si la boca es amplia y situada cerca de los extremos, este inconveniente es despreciable; la anastomosis latero-lateral está indicada cuando existe una desproporción entre los dos extremos que se han de anastomosar y cuando hay que hacerlo en segmentos intestinales de meso expuesto y desprovistos de peritoneo en una de sus superficies: en estas condiciones, se puede, con esta anastomosis mejor que con ninguna otra, obtener un ancho adosamiento sero-seroso, que es un elemento de seguridad considerable, especialmente en cirugía cólica.

En cuanto a la *término-lateral*, que reproduce en suma la disposición morfológica del abocamiento del íleon en el ciego, no se emplea casi más que en las anastomosis entre el intestino delgado y el grueso; íleo-transversostomía, íleo-sigmoidostomía.

CAPÍTULO IV

Anastomosis con botones

Los botones empleados en cirugía gastro-intestinal son pequeños aparatos metálicos destinados a realizar las anastomosis sin sutura. Se componen de dos piezas que por encaje recíproco, aseguran la coaptación de los orificios por pinzamiento de sus bordes; las dos piezas están taladradas por un ancho orificio central por donde se hace la circulación de los gases y de los líquidos. Al cabo de un cierto tiempo, las partes pinzadas se esfacelan y el botón cae en la luz intestinal; evacuándose entonces por las vías naturales; en el momento de la caída del botón, la continuidad de la pared está restablecida por reparación anatómica de las partes afrontadas.

La principal ventaja de los botones es su rápida aplicación. Pueden acarrear inconvenientes: al nivel del estómago pueden favorecer la aparición de úlcus pépticos; al nivel del intestino grueso pueden determinar accidentes de oclusión, porque su luz central se encuentre obstruída por un bolo fecal; su empleo no es aconsejable en cirugía cólica.

Sin embargo, prestan servicios en un cierto número de casos en que es necesario actuar con rapidez: gastro-enterostomía simple, o después de resección gástrica en los cancerosos poco resistentes, yeyuno-yeyunostomía complementaria de una gastro-enterostomía alta habiéndose acodado el asa yeyunal, ileo-sigmoidostomía o íleo-transversostomía después de colectomía.

Anastomosis con el botón de Murphy

El botón de MURPHY puede ser utilizado en los tres tipos de anastomosis: término-terminal, término-lateral y latero-lateral.

a) **Término-terminal.** — Las dos piezas del botón están separadas; con una pinza se fija cada una de ellas por el cilindro central.

En los extremos intestinales, a tres milímetros de la abertura, se hilvana un hilo de lino que perfora todas las

túnicas. Introducir una mitad del botón (la pieza hembra en el extremo superior), cerrar y anudar este hilo, que debe

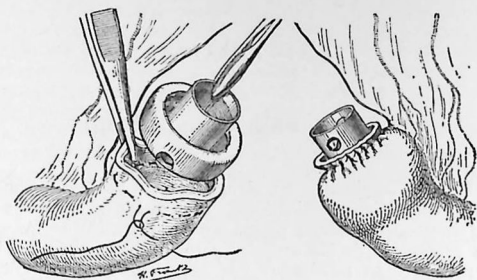


Fig. 122. — Anastomosis término-terminal con el botón de Murphy. — A la izquierda, hilo dispuesto a punto pasado en el espesor del intestino; introducción del botón. A la derecha, el hilo está apretado y el medio botón en su sitio.

apretarse sobre el tubo central; regularizar el extremo intestinal recortando las porciones que sobresalen.

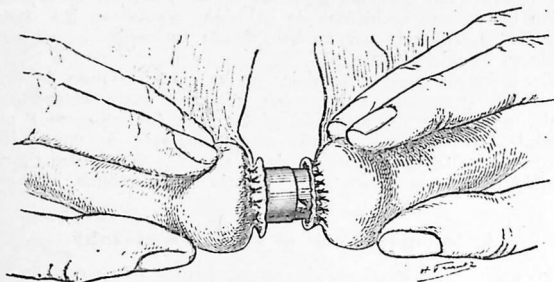


Fig. 123. — 2.º Introducción de las dos mitades del botón una dentro la otra

La misma maniobra en el otro extremo (pieza macho, la más pesada, en el cabo inferior) (fig. 122).

Tomando entonces los botones, a través de la pared, manteniéndolos exactamente dentro del asa intestinal, se les aproxima y se les hace penetrar el uno dentro del otro y se les encaja a fondo (fig. 123).

Se puede, por precaución, hacer una sutura sero-serosa a nivel del pliegue circular de adosamiento de las dos paredes.

b) **Término-lateral.** — Del lado del extremo que ha de implantarse, se hace la misma maniobra que anteriormente.

Del lado del segmento de implantación antes de cerrar el extremo, se introduce en la cavidad intestinal la otra mitad del botón; hacer sobresalir el tubo central en el punto preciso donde se quiere establecer la anastomosis: sobre la pared intestinal así levantada, se hace con el termocauterio una punción justa, suficiente para que el tubo central atraviese esta pared a paso justo. Después ajustar y cerrar las dos piezas.

c) **Latero-lateral después de resección.** — Antes de cerrar los dos cortes de resección, se introducirá en cada extremo una de las mitades del botón.

Anastomosis con el botón de Jaboulay

La característica de este botón (fig. 124) es que cada una de sus mitades se introduce por atornillamiento, a la manera de ciertos botones de puño de camisa, en un orificio del estómago o del

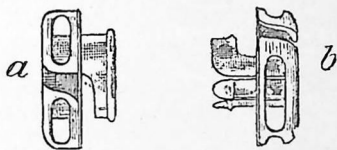


Fig. 124. — Botón de Jaboulay. — Pieza hembra *a* y pieza macho *b* por separado.

intestino de diámetro menor que la cabeza del botón: de esta manera no es necesaria ninguna sutura complementaria.

Interesa, por tanto, su empleo cuando se hace una *anastomosis latero-lateral de derivación, en la continuidad*, sin resección; por ejemplo, una simple gastro-enterostomía.

En una de las vísceras que han de anastomosarse se hace con el bisturí o con el termocauterio un ojal de 8 milímetros aproximadamente, asegurándose que la mucosa

está bien abierta y no despegada. Sosteniendo con una pinza uno de los labios de la incisión, se coge con otra pinza el medio botón.

Con esta pinza al comienzo dispuesta horizontalmente,

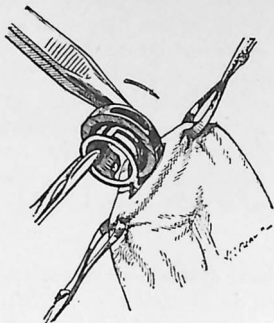


Fig. 125. — Introducción del $\frac{1}{2}$ botón (1.º tiempo). (HUGUIER y RIGOLLOT-SIMONNOT).

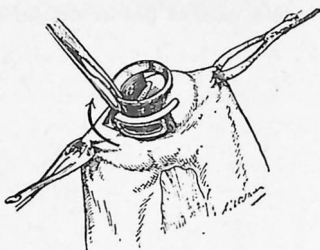


Fig. 126. — 2.º tiempo: obsérvese el cambio de orientación del botón y de la pinza (HUGUIER y RIGOLLOT-SIMONNOT).

paralelamente al asa intestinal, se insinúa en la incisión la muesca vertical del pabellón y con ella se imprime un tercio de vuelta al botón (fig. 125); después la pinza se levanta verticalmente y se continúa el movimiento de rotación: la pared intestinal monta a lo largo de la hendidura vertical del pabellón y se coloca encima de éste (fig. 126); finalmente, sólo el cilindro interno o pie del botón emerge fuera de la incisión que lo encierra,

La segunda mitad se coloca en la misma forma; después se aproximan el uno al otro (fig. 127) y se cierra a fondo. La anastomosis está creada.

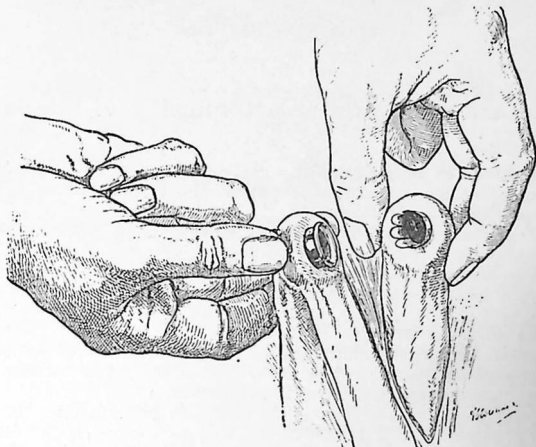


Fig. 127. — Articulación de las piezas del botón (HUGUIER y RIGOLLOT-SIMONNOT).

Un operador ejercitado sólo necesita de dos o tres minutos.

Para terminar citaremos el *botón de VILLARD*, muy empleado: su luz central es mayor que el de MURPHY; el botón destinado a la gastro-enterostomía presenta de especial que el cilindro central de la pieza hembra está aumentado de longitud, a fin de permitir una fijación más cómoda de la gruesa pared gástrica.

Estos botones son eliminados entre el 9.º y 14.º día. A partir del 10.º día, es útil hacer diariamente un *facto rectal* para asegurarse que el botón no está retenido en la ampolla rectal.

SEGUNDA SECCIÓN

Operaciones sobre el estómago y el duodeno

Anestesia en cirugía gástrica.— Conocidas son la frecuencia y la gravedad de las complicaciones pulmonares a consecuencia de las operaciones sobre el estómago.

Es indudable que la anestesia por inhalación predispone a estas complicaciones.

Las anestésias regionales, la anestesia de los espláncnicos por puntura dorsal latero-vertebral exigen una técnica difícil y complicada.

La *anestesia local* es suficiente para un gran número de operaciones. La simple infiltración de la pared abdominal es suficiente para las operaciones sencillas, tales como la gastrostomía, la gastro-enterostomía, la gastro y la piloro-plastia, y las diversas anastomosis: el estómago, como el intestino, es absolutamente insensible al pinzamiento, a la quemadura, a la sección y a la picadura; sólo la tracción, el pinzamiento, la sección de los mesos son dolorosos. Para las operaciones en las cuales es necesario actuar sobre los mesos (exclusión por sección, resecciones gástricas), es necesario, una vez el vientre abierto, infiltrar de líquido anestésico los mesos a lo largo de sus curvaturas; ello es muy fácil y generalmente suficiente. Sin embargo, será siempre prudente colocar a la cabeza del enfermo un ayudante dispuesto a administrar algunas gotas de éter en caso de necesidad, especialmente durante las maniobras de exploración y de reducción de las vísceras.

CAPÍTULO PRIMERO.

Exploración del estómago, vías de acceso sobre su cara posterior

1.º Incisión media supra-umbilical.

2.º Exploración de la cara anterior.

Esta cara es enteramente accesible a la vista y al tacto cuando no hay adherencias que la unan a la pared abdominal anterior; en este caso se puede fácilmente atraer el estómago al exterior.

Para inspeccionar la región del cardias y la gran tuberosidad, es necesario levantar el hígado hacia arriba con una valva y separar el reborde costal izquierdo hacia arriba y afuera, atrayendo el estómago hacia abajo y a la derecha hacia la herida.

Para el píloro, se eleva el hígado, y se separa hacia afuera el labio derecho de la incisión parietal.

3.º Exploración de la cara posterior.

Este es un tiempo indispensable en toda exploración gástrica:

1.º Porque permite la inspección de esta cara posterior y su palpación directa; 2.º, porque permite pasar los dedos detrás del estómago, y de palpar las diferentes partes del estómago entre dos dedos o entre las dos manos.

Diferentes maniobras permiten realizarla, dando acceso a la transcavidad de los epiplones (fig. 128).

a) *Atravesando la parte flácida del epiplón menor* es una vía angosta y ciega, que escasamente permite a uno o dos dedos palpar la parte de la cara posterior vecina de la pequeña curvatura.

b) *La incisión del ligamento gastro-cólico.*

Se levanta el estómago, al mismo tiempo que se tira hacia abajo del colon y el epiplón mayor; se escoge un

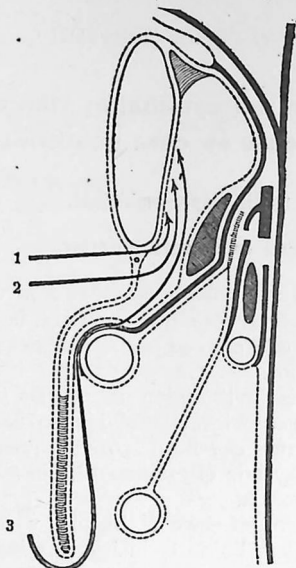


Fig. 128. — Las tres vías de acceso corrientes sobre la cara posterior del estómago. — 1. Denudamiento de la curvatura mayor. — 2. Paso a través del ligamento gastrocólico. — 3. Desprendimiento coloeplipoico.

sitio donde el ligamento sea delgado y transparente, se reconoce la arteria gastro-epiloica a 2 ó 3 cm. de la curvatura mayor. En este punto se incide el ligamento, o se desgarrá con el dedo, inmediatamente por debajo de la arteria (fig. 129), para caer seguramente en la transcavidad y no extraviarse en el mesocolon transverso. Algunas veces hay que hacer una o dos ligaduras en los vasos epiloicos rotos o seccionados.

Una vez la exploración ha terminado se sutura la herida.

Aun prolongando la incisión hasta el píloro a la de-

rechá y hasta el ángulo cólico a la izquierda, con lo cual se puede pasar la mano fácilmente por detrás del estómago, es muy difícil poder ranversar el estómago y exponer completamente su cara posterior a la vista.

c) *El despegamiento colo-epiploico*, maniobra descrita por LARDENNOIS y OKINCZYC para la conservación del epiplón mayor en la colectomía total, consiste en separar la fascia de adosamiento que

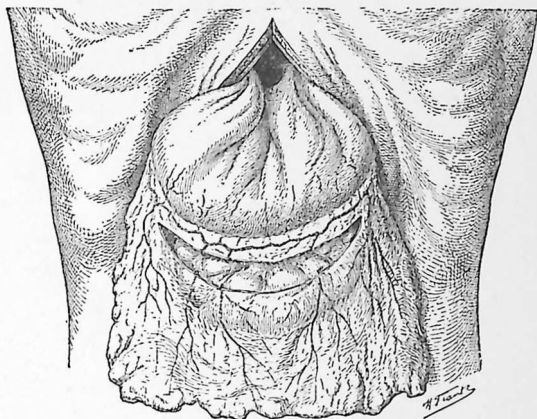


Fig. 129. — Incisión del ligamento gastrocólico.

une el epiplón mayor de una parte, el colon transverso y su meso de otra parte, hasta la raíz de este meso. En cirugía gástrica, la maniobra no debe prolongarse tan lejos, puesto que el objetivo que se busca es el acceso a la cara posterior del estómago; en lugar de despegar del mesocolon transverso la hoja posterior o refleja del epiplón mayor, hay que incidir esta hoja sobre el borde del colon antes de llegar al meso, para penetrar en la transcavidad de los epiplones: esto es, mejor dicho, una *desinserción cólica del epiplón mayor*.

El epiplón mayor y el colon transverso son levantados y atraídos fuera del vientre; el ayudante sujeta transversalmente el colon, el operador sostiene el epiplón mayor con su mano izquierda y desliza su bisturí muy ligeramente

sobre las adherencias flojas que unen la hoja posterior del epiplón mayor con el borde anterior del colon transverso (figura 130). Mediante una compresa se acaba de despegar

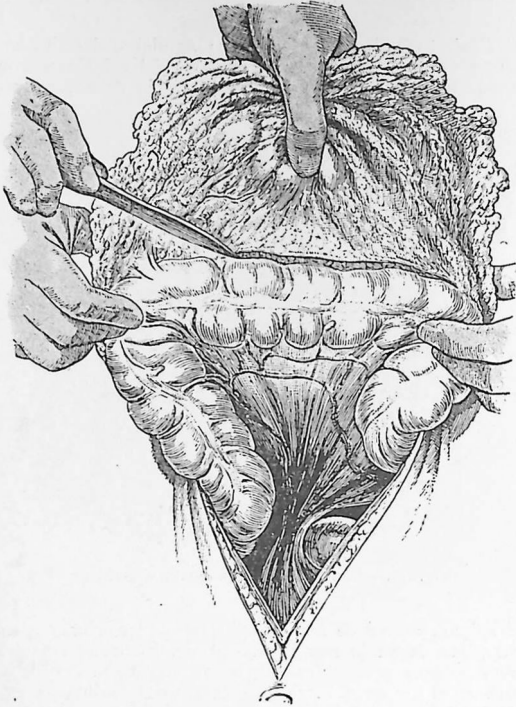


Fig. 130. — Desprendimiento coloepiploico: 1.º tiempo: ligera incisión, con el bisturí, de las adherencias flojas que unen la hoja posterior del epiplón mayor con el borde del colon transverso (TOUPET).

el epiplón, que está poco adherido a la cara posterior del colon, hasta la inserción del mesocolon transverso al borde posterior del intestino.

Cuando se llega al mesocolon, la hoja posterior del epiplón mayor es tan delgada que ella misma se desgarra

bajo la mano izquierda y se puede entonces rechazar el colon transverso hacia abajo, el estómago y el epiplón mayor hacia arriba. La transcavidad está ampliamente abier-

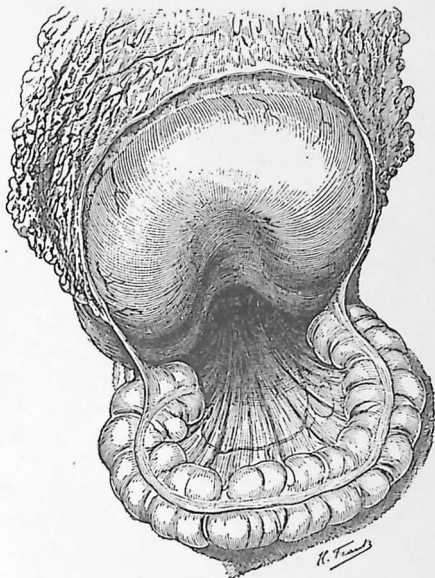


Fig. 131. — Desprendimiento coloepiploico terminado.

ta, dejando ver el cuerpo del páncreas y la raíz del mesocolon; se puede levantar y volver completamente el estómago, dejando completamente al descubierto su cara posterior (fig. 131).

Esta es la vía de exploración y de acceso amplio a la cara posterior del estómago, que permite, según los casos, suturar una perforación, liberar adherencias, apreciar su naturaleza, su extensión; de juzgar de la operabilidad de un úlcus, de un tumor, de escoger el emplazamiento preciso de una boca de gastro-enterostomía.

Esta es una maniobra generalmente fácil, casi exangüe; todo lo más puede dar un ligero rezumamiento sanguíneo del transverso despegado, o de pequeñas sufusiones hemorrágicas en el epiplón mayor; una o dos ligaduras son suficientes para remediar estos accidentes.

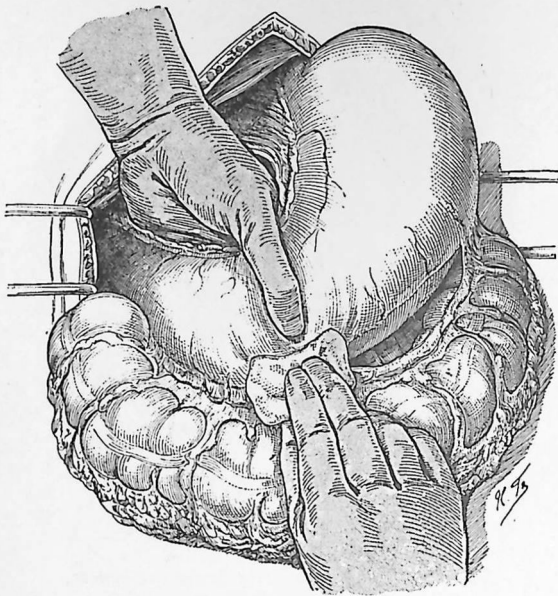


Fig 132. — Denudación de la curvadura mayor.

Ninguna sutura de reparación es necesaria: es suficiente, una vez la exploración o la intervención está terminada, dejar caer el delantal epiploico delante del colon transverso.

d) El desprendimiento de la curvadura mayor.

Existe un cuarto proceder para penetrar en la cavidad de los epiplones, con la maniobra imaginada y descrita por TÉMOIN bajo el nombre de desprendimiento de la curvadura mayor. Consiste en asir fuertemente el

estómago con la mano izquierda y desprender la curvadura mayor de sus vasos con la ayuda de una compresa (fig. 132). No provoca, según dice, más que una ligera o ninguna hemorragia cuando está ejecutada de izquierda a derecha; en realidad requiere a veces algunas ligaduras de hemostasia en la curvadura mayor. Al final de la operación se unirá mediante una sutura el epiplón a la curvadura mayor.

TÉMOIN aplica este procedimiento, sobre todo en la gastrectomía; no es más que accesoriamente un medio de exploración, pero puede en ciertos casos rendir servicios: así cuando la cara posterior del estómago está de tal manera infiltrada que es imposible colocar una anastomosis: este desprendimiento permite entonces colocar exactamente sobre la curvadura mayor o incluso un poco por encima, sobre la cara anterior, una boca de gastro-enterostomía transmesocólica.

CAPÍTULO II

Gastrotomía

La gastrotomía o talla gástrica es una operación que consiste pura y simplemente en incindir el estómago. Las indicaciones son poco frecuentes: exploración de la cara interna del estómago, acceso sobre un úlcus adherente de la cara posterior, extracción de un cuerpo extraño del estómago o de la parte inferior del esófago, cateterismo retrógrado del esófago.

Enfermo acostado sobre el dorso. Operador a la derecha. Ayudante a la izquierda.

Laparotomía media supra-umbilical.

El estómago, vaciado previamente todo lo posible, es atraído hacia la herida.

¿Se trata de un *cuerpo extraño* que se toca a través de la pared?

Es fácil hacerle resaltar bajo la pared anterior y de incindir ésta en una longitud justa, suficiente para extraerlo.

¿Se trata de una *exploración de toda la cavidad gástrica* por cuerpos extraños múltiples, reconocimiento de una úlcera? Es necesario hacer una larga incisión paralela a la curvatura mayor, en cuyos bordes se colocan pinzas de CHAPUT para elevarlos. La exploración de la vasta cavidad de mucosa plisada es algunas veces difícil; una buena iluminación y dos valvas bien colocadas facilitan la exploración.

La mano introducida en la transcavidad de los epiploes puede rechazar *la pared posterior* a través de la incisión anterior.

La *tuberosidad mayor* y el *cardias* son particularmente difíciles de explorar, si no del dedo, por lo menos con la vista. Para encontrar el orificio esofágico escondido entre los pliegues mucosos, es necesario poner en tensión la curvatura menor y seguirla, sirviendo de guía, hacia el cardias.

Una vez terminadas todas estas exploraciones se practicará la sutura de la incisión siguiendo las reglas ordinarias.

CAPÍTULO III

Pilorotomía longitudinal extra-mucosa

(operación de FREDÉT) (1)

Esta operación está indicada en la *estenosis del píloro por hipertrofia muscular de los niños*: consiste en seccionar el anillo muscular estenosante sin interesar la mucosa. Si la gastro-enterostomía encuentra su indicación en ciertas formas agudas precoces, la pilorotomía es la operación de elección en las formas crónicas, de estenosis poco cerradas, que son las más numerosas.

1.º **Incisión media de la pared.** — Supra-umbilical, alta y corta, y un poco a la derecha de la línea media para evitar la vena umbilical que se rechaza a la izquierda (figura 133).

(1) Capítulo redactado según E. A. ALARY. Tesis, París, 1921.

2.º **Exteriorización del píloro**, el cual se inmoviliza pinzándolo entre el pulgar y el índice; es un pequeño tumor duro, del tamaño de una aceituna.

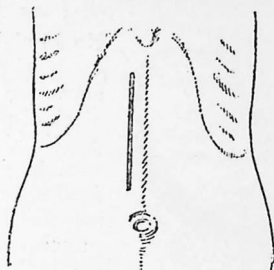


Fig. 133. — Pílorotomía longitudinal extramucosa. — 1.º Incisión alta y corta un poco a la derecha de la línea media.

3.º **Incisión de la muscular.** — “Se reconoce sobre la cara anterior una banda exangüe, entre los vasos radiados

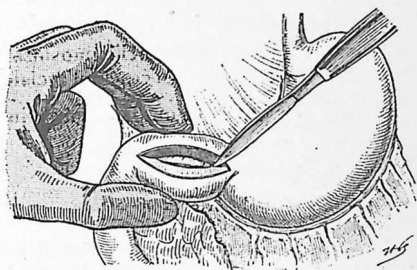


Fig. 134. — 2.º Incisión de la muscular engrosada.

que emanan de los bordes superior e inferior. Aquí es donde debe practicarse la incisión. Se empieza con un bisturí bien aplicado, en la extremidad yuxta-duodenal del tumor y se la conduce hasta el antro pilórico. Los labios de la herida se separan espontáneamente y se puede sin inconveniente, en plena luz, seccionar la capa muscular en un espesor de 3 milímetros al menos (figura 134). A

partir de este momento es prudente substituir el bisturí por un instrumento romo (el pico de unas tijeras curvas, por ejemplo) y de acabar así la rotura de la muscular hasta la mucosa. Estas maniobras exigen mucha atención, sobre

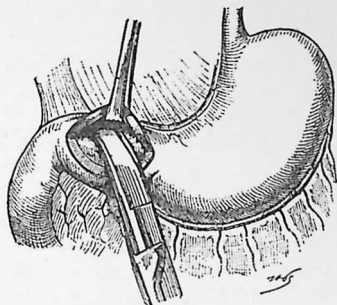


Fig. 135. — Desprendimiento de la mucosa con el extremo de unas tijeras curvas mantenidas cerradas.

todo del lado duodenal. No se olvidará, en efecto, la disposición anatómica que toma, a este nivel, el píloro, que hace presión al interior y provoca la formación de fondos de saco donde la mucosa duodenal está particularmente expuesta.”

4.º Despegamiento de la mucosa. — “Una vez cortado completamente el anillo estenosante, se per-

cibe la mucosa, bajo la forma de un delgado reborde amarillento, que tiende a formar hernia entre los bordes de la herida. Se despega prudentemente la mucosa, tanto como sea posible, a fin de facilitar su desplazamiento. Para esto es cómodo fijar el labio muscular correspondiente con unas pinzas de garfios (fig. 135). Se comprueba que el obstáculo ha desaparecido ejerciendo una presión sobre el estómago: en estas condiciones se ve pasar fácilmente el gas al duodeno.”

La experiencia ha demostrado que es inútil suturar de través la incisión longitudinal y de reunir sus labios de una manera determinada.

Si la incisión sangra, se practica la hemostasia tan sólo con algunos puntos en U constriñendo los labios de la incisión.

5.º Cierre de la pared en un plano, mediante crines de Florencia, sin drenaje.

CAPÍTULO IV

Gastro y piloroplastias

La *piloroplastia* (HEINECKE-MIKULICZ) se practica en las estenosis del píloro; consiste en seccionar longitudinalmente todo el espesor de la estenosis por una incisión gastro-duodenal (fig. 136) y en cerrar esta incisión por una sutura transversal (fig. 137).

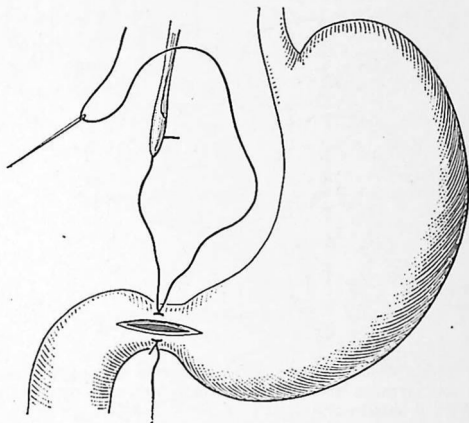


Fig. 136. — Piloroplastia por el procedimiento de Heinecke-Mikulicz: 1.º tiempo: incisión longitudinal.

Así comprendida la piloroplastia es hoy apenas empleada, aún en los casos de estenosis cicatriciales. No obstante, en los casos de úlcera pilórica puede emplearse combinándola con la excisión del úlcus o con su termocauterización (SHELTON HORSLEY).

La *gastroplastia* es una operación análoga, pero practicada en el propio estómago a nivel de una estenosis mediogástrica.

El inconveniente de estas operaciones es que las suturas radican en pleno tejido cicatricial.

Piloroplastia por el procedimiento de Finney. — FINNEY ha descrito en 1902 una operación que es una acertada modificación de

la piloroplastia clásica: esta operación consiste en seccionar la estrechez pilórica en su cara anterior y en prolongar esta incisión transversal con dos incisiones verticales situadas respectivamente en el duodeno y el estómago después de adosar estas dos vísceras.

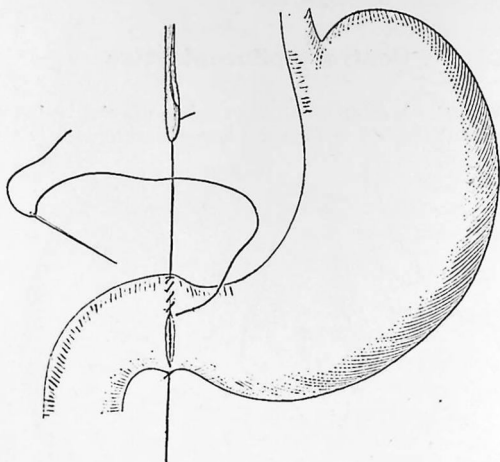


Fig. 137. — 2.º tiempo: sutura transversa

El conjunto de la incisión tiene la forma de una herradura de caballo; se cierra la abertura, suturando una con otra las secciones gástrica y duodenal.

El resultado de la operación es el de establecer una amplia comunicación entre el bulbo duodenal y el antro pilórico (fig. 143). He aquí la técnica de esta intervención:

1.º Colocar tres hilos de tracción: el primero, destinado a tirar de él hacia arriba, en el borde superior del píloro; el segundo, hacia abajo y a la derecha, en el borde inferior del duodeno; el tercero hacia abajo y a la izquierda en el borde inferior del antro pilórico (fig. 138).

2.º Sutura sero-serosa posterior dirigida de arriba abajo uniendo el duodeno al estómago; la sutura se detiene en el borde inferior, conservando en su sitio la aguja y el hilo.

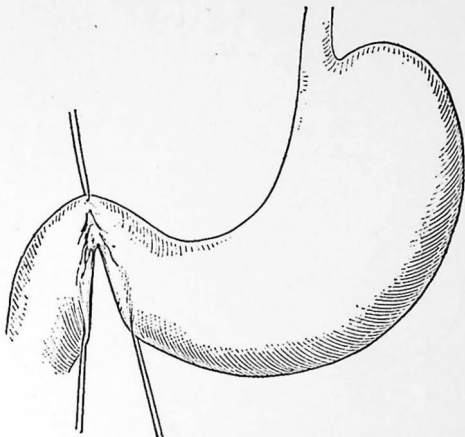


Fig. 138. — Píloroplastia de Finney: 1.º Los tres hilos de tracción.

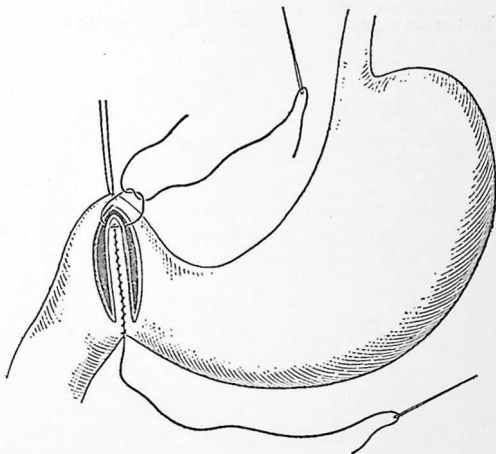


Fig. 139. — 2.º Sutura sero-serosa posterior, uniendo el duodeno con el estómago: una incisión en forma de herradura abre las dos vísceras. El primer punto de la sutura total esta dispuesto para ser anudado en el extremo de la zona adosada.

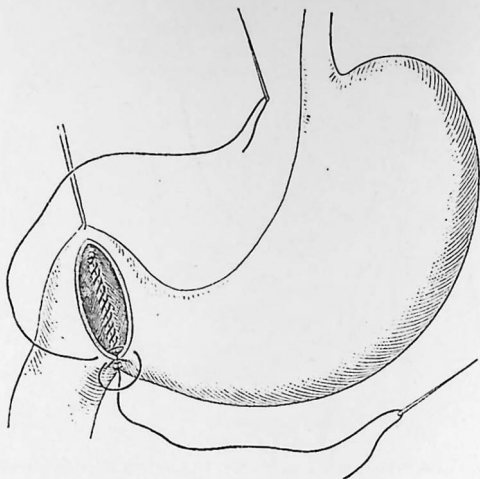


Fig. 140. — Sutura total terminada en su mitad posterior, e iniciada en su mitad anterior: con el mismo hilo se prosigue de abajo arriba hasta su oclusión completa.

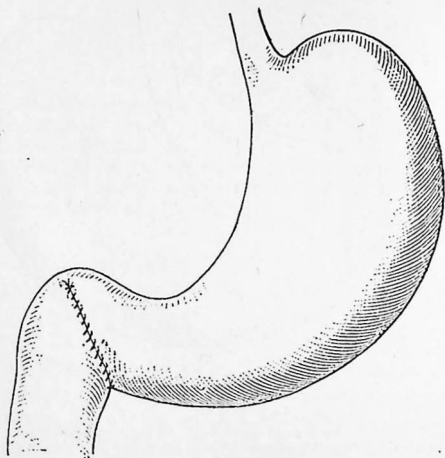


Fig. 141. — 4.º Operación terminada: sólo se ve la sutura sero-serosa anterior.

3.º Incisión en herradura de caballo con una rama gástrica, otra en el duodeno y la porción curva correspondiente al píloro (fig. 139).

4.º Sutura total, al principio posterior de arriba abajo y luego anterior de abajo arriba (fig. 140).

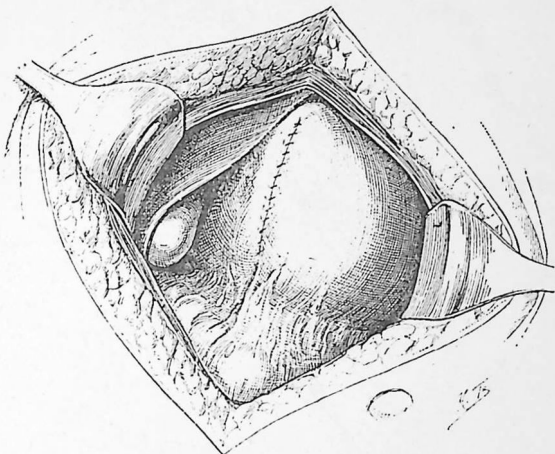


Fig. 142.— 5.º Aspecto operatorio de la piloroplastia terminada (según FINNEY).

5.º Sutura sero-serosa anterior que se practica de abajo arriba con el mismo hilo y aguja que habrá servido para la sutura sero-serosa posterior de la cual es continuación (fig. 141).

Para poder efectuar esta operación es necesario que la primera porción del duodeno esté bastante libre para poder adosarla al estómago.

Una de sus ventajas consiste en que al abrir ampliamente el conducto duodeno pilórico, permite la inspección directa de la lesión ulcerosa, y si hay necesidad su sección con el bisturí o su destrucción con el termocauterío (1).

(1) Véase J. M. I. FINNEY y J. FRIEDENWALD. Hundred cases of pyloroplasty, *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tomo XVIII, número 3, marzo 1914, pág. 273.

Este ingenioso método de "plastia" ha sido empleado con éxito en el *tratamiento de la estenosis mediogástrica*.

La técnica es en todo comparable a la que se emplea a nivel del píloro. La convexidad de la herradura de caballo corresponde

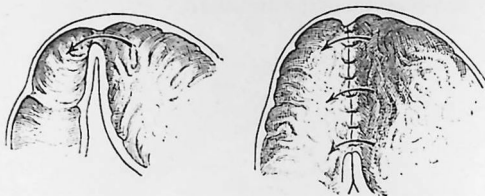


Fig. 143. — Dos cortes demostrando el resultado de la piloroplastia (según FINNEY).

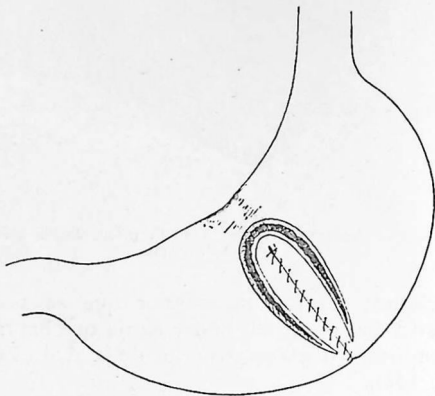


Fig. 144. — La «plastia» de Finney aplicada al tratamiento de la estenosis mediogástrica: sutura sero-serosa adosando las dos bolsas; incisión en herradura (LECENE).

a la curvatura menor y sus dos ramas descienden una sobre la bolsa gástrica y la otra sobre la bolsa pilórica (fig. 144).

Cuando la resección segmentaria (que es el tratamiento de elección de la estenosis mediogástrica por *ulcus*) es imposible, es evidente que esta operación tipo FINNEY constituye el mejor procedimiento paliativo; corrige con una plastia la deformación bilocular; establece una comunicación amplia entre las dos bolsas;

por último, permite el tratamiento directo endogástrico de la úlcera según la técnica de W. MAYO, por la excisión o por termocauterización (1).

CAPÍTULO V

Gastro-gastrostomía

Esta operación se emplea en los casos de *estenosis mediogástrica*, y consiste en anastomosar dos bocas practicadas a uno y otro lado de la estrechez, una en la bolsa gástrica y otra en la bolsa pilórica.

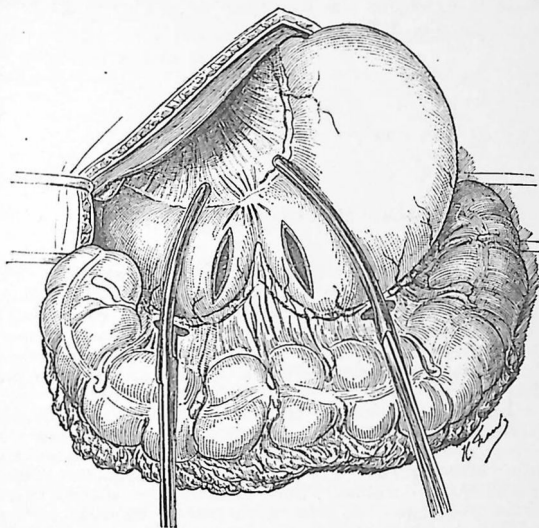


Fig. 145. — Gastrogastrostomía. — Esta figura sólo tiene el valor de un esquema destinado a demostrar la situación y las dimensiones de la boca. En la realidad, antes de abrir las dos bolsas se unen mediante una sutura serosa posterior.

(1) Véase P. DUVAL. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 9 diciembre 1919, pág. 1509.

P. LECÈNE, *Journal de Chirurgie*. Tomo XVII, núm. 1, pág. 1.

Esta es una operación paliativa que está indicada, como la gastroplastia que acabamos de describir, cuando las operaciones radicales de exéresis (resección mediogástrica o hemigastrectomía) son impracticables a causa de adherencias o por el mal estado del enfermo; no es posible practicarla en buenas condiciones más que cuando la bolsa pilórica presenta dimensiones suficientes y cuando la cara anterior de las dos bolsas está sana y fácilmente movilizable (PIERRE DUVAL) (1).

La técnica (WÖLFLER) es muy sencilla: es suficiente adosar una con otra la cara anterior de las dos bolsas y practicar una anastomosis (véase anastomosis latero-laterales, pág. 129).

PIERRE DUVAL, aconseja practicar una boca muy amplia en toda la extensión del estómago de la curvatura menor a la mayor (fig. 145).

CAPÍTULO VI

Gastro-enterostomías

Son operaciones que consisten en practicar una boca anastomótica entre el estómago y un asa delgada: esta asa es habitualmente la primera del yeyuno: cuando se habla de gastro-enterostomía se sobreentiende gastro-yeyunostomía. No obstante, se puede anastomosar el estómago con la primera o la segunda porción del duodeno; estas gastro-duodenostomías son operaciones poco practicadas.

La gastro-enterostomía es actualmente una operación de práctica corriente; sus indicaciones, que no podemos precisar aquí, son numerosas en el tratamiento de las afecciones del estómago y del duodeno: estenosis pilórica y mediogástrica, cáncer de estómago, úlcus gástrico y duodenal. Puede constituir por sí sola toda la operación, y en este caso, sólo es, en general, un tratamiento paliativo o por lo menos indirecto; o asociarse con otra intervención: exclusión, excisión del úlcus, resección gástrica, pilorectomía, o aun ser el primer tiempo de una operación radical por cáncer (gastrectomía en dos tiempos en enfermos debilitados con gran dilatación gástrica).

Las gastro-enterostomías destinadas a restablecer la continuidad

(1) P. DUVAL, *Bull. et Mem. Soc. Chir.*, 1914, pág. 790.

del tubo digestivo después de una resección del estómago, serán estudiadas en el capítulo de la gastrectomía.

Procedimientos operatorios. — La gastro-enterostomía puede practicarse con el botón (véase técnica de las anastomosis latero-laterales con el botón, pág. 137), pudiendo ser ventajosa en ciertos casos por la rapidez con que puede practicarse; en ella es reprochable la estrechez de la comunicación establecida. Describiremos aquí la gastro-enterostomía por medio de suturas.

Dejaremos sin describir la gastro-enterostomía en Y: es una operación larga y complicada que requiere dos anastomosis término-laterales: ha sido ideada para evitar la acumulación de líquido en el asa duodenal y el reflujó de la bilis y del jugo pancreático hacia el estómago; la experiencia ha demostrado que expone mucho a los úlcus pépticos; es muy poco empleada.

Sólo describiremos, pues, las gastro-enterostomías por anastomosis lateral.

La anastomosis puede radicar en la cara anterior o en la cara posterior del estómago, de donde dos variedades de gastro-yeyunostomía: gastro-yeyunostomía anterior y gastro-yeyunostomía posterior.

Gastro-yeyunostomía anterior

Esta operación consiste en la anastomosis de la cara anterior del estómago con un asa yeyunal, atraída por delante del colon transverso. Si se escoge para la anastomosis un punto muy cercano del ángulo duodeno-yeyunal (asa corta), esta asa puede comprimir el colon o ser comprimida por él. Si se elige un punto muy alejado (asa larga) se evitarán los peligros de oclusión, pero se tendrán las mejores circunstancias para un círculo vicioso o para desarrollarse una úlcera péptica.

La gastro-yeyunostomía anterior en sí es, por tanto, una operación defectuosa; como operación de derivación tiene tan sólo su indicación en los casos de cáncer muy extendido, habiendo fijado o invadido toda la cara posterior del estómago. Aun en este caso se podría practicar la liberación de la curvadura mayor (véase página 146) y establecer una gastro-enterostomía en la misma curvadura o aun en la cara anterior, pero transmesocólica y, por consiguiente, con asa corta.

La técnica de la gastro-yeyunostomía anterior precólica es extremadamente sencilla: después de la laparotomía supraumbilical se levanta con la mano izquierda el epiplón

y el colon y con la mano derecha deslizada junto al mesocolon transverso se coge la primera asa fija y se la atrae hasta el estómago pasando por delante del colon transverso. La boca deberá estar localizada en el intestino a 40 centímetros aproximadamente del ángulo duodeno-yeyunal, y en el estómago lo más cerca posible del píloro y de la curvatura que permitan las lesiones existentes. Es conveniente disponer el asa yeyunal de izquierda a derecha, es decir, en sentido peristáltico con relación al estómago; es muy importante para evitar la acodadura del asa aferente suspenderla al estómago mediante dos o tres puntos seroserosos, y si es necesario practicar por debajo una yeyuno-yeyunostomía complementaria entre las dos asas aferente y eferente.

Esta yeyuno-yeyunostomía podrá ser ventajosamente practicada mediante el botón para no prolongar el tiempo de la operación.

Gastro-yeyunostomía posterior

La gastro-yeyunostomía posterior (VON HACKER, 1885) es una anastomosis entre la cara posterior del estómago y un asa yeyunal a través de un orificio practicado en el mesocolon transverso.

Es el método de elección; tiene las siguientes ventajas: asa corta, no acodada, boca gástrica declive, tanto en posición en pie como en supinación, y relaciones de las vísceras después de la operación casi anatómicas.

Para obtener un buen resultado funcional, o sea una evacuación completa del estómago por la boca, y para evitar las complicaciones precoces (círculo vicioso) la operación deberá siempre realizar las siguientes condiciones: *La boca debe localizarse: en el estómago, lo más cerca posible del píloro y de la curvatura mayor; en el intestino, lo más cerca posible del ángulo duodeno-yeyunal.* He aquí lo esencial.

En cuanto a la dirección del asa de izquierda a derecha isoperistáltica (fig. 146) (procedimiento clásico en Francia), o de derecha a izquierda antiperistáltica (fig. 147) (MAYO), o en lo que se refiere a la suspensión (RICARD-MOYNIHAN) o no suspensión del asa y aun en lo relativo a la dirección de la boca horizontal, vertical u oblicua (RICARD), son cuestiones de menor importancia.

Hay un punto sobre el cual queremos insistir: la gastro-enterostomía posterior, que es necesariamente transmesocólica, puede hacerse por debajo o por encima del mesocolon; el resultado final es exactamente igual. En el procedimiento submesocólico, el más antiguamente empleado, se atrae el estómago de arriba abajo a tra-

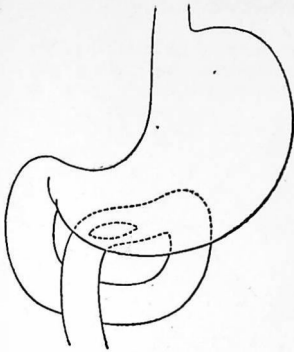


Fig. 146. — Esquema de la gastroyjunostomía posterior, demostrando el asiento de la boca en el estómago y en el asa yeyunal. Obsérvase también la dirección del asa, de izquierda a derecha; en este sentido la boca resulta «isoperistáltica».

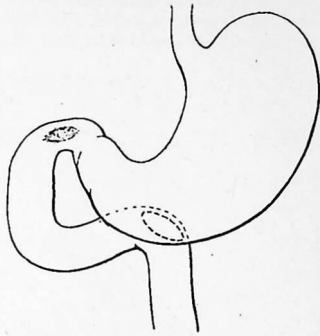


Fig. 147.—Gastroyjunostomía posterior sin asa o «antiperistáltica» (según MAYO).

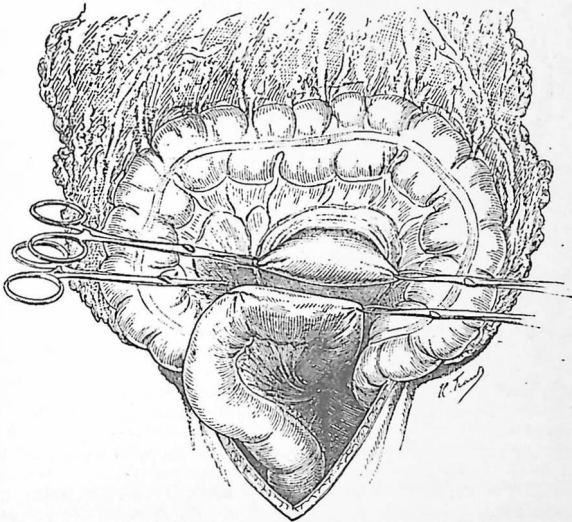


Fig. 148. — Gastroyjunostomía posterior transmesocólica inframesocólica: la pared posterior del estómago es atraída a través de una brecha practicada en el mesocolon transverso.

vés de la brecha practicada en el mesocolon y las maniobras tienen lugar en la parte inferior del abdomen (fig. 148). En el procedimiento supramesocólico es el asa yeyunal la que se atrae de

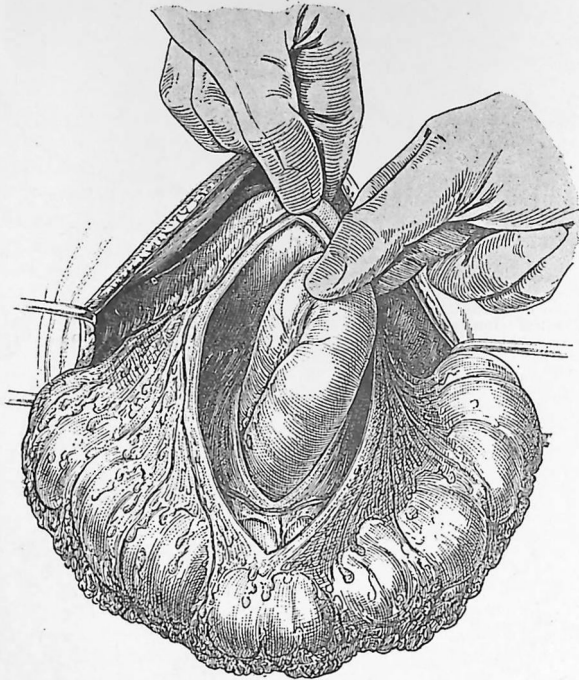


Fig. 149. — Gastroyeyunostomía posterior transmesocólica supramesocólica por hundimiento del ligamento gastrocólico (TOUPET).

abajo arriba a través del mesocolon y las maniobras de anastomosis tienen lugar en la transcavidad de los epiplones (TOUPET (1), PIERRE DUVAL (2)).

Si se reflexiona en que el punto esencial de la operación es la

(1) TOUPET, *Journal de Chirurgie*, 1918. Tomo XV, núm. 3, página 253.

(2) PIERRE DUVAL, *Bull. et. Mem. Soc. Chirg.*, 1919, números 8 y 9.

exacta elección del sitio para la anastomosis en la cara posterior del estómago, se comprende fácilmente que será mejor procedimiento el que permite ver toda la cara posterior del estómago en



Fig. 150 — Gastroyunosomía posterior transmesocólica supramesocólica por desprendimiento colopileoico. La línea punteada indica la situación de la boca en el estómago (TOUPER).

lugar de un segmento de la misma. Además de esta ventaja primordial, el método supramesocólico reúne otras condiciones:

1.º Permite operar, por decir así, fuera del vientre, y si es necesario, aislar completamente la zona estomacal, que se debe anastomosar mediante un solo clamp que no estorbará para nada.

2.º El colon transversó permanece en el abdomen durante casi toda la operación y, sobre todo, durante las maniobras sépticas.

Como tiempo preliminar esta técnica exige naturalmente la abertura de la transcavidad de los epiplones, que podrá realizarse de tres maneras (véase pág. 141), cuyas respectivas indicaciones serán las siguientes:

a) Cuando la indicación operatoria es clara, y cuando no es indispensable la exploración de toda la cara posterior del estómago, será suficiente atravesar el ligamento gastrocólico (figura 149).

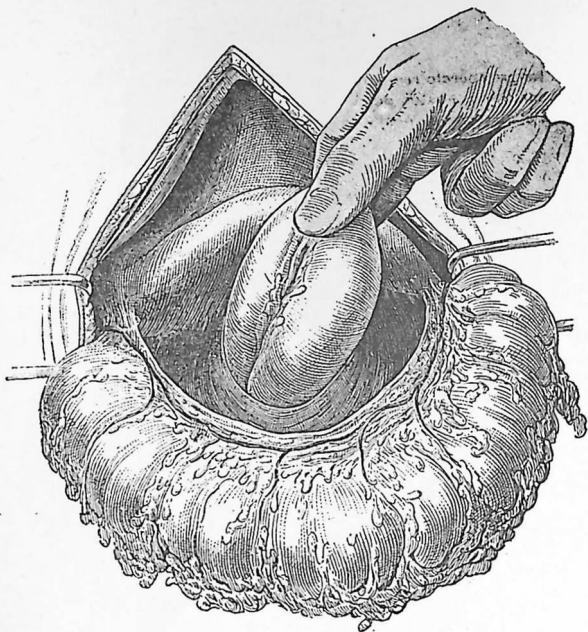


Fig. 151. — Gastroyunosomía posterior transmesocólica por denudación de la curvatura mayor (TOUPET).

b) Cuando es necesaria la exploración amplia de la cara posterior gástrica estará indicado el desprendimiento intercolo-epiploico (figura 150).

c) La liberación de la curvatura mayor sólo tiene, en la simple gastro-enterostomía, muy raras indicaciones; una de ellas es la falta de espacio en la cara posterior del estómago (fig. 151).

Técnica de la gastro-yunosomía posterior transmesocólica supramesocólica (según TOUPET) (1). — Enfermo en

(1) TOUPET, ya citado.

decúbito dorsal, el operador a la derecha y a la izquierda el ayudante.

1.º *Incisión supraumbilical, vertical y baja.*

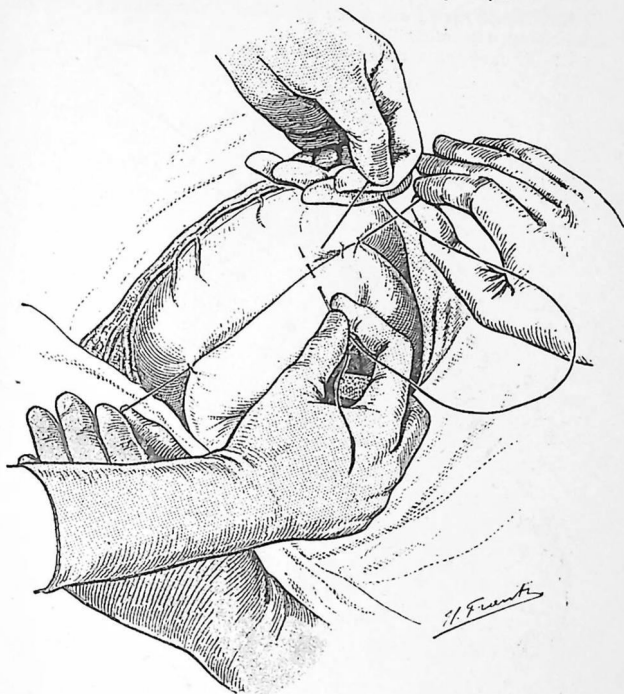


Fig. 152. — Gastroyeyunostomía posterior. 1.º Sutura sero-serosa conducida de izquierda a derecha, entre dos puntos de fijación.

2.º *Exteriorización del colon transverso.*

3.º *Abertura de la transcavidad* por uno de los tres procedimientos que hemos indicado (véase más arriba para las indicaciones y la pág. 141 para la técnica).

4.º *Incisión del mesocolon transverso.* — Se busca una zona desprovista de vasos y se incinde verticalmente te-

niendo cuidado de no interesar los vasos cólicos que la limitan.

Este tiempo operatorio puede ser difícil y aun imposible, por dos condiciones anatómicas:

1.º El mesocolon puede ser muy grasoso, haciendo imposible

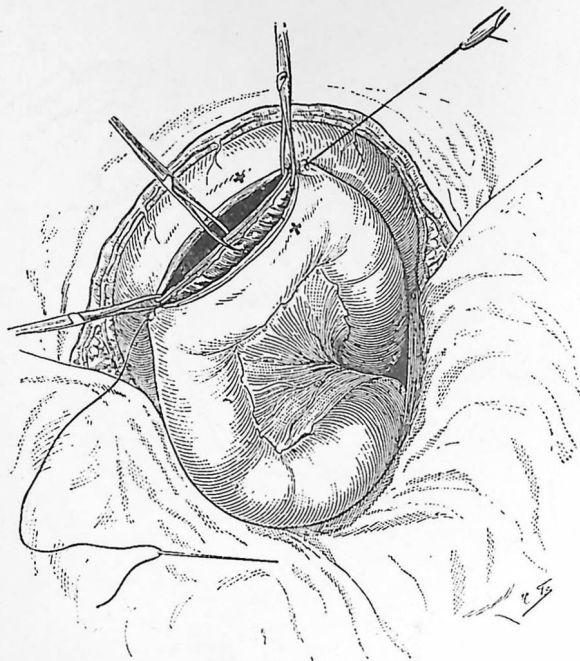


Fig. 153. — Gastroyeyunostomía posterior. 2.º Las dos cavidades están abiertas; adosamiento de las dos secciones posteriores. Las dos cruces indican el sitio en que se colocará el primer punto de la sutura total.

distinguir por transparencia los gruesos vasos que recorren por él; es preciso no incidir caprichosamente el mesocolon transverso sin ver estos vasos: su lesión expone al esfacelo del colon; es necesario extender el mesocolon e intentar reconocer sus vasos iluminando la cara opuesta mediante un foco luminoso intenso; si con

ello no es posible reconocer los vasos es mejor renunciar a la vía transmesocólica que exponerse a lesionarlos.

2.º El mesocolon puede ser corto, retraído; las arcadas vasculares bajas muy cercanas a la inserción parietal y sin espacio sufi-

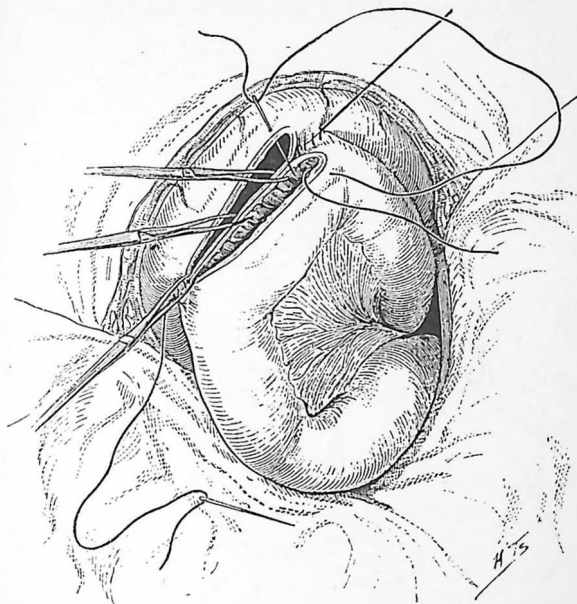


Fig. 154. — Gastroyeyunostomía posterior. 3.º Disposición del primer punto de la sutura total.

ciente para practicar una brecha de extensión conveniente; también en estos casos es mejor abandonar la gastro-enterostomía transmesocólica y practicar el procedimiento precólico antes de exponernos a lesionar los vasos, o de practicar una boca pequeña y expuesta a una restricción secundaria.

5.º *Se atrae la primera asa delgada a través del mesocolon hacia la transcavidad.*

No hay error posible: la primer asa es la que se halla fijada en la profundidad: se la encuentra fácilmente en el

lado izquierdo del raquis lumbar inmediatamente por debajo del mesocolon.

6.º *El colon transverso se reduce en la cavidad abdominal.*

7.º *Preparación de la anastomosis.*

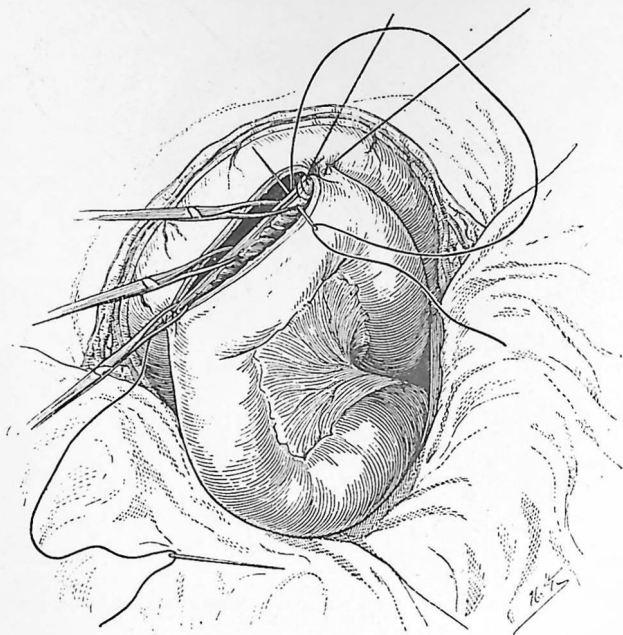


Fig. 155. — Gastroyeyunostomía posterior. 4.º Sutura total; puntos del ángulo izquierdo.

Se reconoce en el estómago el punto en donde se quiere hacer la anastomosis: lo más cerca posible del píloro (1) y de la curvadura mayor, a 15 milímetros aproximadamente

(1) Debe entenderse, no obstante, que la anastomosis debe practicarse, ante todo, en tejido sano: si se trata, por ejemplo, de una gastroenterostomía por cáncer del píloro, deberá distar 3 ó 4 centímetros por lo menos de los límites aparentes del tumor.

de ésta para que quede espacio para practicar la anastomosis sin que sean un obstáculo los gruesos vasos que la recorren; siguiendo una línea horizontal que responda a

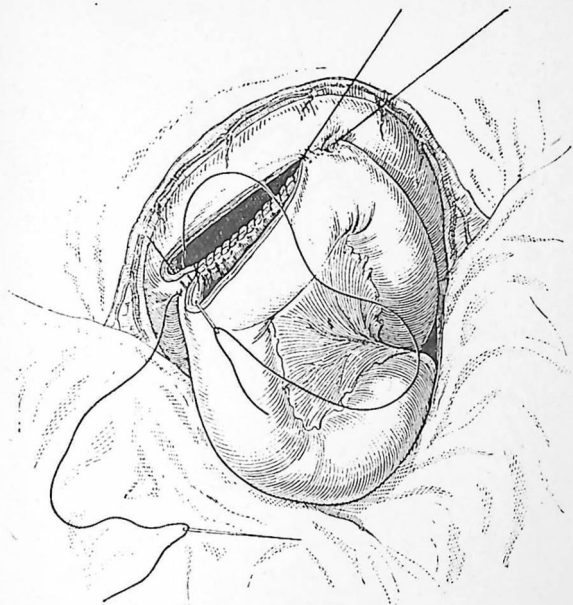


Fig. 156. — Gastroyeyunostomía posterior. 5.º Sutura total: puntos del ángulo derecho.

estas condiciones, se coloca sobre el estómago el asa yeyunal atraída de izquierda a derecha, con una moderada tensión sobre su fijación en el ángulo izquierdo.

Los dos órganos así adosados se mantienen con dos pinzas de CHAPUT o mediante dos hilos de fijación colocados a unos 6 centímetros uno de otro. Hay que tener cuidado de fijar el intestino de manera que quede espacio suficiente para la boca, es decir, no en el borde libre, sino en la cara superior, un poco más cerca del borde mesentérico que del borde libre.

El empleo de clamps es generalmente inútil, si se ha lavado y vaciado el estómago antes de la operación.

8.º *Anastomosis.* — Se practica una anastomosis late-

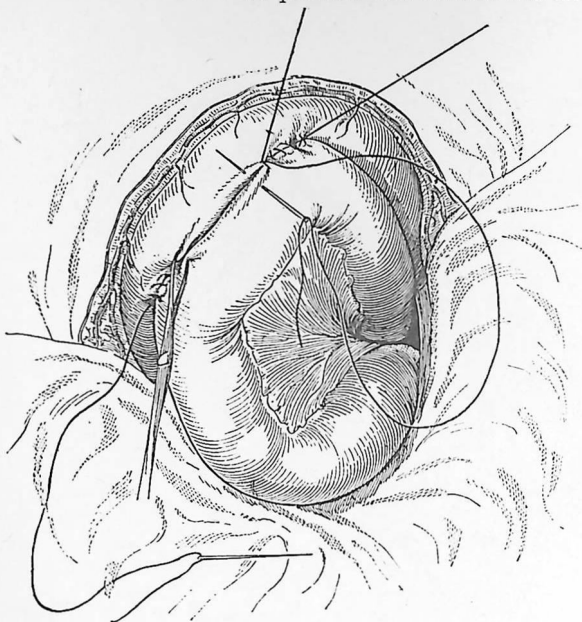


Fig. 157. — Gastroyeyunostomía posterior. 6.º Sutura total en el último tercio anterior. Obsérvase cómo la mucosa queda invertida hacia dentro por la disposición de la pinza de Chaput colocada a la derecha y el punto de fijación seroseroso de la izquierda.

ro-lateral de la manera que se ha indicado en la pág. 129.

1. Sutura sero-serosa posterior (fig. 152).

2. Abertura de las dos cavidades teniendo en cuenta que la mucosa gástrica tiene tendencia a despegarse y a escurrirse bajo el bisturí y que si se presenta muy exuberante es preciso reseca con la tijera la parte que sobresale.

3. Sutura total, poniendo especial cuidado en los ángulos y procurando invertir la mucosa (figs. 153 a 157).

4. Sutura sero-serosa anterior (fig. 158). Si se encuentran los vasos de la curvatura mayor es una prueba que la boca se ha establecido en buen sitio; es conveniente no lesionar dichos vasos.

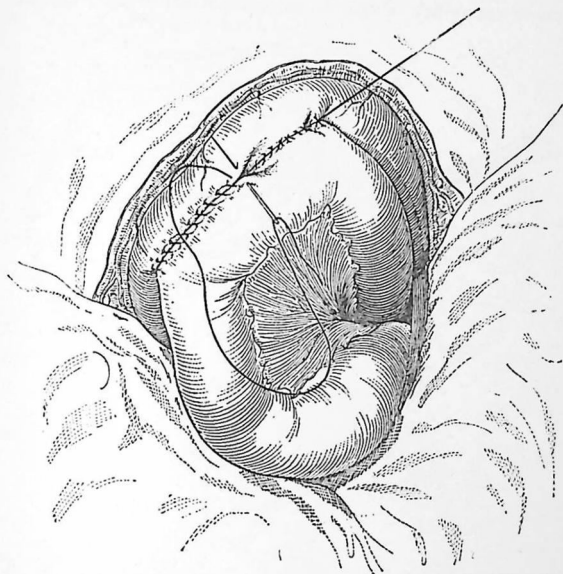


Fig. 158. — Gastroyeyunostomía posterior. 7.º Sutura seroserosa anterior de derecha a izquierda con el mismo hilo y aguja que ha servido para la seroserosa posterior.

9.º *Fijación del estómago en el ojal mesocólico* (figura 159). — Es un tiempo útil que evita una complicación excepcional, pero muy grave: la hernia del intestino delgado en la transcavidad de los epiplones. Levántese el colon transverso para exponer la cara inferior de su meso, en cuyo borde se colocan tres pinzas, una delante y las otras a derecha e izquierda, algo hacia atrás, y en cada uno de estos tres puntos se coloca un hilo, exactamente igual que si se tratara de ligar un vaso. Mediante una

aguja de REVERDIN curva se pasa uno de los extremos de estos hilos en un punto correspondiente del *estómago* y se anuda con el otro extremo. Una vez anudado el tercer hilo el estómago ocluye completamente el ojal y el asa ye-yunal se encuentra ocupando la parte inferior del abdomen.

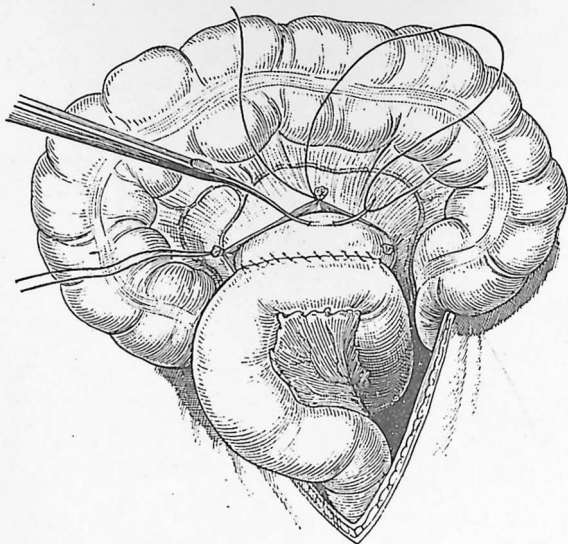


Fig. 159. — Gastroyunostomía posterior. 8.º Fijación del estómago a la brecha mesocólica.

10.º *Reducción de las vísceras en el abdomen y oclusión de la transcavidad de los epiplones* (véase págs. 145 a 147).

11.º *Sutura de la pared sin drenaje.*

Indicaciones particulares. — La gastro-enterostomía por estenosis hipertrófica del píloro en los niños (FREDET), no presenta nada de particular, sólo que su ejecución es bastante delicada por el reducido calibre del intestino.

La gastro-enterostomía por estómago bilocular deberá siempre practicarse en la bolsa superior y en lo posible se hará posterior. No obstante, puede tener que practicarse anterior, ya sea por adherencias muy extensas de la cara posterior, o que la estenosis esté localizada muy arriba; en estos casos la bolsa superior se

halla escondida en el hipocondrio y su cara anterior es más accesible que su cara posterior.

Por último, puede que se tengan que practicar gastro-enterotomías dobles en los casos en que existe una estenosis del píloro y a la vez una estenosis mediogástrica; en estos casos se practica una boca en la bolsa superior y otra en la inferior, intermedia entre las dos estenosis.

CAPÍTULO VII

Exclusión del píloro

Esta operación consiste en establecer una oclusión por encima del píloro para cerrar completamente el paso del

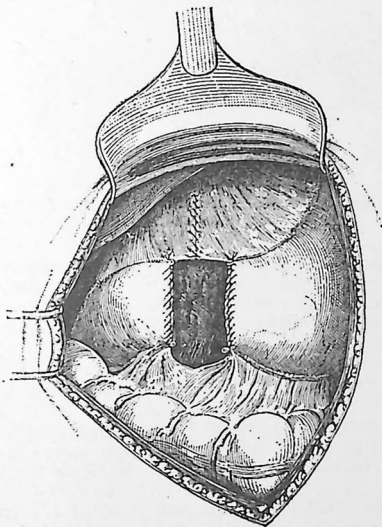


Fig. 160. — Exclusión del píloro por sección y oclusión de los dos extremos

contenido gástrico hacia el conducto duodeno-pilórico, una vez está asegurada la evacuación gástrica por una gastro-enterostomía.

La exclusión del píloro se emplea en el tratamiento de las úlceras duodeno-pilóricas, sobre todo en las que sangran.

Para realizarla existen numerosos procedimientos: en unos es suficiente cerrar el conducto pilórico mediante un hilo o una cinta;

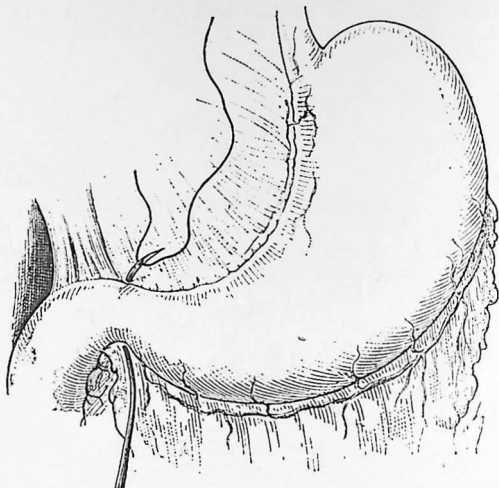


Fig 161. — Exclusión mediante un hilo; 1.º tiempo: paso del hilo por detrás del conducto pilórico.

en otros se practica una plastia: plicatura, invaginación, sección transversal y sutura longitudinal de la muscular. La experiencia ha demostrado que estos procedimientos no realizan la oclusión definitiva del conducto pilórico; la permeabilidad se restablece después de cierto tiempo.

Para obtener una exclusión completa y definitiva es necesario seccionar el antro pilórico y suturar aisladamente los dos extremos.

Es una operación sencilla y benigna, más completa bajo el punto de vista de la derivación que la simple gastro-yeyunostomía, pero que expone más que esta última a la formación de un úlcus péptico.

Exclusión por sección y oclusión de los dos extremos.

- 1.º Laparotomía media supraumbilical.
- 2.º Exploración de la lesión y gastro-yeyunostomía.
- 3.º Practicar un ojal en el epiplón menor por encima

del conducto pilórico y otro por debajo en el epiplón mayor. Denudar cuidadosamente los bordes superior e inferior de este conducto en una extensión de 3 centímetros aproximadamente.

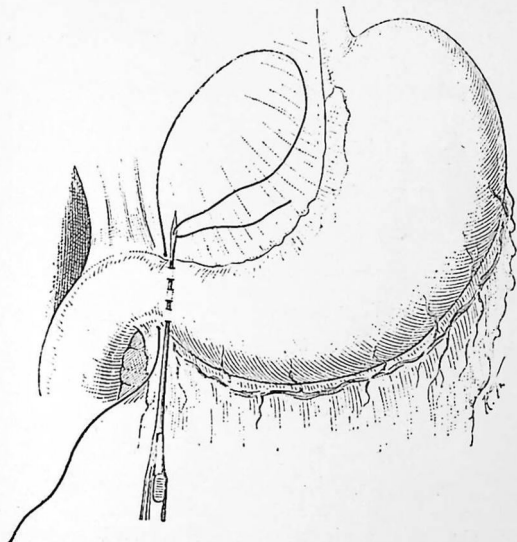


Fig. 162. — 2.º tiempo: El hilo se dispone a punto pasado en la pared anterior del conducto pilórico.

4.º Reconocer y seccionar entre dos ligaduras los vasos de las curvaduras mayor y menor.

5.º De uno a otro ojal epiploico se pasa una compresa por detrás del conducto pilórico y se secciona completamente entre dos clamps. La sección puede practicarse con o sin aplastamiento previo.

6.º Sutura de cada una de las secciones en dos planos (fig. 160).

Se pueden unir directamente las dos secciones suturadas (E. QUÉNU) o introducir el epiplón mayor entre ellas, suturándolo a los bordes del espacio que se trata de ocupar.

Exclusión mediante un hilo. — Este procedimiento tiene la ventaja de su extrema sencillez: estará indicado siempre que interese acabar pronto y que no sea preciso una oclusión definitiva.

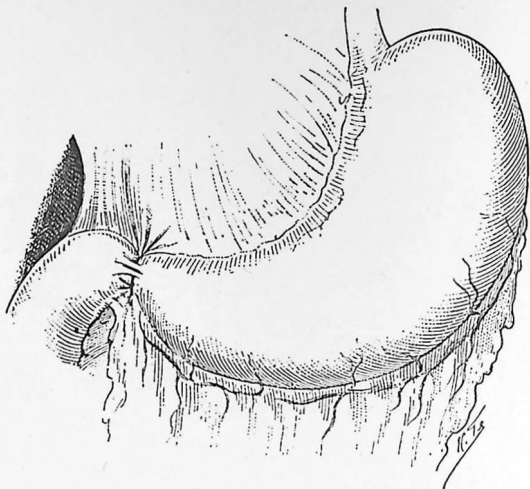


Fig. 163. — 3.º tiempo: El hilo una vez anudado.

1.º Con una aguja de REVERDIN curva se pasa un hilo resistente de lino junto al borde inferior del conducto pilórico, sigue por detrás de él y sale junto a su borde superior (fig. 161).

2.º Con una aguja de REVERDIN recta se dispone el extremo superior del hilo a punto pasado por la cara anterior del conducto pilórico (fig. 162).

3.º Los dos extremos se anudan sólidamente, pero sin apretar demasiado los tejidos (fig. 163) (técnica empleada por PIERRE DUVAL).

CAPÍTULO VIII

Resecciones gástricas. Gastrectomías

Exclusivamente reservadas antes para el tratamiento del cáncer, estas operaciones son actualmente de práctica corriente desde que se ha extendido sus indicaciones al tratamiento de los ulcus gástricos. El tratamiento directo de la úlcera mediante resección presenta sobre la gastro-enterostomía un cierto número de ventajas evidentes.

1.º Aun en los casos de buen funcionalismo de la boca anatómica, la gastro-enterostomía no cura siempre las úlceras, persistiendo a veces los dolores y los peligros de hemorragia y de perforación.

2.º Frecuencia de la transformación cancerosa de la úlcera.

3.º Frecuente imposibilidad de hacer el diagnóstico entre cáncer y ulcus calloso durante la operación.

No obstante, para juzgar del valor de los dos métodos terapéuticos, gastro-enterostomía simple o resección gástrica, hay que tener en cuenta que la primera tiene una mortalidad operatoria sensiblemente menos elevada que la segunda: esta consideración hace que no sea unánime el acuerdo entre las distintas escuelas en lo que se refiere al tratamiento de elección del ulcus gástrico.

Si en el cáncer son aplicables siempre las exéresis amplias, en la úlcera se manifiestan dos tendencias por lo que afecta a la extensión de la resección. La mayor parte de los cirujanos practican resecciones limitadas apropiadas en su forma y extensión al asiento y a las dimensiones del ulcus; otros practican, sistemáticamente, en todos los casos de ulcus con hiperclorhidria y con objeto de evitar recidivas, exéresis amplias comprendiendo siempre el antro pilórico, lugar de la elaboración del ácido clorhídrico. Volveremos a insistir sobre este punto.

Entre las resecciones gástricas unas interesan toda la anchura del estómago, de una a otra curvatura, y son las llamadas gastrectomías *típicas* o mejor anulares o cilíndricas. Otras sólo suprimen una porción más o menos extensa de las paredes gástricas a nivel de sus caras o de sus curvaturas sin interrumpir la continuidad de la víscera: son éstas las gastrectomías llamadas *atípicas*.

Resecciones atípicas

Excepcionalmente indicadas en los tumores, tienen su indicación en las úlceras situadas lejos de los orificios del estómago.

La forma más simple es la excisión limitada de la parte enferma o su destrucción con el termocauterio (método de BALFOUR)

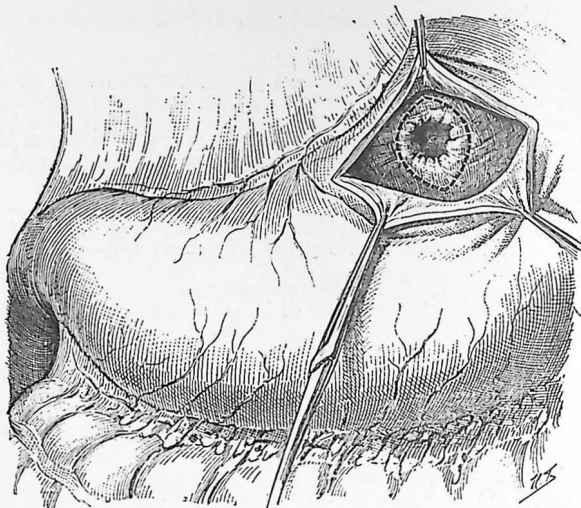


Fig. 164. — Excisión transgástrica de una úlcera callosa de la cara posterior del estómago, según W. J. Mayo. (TUFFIER y ROUX-BERGER).

seguida de sutura: estos métodos sólo son aplicables en las úlceras recientes y de pequeñas dimensiones.

La única dificultad que puede presentarse depende del sitio de implantación del úlcus.

Sea, por ejemplo, un pequeño úlcus de la cara posterior, vecino de la pequeña curvatura: se puede llegar a él de tres maneras:

a) Desprendiendo la curvatura menor del epiplón menor y atrayendo la pequeña zona que se ha de extirpar a través de la brecha.

b) Practicando el desprendimiento coloepiploico y levantando el estómago.

c) Empleando la *vía transgástrica* (W. MAYO), que consiste en incidir la pared anterior del estómago para llegar a la úlcera

por su cara mucosa y extirparla por el interior de la cavidad gástrica (fig. 164).

Cuando *el ulcus es adherente* se presentan mayores dificultades, siendo la principal la liberación de la zona gástrica que nos propo-

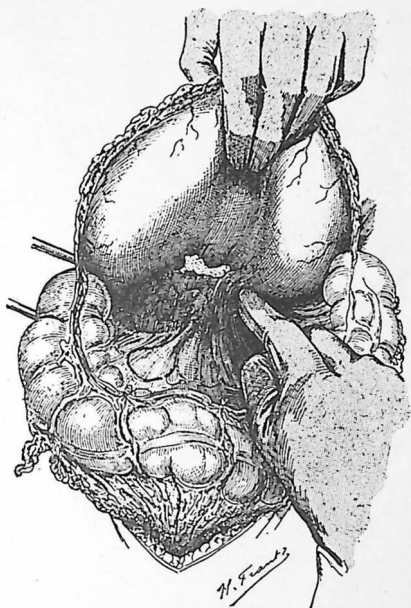


Fig. 165. — Resección en silla de montar de un ulcus de la curvatura menor. 1.º El desprendimiento coloepiploico está practicado, el estómago levantado y la úlcera descubierta con el dedo (DELAGÉNIÈRE).

nemos extirpar, habitualmente muy adherida a nivel del ulcus, con los órganos vecinos: hígado y páncreas. En estos casos, si la liberación se presenta excesivamente difícil es mejor, antes de lesionar la viscera adherida, dejar junto a ella el fondo del ulcus, contentándose con cauterizarlo ligeramente o rasparlo y hacer un toque con tintura de yodo.

Las resecciones atípicas, como su nombre indica, escapan a toda descripción; no obstante, la frecuencia del ulcus

de la curvadura menor ha hecho que su tratamiento sea de técnica precisa.

Resección en silla de montar de la úlcera de la curvadura menor.

Sea el caso de una úlcera callosa desarrollada en la parte media de la pequeña curvadura.

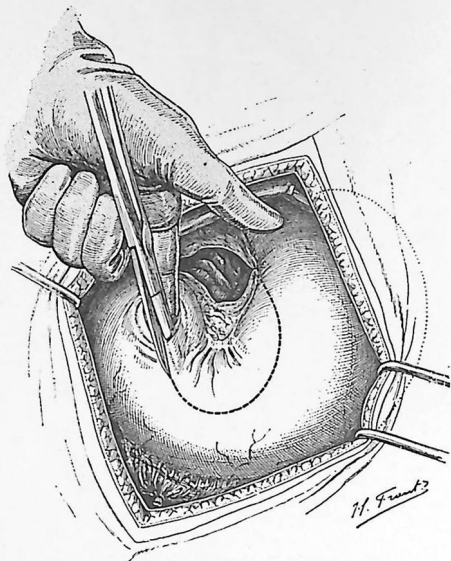


Fig. 166. — 2.º Trazado de la incisión en silla de montar (DELAGÉNIÈRE).

1.º *Exploración del estómago* por perforación del epiplón menor, por una parte, e incisión del ligamento gastrocólico o desprendimiento coloepiploico por otra. Liberación de las adherencias a nivel de la úlcera (fig. 165), *aislamiento de la curvadura menor*.

2.º *Resección del ulcus* en tejido sano; en los ulcus de la curvadura menor que interesan más o menos las dos caras del estómago, la porción que se debe reseca tendrá la forma de una silla de montar (figs. 166 y 167).

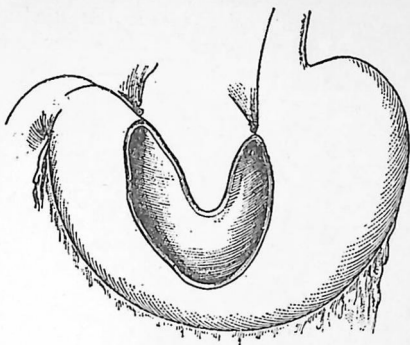


Fig. 167. — 3.º Esquema del estómago después de la resección en silla de montar (DELAGÉNIÈRE).

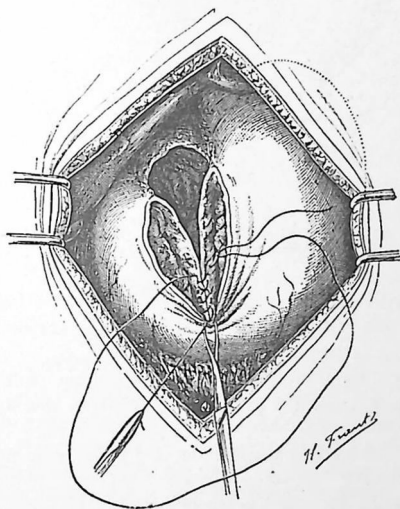


Fig. 168. — 4.º Reparación de 'a brecha gástrica después de la resección en silla de montar; modo de comenzar la sutura total en el ángulo posterior (DELAGÉNIÈRE).

3.º *Sutura de la brecha*; hay dos procedimientos:
 a) *Reunión transversal* (1).—1. Se fija una pinza de CHAPUT en el ángulo posterior de la incisión por el

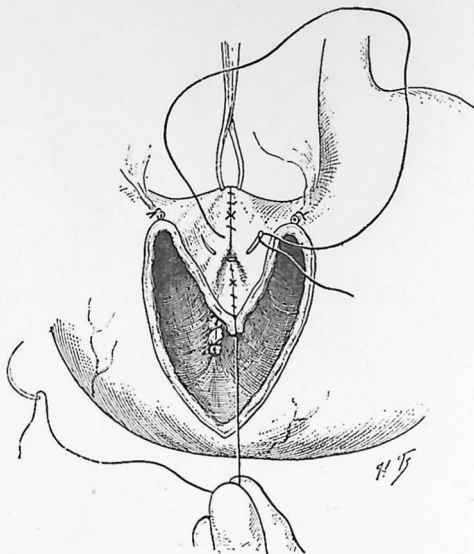


Fig. 169. — 5.º Antes de terminar la sutura total se comienza la sutura sero-serosa en la vertiente posterior (DELAGÉNIÈRE).

interior de la cavidad gástrica, tirando de ella hacia abajo y se hace una sutura total de la pared posterior de abajo arriba, hasta la pequeña curvatura (fig. 168).

2. Recubrir inmediatamente esta sutura posterior mediante otra sero-serosa practicada de atrás adelante (figura 169).

3. Terminar la oclusión de la brecha con una sutura total anterior.

4. Sutura sero-serosa anterior (fig. 170).

(1) DELAGÉNIÈRE, 29 Congreso de Cirugía, París, 1920, páginas 172 a 179.

b) *Reunión longitudinal* (fig. 171).

1. Por medio de dos pinzas se fijan los puntos de la

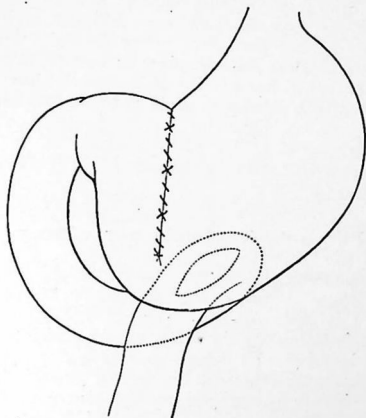


Fig. 170.—6.º Resección en silla de montar terminada; gastroeyunostomía complementaria (DELAGÉNIÈRE).

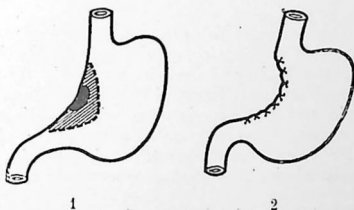


Fig. 171.—Reunión longitudinal después de la extirpación en silla de montar.

sección correspondiente a la pequeña curvadura y si es preciso se coloca otra pinza entre las dos citadas.

2. Practicar una sutura total de izquierda a derecha, es decir, del lado pilórico al lado del cardias, pasando la aguja de atrás adelante.

3. Sutura sero-serosa de infundibulización en el mismo sentido.

Este modo de sutura es más fácil. Se la acusa de estrechar la parte pilórica del estómago; no obstante, se puede practicar una excisión de forma romboidal, de manera que el estrechamiento consecutivo a la sutura no sea muy considerable y, por otra parte, desde el punto de vista del funcionamiento del estómago, quizá convenga conservar una curvatura menor de cierta longitud.

La duda está en si se debe terminar la operación con una gastro-enterostomía como hay tendencia a hacerlo hoy después de toda resección en silla de montar de la pequeña curvatura. (HARTMANN).

4.º *Gastro-enterostomía* según las reglas ordinarias.

Piloro-gastrectomía por cáncer

Principios operatorios (CUNÉO) (1). — *Es necesario extirpar ampliamente en masa el tumor, los ganglios y las vías linfáticas* (figura 172).

Los límites de la tumoración deben ser ampliamente traspasados. *Del lado gástrico* la sección deberá pasar a 4 ó 5 centímetros por lo menos del límite aparente del cáncer; *en la pequeña curvatura* es por donde siempre se extiende más el cáncer y, por tanto, se ha de practicar la sección lo más arriba posible. Del lado del duodeno es más rara la invasión; naturalmente, que se ha de incidir a distancia del tumor, procurando, no obstante, conservar una longitud suficiente de intestino para que su oclusión pueda practicarse en buenas condiciones.

Es indispensable *extirpar los primeros rosarios ganglionares*, o sea los tres grupos de ganglios coronarios o suprapilóricos, los subpilóricos y los retropilóricos: la cadena coronaria debe en especial ser extirpada completamente: para llevarse los ganglios situados altos es necesario cortar la arteria coronaria estomáquica, un poco por encima del punto en que se pone en contacto con el estómago y arrastrar con los vasos sanguíneos todo el pedículo linfático desnudando de arriba abajo la curvatura menor de su cubierta celulo-serosa.

Aunque las recidivas epiploicas son bastante excepcionales, muchos cirujanos extirpan sistemáticamente *el epiplón mayor*; esta práctica parece buena, porque no complica apenas la intervención.

Técnica

Describiremos primeramente la gastro-pilorectomía de derecha a izquierda con oclusión de las dos secciones gástrica y duodenal y

(1) CUNÉO. Técnica de la pilorectomía por cáncer. *Journal de Chirurgie*, tomo II, núm. 5, mayo 1909, pág. 464.

restablecimiento de la continuidad por gastro-yeyunostomía posterior transmesocólica (operación llamada BILLROTH II). Describiremos después las variantes operatorias que es indispensable conocer.

El enfermo estará echado sobre el dorso con la parte superior del tronco en hiperextensión (véase fig. 66). Ope-

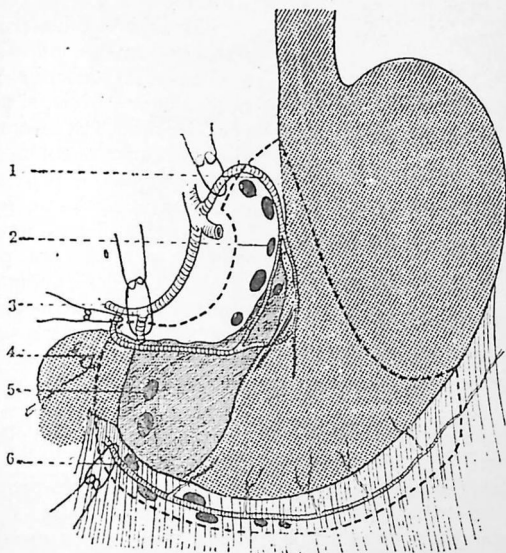


Fig. 172. — Representación esquemática de la zona sospechosa en el epiteloma del píloro (según CUNÉO). — 1. Artería coronaria estomacica. — 2. Ganglios de la curvadura menor. — 3. Arteria hepatica. — 4. Duodeno. — 5. Ganglios retropilóricos, supuestos vistos por transparencia. — 6. Ganglios infrapilóricos. El punteado indica el contorno del segmento que se debe extirpar. La zona gris corresponde a los límites aparentes del tumor.

rador a la derecha. Son convenientes dos ayudantes, uno enfrente y otro a la izquierda del operador.

1.º **Incisión** media supraumbilical. Si durante el curso de la intervención esta incisión resulta insuficiente, no se dudará en ampliar el campo, haciendo un desbridamiento

lateral a la derecha (figs. 173 y 174) o a la izquierda. Colócanse los separadores.

2.º Exploración.—¿Comprobáis siembras cancerosas en el peritoneo y nódulos cancerosos en el hígado? Será preciso practicar una simple gastro-enterostomía.

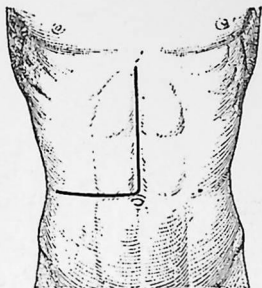


Fig. 173. — Pílorogastrectomía por cáncer. — 1.º Incisión en L. La rama vertical de la L se traza la primera; una vez abierto el abdomen si las lesiones lo justifican se traza la rama horizontal (T. de MARTEL).

¿Están invadidos el colon transversal y su meso? En este caso no deberéis practicar la pílorectomía, si no estáis decididos a reseca al mismo tiempo el colon.

Inspeccionar y palpar cuidadosamente la lesión por la cara anterior del estómago y también por su cara posterior, previo desprendimiento coloepiploico; reconocer la extensión del tumor y su movilidad: si está adherido al páncreas no debe extirparse; si se extiende a lo largo de la

pequeña curvatura hasta el cardias, tampoco se debe extirpar.

Explorar por último las cadenas ganglionares próximas yuxtagástricas y las cadenas lejanas yuxtaaórticas; si estas últimas están invadidas la exéresis no debe ser ejecutada.

Supongamos decidida la exéresis.

3.º Desprendimiento coloepiploico (véase página 143 y figuras 130 y 131).

Este desprendimiento debe practicarse en toda la extensión del epiplón mayor, ya que el delantal epiploico debe ser extirpado en una extensión por lo menos igual a la del segmento gástrico que se ha de reseca; lo más sencillo es dejarlo adherido a la curvatura mayor.

El desprendimiento coloepiploico debe prolongarse, pues, todo lo posible hacia los lados; si una vez abierta la bolsa epiploica en todo lo ancho no es bastante, es preciso abrirla

4.º **Ligadura de la arteria gastro-duodenal.** — El estómago y el epiplón se separan conjuntamente hacia arriba y se descubre la cara posterior del conducto pilórico y de la

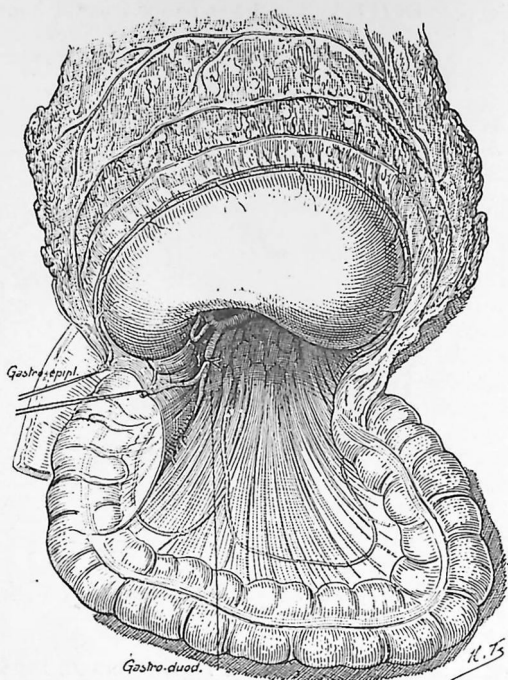


Fig. 175. — 3.º Ha sido practicado un extenso desprendimiento coloeiploico; el borde derecho del saco epiploico ha sido desinsertado hasta el duodeno. La arteria gastroduodenal aparece ligada en el ángulo diedro duodeno-pancreático; la arteria gastroepiploica derecha está seccionada entre dos ligaduras.

porción inicial del duodeno. Con una sonda acanalada se descubre el tronco de la arteria gastro-duodenal en el ángulo diedro formado por el duodeno y el páncreas, y se liga. Esta ligadura, preconizada por HARTMANN y CUNÉO, no debe dispensar en ningún caso de ligar la gastro-epi-

ploica derecha en la curvatura mayor, pero permite proseguir sin hemorragia el despegamiento duodeno-pancreático en una extensión de tres o cuatro centímetros y la liberación de los ganglios retropilóricos que deben quedar adheridos a la cara posterior del conducto piloro-duodenal.

5.º Ligadura de la arteria gastro-epiploica derecha (figura 175). — Levantando el píloro y el duodeno ya desprendidos, se determina la formación de un cordón constituido por el origen de la arteria gastro-epiploica derecha. La arteria y la vena que le acompaña se seccionan entre dos ligaduras, colocadas a unos dos centímetros de distancia, ya que entre ellas se debe denudar cuidadosamente el borde inferior del duodeno.

6.º Ligadura de la arteria pilórica. — Colocando el estómago en posición normal, se reconoce la arteria pilórica junto al borde superior del duodeno y se corta entre dos ligaduras igualmente separadas unos 2 centímetros cuyo espacio sirve para denudar el borde superior duodenal.

7.º Sección y oclusión del duodeno (fig. 176). — Se colocan sobre el duodeno, entre los cuatro extremos arteriales ligados, dos potentes pinzas de KOCHER, una al lado de otra, comprendiéndolo en toda su extensión y se le corta entre las dos pinzas. Para cerrar el extremo duodenal se pasa un hilo no perforante en cada una de las dos caras del intestino, a un centímetro por debajo de la pinza de KOCHER y paralelamente a ella; se colocan tres pinzas en el extremo duodenal para mantenerlo cerrado y se retira la pinza de KOCHER. Los cuatro extremos de los dos hilos se sostienen separados para permitir la invaginación de la sección mediante las tres pinzas, que se retiran al tiempo que se ligan los cuatro extremos dos a dos, en dos nudos aplicados en cada uno de los bordes; luego se practica una segunda sutura de consolidación. Es conveniente recubrir el muñón con un colgajo epiploico (DE MARTEL) (1).

(1) DE MARTEL, *Presse Médicale*, 1921, pág. 653. Este procedimiento es igualmente recomendable en la oclusión de los extremos cólicos.

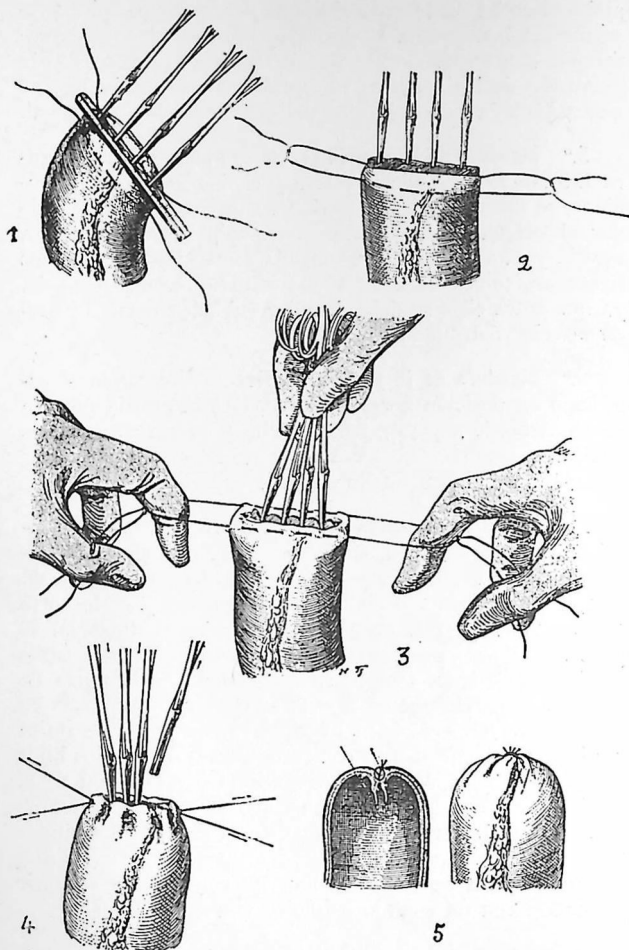


Fig. 176. — 4.º Oclusión del duodeno (por el procedimiento de T. de MARTEL).

8.º **Ligadura de la arteria coronaria estomáquica.** — Por medio de una valva grande se levanta el hígado y se tira del estómago hacia abajo y luego hacia delante y a la izquierda, ranversando el cuerpo del estómago sobre el borde

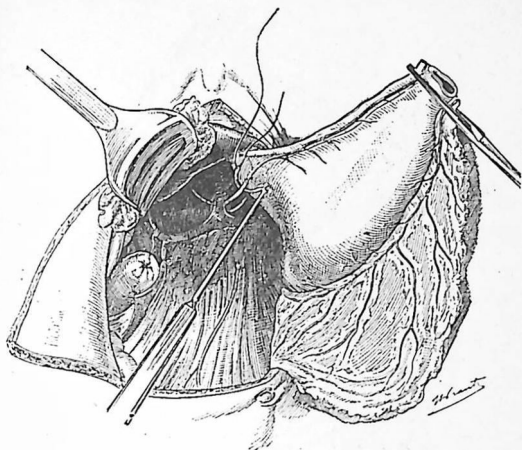


Fig. 177.—5.º Ligadura de la arteria coronaria estomáquica; basculando el estómago a la izquierda se liga la arteria coronaria estomáquica muy arriba.

izquierdo de la incisión parietal: esta posición del estómago es la que indudablemente expone mejor la zona alta de la pequeña curvadura; además, endereza la curva de la coronaria, la cual se presenta rectilínea y tensa desde su origen celiaco hacia su punto de acceso gástrico. Hállandose el estómago ranversado y la parte flácida del epiplón menor separada, se tiene a la vista, como hemos dicho, la arteria coronaria, que se ligará muy arriba antes de que llegue al estómago (fig. 177); de esta manera se hará una extirpación ganglionar más completa y a la vez con una perfecta hemostasia; se corta el hilo y los vasos coronarios por debajo, y se les desprende de arriba abajo en una longitud de 2 ó 3 centímetros, despojando la pequeña curvadura, no sólo de sus vasos, sino también del tejido celular que la rodea y de su cubierta serosa.

9.º **Ligadura de la arteria gastro-epiploica izquierda.** — Esta arteria se ligará a nivel del punto en que se seccionará el estómago y se cortará a la derecha de la ligadura, liberando la curvatura mayor hacia la derecha en unos 2

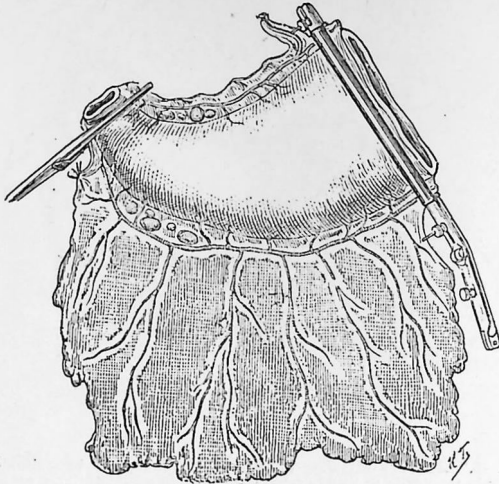


Fig. 178. — 6.º Pieza operatoria.

ó 3 centímetros, completándose seguidamente la sección del epiplón mayor cerca de su borde izquierdo desde este punto hasta su borde libre.

10.º **Sección del estómago, sutura de la sección gástrica** (figuras 178 y 179). — La sección deberá practicarse entre dos clamps grandes para evitar la salida del contenido gástrico en el campo operatorio, ejerciendo a la vez en la sección gástrica que se debe suturar, una presión suficiente para que no sangre.

Seguidamente se cerrará la sección gástrica. Una vez practicada la sección, la mucosa sobresale siempre del plano seromuscular retraído por lo menos en unos 5 milímetros. Resultará, por tanto, muy fácil practicar una primera

sutura mucosa-mucosa y una segunda sutura comprendiendo la serosa y la muscular; si hay espacio suficiente se podrá practicar una tercera sutura sero-serosa. Es muy práctico comenzar esta sutura sero-serosa por el centro del estó-

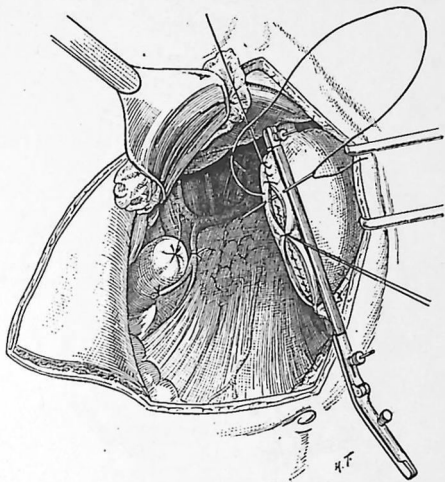


Fig. 179. — 7.º Sutura de la sección gástrica.

mago mediante un hilo largo provisto de una aguja en cada uno de sus extremos, y seguidamente suturar de una parte hasta el borde superior y de otra parte hasta el borde inferior, siendo más fácil mediante esta práctica la infundibilización de los ángulos (HARTMANN). Resulta más sencillo aún colocar tres pinzas o tres puntos de apoyo, uno en medio y los otros dos en cada extremo, que a la vez que facilitan la sutura facilitan la infundibilización.

11.º Gastro-yeyunostomía latero-lateral. — Se practicará una gastro-yeyunostomía posterior transmesocólica en la forma que hemos descrito (pág. 160), teniendo la precaución de disponer la boca gástrica bastante cerca de la sección (fig. 180). Luego se suturan los bordes del ojal del

mesocolon al estómago alrededor de la boca anastomótica.

Cuando se ha practicado una resección gástrica muy extendida a la izquierda, la gastro-enterostomía posterior resulta impracticable; en este caso se podrá hacer la anastomosis en la cara anterior del estómago; para llevar el

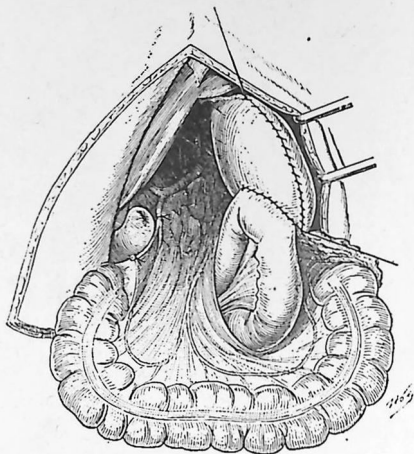


Fig. 180. — Gastroyeyunostomía posterior transmesocólica. Sólo falta fijar le ojal del mesocolon alrededor de la boca gástrica.

asa yeyunal junto a la cara anterior del muñón gástrico, se la puede hacer pasar a través de un ojal practicado en el mesocolon transverso (gastro-yeyunostomía anterior transmesocólica) o pasarla directamente por delante del colon transverso (gastro-yeyunostomía anterior precólica) (1).

En este caso es a veces conveniente hacer una yeyunoyeyunostomía complementaria entre las dos ramas del asa

(1) De una manera general después de una gastrectomía sólo se practicará la gastro-yeyunostomía transmesocólica cuando se pueda suturar el ojal mesocólico con el estómago junto a la boca; de lo contrario, es mejor hacer una anastomosis precólica. Este detalle es aplicable, no solamente al BILLROTH II, sino también al POLYA y a los otros procedimientos que de ellos derivan (véase más adelante, pág. 200).

yeyunal, ya que es preciso servirse de un asa larga, la cual facilita la acodadura a nivel de la boca (fig. 181).

Siempre que se puede prever que la exéresis deberá extenderse mucho hacia la izquierda resultará útil hacer la

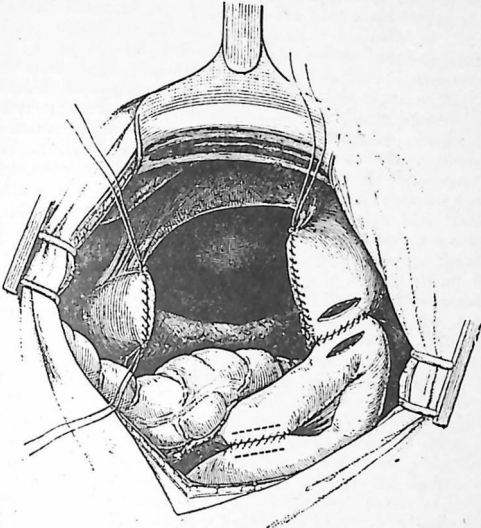


Fig. 181. — Gastroyeyunostomía anterior precólica con yeyunoyeyunostomía complementaria después de una gastropilorectomía amplia por cáncer (TUFFIER y ROUX-BERGER).

gastro-yeyunostomía antes de cortar el estómago: el cuerpo del estómago servirá para tirar de él y exponer la zona en que se ha de practicar la anastomosis; por el contrario, si se practica primeramente la sección, hay dificultad para tirar del muñón gástrico, que se hallará retraído en el hipocóndrio.

12.º Oclusión de la pared. — Después de comprobar la hemostasia y de limpiar el campo operatorio se cerrará la pared en un plano con un hilo de bronce o en tres planos con catgut e hilo, con o sin drenaje, según las condiciones en que ha sido practicada la operación.

Variantes operatorias, detalles de técnica

A. Técnica general de la exéresis.—La operación que hemos descrito es una gastro-yeyunostomía de derecha a izquierda que puede esquematizarse así: 1.º, ligaduras y sección del lado del duodeno; 2.º, ligaduras y sección del lado del estómago: en general es la más indicada en los casos de cáncer del píloro.

Algunos cirujanos practican primeramente la sección del estómago y seguidamente ranversan el órgano hacia la derecha, con lo cual resulta más fácil la liberación de la cara posterior del píloro, asiento del tumor y región de mayores dificultades. Pero si se tiene en cuenta que un cáncer con adherencias no debe ser extirpado, hemos de admitir que las dificultades no se encuentran a nivel del píloro. El tiempo difícil es el de la ligadura alta de la coronaria y la exéresis de los ganglios superiores de la cadena coronaria estomáquica, situados en la parte más alta de la pequeña curvatura; es evidente que la sección primaria del duodeno, con la que se puede atraer el estómago hacia abajo y adelante y a la izquierda, facilita muchísimo este tiempo difícil.

Otros cirujanos practican primeramente todas las ligaduras y seguidamente las secciones.

B. Sección y oclusión del duodeno.—Es uno de los tiempos difíciles de la operación y tal vez el más importante, ya que la mayoría de peritonitis postoperatorias son debidas a la desunión de la sutura duodenal. Dos condiciones favorecen esta desunión: por una parte, la primera porción del duodeno está mal irrigada, lo que expone al esfacelo y, por otra parte, está desprovisto de serosa en la mitad derecha de su cara posterior.

La desunión es tanto más fácil cuanto más abajo se ha seccionado el duodeno para alejarse de los límites del tumor.

El procedimiento de de MARTEL que hemos descrito, es uno de los más seguros; asimismo el de CUNÉO.

Procedimiento de CUNÉO (fig. 182).—Sección del duodeno: con un primer punto se reúne la parte media de la cara anterior con la de la cara posterior. Para cerrar la luz intestinal se practica una pequeña sutura de modo que cada punto atraviere cuatro veces la pared duodenal. Seguidamente se infundibuliza por completo la extremidad y la zona de la pared posterior desprovista de serosa, la cual, una vez terminada la sutura de oclusión, presenta la forma de un triángulo isósceles, cuyo vértice corresponde a la sutura y a la base del páncreas. Para recubrir este espacio se practica una sero-serosa comenzando por la base del triángulo, la cual sigue más allá del vértice, por encima de la primera sutura que infundibuliza completamente (CUNÉO) (1).

(1) CUNÉO, *Journal de Chirurgie*, t. II, núm. 5, mayo 1909, pág. 472.

Los otros dos procedimientos que exponemos a continuación, son más sencillos, pero sólo se deben aconsejar cuando la sección se ha practicado muy cerca del píloro, en una zona en que el

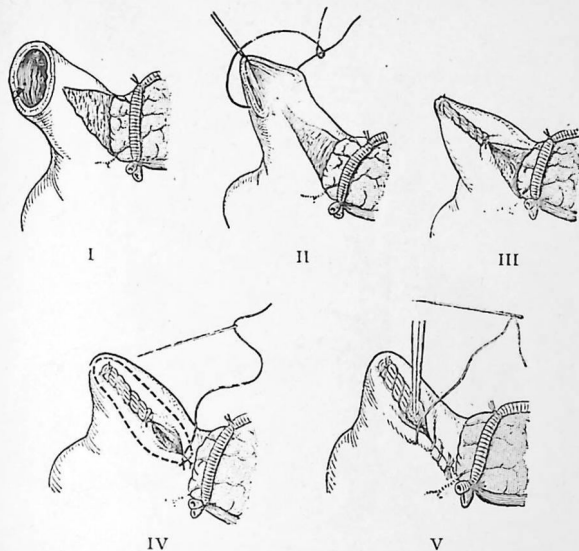


Fig. 182. — Oclusión del duodeno por el procedimiento de Cunéo. — I. Disposición del extremo duodenal una vez desprendido del páncreas. — II. Plicatura del duodeno. — III. Sutura total, comprendiendo los cuatro bordes de la sección una vez doblada. — IV. Trazado de la sutura de infundibulización. — V. Invaginación de la sutura total con una pinza de Kocher antes de la terminación de la sutura sero-serosa.

duodeno esté aún recubierto completamente de serosa, condición excepcional en las operaciones por cáncer

Procedimiento de DOYEN. — Aplastamiento, ligadura, sección e infundibulización del muñón mediante dos suturas en bolsa sucesivas, recubriendo la una a la otra.

Procedimiento de MAYO (fig. 183). — Aplastamiento y sección junto al angiotribo e inmediatamente sutura sero-serosa de una a otra cara, pasando por encima del angiotribo que permanece aplicado; se retira este instrumento y se infundibuliza el muñón tirando de los dos extremos del hilo de sutura, los cuales se anudan en seguida uno con otro.

Para evitar que se enreden los puntos se puede utilizar el ar-

tificio propuesto por ABADIE (fig. 184), que consiste en levantar las vueltas de la sutura con una sonda acanalada introducida en contacto con el angiotribo antes de retirarlo; al hacer la tracción

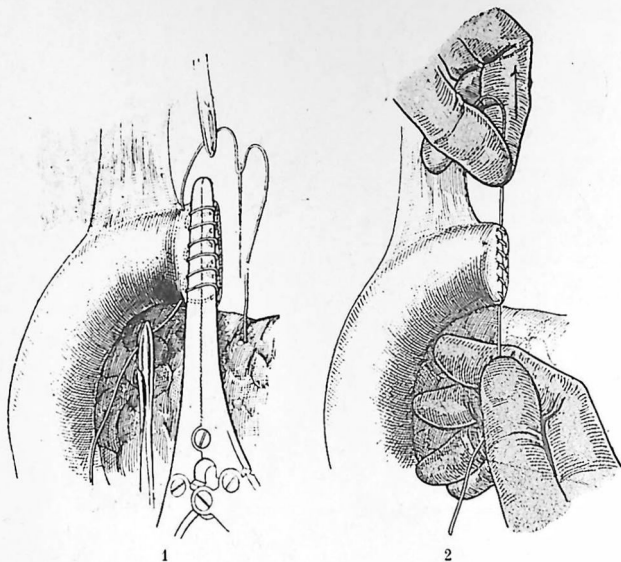


Fig. 183. — Oclusión del duodeno por el procedimiento de Mayo. — 1. Sutura sero-serosa de una a otra cara pasando por encima del angiotribo. — 2. Infundibilización por tracción sobre los dos extremos de la sutura; sólo falta anudar estos dos extremos uno con otro.

de los dos extremos del hilo la sonda permanece en su sitio hasta el último momento, facilitando el adosamiento sero-seroso y evitando que los hilos se enreden y se rompan.

C. Sección y oclusión del estómago. — Del lado gástrico las condiciones son muy distintas que en el duodeno: la superficie de la sección está siempre bien irrigada (siendo más de temer aquí la hemorragia que el esfacelo y la desunión); en general es fácilmente exteriorizable, salvo en los casos de resección muy extensa; la pared es gruesa y en buenas condiciones y hay tejido abundante, reuniéndose, por tanto, todas las buenas condiciones para una perfecta reunión. De hecho es muy raro que la sección gástrica sea el punto de origen de accidentes. No obstante, es necesario practicar

la sutura debidamente. Es natural que esta sutura puede hacerse con la "cavidad gástrica abierta", pero resulta más cómoda y segura practicarla con un aplastamiento previo cualquiera mediante

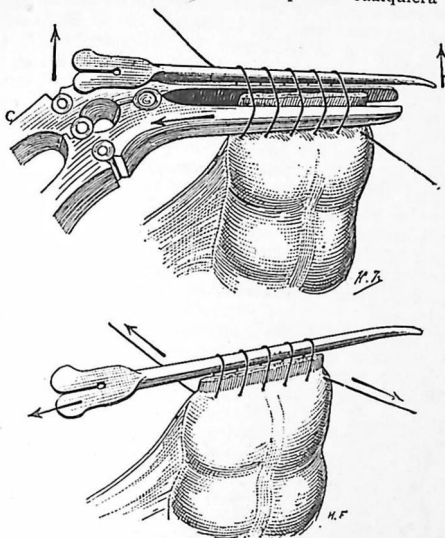


Fig. 184. — Artificio de Abadie para evitar que se enreden los hilos al ocluir un extremo gástrico o duodenal aplastados.

clamps o compresor que apliquen uno a otro los dos bordes que se deben suturar.

Los clamps ordinarios, aún dispuestos dos a dos y cabalgando ligeramente en las caras del estómago, son poco prácticos porque estorban, aprietan además distintamente en su extremo que en su base y dejan escurrir el estómago.

Actualmente existen para este tiempo operatorio numerosos instrumentos excelentes: clamps de ramas fenestradas, compresores, constrictores y angiotribos. Describiremos aquí el modo de emplear el compresor de T. DE MARTEL, que es uno de los más empleados.

Por debajo del estómago se coloca la parte inferior del compresor, de modo que sus dos extremidades correspondan a las zonas de las curvaturas mayor y menor que han sido denudadas en una extensión por lo menos de 2 centímetros.

Después se colocan consecutivamente las tres ramas superiores. "Luego se coloca el ajustador y se cierran lentamente las tres ra-

mas, formando pinza, que se mantendrán en posición cerrando con la palanca los ganchos o pivotes. Seguidamente se retira el ajustador y la pieza de unión del otro extremo, y asimismo el compresor del centro una vez levantado el gancho que lo fija. El estómago se secciona junto al compresor de la derecha, con lo cual resulta que por el compresor de la izquierda sale una hoja de tejido gástrico aplastado, pero resistente, en la cual se hace una sutura que resultará poco prominente, muy fácil de infundibulizar y muy ajustada" (1).

Algunos cirujanos son enemigos del método de aplastamiento por ejercer en los tejidos una atrición poco favorable para su reparación; en lo que se refiere al estómago en particular se hacen las siguientes objeciones: bajo el punto de vista de la hemostasia proporciona poca seguridad, porque no siendo por sí mismo suficientemente hemostático, rechaza la mucosa y evita que pueda ser comprendida en el primer plano de sutura; por otra parte, el aplastar la mucosa, en algunos casos muy séptica, favorece la diseminación de gérmenes infecciosos en la circulación sanguínea o linfática.

T. DE MARTEL ha hecho construir un nuevo modelo de instrumento, que tiene también sus inconvenientes: se compone, como el otro, de tres ramas pinzas que se unen mediante un fijador; las ramas son separables a voluntad y aprietan sin aplastar los

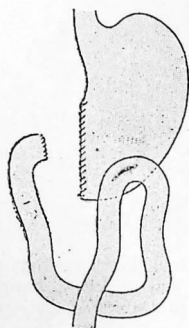


Fig. 185. — Billroth 2.^a manera (según CUNÉO).

tejidos: el modo de emplearlo es sensiblemente el mismo: una vez retirada la rama del centro y seccionado el estómago junto a la de la derecha, se puede practicar con facilidad: 1.º, una sutura mucosa; 2.º, una sutura seromuscular borbe a borde, y 3.º, después de retirar la rama izquierda, una sutura de infundibulización.

El compresor de CUNÉO (figs. 178 y 179) y el clamp fijador de BRAINE, de separación variable, permiten igualmente practicar con rapidez cómodamente y de modo aséptico la sección del estómago y su sutura.

D. Restablecimiento de la continuidad.

— Hemos descrito ya el BILLROTH II, que es el procedimiento más empleado, primeramente por ser aplicable en los casos de exéresis extensas consecutivas a la extirpación de un cáncer y quizá también porque los cirujanos se hallan ya familiarizados a practicar la gastro-yeyunostomía latero-lateral que, por decir así, es la operación de iniciación en cirugía gástrica. No obstante, existen otros procedimientos técni-

(1) DE MARTEL, ya citado. Véase figs. 192, 193 y 194 en la pilorotomía por ulcus.

camente más sencillos en ciertas condiciones y aplicables en ciertos casos en que el BILLROTH II no lo es.

En materia de cáncer no es preciso realizar un procedimiento que reconstituya la continuidad gastro-intestinal en forma y funcionamiento tan aproximado como sea posible a la morfología y a la fisiología normales; este cuidado, perfectamente legítimo en materia de úlcus, debe aquí someterse a las posibilidades e incluso a las facilidades de ejecución. Además la extensión de la exéresis no deberá ser jamás limitada por la idea preconcebida de tal o cual modo de anastomosis. Antes al contrario, esto es, una vez la exéresis practicada, se elegirá el proceder que mejor parezca adaptarse a las presentes condiciones. En estas condiciones el PÉAN-BILLROTH I y el KOCHER serán raramente puestos en práctica después de una gastropilorectomía extensa por cáncer. Estudiarémos estos procedimientos a propósito de la pilorectomía por úlcus.

Las anastomosis que caracterizan el proceder de BILLROTH II son gastro-yeyunostomías latero-laterales (figura 185); los procedimientos que vamos a describir ahora consisten en abocar la herida gástrica en totalidad o en parte en un asa yeyunal: éstas son las gastro-yeyunostomías término-laterales.

a) El proceder de KRÖNLEIN-MIKULICZ (fig. 186) consiste en cerrar la parte superior de la incisión gástrica y en abocar la parte inferior en el yeyuno.

b) El proceder de POLYA (fig. 187) consiste en implantar el extremo gástrico en toda su extensión en el asa yeyunal atraída por delante del colon transverso: es una gastro-yeyunostomía término-lateral precólica. Es fácil, rápida, muy empleada hoy día. El reproche que se puede hacer a estos dos procedimientos, es que el contenido gástrico puede pasar lo mismo al extremo aferente que al extremo eferente del asa yeyunal atraída; para suprimir este inconveniente han sido imaginadas las modificaciones que caracterizan los procedimientos de CUNÉO y de MOYNIHAN.

c) *Proceder de KRÖNLEIN-MIKULICZ modificado por CUNÉO:* ver fig. 188.

d) *Proceder de MOYNIHAN:* ver fig. 189.

A decir verdad, si bien estas modificaciones aseguran indiscutiblemente un funcionamiento más correcto de la boca anastomótica, complican y alargan la operación, puesto que exigen dos anastomosis en lugar de una.

e) *Proceder de FINSTERER (fig. 190).*

Se trata de una anastomosis gastro-yeyunal, término-lateral,

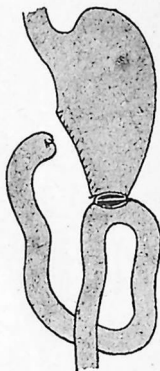


Fig. 186. — Procedimiento de Krönlein-Mikulicz (según Cunéo).

transmesocólica: la originalidad del procedimiento consiste en fijar el estómago al mesocolon transverso en torno de la boca, lo que asegura la situación de la anastomosis a un nivel marcadamente in-

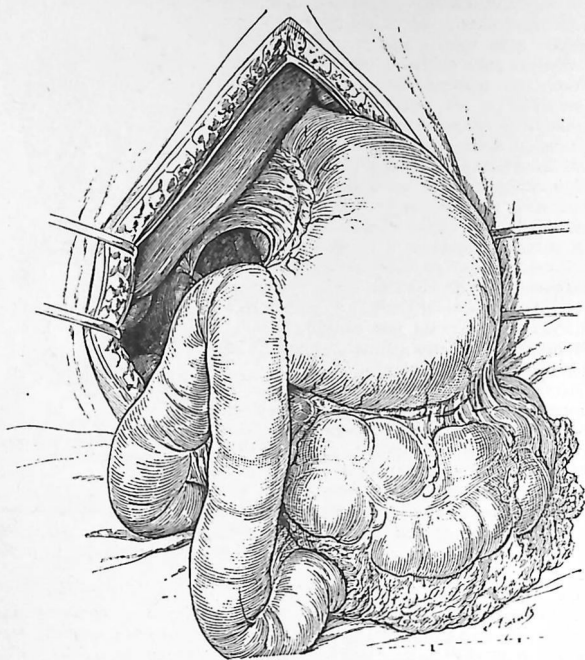


Fig. 187. — Procedimiento de Poly (según Gosset, en la tesis Milianitch).
N. B. — Es útil colocar un punto en U uniendo la cumbre del asa yeyunal al estómago a nivel de la pequeña curvadura, porque aquí es donde se ejerce el máximum de tracción.

ferior a la del ángulo duodeno-yeyunal, y asegura una evacuación correcta (1).

f) Cuando se ha hecho una resección gástrica muy extensa, puede ser dificultoso realizar una anastomosis por el procedimiento de POLYA o por cualquier otro, porque cuando se corta el estó-

(1) Ver RICHARD, *Journal de Chirurgie*, t. XXIV, núm. 1, julio 1924, pág. 32.

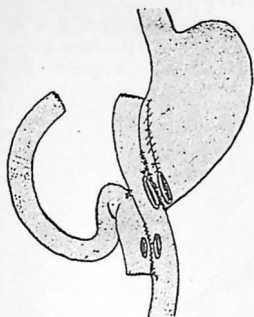


Fig. 188. — Procedimiento de Krönllein-Mikulicz modificado por Cunéo.

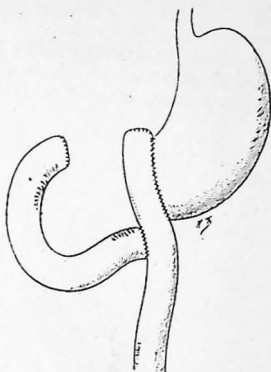


Fig. 189. — Procedimiento de Moy-nihan.

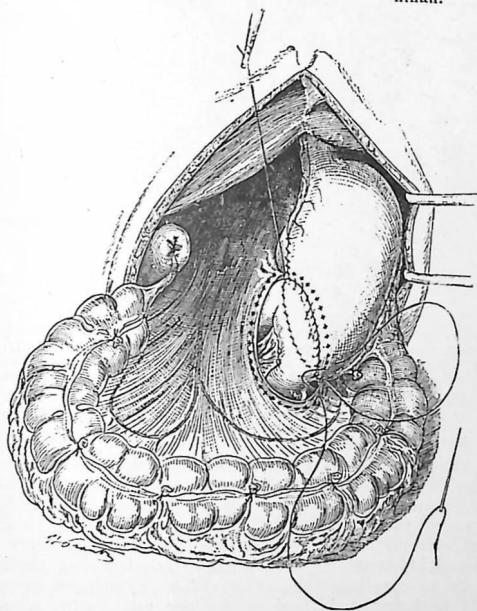


Fig. 190. — Procedimiento de Finsterer: la gastro-yeyunostomía término-lateral transmesocólica está hecha. Una sutura fija la brecha mesocólica al estómago alrededor de la boca anastomótica.

mago, éste asciende muy arriba hacia el hipocondrio izquierdo: se opera entonces muy profundamente, se atrae mal el estómago hacia fuera, las pinzas o los hilos de fijación se aflojan y desgarran los

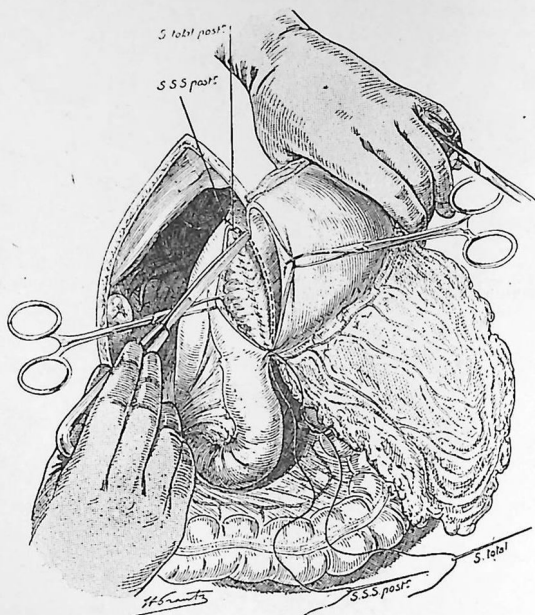


Fig. 191.—Artificio útil para los casos en que debe practicarse la boca del estómago muy alta. Habiendo servido el estómago de tractor, se han podido hacer cómodamente las suturas sero-serosas y total posterior; entonces solamente es cuando se completa la sección gástrica y se acaba la anastomosis realizando las suturas anteriores.

tejidos. Para estos casos, TOUPET, DE MARTEL me ha mostrado un artificio muy simple que éste me ha dicho ha visto emplear en Leeds por MOYNIHAN (fig. 191): no se corta el estómago antes de hacer la anastomosis; se utiliza, por el contrario, la parte inferior del estómago para tirar de la parte superior sobre la cual se tiene que trabajar; ranversar el cuerpo del estómago sobre el reborde costal izquierdo: se llega así a exteriorizar una región muy elevada de su cara posterior; traer el asa yeyunal en contacto de esta cara posterior, a la cual se une por una sutura sero-serosa (sin volver el asa como se hace habitualmente en el POLYA); sec-

cionar solamente la pared posterior del estómago, delante de esa sutura sero-serosa y hacer una incisión de la misma longitud sobre la cara anterior del asa yeyunal; unir estas dos secciones por una sutura total; *solamente entonces completar la sección gástrica* incindiendo la pared anterior del estómago, siguiendo una

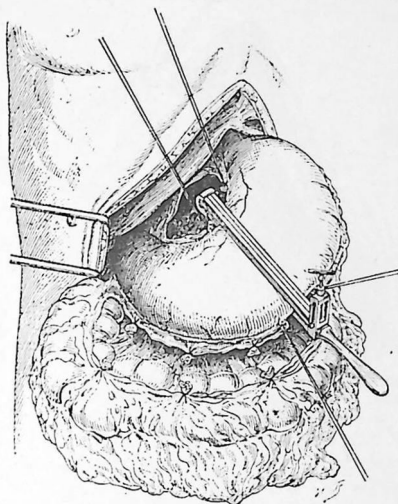


Fig. 192. — Pílorectomía por úlcus. — 1.º El epiplón menor y el ligamento gastro-cólico han sido incindidos; las arterias coronaria estomáquica y gastro-epiploica izquierda cortadas entre dos ligaduras. El compresor de de Martel es aplicado sobre el estómago entre estas cuatro ligaduras. (Tomado de la Tesis de de MARTEL).

línea ligeramente convexa hacia delante para prevenir la retracción y economizar la pared necesaria; terminar por la sutura total anterior y la sutura sero-serosa anterior.

E. Operación en dos tiempos. — Puede estar indicada en casos de cáncer muy estenosantes, con gran dilatación gástrica, en caso de un enfermo hemaciado y caquéctico. En un primer tiempo se hace, mediante anestesia local, una gastro-enterostomía posterior, teniendo cuidado de colocar la boca bastante lejos a la izquierda para que no moleste en el segundo tiempo; además se explora la lesión para ver

si resulta extirpable. En este caso, al cabo de 10 a 15 días como máximo, después que el enfermo esté repuesto, se procede a la resección piloro-gástrica. Este método disminuye considerablemente la mortalidad operatoria en los ca-

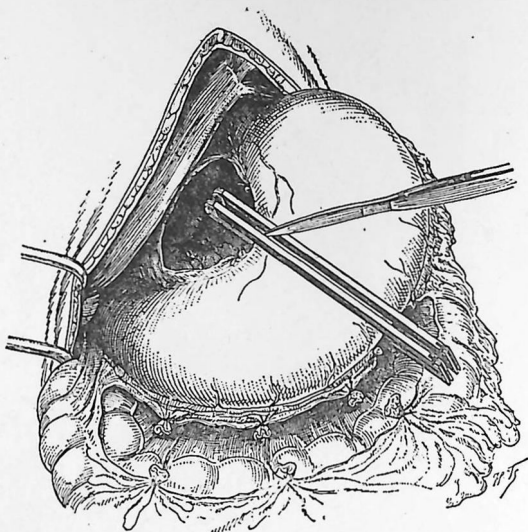


Fig. 193.—2.º La rama media del compresor ha sido quitada; sección del estómago entre las dos ramas que quedan, junto a la rama derecha. (Tomado de la Tesis de de MARTEL).

sos indicados: se le pueden hacer dos objeciones: 1.º, se han observado verdaderas siembras cancerosas a consecuencia del primer tiempo; 2.º, es difícil en algunas ocasiones hacer aceptar al enfermo el segundo tiempo, porque no vomita y se siente aliviado.

Pilorectomía por úlcus

Exéresis.— Por las razones que hemos expuesto, la pilorectomía es considerada por ciertos autores como el método de elección para el tratamiento de los úlcus yuxta-pilóricos. Desde el

punto de vista técnico, la pilorectomía por úlcus difiere de la píloro-gastrectomía por cáncer por muchos conceptos:

1.º No hay que tener en cuenta el elemento ganglionar: es, por consecuencia, inútil extirpar toda la pequeña curvadura y hacer la ligadura alta de la coronaria.

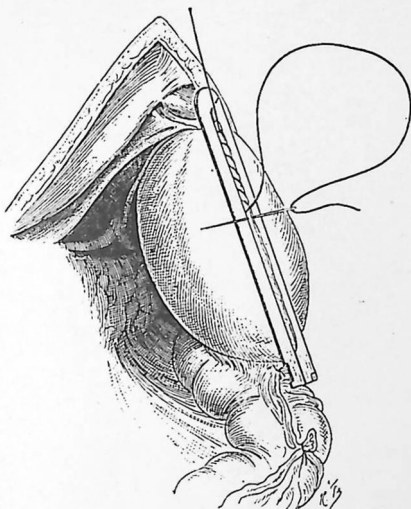


Fig. 194.—3.º Sutura de la herida gástrica aplastada; la aguja se coloca de plano sobre la rama izquierda del compresor. (Tomado de la Tesis de de MARTEL.)

2.º Por una razón análoga, es inútil extirpar el epiplón mayor: en lugar de hacer el despegamiento gastro-epiploico, se practicará simplemente el hundimiento del ligamento gastro-cólico o bien el desprendimiento de la curvadura mayor.

Será suficiente, por lo tanto, hacer la sección en tejido sano en los límites de la úlcera, y extirpar la lesión. La dificultad no estriba aquí en la extensión de la exéresis, sino en las adherencias, frecuentemente considerables, que unen la úlcera a los órganos vecinos, al páncreas, al hígado, e incluso a la pared abdominal anterior: la técnica deberá orientarse en este sentido y abordar la región enferma en la dirección más favorable, es decir, de izquierda a derecha, por sección del estómago en caso de úlcus pilórico adherente hacia atrás. La operación puede, en la mayoría de los casos, realizarse de la siguiente manera:

- 1.º *Laparotomía, exploración de las lesiones.*
- 2.º *Sección del ligamento gastro-cólico o denudación de la curvadura mayor en su mitad derecha.*
- 3.º *Sección, entre dos ligaduras, de la arteria corona-*

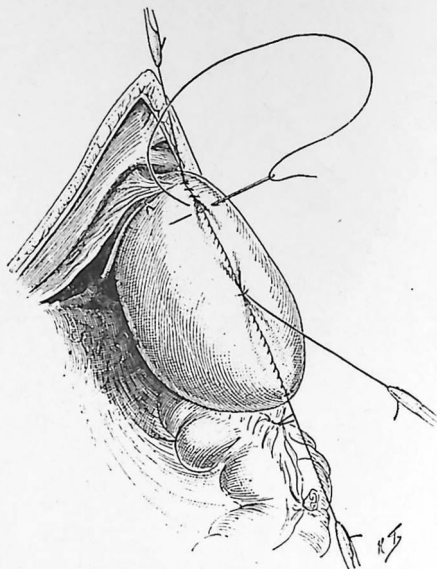


Fig. 195. — 4.º Sutura sero-serosa para la infundibilización de la herida gástrica.

ria estomáquica en la parte media de la curvadura menor.

4.º *Sección, entre dos ligaduras, de la arteria gastro-epiploica izquierda* en la parte media de la curvadura mayor.

5.º *Sección del estómago* entre los dos puntos precedentes; sutura de la abertura gástrica (en su totalidad o en su parte superior solamente, según el modo de anastomosis que se proyecte) (figs. 192 a 195).

6.º *Liberación de la cara posterior del conducto pilórico* en la región del ulcus; este es el tiempo difícil; el

estómago cortado debe ser enteramente basculado hacia la derecha: el compresor de MARTEL es particularmente cómodo en este caso, puesto que su rama derecha, además de

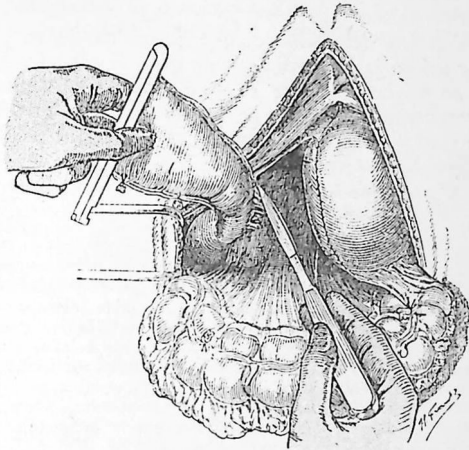


Fig. 196. — 5.º Liberación de la cara posterior del canal pilórico en la región del ulcus; la mano izquierda utiliza la rama derecha del ecrasor como de tractor para tirar del estómago; la mano derecha con un bisturí libera el ulcus adherido.

asegurar el cierre perfecto del segmento gástrico que se ha de extirpar, proporciona un punto de apoyo sólido para la tracción (fig. 196).

Así se descubre la zona de las adherencias, que son generalmente fibrosas, apretadas, teniendo que liberarlas con el bisturí. Es con frecuencia difícil, a veces imposible, encontrar un plano de separación entre el estómago y el páncreas, pues el páncreas puede formar verdaderamente el fondo del ulcus. En este caso debe evitarse cortar el tejido pancreático: es necesario cortar sobre la cara posterior del píloro la porción gástrica adherente y "dejar el pedazo", contentándose con cauterizar el cráter con el termocauterío o con tintura de yodo.

7.º Una vez franqueada la zona adherente, *ligadura de la arteria gastroepiploica derecha*, en el borde inferior del conducto pilórico.

8.º *Ligadura y sección de la arteria pilórica* en el borde superior del conducto.

9.º *Sección del duodeno*, que generalmente se puede practicar más a la izquierda que en caso de cáncer; si esta sección se ha hecho sobre el segmento de duodeno que está enteramente recubierto de peritoneo, se podrá utilizar el angiotribo y cerrarlo por uno de los procedimientos muy fáciles que hemos descrito anteriormente (procedimiento de DOYEN o de MAYO), o dejarlo abierto para implantarlo en el estómago.

Esta técnica no puede pretenderse aplicarla en todos los casos...

Puede ser más fácil, en casos de úlcera yuxta-pilórica vecina de la curvadura menor (caso frecuente), abordar la lesión de abajo arriba, volviendo el estómago y seccionando primero el duodeno.

En ciertos casos de úlceras múltiples se puede asimismo concebir que sea ventajoso cortar el estómago en su parte media entre dos hojas del compresor para ir de la parte media, sana y libre, hacia la región de las dificultades, si estas dificultades existen a derecha y a izquierda; esta hemisección previa del estómago es comparable a la hemisección uterina en caso de salpingitis doble adherente de los dos lados.

Aquí no serán revisados todos los casos particulares, pero es necesario recordar este precepto: ir de lo sano a lo patológico, de las regiones libres hacia las regiones adheridas: esta es la clave para simplificar las operaciones.

...Limitarse a extirpar la lesión, hemos dicho; y, sin embargo, en el caso de hiperclorhidria muy marcada (es decir, casi en un tercio de los casos de ulcus), tendrá, según ciertos autores, interés practicar una pilorectomía bastante extensa, extirpando no solamente la región ulcerosa, sino todo el antro pilórico.

Esta ablación del antro, que tiene por resultado disminuir considerablemente la secreción clorhídrica del estómago, será el mejor medio de curar los procesos ulcerosos, de evitar las recidivas, bien en el mismo estómago, bien en la boca o sobre el yeyuno en caso de gastro-yeyunostomía.

El conocimiento de esta moción, basada en la fisiología, confirmada por el estudio de los resultados operatorios lejanos, ha incitado a ciertos cirujanos a hacer sistemáticamente la ablación del antro pilórico, no solamente por los ulcus pilóricos o prepilóricos, sino por los ulcus de la curvadura menor, y por los ulcus medio-gástricos con deformación bilocular del estómago. La orientación actual está en preferir a las resecciones atípicas, cuneiformes, en

silla, e incluso a las resecciones medio-gástricas, las verdaderas hemigastrectomías en las cuales la ejecución no es apenas más difícil, ni proporciona más "shock" al enfermo, y con las cuales los resultados lejanos son infinitamente superiores... según los partidarios de estas grandes exéresis.

Restablecimiento de la continuidad. — Se puede asegurar por alguno de los procedimientos anteriormente descritos, particularmente por gastro-yeyunostomía latero-lateral, u operación de RODMAN, que es en la pilorectomía por úlcera la análoga del BILLROTH II en la pilorectomía por cáncer; o por gastro-yeyunostomía término-lateral, por el procedimiento de POLYA, o uno de los procedimientos que de ella derivan.

Pero en materia de úlcus hay sin duda interés en procurar restablecer la continuidad gastro-intestinal en condiciones tan parecidas como sea posible a la normal. Es necesario no olvidar que los estómagos ulcerosos son con frecuencia hiperclorhídricos y que el paso directo al yeyuno del jugo gástrico no neutralizado por los jugos biliares y pancreáticos puede favorecer la aparición de un úlcus péptico: las *gastro-duodenostomías* serán, pues, preferibles a las gastro-yeyunostomías.

Por otra parte las dimensiones relativamente restringidas de la exéresis hacen que estas operaciones sean fáciles de practicar.

a) *Gastro duodenostomía término-terminal, operación de PEAN (1879), BILLROTH I (1881)* (figura 197).

La sección gástrica ha sido suturada en su parte superior; la parte inferior se deja abierta en una longitud igual al extremo duodenal que también está abierto. Se anastomosan estos dos orificios, practicando: 1.º, una sutura sero-serosa posterior; 2.º, una sutura total posterior, después anterior; 3.º, una sutura sero-serosa anterior. Hay que prestar particular atención en la sutura al nivel del ángulo superior en la unión de la sutura que cierra el estómago; a este nivel es útil colocar un punto en U que una a la vez la pared duodenal y los dos labios sero-serosos gástricos (fig. 198). Este procedimiento es evidentemente el que restablece la continuidad gastro-duodenal en las condiciones más parecidas a la normal.

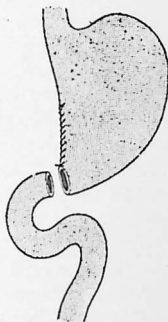


Fig. 197.
Procedimiento de Pean-Billroth I.

b) *Gastro-duodenostomía latero-terminal: procedimiento de KOCHER.*

Consiste en cerrar completamente la sección gástrica e implantar el duodeno en la pared posterior del estómago.

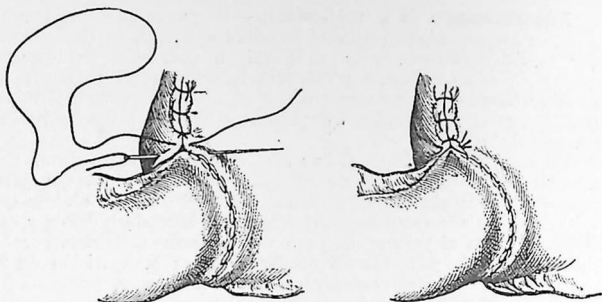


Fig. 198. — Anastomosis gastro-duodenal término-terminal después de pilorotomía (operación de Pean). Un punto en U aplicado a nivel de la comisura superior de la boca que interesa a la vez el borde superior del duodeno y los dos labios de la incisión gástrica (según PAUCHET).

Su ejecución no presenta ninguna dificultad particular.

El muñón gástrico completamente suturado y el duodeno momentáneamente cerrado por una pinza colocada a distancia de su sección, son puestos en contacto el uno del otro; si el duodeno no se deja conducir fácilmente es fácil movilizarlo despegando el ángulo infra-hepático y la segunda porción: los dos órganos afrontados son torcidos en sentido inverso para exponer su cara posterior. Se ejecuta entonces una anastomosis término-lateral:

- 1.º Sutura sero-serosa posterior, trazada siguiendo una línea ligeramente cóncava hacia delante, a un centímetro aproximadamente de la abertura duodenal; este es el tiempo más delicado; el empleo de una pequeña aguja curva lo facilita;
- 2.º abertura vertical del estómago en una longitud apropiada al diámetro del duodeno (fig. 199);
- 3.º sutura total en toda la circunferencia, teniendo especial cuidado particularmente en los puntos del ángulo y en la inversión de la mucosa en el momento de cerrar el tercio anterior;
- 4.º sutura sero-serosa anterior (fig. 200).

Se ha de procurar colocar la boca anastomótica bastante cerca de la sutura gástrica terminal; sin embargo,

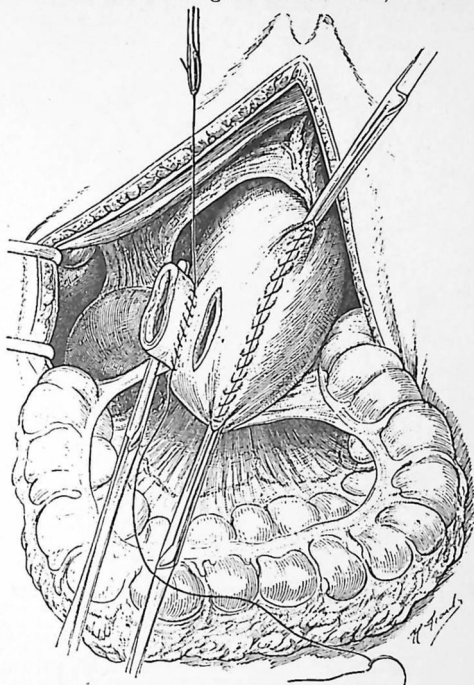


Fig. 199. — Procedimiento de Kocher: gastro-duodenostomía latero-terminal. 1.º Los dos órganos están adosados por una sutura sero-serosa; el estómago está incindido.

hay que dejar entre las dos suturas sero-serosas un pequeño intervalo de pared gástrica.

Resección medio-gástrica

Esta operación consiste en resecar un cilindro gástrico del cuerpo del estómago y anastomosar directamente las dos circunferencias de sección.

Por definición esta resección no alcanza por la derecha al píloro.

Excepcionalmente indicada en casos de cáncer esta operación se practica sobre todo como tratamiento de la estenosis medio-

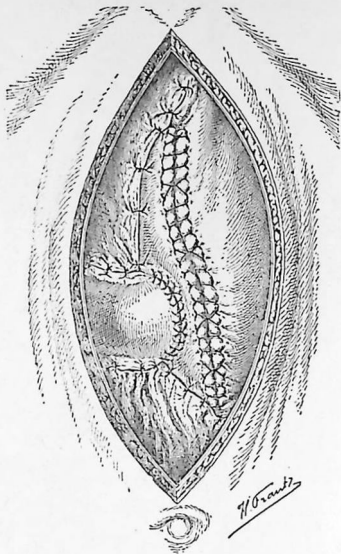


Fig. 200. — Procedimiento de Kocher. 2.º Operación terminada. Obsérvense la sutura de cierre del estómago, la sutura de la gastro-duodenostomía y las suturas que unen el epiplón mayor y menor al estómago y al duodeno.

gástrica, deformación debida a una úlcera de la pequeña curvatura más o menos extendida sobre las dos caras del estómago, cicatrizada o en evolución todavía.

Superior a las operaciones paliativas (anastomosis y plastias), porque extirpa la lesión y reconstituye el estómago en su forma normal, la resección medio-gástrica es generalmente considerada como el tratamiento de elección del estómago bilocular. Algunos cirujanos se inclinan a practicar la resección medio-gástrica con preferencia a la resección en silla de montar en todos los casos de úlcera de la pequeña curvatura de alguna extensión; es de ejecución más sencilla y deforma menos el estómago.

1.º **Exploración de las lesiones** en la cara anterior del estómago, y en su cara posterior después de haber ras-

gado el epiplón menor de una parte e incidido el ligamento gastro-cólico, de otra parte. Liberación de las adherencias.

2.º **Ligadura de los cuatro pedículos** vasculares a nivel de las curvaturas, en los puntos correspondientes a los límites de la exéresis proyectada.

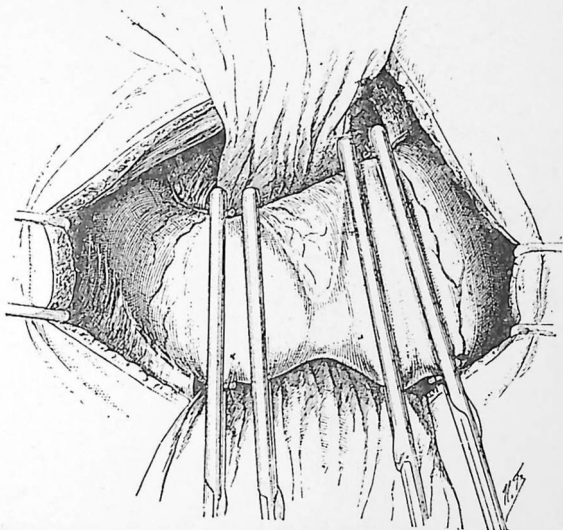


Fig. 201. — Resección medio-gástrica. 1.º Liberación de las curvaturas, ligaduras y colocación de las cuatro pinzas y de la compresa (TUFFIER y ROUX-BERGER.)

3.º **Colocación de cuatro clamps** comprimiendo el estómago, a una y otra parte de las futuras secciones, es decir, a una distancia suficiente de la lesión, en tejido gástrico sano.

Protección del campo operatorio con una compresa grande, pasada por detrás del estómago desde la herida mesocólica a la del epiplón menor (fig 201).

4.º **Sección del estómago** entre estos clamps.

5.º **Anastomosis cabo a cabo** de las dos secciones, siguiendo los principios indicados en la pág. 116. Si la maniobra es posible, es decir, si el estómago se deja volver fácilmente exponiendo la cara posterior hacia delante,

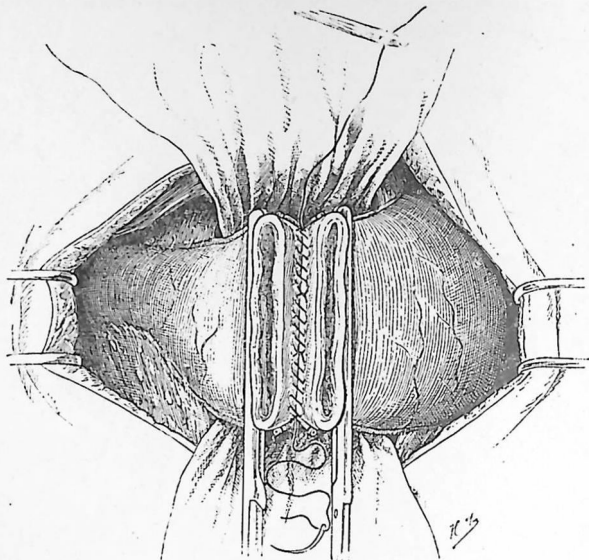


Fig. 202. — 2.º La parte enferma se ha quitado: sutura sero-serosa uniendo la cara posterior de las dos heridas (TUFFIER y ROUX-BERGER).

aconsejamos hacer de una sola vez la sutura total, es decir, cerrar completamente la cavidad gástrica, y practicar inmediatamente la sutura sero-serosa, tal como hemos dicho para la enteroanastomosis término-terminal. Si resulta difícil volver el estómago, entonces es necesario empezar por la sutura sero-serosa posterior, que será facilitada por el empleo de una pequeña aguja curva y una cierta rotación de los dos clamps en sentido contrario, presentando bien las dos líneas que se han de suturar (fig. 202); se continuará por una sutura total circunferencial, teniendo cuida-

do como habitualmente en los últimos puntos, los más difíciles de colocar correctamente (ver pág. 118).

Para terminar, utilizando la misma aguja que ha ser-

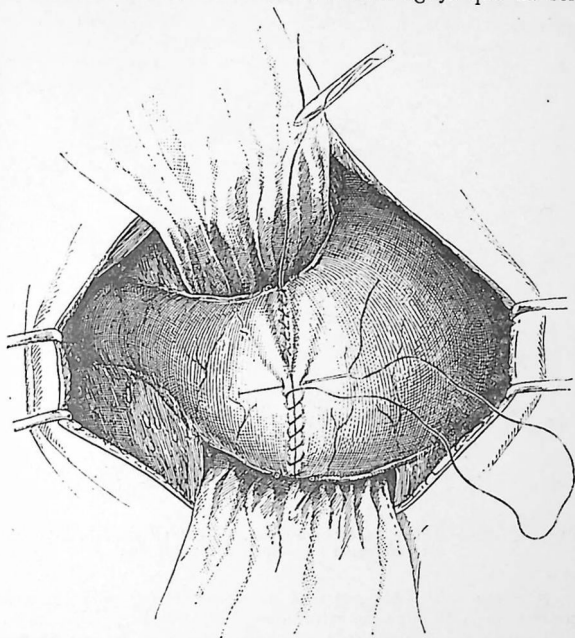


Fig. 203. — 3.º Operación casi terminada; solo falta terminar la sutura sero-serosa anterior y reparar la brecha de los mesos, todavía ocupada por el campo protector (según TUFFIER y ROUX-BERGER).

vido para hacer la sutura sero-serosa posterior, se ejecutará la sutura sero-serosa anterior de infundibilización (figura 203).

6.º Reparación de las brechas epiploicas y cierre de la pared abdominal.

La resección medio-gástrica es una operación fácil si se ha podido escoger el lugar de las secciones de tal ma-

nera que los dos orificios que se han de anastomosar tengan poco más o menos las mismas dimensiones y si la estenosis que se ha de resear no está muy situada a la izquierda.

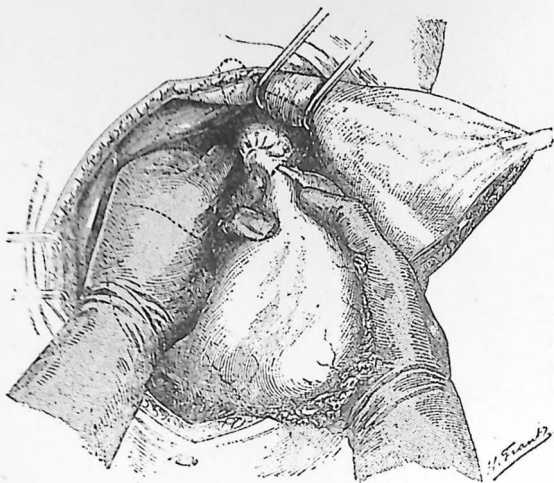


Fig. 204. — Resección del cardias por ulcus. 1.º Aislamiento del cardias y de la terminación del esófago (DELAGÉNIÈRE).

Si existe una doble estenosis, medio-gástrica y pilórica, la resección de la primera es naturalmente insuficiente.

La operación radical en estos casos, consiste en resear en masa las dos regiones estenosadas y la bolsa pilórica intermedia, restableciendo la continuidad por gastro-yeyunostomía, si la bolsa cardíaca no puede ser aproximada al duodeno.

Resección del cardias

Resulta una operación difícil porque el cardias está profundamente situado, en una región de difícil acceso; además, la anastomosis esófago-gástrica comporta siempre ciertos peligros porque el tejido seroso falta en el esófago y por lo mismo las suturas se sostienen difícilmente.

La simple laparotomía es insuficiente como vía de acceso sobre el cardias. Para tener un campo adecuado es necesario resear el re-

borde costal, bien temporalmente, bien definitivamente (ver pág. 93), o incluso recurrir a la laparo-toraco-frenotomía. (No hablamos de vías mediastínica, transpleural y toraco-abdominal extra-serosa que dan más bien acceso al cardio-esófago que al cardio-estómago y más bien son operaciones torácicas que abdominales: para estas operaciones remitimos al lector al volumen de esta obra, que trata de la cirugía del tórax.)

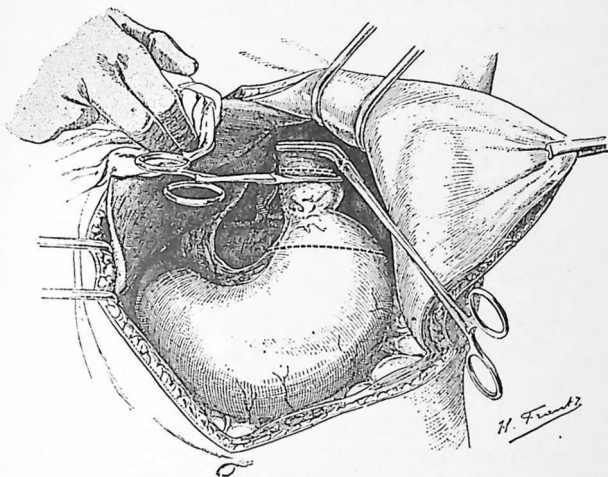


Fig. 205. — Esófago expuesto: trazado de la resección (DELAGÉNIÈRE).

Técnica de Delagenière (de Mans) (1). — (Resección del cardias por úlcera callosa de la pequeña curvatura cerca del cardias que está más o menos invadido.)

1.º *Aislamiento del tumor.* Tiempo difícil, pero importante. Es necesario aislar toda la pequeña curvatura seccionando el ligamento gastro-hepático hasta el cardias; despegar y liberar con el dedo la porción terminal del esófago (fig. 204).

2.º *Resección del tumor.* Se empieza por seccionar el

(1) DELAGIENÈRE, *Acta, Memorias y Discusiones del 29.º Congreso de Cirugía.* París, 1920.

esófago entre dos pinzas, después el estómago por debajo de la lesión, siguiendo las reglas ordinarias (fig. 205).

3.º *Reconstitución del tubo gastro-intestinal.* Puede ser realizada bien por una anastomosis término-terminal

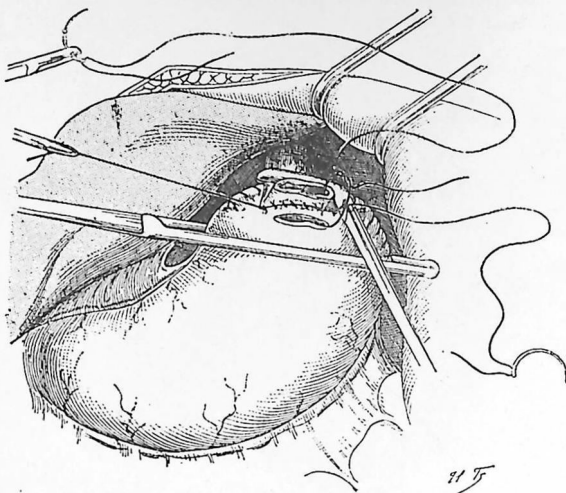


Fig. 206.—3.º La cavidad gástrica ha sido cerrada: se implanta el extremo del esófago abdominal en la cara anterior del estómago (según DELAGÉNIÈRE).

esófago-gástrica si la sección gástrica no es demasiado extensa, o bien más cómodamente por una implantación término-lateral del esófago en el estómago, después de cerrada la herida gástrica.

Gastrectomía subtotal y total

“Lo que puede ser considerado como característica de la ablación casi total o total del estómago, es la sección y hemostasia de la unión gastro-esplécnica.” (LERICHE.)

“En la gastrectomía *total* las secciones se hacen sobre el duodeno y sobre el esófago; en la gastrectomía *sub-total* se deja unido al esófago una pequeña cantidad de estómago.” (TUFFIER.)

Constituyen operaciones excepcionales y muy graves; la gran

mortalidad se debe a las dificultades de ejecución de la anastomosis y a la ausencia de peritoneo a su nivel, que hace las suturas poco firmes.

La laparotomía deberá ser corrientemente ensanchada, como hemos indicado a propósito de la resección del cardias.

Enumeraremos sucintamente los tiempos operatorios, según LERICHE (1).

1.º *Liberación duodenal.* — Después de ligada la arteria pilórica en su borde superior, y la arteria gastroepiploica derecha en su borde inferior, se secciona el conducto píloro-duodenal.

Se cierra inmediatamente el extremo duodenal como se ha dicho a propósito de la pilorectomía.

2.º *Liberación del epiplón gastro-cólico.* — Incisión del ligamento gastro-cólico debajo de los vasos gastro-epiploicos, con ligadura de los vasos epiploicos en varios pequeños pedículos. Se llega así a la gran tuberosidad, detrás de la cual se liga la arteria gastro-epiploica izquierda y los vasos cortos.

3.º *Liberación del epiplón gastro-hepático.* — Después de la ligadura alta de la coronaria estomáquica, se corta el epiplón menor. El estómago se bascula entonces hacia arriba. Se desprende si es necesario la zona superior de la cara posterior de la gran tuberosidad.

4.º *Liberación del cardias:* se hace en general bastante fácilmente con el dedo, ayudado por la tracción del estómago hacia abajo.

5.º *Restablecimiento de la continuidad* por implantación del esófago, o de la porción gástrica a él unida, en una asa yeyunal conducida a través del mesocolon transversal (esófago o cardio-yeyunostomía término-lateral). Teniendo en cuenta la longitud de las ramas de esta asa yeyunal, es prudente hacer inmediatamente una yeyuno-yeyunostomía complementaria.

(1) RENÉ LERICHE: Tesis, Lión, 1906.

CAPÍTULO IX

Gastrostomía

La gastrostomía es una operación que consiste en crear una boca estomacal continente destinada a servir para alimentar a enfermos en que se ha hecho difícil o imposible la alimentación por existir un obstáculo a nivel de las vías digestivas superiores (cáncer del esófago, estrecheces infranqueables, etc).

Principios. Diferentes procedimientos.— *La boca debe ser continente*, esto es, esencial. Para obtener esta continencia es preciso hacer una boca pequeña y situada en la parte alta del estómago, es decir, en la gran tuberosidad. Esto no es siempre suficiente; además, no siempre se puede colocar la boca tan alta como uno desearía, en estómagos retraídos y pequeños. Han sido ideados innumerables procedimientos para asegurar la continencia.

Unos tratan de crear un esfínter alrededor de la boca; tanto es así, que TERRIER atrae al estómago a través del músculo recto; HARTMANN lo mismo, pero creando además un trayecto fistuloso submuscular; JABOULAY lo mismo, pero creando además un trayecto subcutáneo.

Otros (SOULIGOUX) preconizan la gastrostomía por torsión.

Otros prolongan la fistula por un trayecto subcutáneo (VILLAR), por un trayecto practicado en el espesor de la pared gástrica (TUFFIER), por un adosamiento de las paredes gástricas (WITZEL, KOCHER). Otros crean un conducto intermediario entre el estómago y la piel, utilizando un colgajo autoplástico gástrico (DEPAGE), una asa intestinal (TAVEL).

Uno de los procedimientos más sencillos, es el que describimos, el cual consiste en formar en el interior del estómago una válvula que permite la introducción de un tubo fácilmente, y que se opone al reflujo del contenido gástrico (fig. 215).

La anestesia local es infinitamente preferible a la anestesia general, particularmente nociva en estos sujetos caquectizados. Es generalmente fácil y eficaz en estas paredes adelgazadas, enflaquecidas, que se infiltran cómodamente en todo su espesor, siguiendo el trazo de la incisión.

Manual operatorio (procedimiento de FONTAN modificado por MARION) (1).

(1) MARION. *Técnica quirúrgica*. Maloine, 1917, pág. 546.

"1.º *Incisión.*—La incisión de la pared se practica paralelamente al reborde costal izquierdo, a 2 centímetros de este reborde, en una extensión de 10 centímetros. Empieza por arriba a 5 centímetros del apéndice xifoideo (fig. 207). Se atraviesa sucesivamente la piel, el tejido celular subcutáneo, los músculos anchos del abdomen y el peritoneo. Este último, en el momento de incidirlo, se fija con una pinza. La incisión oblicua lateral tiene la ventaja sobre la incisión vertical de permitir coger y atraer una porción más elevada del estómago.

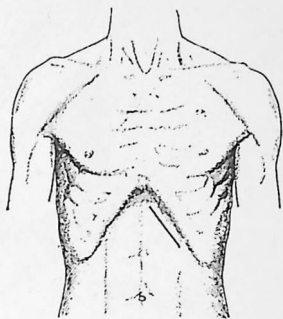


Fig. 207. — Gastrostomía: trazado de la incisión.

"2.º *Busca y atracción del estómago.*—El reconocimiento del estómago nada tiene de particular. Se le encuen-

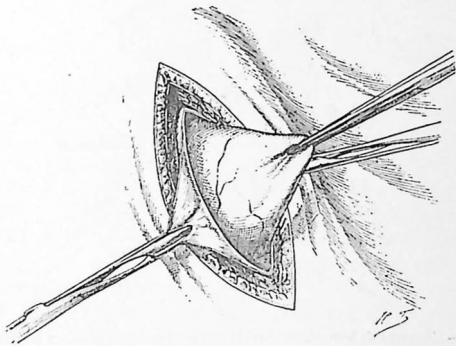


Fig. 208. — La pared anterior del estómago es atraída de manera que forme un cono de 4 ó 5 centímetros de altura (MARION).

tra algunas veces superficialmente, otras veces muy profundamente según su estado de distensión. En todos los

casos se le busca entre el hígado por arriba y el colon transverso por abajo. Se le reconoce fácilmente por su co-

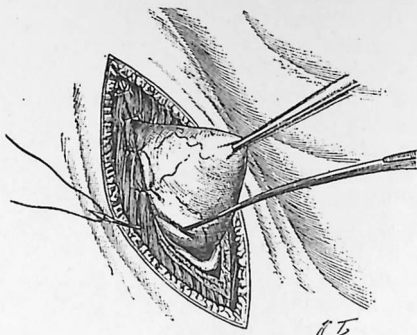


Fig. 209. — El cono gástrico se fija al peritoneo y a los músculos de la pared (MARION).

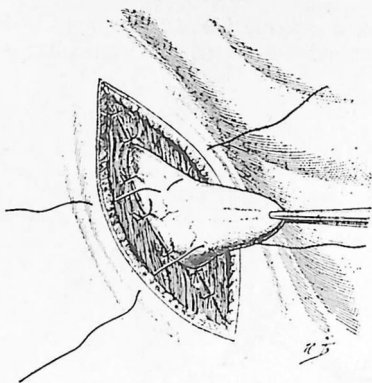


Fig. 210. — Cómo se deben pasar los dos hilos que limitarán la invaginación del cono gástrico.

loración blanca, el espesor de su pared y la ausencia de cintas que caracterizan al colon. Una vez cogida la pared anterior, se tira de ella, esforzándose en atraer una por-

ción elevada de esta pared, a fin de colocar la boca lo más alta posible. En caso de que, a consecuencia de la retracción del estómago, sea imposible hacerla descender, nos contentaremos con la porción que resulte accesible.

"Esta porción es atraída fuera de la herida y la punta

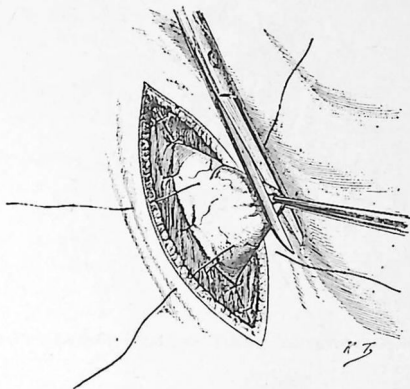


Fig. 211. —De un tijeretazo, se corta el vértice del cono, asegurándose que la sección ha hecho sobre la mucosa gástrica una estrecha abertura (MARION)

del cono así exteriorizado se coge con una pinza. Este cono debe tener una longitud de 4 a 5 centímetros (fig. 208).

"3.º *Fijación de la base del cono a la pared.* — El cono estomacal así atraído es suturado en todo el contorno de su base al peritoneo y a la pared muscular por un solo plano de suturas, atravesando solamente las capas peritoneal y muscular del estómago. Esta fijación puede hacerse por medio de puntos separados o por una sutura, siendo ventajoso emplear catgut (fig. 209).

"Al mismo tiempo, la incisión se reduce por arriba y por abajo si hay necesidad.

"4.º *Paso de los hilos destinados a limitar y a mantener la invaginación.* — Estos hilos, en número de dos, son colocados arriba y abajo; atraviesan sucesivamente la piel, la capa muscular del estómago de un lado del cono, a una cierta distancia (5 milímetros) de la base de este cono, des-

pués la misma capa del otro lado al mismo nivel y, por último, la piel nuevamente.

"La figura 210 hace comprender mejor que toda des-

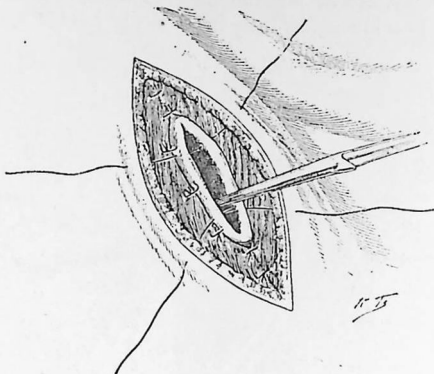


Fig. 212.— Una pinza invagina el cono truncado; se cierran los hilos (MARION).

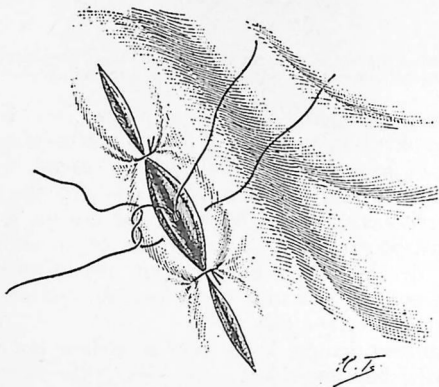


Fig. 213.— Sutura a la piel de la base del embudo (MARION).

cripción la manera cómo deben colocarse los hilos; estos hilos, destinados a ser anudados exteriormente, pueden ser de crin de Florencia.

"5.º *Abertura del cono estomacal.* — La cumbre del cono puesta en tensión se corta con unas tijeras con lo cual se abre el estómago (fig. 211). Tiene mucha importancia en este momento *asegurarse que se han cortado bien todas las capas del estómago y que la mucosa no ha huído.* Hay que fijar cuidadosamente, a través de la abertura de la muscular, la mucosa con una pinza y comprobar *de visu* que está abierta. La exploración del orificio con la sonda acanalada expone a despegar la mucosa y hacer creer se penetra en el estómago, cuando solamente se penetra entre la muscular y la serosa. Por otra parte, es útil coger la mucosa con el fin de asegurarse que no se ha cortado ninguna arteriola, que pueda dar lugar a una hemorragia bastante abundante.

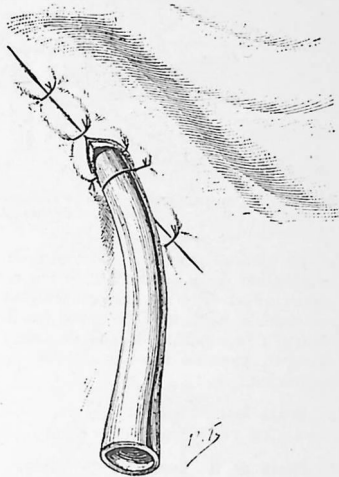


Fig. 214. — Gastrostomía terminada; la sonda está colocada en su lugar y fijada a la piel por un hilo (MARION).

"6.º *Invaginación del cono estomacal.* —

La punta del cono seccionado se fija con una pinza de KOCHER y se rechaza al estómago por simple presión. Mientras el ayudante mantiene esta invaginación limitada por dos hilos colocados anteriormente, el operador anuda estos dos hilos de manera que mantengan la invaginación (fig. 212).

"7.º *Suturas.* — Se retira la pinza, y se completa la fijación del estómago a la piel con unos puntos colocados a cada lado del orificio (fig. 213). La herida se cierra por arriba y por abajo mediante algunos puntos de sutura.

Una sonda uretral de caucho encarnado, núm. 18, es introducida inmediatamente en el orificio y fijada a uno de

los bordes cutáneos de este orificio por medio de un hilo que atraviesa la piel y la pared de la sonda sin penetrar en su interior. Con una pinza o con una espita se cierra la sonda (1) (fig. 214).”

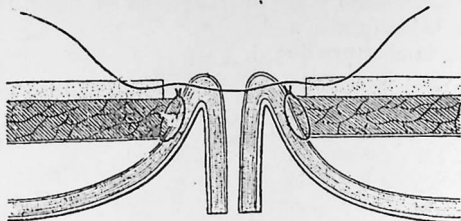


Fig. 215. — Esquema representando el estado de las diferentes capas después de la operación (MARION).

El apósito debe ser dispuesto de tal manera que deje pasar el pabellón de la sonda. La misma tarde de la operación se puede alimentar al enfermo introduciendo leche por la sonda utilizando un embudo recubierto de gasa (para que la nata de la leche no obstruya la sonda). Al cabo de nueve días, se quita la sonda permanente, para no introducirla más que en el momento de la alimentación.

Bocas incontinentes. — Se puede estrechar el calibre de la boca cercándola con crin de Florencia (ROBINEAU) (2).

Cierre de las bocas de gastrostomía. — Si la boca se ha hecho innecesaria, por haberse restablecido la permeabilidad de las vías superiores, se debe intentar cerrarla.

Algunas veces es suficiente dejar de sondar y avivar los bordes con el termocauterío o con el lápiz de nitrato de plata.

Si esto no es suficiente se puede ensayar la unión por medio del crin de Florencia, después de avivar la mucosa por simple resección del collar al nivel de su unión con la piel (ROBINEAU) (3).

El procedimiento más seguro consiste en practicar una incisión alrededor del orificio, separar el estómago de la pared y suturar por separado la herida gástrica y la he-

(1) Todo lo comprendido entre comillas está citado textualmente por MARION, *loco citato*.

(2) ROBINEAU. *Bull. et Mém. Soc. Chir.* 1912, pág. 1172.

(3) *Id.*, *loco citato*.

rida parietal, lo que evidentemente exige la abertura de la cavidad peritoneal, cosa que no representa mucha gravedad en un sujeto bastante resistente.

CAPÍTULO X

Duodeno-yeyunostomía (1)

La duodeno-yeyunostomía es la anastomosis de la primer asa yeyunal con la segunda o tercera porción del duodeno.

Tiene por objeto vaciar de una manera regular la porción del

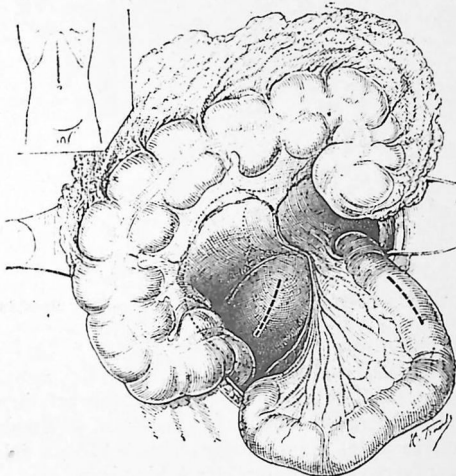


Fig. 216. — Duodeno-yeyunostomía sub-mesocólica: 1.º tiempo; los puntos representan el trazado de las bocas (PEDRO DUVAL).

duodeno que queda por encima de una estenosis (PEDRO DUVAL), que ordinariamente es debida a una compresión del pedículo mesentérico superior o por la arteria cólica derecha superior.

(1) PEDRO DUVAL. Estudios médico-radio-quirúrgicos sobre el duodeno. Masson, 1924, pág. 173.

1.º Laparotomía supra-umbilical baja, sobrepasando en caso de necesidad el ombligo por su extremidad inferior.

2.º Exploración: se levanta el colon transverso y su meso, y se reconoce el asiento del obstáculo.

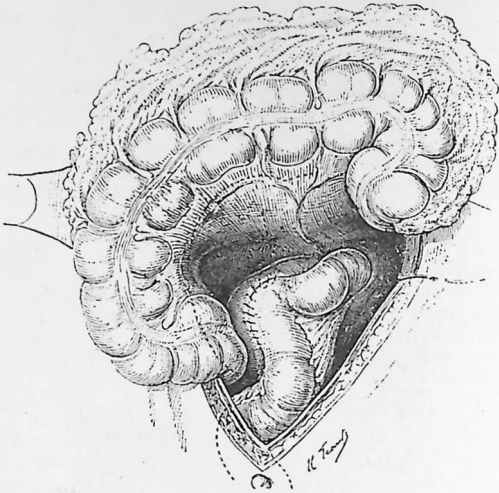


Fig. 217. — Duodeno-yeyunostomía sub-mesocólica acabada
(PEDRO DUVAL).

3.º Elección de los puntos que se han de anastomosar.

La boca en el yeyuno debe colocarse tan próxima como sea posible al ángulo duodeno-yeyunal; en el duodeno en un punto variable, según la situación de la raíz del mesocolon transverso en relación con el duodeno.

a) Si la implantación del mesocolon transverso en el duodeno es alta, se puede hacer la duodeno-yeyunostomía *infra-mesocólica* (figs. 216-217).

b) Si la implantación del mesocolon transverso es baja se tendrá que hacer la duodeno-yeyunostomía *supra-mesocólica*, es decir, que el asa yeyunal que se ha de anastomosar debe ser pasada a través de una herida practicada en

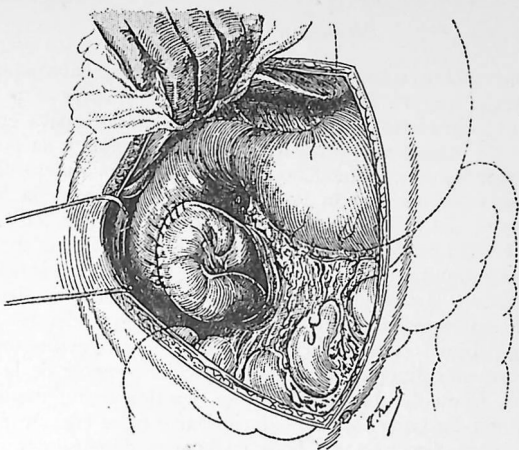


Fig. 218. — Duodeno-yeyunostomía supra-mesocólica; el asa yeyunal atraviesa la transcavidad de los epiplones, después sale por un despegamiento del borde derecho del epiplón mayor para ser adosada a la cara anterior de la segunda porción del duodeno (PEDRO DUVAL).

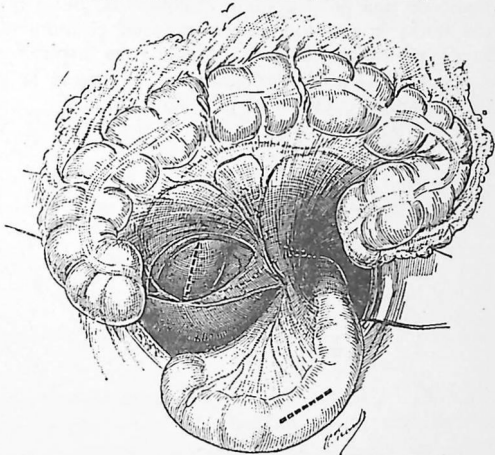


Fig. 219. — Duodeno-yeyunostomía intra-mesocólica: la hoja anterior del mesocolon transversó ha sido incindida a la derecha y por encima de la cólica media; la hoja superior de este mesocolon ha sido rechazada con una compresa de abajo arriba; el duodeno aparece en la brecha; los puntos representan el lugar de la boca (PEDRO DUVAL).

el mesocolon transverso como en la gastro-enterostomía posterior (figura 218).

c) En ciertos casos, el duodeno dilatado separa en su base de inserción las dos hojas del mesocolon y se puede intentar hacer una duodeno-yeyunostomía *intra-mesocólica*, después de incidir la hoja inferior y despegar la hoja superior del mesocolon transverso levantado (fig. 219).

4.º El asa yeyunal y el segmento duodenal que se han de anastomosar se disponen en posición con dos pinzas de CHAPUT o dos puntos de fijación; seguidamente se ejecuta una entero-anastomosis latero-lateral, siguiendo la técnica habitual (véase pág. 129). La duodeno-yeyunostomía no presenta ninguna dificultad particular a pesar de la relativa fijeza del asa duodenal: se practica en un duodeno dilatado, bastante fácil de exteriorizar y en el cual no falta sitio para disponer una boca en buenas dimensiones.

Antes de abrir el duodeno con retención, será útil levantar con el dedo el pedículo mesentérico, y evacuar por medio de una débil presión el contenido de la porción dilatada hacia la porción subyacente; en el momento de abrirlo es necesario estar preparado para aspirar el líquido que pueda quedar retenido, evitando así la salida de éste al campo operatorio. (PEDRO DUVAL.)

TERCERA SECCIÓN

Operaciones en el intestino

CAPÍTULO PRIMERO

Resección intestinal (enterectomía)

Por la incisión parietal se exterioriza el asa que se ha de resecar sobre un lecho de compresas. Por expresión, se vacía el asa de su contenido y, para asegurar la coprostasis, se colocan dos pinzas de bocados elásticos, más allá de los puntos que se han de seccionar, y dos pinzas de KOCHER en los dos extremos del segmento sacrificado. Junto a las pinzas de KOCHER, se corta el intestino perpendicularmente a su asa. Se reseca el cono mesentérico correspondiente; mejor dicho, la resección del mesenterio siempre debe ser

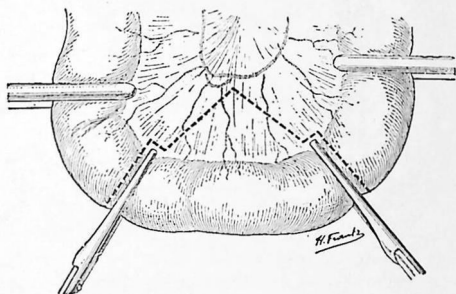


Fig. 220. — Trazado de las incisiones del intestino y del mesenterio para la resección de un asa intestinal.

un poco menos extensa que la del intestino (fig. 220). Al mismo tiempo se hace la hemostasia de los vasos contenidos en el espesor del mesenterio por medio de pinzas que se reemplazan inmediatamente después por ligaduras.

La resección propiamente dicha está terminada; la continuidad del intestino debe naturalmente ser restablecida

por uno de los procedimientos de entero-anastomosis que hemos indicado anteriormente (véase entero-anastomosis término-terminal, término-lateral, latero-lateral); después deben ser suturados los dos labios de la sección mesentérica.

CAPÍTULO II

Yeyunostomía

Esta operación, cuyas indicaciones son raras (quemaduras extensas, cáncer masivo de estómago), consiste en establecer una fistula en la primera asa yeyunal para introducir los alimentos. Puede practicarse mediante anestesia local.

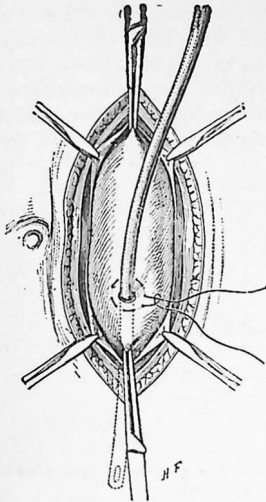


Fig. 221. — Yeyunostomía. 1.º Abertura del asa que se ha de fistulizar y fijación de la sonda por una sutura en bolsa.

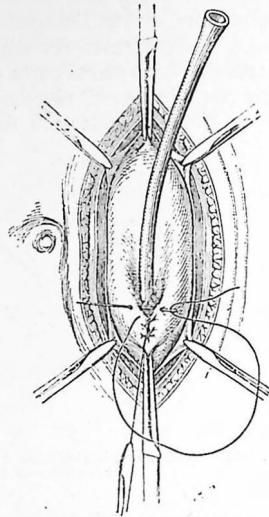


Fig. 222. — 2.º Infundibilización de la sonda en la pared del intestino.

Incisión en la línea media o de preferencia a través del músculo recto del lado izquierdo, de 10 a 15 centímetros de longitud, cuya parte media corresponde al ombligo.

Se busca la primera asa yeyunal y en ella se escoge un punto situado a 25 centímetros aproximadamente del ángulo duodeno-yeyunal. Estando el asa colocada longitudinalmente en la herida y mantenida por pinzas se la punciona en el punto escogido y se hace una abertura limitada que sea suficiente para admitir una sonda NÉLATON número 12, que se introduce 10 centímetros aproximadamente hacia abajo. En el punto de penetración se hace una sutura en bolsa que se anuda en la sonda (figura 221). A continuación la parte visible de la sonda es escondida en una longitud de 5 ó 6 centímetros en un pliegue de la pared intestinal anterior (figura 222). Después el asa intestinal es fijada a la pared por una serie de puntos en U, comprendiendo la músculo-serosa del intestino, el peritoneo y la capa muscular de la pared abdominal (fig. 223). Se cierra a continuación el abdomen, saliendo la sonda bien por la extremidad superior de la incisión o bien por una pequeña incisión especial practicada en la vecindad de la herida parietal. La sonda, fijada por un punto a la piel, debe quedar colocada de una manera permanente; se echará el líquido alimenticio muy lentamente y por pequeñas porciones.

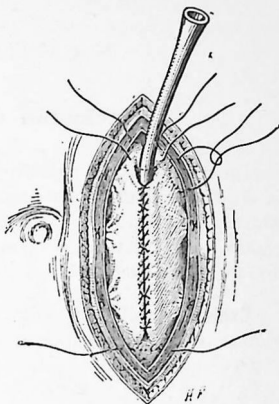


Fig. 223. — 3.º Sutura de infundibilización terminada; fijación del yeyuno a la pared.

CAPÍTULO III

Exclusión del intestino

La exclusión del intestino es una operación por la cual se suprime en un cierto segmento de intestino el paso del contenido intestinal. Este segmento se encuentra así excluido de la circulación intestinal. La exclusión puede ser unilateral o bilateral.

Exclusión bilateral (fig. 224).—1.º *Elección de los puntos del intestino que se han de seccionar.*

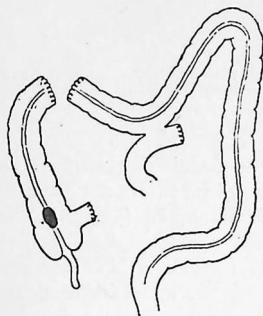


Fig. 224.—Exclusión bilateral del segmento derecho del intestino grueso, ya fistulizado anteriormente a la piel (OKINCZYC).

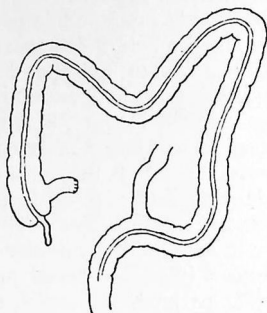


Fig. 225.—Exclusión unilateral del intestino grueso, por sección del ileon e implantación ileo-sigmoidea (OKINCZYC).

Es necesario, naturalmente, que las secciones se practiquen por encima y por debajo del asa enferma; la elección de este punto es a veces muy difícil en la práctica.

2.º *Sección del intestino por encima y por debajo de la porción enferma.*

3.º *Tratamiento del asa excluida.*—En general se

abandona uno de los extremos en el interior de la cavidad abdominal después de haberla cerrado y se aboca la otra a la piel, de preferencia el extremo distal; se puede asimismo cerrar los dos cabos a condición de hacer una boca en el asa aislada. En efecto, la exclusión bilateral no es posible ejecutarla sin peligro más que estando abierta a la piel.

Exclusión unilateral (fig. 225). — Consiste en cortar el asa intestinal por encima de la lesión, se cierra el extremo distal, y se implanta el extremo proximal por debajo de la lesión, corrientemente a distancia de ella, bien en el colon transversal, bien en la S íliaca.

CAPÍTULO IV

Extirpación del apéndice

El enfermo está acostado en posición ligeramente inclinada, el operador se coloca a la derecha.

Incisión. — Íliaca derecha, oblicua abajo y adentro, de cuatro a diez centímetros de longitud y más, según la adiposidad del sujeto, y estando su punto medio a dos traveses de dedo por dentro de la espina íliaca anterior superior. Siguiendo esta línea, incidir la piel y la aponeurosis del oblicuo mayor (fig. 226). Disociar siguiendo su dirección, perpendicular a la de la incisión, las fibras del oblicuo menor y del transversal (fig. 227): en el ojal así obtenido, colocar dos separadores de FARABEUF.

En el fondo se percibe la fascia transversal: se hace un pliegue con el pico de la pinza, que la punta del bisturí incide prudentemente, y con él, el peritoneo, pegado a su cara profunda (fig. 228); dos pinzas fijan el peritoneo incindido. Los separadores son introducidos en la cavidad abdominal.

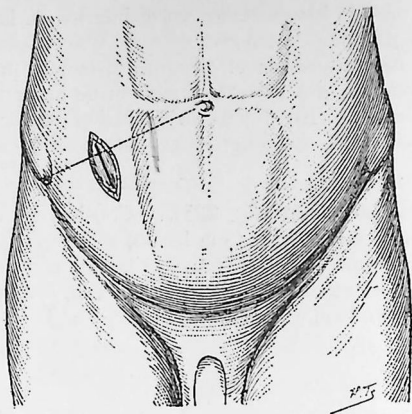


Fig. 226. — Resección del apéndice: 1.º Incisión de la piel y de la aponeurosis del oblicuo mayor. (Vía de Mac Burney).

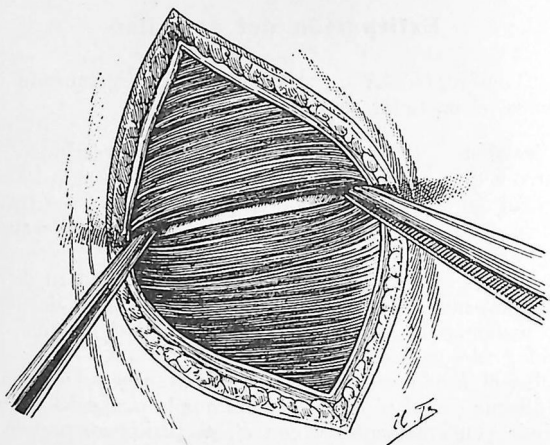


Fig. 227. — 2.º La aponeurosis del oblicuo mayor está incidida. Disociación de las fibras del oblicuo menor y del transverso.

Busca y exteriorización del apéndice.— Con una pinza circular se fija el ciego y se exterioriza con mucho cuidado; se encuentra el apéndice en el fondo del ciego, hacia el abocamiento del íleon, en el punto de convergencia de

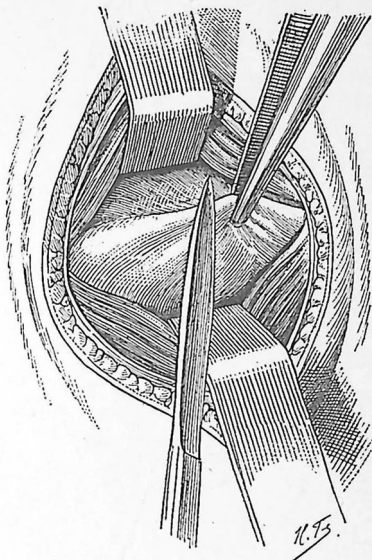


Fig. 228. —3.º Aertura del peritoneo que una pinza eleva haciendo un pliegue.

las tres bandas longitudinales del ciego. Se expone el apéndice con su meso correspondiente, cogido de la punta por una pinza que el ayudante sostiene hacia arriba.

Ligadura del apéndice y de su meso.— A través de la base del meso-apéndice, junto al ciego, se pasa una aguja de REVERDIN que conduce un largo hilo de catgut núm. 1, doblado por su parte media (fig. 229); se corta este hilo al salir la aguja, constituyendo dos hebras que se unen por dos vueltas (OMBREDANNE); una de estas hebras se

liga sobre el meso y sus dos extremidades también seccionadas; se corta en seguida el meso, desde su borde libre hasta el apéndice, por encima de la ligadura, lo que

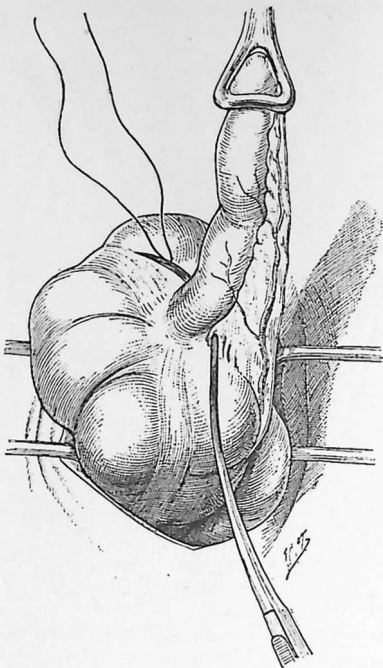


Fig. 229. — 4.º El ciego está exteriorizado; el apéndice sostenido por la punta en el aire por un ayudante; a través del meso a ras del ciego y del apéndice, el operador pasa la aguja de Reverdin enhebrada con un largo hilo doblado por su parte media.

permite el desarrollo del apéndice; después se liga la segunda hebra en la base del apéndice y las dos extremidades de esta hebra son fijadas con una pinza.

Preparación de la infundibulización. — Con una pequeña aguja de REVERDIN curva, o mejor con una aguja de cos-

turera, se hilvana un hilo de lino fino en el fondo del ciego, alrededor de la base de implantación del apéndice; estos puntos deben ser bastante próximos los unos de los otros

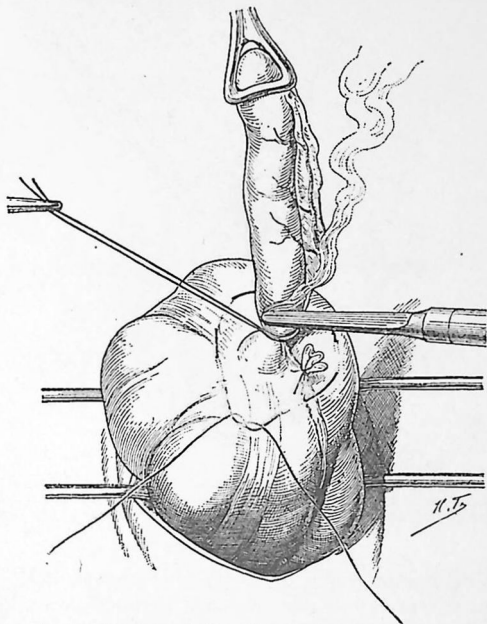


Fig. 230. — 5.º Sección del apéndice. Uno de los hilos ha ligado la arteria apendicular cuyo muñón se ve. El otro hilo ha ligado el apéndice por su base; el operador sostiene este hilo con su mano izquierda, mientras que con la derecha corta el apéndice con la lámina roja del termocauterio. El hilo de infundibulización ha sido colocado anteriormente e incluso se ha preparado el nudo.

y muy superficiales, casi únicamente serosos. Una vez terminado el hilvan, se anudan los dos cabos, sin cerrarlo momentáneamente.

Sección del apéndice e infundibulización del muñón. — El ayudante sigue tirando de la punta del apéndice hacia arri-

ba. El operador, sosteniendo con su mano izquierda el hilo que ha servido para anudar el apéndice y con la derecha el termocauterío, corta el apéndice a algunos milímetros por encima de la ligadura, y cauteriza cuidadosamente el ex-

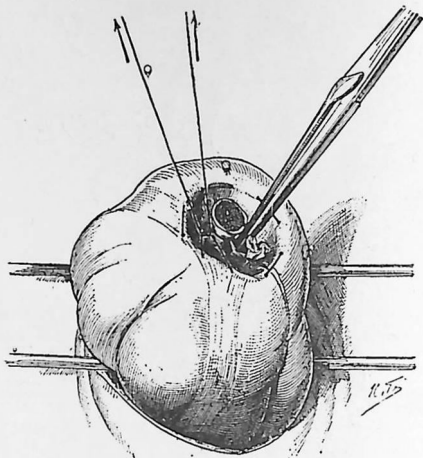


Fig. 231. — 6.º Infundibilización del muñón. El apéndice está seccionado el operador anuda los hilos de la bolsa para esconder el muñón; el ayudante participa en este hundimiento deprimiendo el fondo del ciego con el pico de una pinza de Kocher.

tremo del muñón (fig. 230). Dejando el termocauterío corta con las tijeras el hilo que suspende el muñón apendicular, coge al instante los cordones de la bolsa que cierra con cuidado, mientras el ayudante rechaza con el extremo de una pinza este muñón al interior de esta bolsa (fig. 231); anuda estos hilos y corta sus extremos. El ayudante tira de los separadores, y el ciego se reduce él mismo introduciéndose en el abdomen.

Reconstrucción de la pared. — Sutura del peritoneo con catgut; uno o dos puntos en los músculos, que se ponen en contacto por sí solos; dos o tres puntos en la aponeurosis del oblicuo mayor; tres o cuatro puntos en la piel.

Variantes. — *Las vías de acceso* al apéndice son múltiples: las incisiones de ROUX, de MAX SCHULLER, de JALAGUIER, son excelentes: la que hemos descrito es la incisión de MAC BURNEY; conduce directamente sobre el apéndice y es suficiente para la inmensa mayoría de los casos.

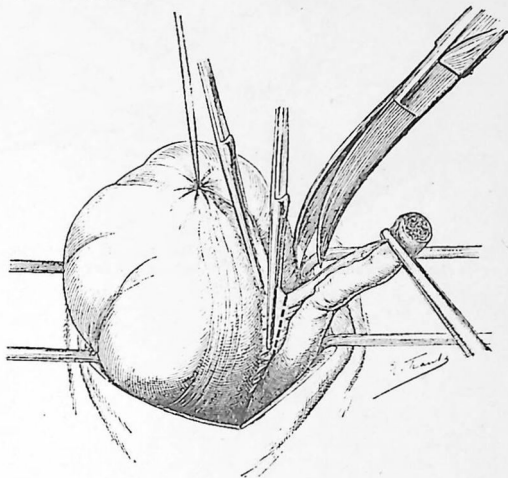


Fig. 232. — Apéndice adherido, la punta fijada en la profundidad. Sección primaria del apéndice y extirpación retrógrada por sección del meso, con hemostasia a medida que se secciona paso a paso.

En lugar de seccionar el apéndice con el termocauterío, se puede seccionar con las tijeras después de *aplastamiento*, y tocar el muñón con tintura de iodo.

Si el apéndice es voluminoso, tumefacto, hay que colocar una pinza de KOCHER antes de seccionarlo, para evitar que su contenido se extienda por el campo operatorio.

La *infundibulización* del muñón no es un tiempo indispensable; es una seguridad más, pero hay que tener la mano ligera y no hacer los puntos perforantes. Por otra parte, si la pared cecal es apergaminada, como acostumbra a ocurrir con frecuencia en las apendicitis agudas, es inútil intentarla; el hilo cortará seguramente en el momento de apretarlo y desgarrará las capas externas de ciego. Cuando no hay que infundibulizar, el lino o la seda son preferibles al catgut para la ligadura del apéndice.

Casos difíciles. — El ciego no puede ser atraído hacia fuera, por estar fijo su fondo en la fosa iliaca. Es preciso agrandar la

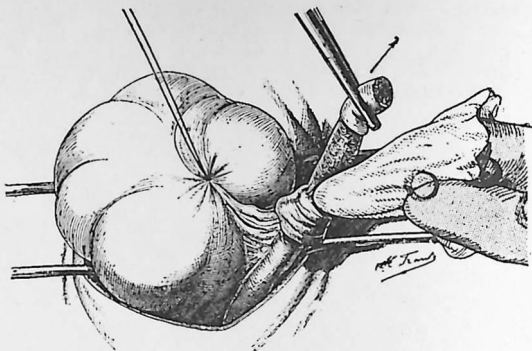


Fig. 233. — Decorticación sub-serosa del apéndice después de haberlo seccionado; se ve el apéndice emerger de su vaina serosa que se rechaza y vuelve con el dedo.

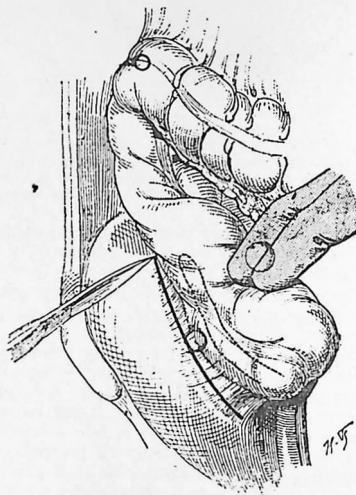


Fig. 234. — Apéndice en posición retro-ceco-cólica: 1.º tiempo. Incisión del peritoneo en el ángulo diestro externo, punto del plano de separación coloparietal (P. DESCOMPS).

incisión con objeto de poder colocar en la herida una o dos valvas largas que permitan liberar el apéndice bajo el control de la vista.

Si el apéndice está adherido al ciego es necesario desprenderlo con las tijeras y con dificultad, a veces, del espesor mismo de las

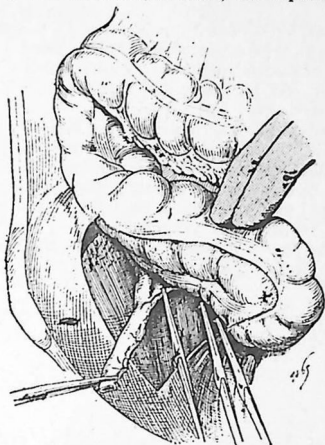


Fig. 235.—2.º tiempo. El ceco-colon está separado hacia delante: extirpación retrógrada después de haberlo seccionado (P. DESCOMPS).

paredes cecales, para liberar el apéndice de su vértice hacia su base.

Algunas veces se llega a exteriorizar el fondo del ciego y, por consecuencia, la base de implantación del apéndice, pero puede la punta de este órgano quedar fija en la profundidad por las adherencias: en este caso, la técnica ordinaria no es aplicable. Hay que proceder por *sección primaria del apéndice y extirpación retrógrada*: una vez ligada la base del apéndice por medio de un hilo pasado con la aguja de REVERDIN a través del meso, hay que seccionar el apéndice e infundibulizar el muñón en el fondo del ciego; después, se debe extirpar el apéndice, yendo de su base hacia el vértice. Esta ablación puede practicarse de dos maneras; bien por *sección del meso por pequeños segmentos*, entre el apéndice y las pinzas de KOCHER colocadas a medida que se va seccionando, para hacer la hemostasia (fig. 232); bien por *descorticación subserosa*: seccionada la base del apéndice, y sólidamente fijada por una pinza de KOCHER, se practica con la punta del bisturí una incisión circular que no interese más que la túnica serosa del apéndice; con la mano izquierda se tira de su base y con el índice derecho recubierto de una compresa se puede fácilmente

desprender una especie de manguito seroso de donde se ve salir al apéndice progresivamente, como una culebra de su piel (fig. 233); es necesario proceder con un cuidado especial cuando se llega a la punta, que se rompe fácilmente. La ventaja de este procedimiento de extirpación subserosa estriba en que no necesita ninguna ligadura.

Para terminar, el apéndice puede estar en posición *retro-cecal*, y para extirparlo precisa recurrir al *despegamiento ceco-cólico*; después de agrandar la incisión parietal cuanto sea necesario, hay que incidir con la punta del bisturí el peritoneo en el ángulo diedro abierto por fuera y delante, formado por el ceco-colon y la pared abdominal posterior (fig. 234), y con los extremos de los dedos introducidos en esta incisión de la fascia de fijación retro-cólica se acaba el despegamiento que permite rechazar el ciego y el colon hacia adentro, exponiendo su cara posterior sobre la cual está adosado el apéndice; una vez extirpado se coloca el ciego en su lugar y se reconstituye su fijación parietal mediante algunos puntos de su borde externo con los labios del peritoneo parietal incidido (DESCOMPS) (1).

CAPÍTULO V

Ano ilíaco derecho. Ileostomía, tiflostomía

Estas operaciones consisten en crear en la terminación del intestino delgado o sobre el ciego, por una incisión ilíaca derecha, un orificio, generalmente de pequeñas dimensiones, que se aboca a la piel. Su indicación más importante es la oclusión intestinal, pero también han sido empleadas para el tratamiento de colitis disintéricas graves, crónicas e incluso agudas; en el primer caso permiten la salida de gases y líquidos intestinales retenidos; en el segundo caso realizan un drenaje del intestino grueso y permite hacer lavajes.

En todo caso, este orificio es temporal, mejor fístula que ano contra natura propiamente dicho, y no pretende de ninguna manera derivar por completo y de una manera definitiva el curso de las materias fecales (fig. 236) y si ulteriormente no se cierra espontáneamente debe al menos ser de una cura quirúrgica fácil.

La *anestesia local* está particularmente indicada en esta pequeña operación, que ordinariamente se hace en un en-

(1) DESCOMPS, *Revue de Chirurgie*, 1921, pág. 20,

fermo con precario estado general; se practica por infiltración de la pared sobre la línea de incisión.

La *incisión* (fig. 237) es la que hemos descrito para la ablación del apéndice, pero se puede sin inconveniente seccionar la capa muscular en lugar de disociarla.

La incisión del peritoneo requiere especiales precauciones en caso de oclusión, pues las asas distendidas se aplican íntimamente a su cara profunda.

Una vez incindido el peritoneo y fijado por medio de dos pinzas, se *busca el asa que hay que abrir*; en caso de oclusión es necesario ver el ciego; si está distendida se presenta espontáneamente en la incisión y

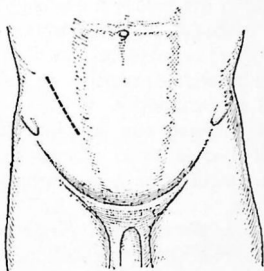


Fig 237.—Tiflostomía: 1.º Trazado de la incisión.

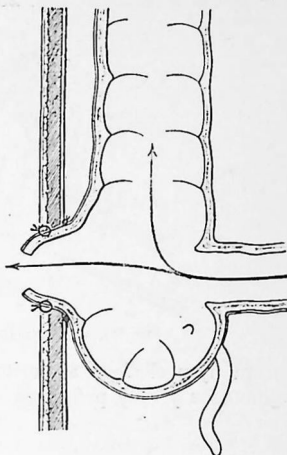


Fig. 236.—Tiflostomía, esquema en corte (según OKINCZYC, modificado).

se reconoce fácilmente por sus cintillas longitudinales y por sus bolsas. Cuando no se presenta hay que buscarla, para lo cual se deslizan dos dedos bajo el labio externo de la incisión, y siguiendo la cara profunda de la pared de delante a atrás, se llega necesariamente al ciego. Cuando el ciego está vacío, hay que hacer el ano en el íleon, teóricamente inmediatamente por encima del obstáculo, en la última asa dilatada; cuando

en la práctica es imposible encontrarla, se utiliza el asa delgada distendida que primero se presenta en la herida.

Supongamos al ciego bien distendido; de momento hay que *fixarlo a la pared* (fig. 238); una corona de puntos de

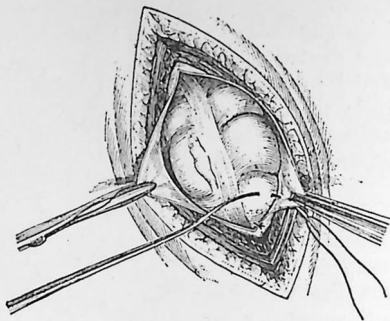


Fig. 238. — 2.º Fijación del asa a la pared.

sutura fijan el ciego al peritoneo; estos puntos deben ser numerosos y muy próximos con objeto de aislar de la cavidad peritoneal la parte del ciego que se va a abrir; estos puntos no deben interesar en el ciego más que las capas serosa y muscular, es decir, muy poco tejido en este intestino dilatado y adelgazado.

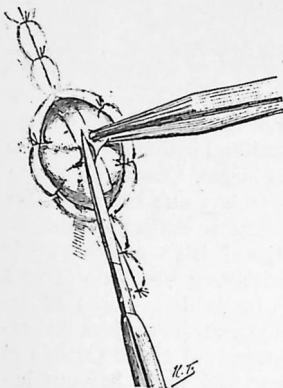


Fig. 239. — 3.º Punción del ciego con el bisturí.

Se estrecha la herida muscular y aponeurótica con algunos puntos de sutura en sus dos extremidades, y lo mismo se hace con la piel. Es útil fijar la parte saliente del asa a la piel con algunos hilos.

La *apertura del ciego* se hace con el bisturí o con el termocauterío, en una extensión de dos centímetros aproximadamente, y si es posible sobre la *cintilla del ciego* (figura 239); en este momento los gases y el líquido fecal salen hacia fuera, inundando el campo operatorio.

En ciertos casos, principalmente cuando se trata de íleus paralítico en el curso de una peritonitis, en los que se busca una evacuación de corta duración, se puede hacer un orificio muy pequeño, lo justamente necesario para pasar una sonda de NÉLATON, que se deja permanente. Algunos cirujanos se contentan asimismo con puncionar la pared intestinal por medio de un trócar de POTAIN que lo dejan colocado. A la sonda o al trócar se adapta un tubo de goma que conduce, a un cubo colocado en el suelo, el contenido intestinal.

CAPÍTULO VI

Ano ilíaco izquierdo. Sigmoidostomía

El ano ilíaco izquierdo puede ser practicado a *título temporal*, bien en el curso de una rectitis, de un estrechamiento inflamatorio del recto, o de una neoplasia rectal justificable de una exéresis con restauración del orificio anal en situación normal.

En otros casos se practica *de una manera definitiva*: bien porque la porción subyacente del recto esté o deba ser extirpada y se renuncie a bajar el asa sigmoidea hasta el periné, o bien porque se trate de un cáncer inoperable del recto.

Tanto en el primer caso como en el segundo el ano *debe derivar completamente el curso de las materias fecales* y, además, debe ser en lo posible continente. Estas dos condiciones son difíciles de obtener y, por lo mismo, existen numerosos procedimientos.

Desde el punto de vista técnico se pueden dividir estos procedimientos en dos grupos:

- 1.º Ano sin sección completa del intestino.
- 2.º Ano con sección completa del intestino.

1.º Ano sin sección completa del intestino

Puede ser practicada con anestesia local por infiltración de la pared.

Incisión de la pared. — La incisión debe ser más externa y alta que la incisión que se practica a la derecha para una tiflostomía, con objeto de caer en plena capa muscular. La incisión comienza a nivel de la espina ilíaca antero-superior a dos traveses de dedo hacia dentro y de aquí se dirige hacia arriba y afuera en una extensión de 10 centímetros.

Siguiendo esta línea se corta la piel, el tejido celular subcutáneo y se disocian las fibras del oblicuo mayor (figura 240); se sostienen éstas distanciadas mediante dos separadores y se disocian las fibras del oblicuo menor y del

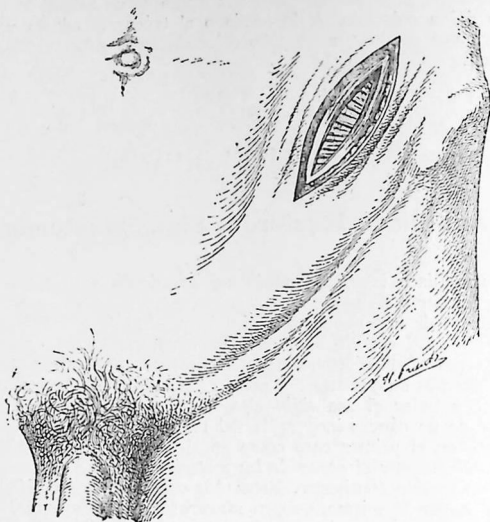


Fig. 240. — Ano iliaco. — 1.º Trazado de la incisión en la piel y el oblicuo mayor.

transverso, que se presentan en dirección perpendicular a las del oblicuo mayor; a su vez se mantienen separadas con dos separadores colocados uno arriba y otro abajo y se incide cuidadosamente el peritoneo (fig. 241), cuyos bordes se fijan con dos pinzas.

Exteriorización del asa. — Por debajo del labio externo de la incisión en íntimo contacto con la pared se insinúan dos dedos en dirección de delante atrás hasta la fosa iliaca, en donde se encuentra un asa a ella adosada. Se atrae esta asa hacia fuera y se comprobarán en ella los caracteres propios del colon: existencia de abolladuras, de bandas lon-

gitudinales y de apéndices epiploicos. Se deberá siempre practicar el ano lo más arriba posible en la sigmoidea para evitar el prolapso y para permitir eventualmente las maniobras de extirpación del recto si ulteriormente estuviera indicada.

Fijación del asa. — Es necesario fijarlo de manera que se forme un marcado espolón entre el extremo superior y

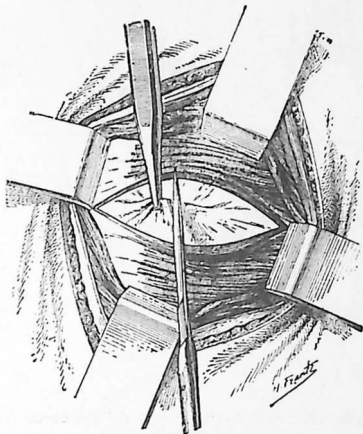


Fig. 241. — 2.º Los tres músculos anchos del abdomen han sido divididos. Incisión del peritoneo.

el inferior; para ello hay que atraer bastante el asa al exterior, acodarla y adosar sus porciones aferente y eferente cerca de su borde mesentérico, en una extensión de 4 ó 5 centímetros, mediante algunos puntos de sutura. Haciendo de manera que el vértice del ángulo que forma el asa llegue o sobrepase del nivel de la piel, se sutura inmediatamente el contorno del asa con los diferentes planos de la pared; primeramente con el peritoneo y el plano muscular profundo, luego con la aponeurosis del oblicuo mayor (figura 242). Estas suturas mantienen por una parte la exteriorización y por otra se oponen a la producción ulterior

de prolapsos y de hernias del intestino delgado a nivel del ano.

Oclusión de la herida. — La herida cutánea se sutura en sus dos extremidades. Cuando el ano no ha de abrirse in-

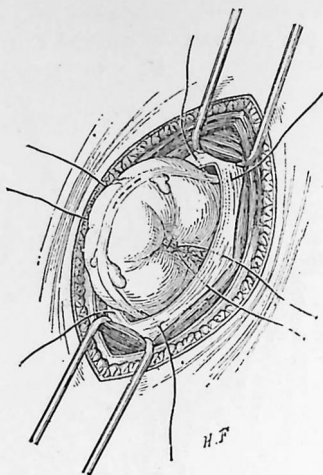


Fig. 242. — 3.º Adosamiento de las dos ramas del asa en cañón de fusil, fijación del asa a la pared.

mediatamente, será ventajoso colocar cuatro o seis hilos en los bordes de la incisión de la piel, que se guardarán en espera de ser empleados en el segundo tiempo.

Abertura retardada del ano. — Se practicará al cabo de dos o tres días. La anestesia es inútil. Se levanta con una pinza la pared anterior del asa y con el termocauterío o con el bisturí se hace una incisión de tres o cuatro centímetros a nivel, si es posible, de una de las bandas longitudinales, pero no en el punto culminante del asa, sino mejor en la parte superior en el extremo aferente. Después de esto se pasan con la aguja de REVERDIN a

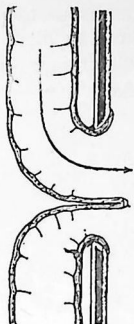


Fig. 243.—Corte del ano artificial con espolón (OKINCZYK).

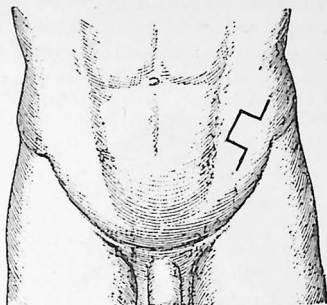


Fig. 244.—Ano con puente cutáneo por el procedimiento de Audry-Jeannel. 1.º Incisión cutánea.

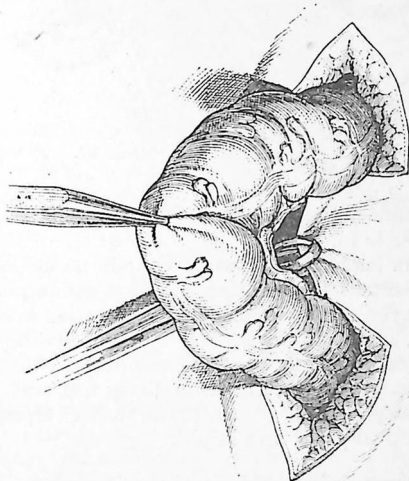


Fig. 245.—2.º Se pasa el colgajo cutáneo por una brecha practicada en el mesocolon.

través del intestino los hilos que se habían dispuesto para ello en la piel en el primer tiempo y se anudan, realizándose así una coaptación muco-cutánea perfecta sin hacer

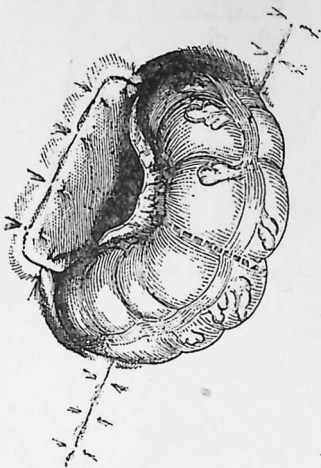


Fig. 246. — 3.º Al cabo de algunos días, sección transversal y completa del asa según PAUCHET).

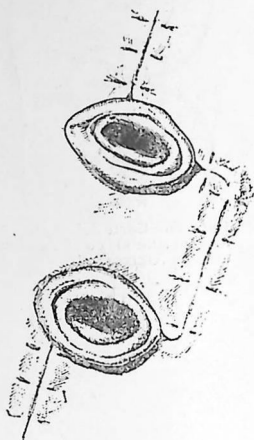


Fig. 247. — 4.º Aspecto definitivo.

sufrir al enfermo, puesto que si bien la piel es sensible, el intestino no lo es.

Abertura inmediata del ano. — Cuando no es posible diferir la abertura del intestino (oclusión aguda por cáncer del recto, por ejemplo), se hará la operación como anteriormente. La sutura del asa con el peritoneo debe ser particularmente más minuciosa. Una vez abierto el intestino se suturan sus bordes con la piel mediante una serie de puntos que comprenden, por una parte, todo el espesor de la pared intestinal y por otra la piel.

En este procedimiento clásico la derivación de las materias fecales se obtiene por la disposición de las dos asas, como los cañones de una escopeta, con *espólón intermediario* (fig. 243).

Por cuidado que se tenga al hacer el espólón es preciso reconocer que la derivación nunca es completa, continuando el paso de una

parte de las materias fecales por el extremo inferior, ya que el espolón tiene siempre tendencia a retraerse y a desaparecer con el tiempo.

En lo que se refiere a la continencia, teóricamente se obtiene por la especie de esfínter que forman alrededor del ano los músculos simplemente disociados y no seccionados; algunas veces resulta

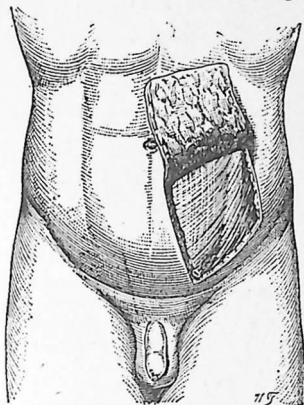


Fig. 248. — Ano ilíaco en trompa. 1.º Trazado del colgajo cutáneo (LAMBRET).

perfecta y otras no; si bien en un ano temporal es aceptable una incontinencia relativa, en un ano definitivo no lo es en modo alguno. En estos casos, será mejor recurrir a uno de los procedimientos que estudiamos a continuación.

2.º Ano con sección completa del intestino

El intestino se secciona por completo, así como el meso, de modo que pueden tratarse distintamente sus dos extremos.

a) **Tratamiento del extremo inferior.** — No precisa hablar de ello en los casos de ano terminal después de extirpación abdominal o abdómino-perineal del recto.

En los otros casos en que se conserva el asa recto-sigmoidea, asiento de la lesión, se ha intentado cerrar el extremo inferior y reducirlo en el abdomen: es esta una práctica peligrosa, porque la retención séptica por encima de la

lesión estenosante puede dar lugar a graves accidentes. El extremo inferior debe, por tanto, ser abocado a la piel.

b) **Tratamiento del extremo superior.** — Se puede simplemente fijarlo a la piel formando un ano terminal; si el

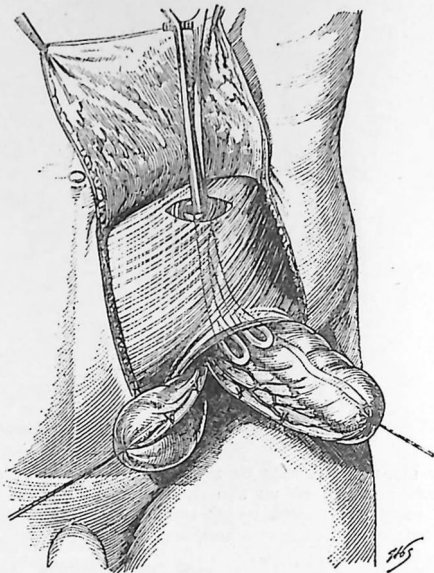


Fig. 249. — 2.º Por una incisión baja, ha sido exteriorizada el asa seccionada, así como su meso; los dos extremos han sido cerrados (el extremo superior provisionalmente, el inferior definitivamente); una pinza introducida por una contra-incisión alta, tira del extremo superior (LAMBRET).

extremo inferior no ha sido extirpado los dos extremos deben disponerse en las dos extremidades de la incisión. Asimismo se puede hacer la incisión cutánea de forma tal que al practicar la sutura resulte un colgajo de piel que separe los dos anos (figs. 244 a 247). RECLUS y MOCQUOT habían propuesto implantar el extremo inferior en la incisión operatoria y hacer salir el extremo superior por una pequeña contra-incisión interesando toda la pared, situada a

una cierta distancia por encima de la primera: la dificultad está en hacer pasar el extremo intestinal de una a otra incisión, lo cual complica algo la intervención.

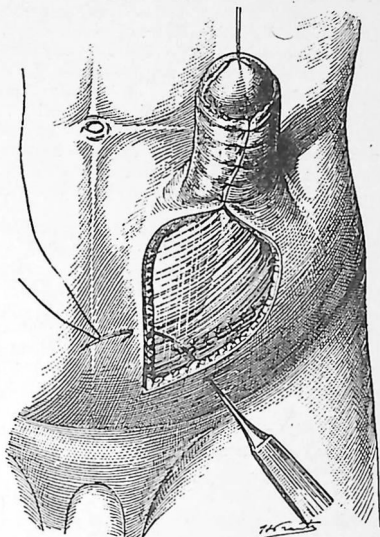


Fig. 250.—El extremo inferior ha sido reducido y la incisión inferior cerrada; el extremo superior exteriorizado con su meso en una longitud de 8 á 10 centímetros, fijado por su base al peritoneo parietal y recubierto con la piel del colgajo. Sutura de la herida cutánea (LAMBRET).

Todos estos artificios tienen por objeto evitar el paso del contenido intestinal desde el extremo superior al inferior.

Asimismo se han imaginado otros procedimientos con el fin de asegurar la continencia del ano, es decir, del extremo superior.

FRANÇAIS (1). de Amberes, hace salir el ano entre dos túneles cutáneos constituídos previamente por autoplastia: el ano se cons-

(1) FRANÇAIS. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1921, página 381. OMBREDANNE, comunicante.

triñe lateralmente entre las dos ramas de un aparato compresor introducidas en los dos túneles.

CUNÉO (1) coloca el intestino en un despegamiento cutáneo bastante extenso. Debajo de este despegamiento, perpendicularmente a él, ha sido practicado un túnel cutáneo mediante pequeños colgajos autoplásticos. De este modo el asa puede ser comprendida entre las dos ramas de un aparato compresor cuya rama fija, de apoyo, se insinúa en el túnel subyacente al asa y la otra rama móvil actúa sobre la superficie cutánea de delante atrás.

ANS. SCHWARTZ ha ideado dejar salir fuera del vientre el extremo cólico en una cierta longitud (2). LAMBRET ha imaginado recubrirlo de piel mediante un colgajo cutáneo a expensas de la pared abdominal, obteniendo con ella una especie de verga que se puede acodar, comprimir mediante una goma o bien obturarlo con leucoplasto (3) (figs. 248 a 250).

HAYEM (4) ha perfeccionado la técnica de LAMBRET modificando el modo de cortar el colgajo para evitar el esfacelo.

Para obtener buen resultado en los individuos obesos es preciso extirpar las franjas grasosas del colon exteriorizado y resecar la capa de grasa que contiene el colgajo cutáneo (LARDENNOIS) (5).

En realidad, estas operaciones autoplásticas estarán indicadas en los individuos delgados que ofrecen suficiente resistencia, porque requieren despegamientos bastante extensos que pueden infectarse y agravar una operación que ante todo debe ser benigna. En los obesos y caquécticos será preferible a estos métodos algo complicados la operación sencilla y benigna del ano iliaco con espolón por el procedimiento clásico que hemos descrito antes.

(1) CUNÉO. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1921, pág. 1194, y *Presse Médicale*, 1922, pág. 333.

(2) ANS. SCHWARTZ. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1922, pág. 753.

(3) LAMBRET. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1922, pág. 893.

(4) HAYEM. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1923, pág. 415. DUJARRIER, comunicante.

(5) LARDENNOIS. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1923, pág. 841.

CAPÍTULO VII

Oclusión de los anos artificiales

Hay anos artificiales pequeños sin espolón que se cierran espontáneamente cuando la circulación de las materias fecales adquiere su curso normal. Cuando la oclusión tarda en realizarse se puede obtener por el procedimiento siguiente, que resulta sencillo, sin ningún peligro y que puede practicarse con anestesia local.

Procedimiento extraperitoneal de Lenormant. — 1.º A través de una corta incisión practicada junto al ano se pasa circularmente en la pared músculo-aponeurótica, mediante una aguja curva, un hilo cuyos dos extremos salgan por la mencionada incisión.

2.º Se avivan los bordes del ano por desdoblamiento mucocutáneo.

3.º Se suturan los labios mucosos del orificio.

4.º Se aprieta con fuerza el hilo circular pasado en el primer tiempo y se anuda.

5.º Sutura de los bordes cutáneos del orificio.

En los anos amplios con espolón la curación es más difícil. Se puede intentar este procedimiento después de haber suprimido el espolón, ya sea por sección seguida de sutura o mediante la aplicación de un enterotomo aplicado a permanencia; al cabo de una semana el enterotomo cae por sí solo, habiendo establecido una amplia comunicación entre los dos extremos aferente y eferente del intestino.

En los anos algo importantes da resultados más constantes el procedimiento siguiente:

Método intraperitoneal. — Después de haber limpiado con especial cuidado la pared abdominal se comienza por cerrar

el ano mediante un hilo pasado alrededor del orificio por debajo de la piel.

Se circunscribe el orificio así cerrado con una incisión elíptica alargada que interese la piel y los músculos.

Se abre el peritoneo todo lo lejos posible del ano en una de las extremidades de la elipse y se insinúa un dedo alrededor del asa adherente para completar con toda seguridad la incisión del peritoneo alrededor de ella.

Desde este momento, después de proteger la abertura peritoneal, con compresas, es fácil atraer hacia fuera el intestino con el collar de pared abdominal reseca.

Si el orificio intestinal es pequeño y corresponde a una asa amplia, una asa cólica, por ejemplo, será suficiente resecar el collar cutáneo, avivar los bordes del ano y ocluirlo mediante una doble sutura siguiendo el método ordinario.

Si el ano es grande y sobre todo si asienta en el intestino delgado, es preciso resecar el segmento intestinal afectado y restablecer la continuidad intestinal por una anastomosis, según las reglas habituales. MARION aconseja, para más seguridad, fijar a la pared el asa suturada.

CAPÍTULO VIII

Colopexias

Tienen por objeto la fijación de ciertas regiones del intestino grueso anormalmente movibles.

En estas operaciones hay que emplear hilos no reabsorbibles, como la seda o el lino; el intestino ha de fijarse a una superficie fija resistente y desprovista de peritoneo.

La fijación del intestino se practica en tres de sus segmentos:

- 1.º A nivel del ciego: es la tifloplexia indicada en ciertos estasis cecales y excesos de movilidad del ciego.
- 2.º A nivel del colon derecho y de su ángulo infrahepático en el caso de que la falta de fijación y su disposición acodada como los cañones de una escopeta determinen trastornos rebeldes.
- 3.º A nivel del colon pélvico en ciertas formas de prolapso rectal.

Estudiaremos sucesivamente la técnica en estas tres operaciones.

Tifloplexia (1)

El enfermo debe estar en posición ligeramente inclinada.

Incisión iliaca derecha como la de la extirpación del apéndice, pero algo más larga. Se coloca una valva en el

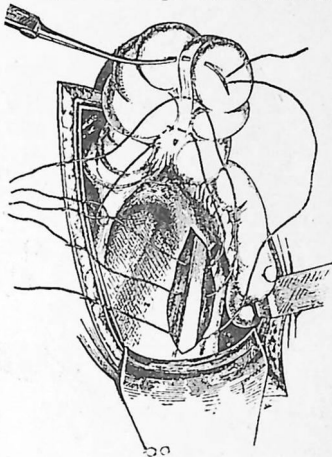


Fig. 251. — Tifloplexia (PEDRO DUVAL).

ángulo inferior de la herida y a continuación se exterioriza el ciego y se extirpa el apéndice. Inmediatamente por fuera de la arteria iliaca se incinde el peritoneo parietal, paralelamente a la arteria en una extensión de 5 a 7 centímetros; de esta manera se pone al descubierto el tendón del psoas menor o, al menos, el borde interno del psoas. En uno u otro de estos músculos se pasan 3 ó 4 hilos sueltos de lino y seguidamente se pasan a través de la banda longitudinal posterior del asa cecocólica, que si precisa puede desprenderse en una extensión de algunos centímetros (figura 251). Los puntos se anudan comenzando por el supe-

(1) Técnica de P. DUVAL. *Revue de Chirurgie*, 1914, pág. 607.

rior; con ello el ciego se encontrará aplicado contra la fosa ilíaca.

Fijación del colon derecho; colopexia en escuadra (1)

Practíquese una incisión vertical de 10 centímetros a un través de dedo por fuera del borde externo del múscu-

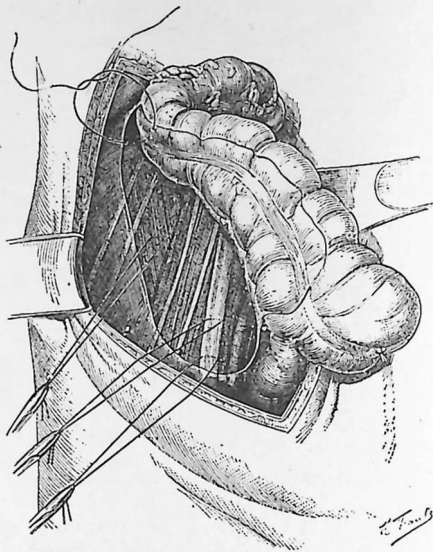


Fig. 252. — Colopexia en esquema. — 1.º Paso de los hilos en la pared abdominal posterior para la fijación vertical posterior (según PEDRO DUVAL y GRÉGOIRE).

lo recto, comenzando por debajo del reborde costal y terminando a nivel de la línea umbilico-ilíaca.

Se atrae el colon derecho hacia la línea media y se resecta el peritoneo parietal en una superficie triangular, cuyo lado externo sea vertical, el lado superior horizontal y cuyo lado interno corresponda a la raíz anormal del meso.

(1) Técnica de P. DUVAL y R. GRÉGOIRE. *Presse Médicale*, 1921, pág. 233.

A continuación se fija la cara posterior del colon por su bandeleta posterior con el psoas y cuadrado lumbar y con el tendón del psoas menor si se le encuentra, mediante

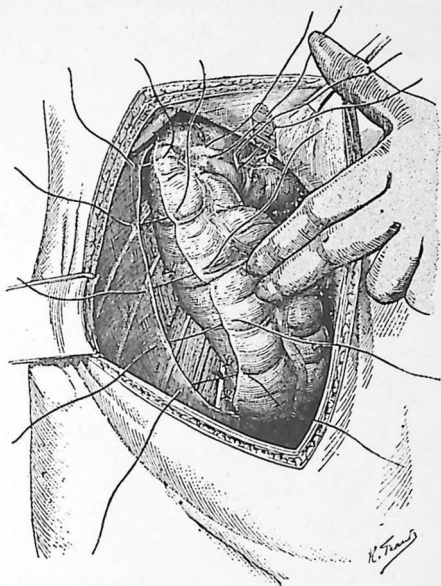


Fig. 253.—2.º Sutura de la brecha peritoneal posterior; paso de los hilos para la fijación horizontal a la pared abdominal anterior (según PEDRO DUVAL y GRÉGOIRE).

3 ó 4 puntos que deberán ser colocados todos antes de anudar el primero (fig. 252).

Practicado esto se reunirá mediante puntos separados la cara externa del colon con el lado externo de la brecha peritoneal.

El colon transverso deberá fijarse en posición horizontal para evitar la acodadura en "cañones de escopeta"; para ello se fija a la cara profunda de la pared abdominal anterior.

Con una pinza de MUSEUX se fija el labio interno de la incisión parietal algo por encima del ombligo y se tira hacia delante y a la izquierda de modo que quede expuesta la cara profunda de la pared, en la cual se hace una inci-

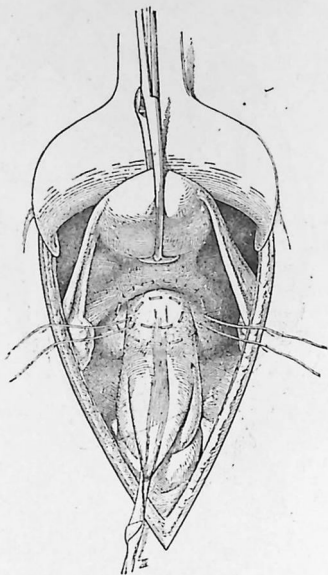


Fig. 251. — Colopexia ileo-pelviana izquierda. — 1.º Útero elevado y atraído hacia delante. Colon elevado (reducido el prolapso) y tirado hacia arriba. La pinza señala el punto del colon que corresponde al estrecho superior. Obliteración del Douglas por dos hilos en bolsa superpuestos. (QUÉNU y DUVAL).

sión horizontal del peritoneo parietal desde la línea alba hasta el borde de la herida.

Con una aguja curva se pasa un hilo en la parte más interna de la incisión horizontal y luego en la bandeleta anterior del colon transversa a una distancia conveniente del ángulo infrahepático. Después de este hilo se colocan dos o tres más por fuera del primero y en forma parecida (fig. 253). Con esto la porción descendente del colon

transverso se encontrará fijada horizontalmente en una regular extensión.

Sutura de la pared abdominal como de costumbre.

Colopexia ileo-pélvica izquierda (1)

El enfermo se colocará en posición francamente inclinada. El cirujano, colocado a la izquierda, practicará una larga incisión media infraumbilical.

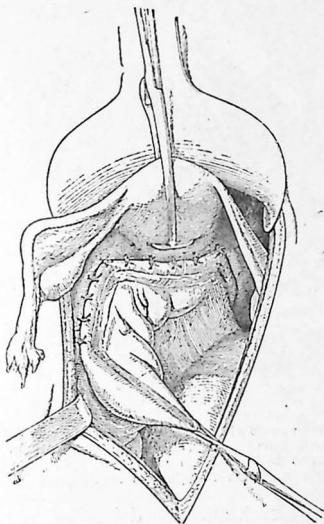


Fig. 255. — 2.º El colon pelviano está colocado transversalmente en la pelvis. Está suturado al ligamento ancho derecho, a la cara posterior de la cúpula vaginal, y a la cara posterior del ligamento ancho izquierdo hasta el estrecho superior (QUÉNU y DUVAL).

1.º **Fijación pélvica.** — El asa sigmoidea es atraída hacia la herida hasta que el prolapso rectal quede reducido y que el ano adquiera una forma infundibular. Con una

(1) Técnica de E. QUÉNU y P. DUVAL.

pinza se fija la bandeleta anterior en el punto del intestino que corresponde al nivel del promontorio.

Seguidamente se oblitera el fondo de saco de DOUGLAS mediante uno o dos puntos en bolsa superpuestos pasados

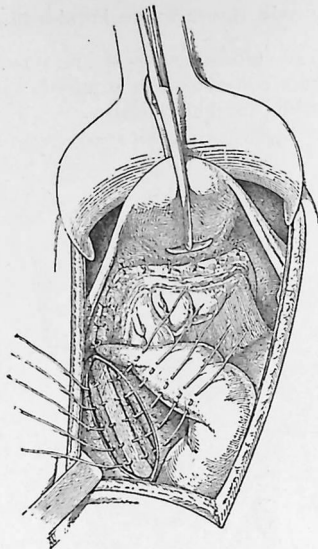


Fig. 256. — 3.º Psoas puesto al descubierto. Los primeros hilos fijadores pasan sucesivamente por el psoas mayor, tendón del psoas menor, el músculo psoas mayor, labio interno de la incisión peritoneal y la cara inferior del colon pélvico (QUÉNU Y DUVAL).

por detrás en la cara anterior del recto, por los lados en el peritoneo parietal y por delante en la cara posterior de la vejiga en el hombre, o en el fondo de saco posterior de la vagina en la mujer (fig. 254).

En el hombre el colon pélvico se fija por su borde derecho al peritoneo parietal latero-vesical derecho y su borde libre, siguiendo una línea oblicua hacia arriba y a la izquierda, se fija en la cara posterior de la vejiga y al peritoneo latero-vesical izquierdo hasta nivel del estrecho superior.

En la mujer el mismo borde se sutura con el peritoneo parietal en la base del ligamento ancho derecho, luego oblicuamente hacia arriba y a la izquierda con la cara posterior del ligamento ancho derecho lo más abajo posible, con la cúpula vaginal y con la cara posterior del ligamento ancho izquierdo hasta el estrecho superior (fig. 255).

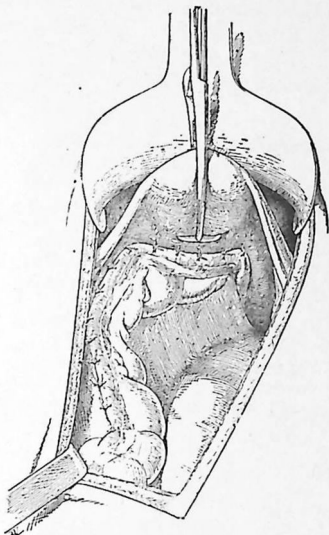


Fig. 257. — 4.º Sutura del colon pélvico en la fosa ilíaca con el labio externo del peritoneo parietal incidido (QUÉNU y DUVAL).

2.º Fijación ilíaca. — El colon se rechaza hacia la derecha. Se incide el peritoneo parietal en la fosa ilíaca izquierda desde el borde externo de los vasos ilíacos hasta cerca de la línea media. La raíz de implantación del mesocolon pélvico se secciona hasta el fondo de la fosilla sigmoidea y se desprende de la fosa ilíaca el colon en una cierta extensión.

El colon pélvico puede entonces ascender y doblarse, por decir así, en la fosa ilíaca. Rechazando ligeramente los

vasos ilíacos hacia dentro se pone al descubierto el tendón del psoas. En este tendón, plano sólido y resistente se suturan la cara inferior del mesocolon pélvico, luego el colon por su borde mesentérico, por su cara anterior y su borde libre mediante siete u ocho puntos separados (fig. 256).

El colon pélvico y el colon ilíaco demasiado largos se apelonan en la fosa ilíaca; su borde libre se sutura con el borde del peritoneo parietal previamente incidido (figura 257).

La pared abdominal se sutura por el procedimiento habitual.

Ceco y colo-plicaturas. — Son operaciones destinadas a reducir a la vez el calibre y la longitud del intestino. Deben emplearse igualmente hilos finos no reabsorbibles.

Las plicaturas longitudinales, destinadas a reducir el calibre, deberán practicarse en las bandas longitudinales; con una sutura continua o con puntos separados se adosan dos bandas longitudinales vecinas, rechazando hacia la luz intestinal las bolsas prominentes. Las plicaturas transversales, menos eficaces, tienen por objeto reducir la longitud del intestino grueso.

Frecuentemente se asocian las plicaturas con las pexias: en las plicaturas longitudinales, pasando los puntos de apoyo parietal a través de dos bandas vecinas en lugar de hacerlo por una sola; en las plicaturas transversales, espaciando más los puntos sobre el colon que en la pared abdominal.

CAPÍTULO IX

Íleo y tiflosigmoidostomía

Estas operaciones permiten al contenido del intestino delgado o del ciego pasar directamente a la S ilíaca, evitando así su paso por el intestino grueso. Tienen su indicación en diversas afecciones del colon, especialmente en la tuberculosis, en el cáncer y en ciertas colitis mucosas graves.

Íleosigmoidostomía latero-lateral (fig. 258). — Consiste en adosar la última asa del íleon con el asa sigmoidea y reunir estos dos segmentos mediante una anastomosis latero-lateral que se practica siguiendo las reglas habituales. Esta operación es de escaso efecto en los casos de colitis, porque las materias continúan pasando en gran parte por la vía natural y el cortocircuito se inutiliza; re-

sulta más eficaz en la oclusión crónica por cáncer cuando existe un obstáculo infranqueable a nivel del colon; aun en estos casos pueden observarse accidentes por ocupación cólica.

Ileosigmoidostomía término-lateral (fig. 259).— Consiste en sec-

cionar la última asa ileal, suturando el extremo inferior y abocando el superior en la S iliaca; es la operación preconizada por LANE en el estasis intestinal crónico; con ella se realiza la exclusión unilateral del colon. Esta exclusión no es perfecta, ya que puede observarse el reflujó del contenido intestinal hacia el colon por encima de la anastomosis, llegando algunas veces hasta el ciego. Esta anastomosis puede ser practicada como primer tiempo de una colectomía por cáncer, extirpándose en un segundo tiempo la parte del colon situada por encima de la anastomosis.

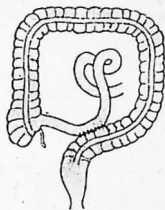


Fig. 258. — Ileo-sigmoidostomía latero-lateral.

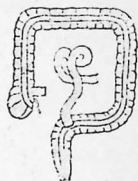


Fig. 259. — Ileo-sigmoidostomía por implantación con sección del íleon.



Fig. 260. — Tifo-sigmoidostomía lateral. Hilos de unión entre el colon pélvico y la porción terminal del íleon. (LARDENNOIS y OKINCZYC).



Fig. 261. — Tifo-sigmoidostomía en Y. Hilos de unión por encima de la implantación sigmoidea. (LARDENNOIS y OKINCZYC).

NOIS y OKINCZYC (1) aconsejan reseca el fondo del ciego y abocar esta brecha en la S iliaca, colocando además algunos puntos de adosamiento entre el colon pélvico y la porción terminal del íleon para evitar toda compresión de la boca o alguna acodadura de las asas puestas en contacto. Han descrito y practicado una tifo-sigmoidostomía en Y (véase fig. 261), que proporciona mejores resultados, pero cuya técnica es más larga y delicada.

Tiflosigmoidostomía (figura 260). — Actualmente parece ser la anastomosis más aconsejable en el estasis intestinal crónico, porque hallándose situada por debajo de la válvula de BAUHIN, drena admirablemente el colon derecho en el recto y aligera la función del colon sin suprimirla (P. DUVAL). LARDEN-

(1) LARDENNOIS y OKINCZYC. *Journal de Chirurgie*. Mayo, 1913, página 538.

De estas diversas operaciones sólo describiremos los primeros tiempos, que son los mismos sea cual sea el modo de anastomosis escogido. El tiempo propio de la anastomosis no presenta nada de particular; es suficiente para realizarlo debidamente tener en cuenta las reglas generales de las anastomosis latero-laterales, término-laterales y término-terminales (véase págs. 116 a 140).

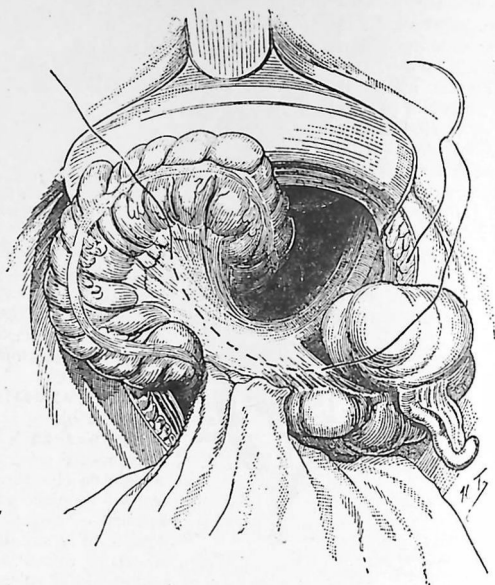


Fig. 262. — Colocación, al empezar la operación, de un hilo de unión de los mesos (LANE), que, anudados al final de la operación, cerraran el espacio comprendido por detrás de la anastomosis (según LARDENNOIS y OKINCZYC).

El enfermo estará en posición declive, el operador a la derecha.

1.º *Incisión* media infraumbilical y colocación de una valva suprapúbica.

2.º *Exteriorización del segmento íleocecal y de la S iliaca.* — Estos segmentos son atraídos fuera del vientre. Las asas del intestino delgado se rechazan hacia arriba protegiéndolas cuidadosamente.

3.º *Colocación de un hilo para adosamiento de los mesos* (LANE). — Con una seda dispuesta a punto pasado se unen sucesivamente la cara derecha del mesocolon pélvico, luego el peritoneo parietal posterior por delante del promontorio y, por último, la cara izquierda del mesenterio, cerca del ángulo ileocecal. De momento este hilo se guarda sin anudarlo (fig. 262).

4.º *Anastomosis propiamente dicha*. — Según el caso se practicará una íleo o tiflosigmoidostomía latero-lateral o una íleo-sigmoidostomía término-lateral después de la sección del íleon.

5.º *Anudamiento del punto que une los mesos*. — Al apretar este punto se cierra todo el espacio comprendido por detrás de la anastomosis, evitando que el intestino delgado, al insinuarse en este espacio, pudiera estrangularse o comprimir la anastomosis.

6.º *Oclusión del abdomen*.

Algunos cirujanos practican sistemáticamente, después de estas intervenciones (salvo en la ileosigmoidostomía latero-lateral sin sección), una ileostomía de seguridad en el intestino delgado, a 20 centímetros aproximadamente por encima de la anastomosis, que actuará como una simple fístula de derivación; debe sólo permitir el paso de una sonda de NÉLATON y debe cerrarse espontáneamente después de algunos días de haber extraído la sonda.

CAPÍTULO X

Colectomías

Colectomía total

En la colectomía total se extirpa todo el intestino grueso salvo el colon pélvico, en el cual se implanta el íleon. En ciertos casos se puede también conservar el ciego y terminar la operación con una tiflosigmoidostomía (colectomía infracecal de LARDENNOIS).

La colectomía total se practica en el cáncer cólico, en el estasis intestinal crónico, en las colitis graves, en el mega colon. En realidad, sus indicaciones son excepcionales.

Vulgarizado en Inglaterra por A. LANE, su técnica ha sido per-

feccionada en Francia por LARDENNOIS (1), de quien sacamos los elementos de este capítulo.

El enfermo estará echado en posición plana; el operador a la derecha y los dos ayudantes enfrente.

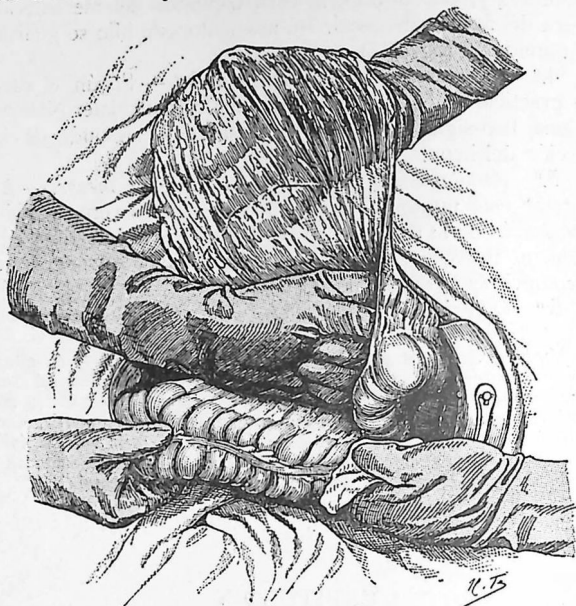


Fig. 263. — Colectomía total.—1.º El epiplón está levantado. El índice izquierdo siguiendo el mesocolon, sobre el cual se apoya, acaba por elevar el ligamento suspensorio del ángulo izquierdo (LARDENNOIS).

1.º **Laparotomía** media de 20 centímetros aproximadamente; una tercera parte de la incisión por encima del ombligo y las otras dos por debajo (véase fig. 270). Colocación de un separador autostático.

2.º **Desprendimiento colo-epiploico** (véase pág. 143). — Contrariamente a lo que hemos dicho a propósito del acceso

(1) LARDENNOIS. *Journal de Chirurgie*, t. XII, núm. 6, pág. 701.

a la cara posterior del estómago, el desprendimiento colo-epiploico detenido en el colon, puede y teóricamente debe, en este caso, ser prolongado sobre el mesocolon hasta su implantación en la pared abdominal posterior. Con esto la

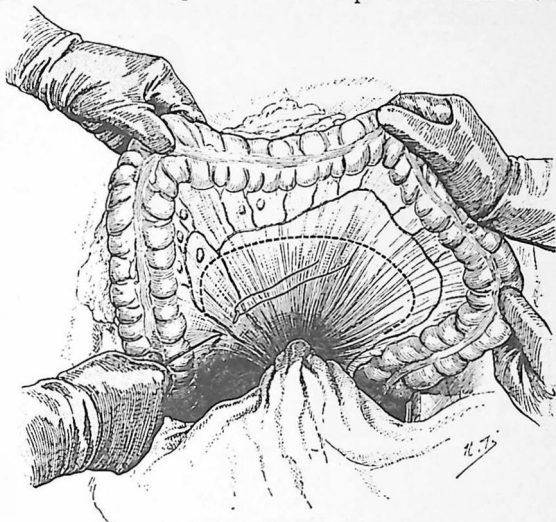


Fig. 264. — 2.º El mesocolon está completamente liberado del epiplón mayor. Ligadura de los troncos arteriales en el mesocolon. El puntillado representa la línea donde se hará la sección.

cara superior del mesocolon transverso liberado aparece en toda su extensión.

3.º Liberación de los ángulos. — Con el índice izquierdo, siguiendo el mesocolon en el cual se apoya, llega a levantar el ligamento suspensorio del ángulo izquierdo (figura 263), que será fácil seccionar de un tijeretazo. Libre ya el ángulo esplénico se continúa el desprendimiento hacia abajo, lo cual permite atraer hacia dentro el colon descendente y su meso; seguidamente se libera el ángulo derecho.

4.º **Ligadura de las arterias cólicas.** — Levantando el colon transverso se ven en su meso los grandes vasos que lo recorren. Con una aguja curva se pasa un hilo alrededor de cada uno de estos troncos (fig. 264), ligando así sucesivamente los vasos cólicos derechos e izquierdos sin

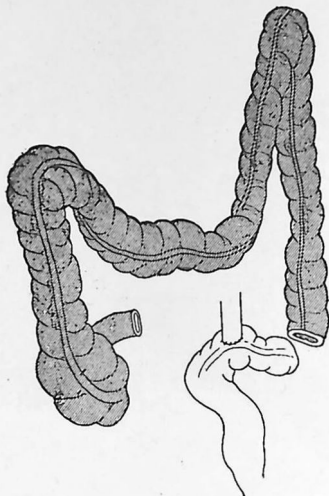


Fig. 265. — Colectomía total. — Implantación ileo-sigmoidea (LARDENNOIS).

pasar por este lado del punto por donde se quiere practicar la sección. Se incinde la porción correspondiente de los mesos, con lo cual el colon transverso, el colon ascendente y el colon descendente quedan liberados. De momento no hay que ocuparse del segmento íleocecal.

5.º **Sección del colon pélvico.** — El enfermo será colocado en posición inclinada y se precisará el punto en que conviene hacer la sección; a este nivel se corta el meso hasta el borde intestinal, asegurando la hemostasia mediante ligaduras, y se secciona el colon con el termocauterío, entre dos clamps. El extremo inferior se ocluye con las precauciones habituales.

6.º **Tratamiento del segmento íleocecal.** — Se desprende el ciego y la porción terminal del íleon, se liga el tronco de la arteria íleo-cólica y su rama ileal en el punto en que se debe seccionar el íleon. Se continúa hasta este punto la sección del mesocolon anteriormente iniciada; seguidamente se secciona el íleon entre dos clamps mediante el termocauterio.

7.º **Restablecimiento de la continuidad.** — Para ello se implanta el extremo central del íleon en el colon sigmoideo (figura 265) (anastomosis término-lateral, véase pág. 123).

8.º **Tratamiento del meso restante.** — Se aplica al peritoneo parietal posterior mediante algunos puntos que a la vez fijan la terminación del íleon.

9.º **Drenaje de la anastomosis íleo-sigmoidea.** — Siguiendo el ejemplo de LANE, se introduce por el ano un largo tubo de goma cuya extremidad inferior, guiada por el operador, sobrepase francamente el nivel de la anastomosis y cuya extremidad inferior salga por el ano. La colocación de este tubo presenta sus dificultades, pero, no obstante, es una precaución extremadamente útil.

10.º **Oclusión.** — Se lleva el epiplón hacia bajo y se sutura la pared abdominal, según costumbre.

Algunos cirujanos practican sistemáticamente, en el intestino delgado, a 20 centímetros por encima de la anastomosis, una íleostomía de seguridad, pequeña fístula, dejando justo el paso de una sonda de NÉLATON, y que se cerrará espontáneamente al cabo de algunos días de retirar la sonda.

Colectomía total en dos tiempos

La colectomía total puede practicarse en dos tiempos:

1.º *tiempo*: sección del íleon e implantación íleo-sigmoidea.

2.º *tiempo*: exéresis de toda la porción de colon anterior a la anastomosis.

Colectomía infracecal

La conservación del ciego transforma el curso de la colectomía, suprimiendo los trastornos dolorosos tan prolongados del período de adaptación del intestino delgado, que son constantes después de la colectomía total (LARDENNOIS).

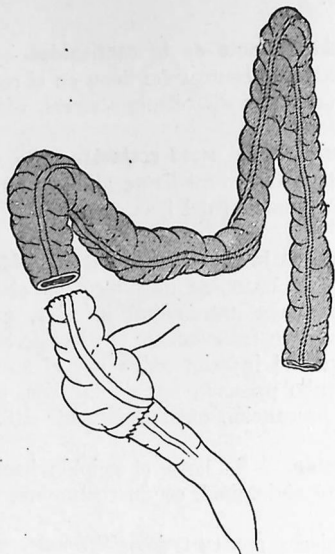


Fig. 266. — Colectomía sub-cecal. — Anastomosis tifo-sigmoidea cabo a cabo después de resección del fondo del ciego (LARDENNOIS).

Los primeros tiempos de la intervención son los mismos, pero el orden de las secciones debe ser invertido: primero la sección del colon ascendente y oclusión del muñón; luego la sección de la S ilíaca.

La continuidad puede restablecerse de dos maneras: si la S ilíaca es ancha será ventajosa una anastomosis tifo-sigmoidea extremo con extremo después de la resección del fondo del ciego (fig. 266).

Si la S ilíaca es estrecha, se ocluye su extremo distal

y se implanta en ella lateralmente el ciego después de resecar su fondo (anastomosis término-lateral tiflosgmoidea).

Hemicolectomía derecha

Esta operación consiste en extirpar el ciego, el colon ascendente y el ángulo subhepático, seccionando la terminación del íleon y el colon transverso y restablecer la continuidad con una ileotransversostomía.

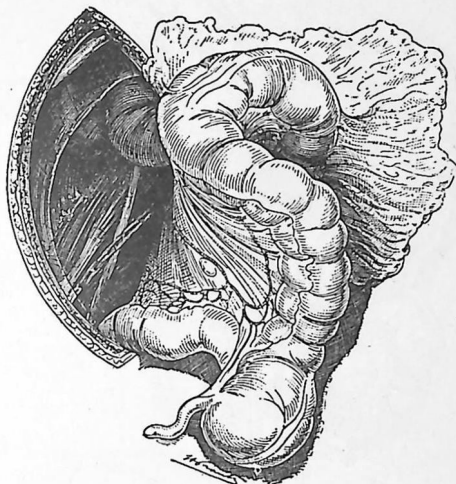


Fig. 267. — Hemicolectomía derecha. — 1.º Movilización del colon derecho por separación colo-parietal. Notese en el fondo de la herida el ángulo inferior del duodeno, los vasos spermáticos y el uréter.

Sus indicaciones son mucho más frecuentes que las de la colectomía total: tuberculosis cecal, cáncer del ciego, del colon ascendente y del ángulo subhepático y en el estasis cecoascendente con colitis parietal crónica.

La hemicolectomía se practica generalmente en un solo tiempo.

1.º *Incisión larga oblicua* partiendo de la punta de la undécima costilla y descendiendo paralelamente a las fibras del oblicuo mayor hasta la parte baja de la fosa ilíaca (LÉCÈNE) (véase fig. 270). Se abre el peritoneo con cuidado,

especialmente si se trata de tuberculosis o de cáncer, a causa de las adherencias posibles.

2.º *Liberación del colon derecho.* Cuando el epiplón se presenta adherido al foco patológico, se deja en su sitio

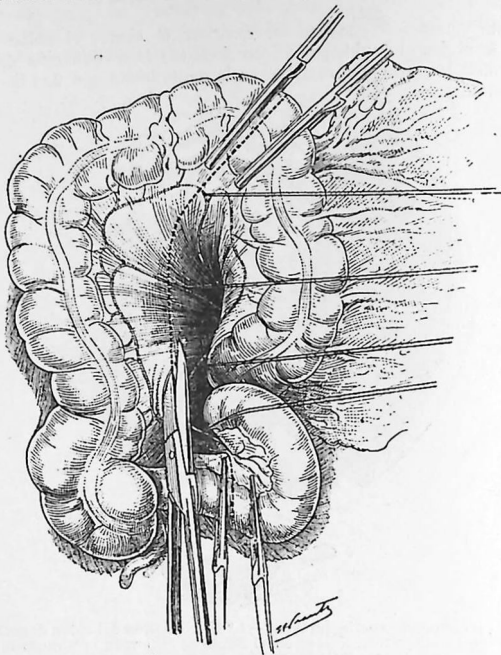


Fig. 268. — 2.º Se han ligado los vasos cólicos derechos; se corta el meso; se van a cortar entre dos pinzas el íleon de una parte, y el colon transverso de otra parte.

para extirparlo con el intestino. Si no lo está, se practica el desprendimiento colo-epiploico, solamente a nivel del ángulo subhepático y en la mitad derecha del transverso. En el surco abierto hacia fuera, que limitan de una parte el ceco-colon y de otra parte la pared posterior del abdomen, se incinde el peritoneo desde el ángulo subhepático hasta la fosa ilíaca; introduciendo los dedos en esta incisión se

encuentra fácilmente el plano de separación, que permite movilizar el colon derecho. Por atrás la disección es algo delicada, por encontrarse aquí los vasos espermáticos, el uréter y el ángulo duodenal formado por la unión de la

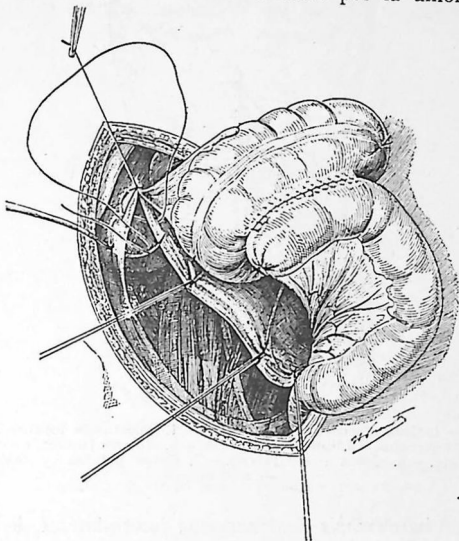


Fig. 269. — 3.º La anastomosis ileo-transversa latero-lateral está terminada. Peritonización de la pared posterior.

2.ª y de la 3.ª porción, y que precisa liberarlos teniéndolos siempre a la vista (fig. 267). Después de esto se puede exteriorizar sin dificultad y sin peligro el segmento ileo-ceco-cólico.

3.º *Hemostasia* de los vasos cólicos derechos en el espesor del meso por medio de ligaduras pasadas con la aguja de REVERDIN curva, a distancia del intestino. Sección del meso (fig. 268).

4.º *Sección del íleon* a 20 centímetros del ciego, entre dos pinzas y mediante el termocauterío, después de la hemostasia de su pequeña rama arterial en el punto correspondiente a la sección; oclusión del extremo proximal.

5.º *Sección del transverso* en el punto de unión del tercio medio con el tercio derecho, practicada de idéntica manera, y oclusión del extremo distal.

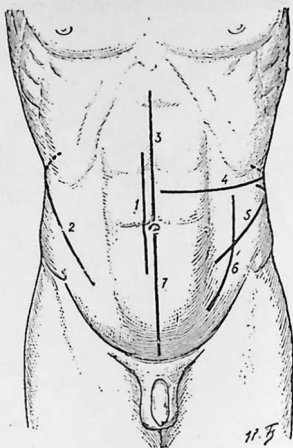


Fig. 270. — Incisiones para las colectomías. — 1. Colectomía total. — 2. Hemi-colectomía derecha. — 3. Colon transverso. — 4. Angulo izquierdo. — 5. Colon descendente. — 6. Colon ileo-pelviano. — 7. Colon pelviano y unión recto sigmoidea.

6.º *Anastomosis ileotransversa* latero-lateral, isoperistáltica, amplia y lindante con los fondos de saco terminales.

7.º *Peritonización*, si es posible, de la zona del desprendimiento lateral, mediante la sutura del muñón del meso con el borde del peritoneo parietal incidido (figura 269).

Colectomías segmentarias

Estas operaciones tienen sus indicaciones en ciertos *cánceres del intestino grueso localizados desde el ángulo subhepático exclusive hasta el colon pélvico inclusive*. Otras indicaciones más raras las constituyen el megacolon y la cura de ciertos anos artificiales.

La posición del enfermo varía según sea el segmento que se ha de resear: para el colon pélvico, posición incli-

nada; para el ángulo esplénico, hiperextensión del tronco.

1.º **Incisión de la pared** (fig. 270).—Para el colon transverso: incisión media supraumbilical.

Para el ángulo izquierdo: una incisión paralela al, re-

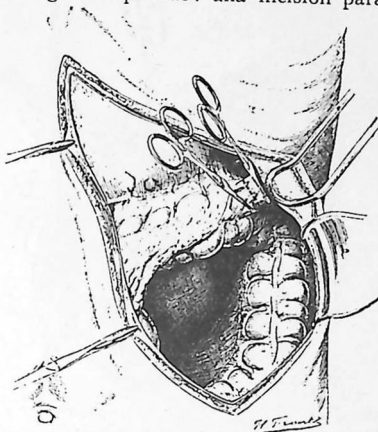


Fig. 271. — Resección del ángulo izquierdo del colon. — 1.º Sección del ligamento freno-cólico izquierdo (según DESMAREST).

borde costal o una incisión horizontal comenzando a dos traveses de dedo por encima del ombligo y prolongándose más o menos hacia la izquierda (DESMAREST).

Para el colon descendente: incisión oblicua del vacío paralelamente a las fibras del oblicuo mayor y partiendo por arriba en la terminación del 10.º espacio intercostal.

Para el colon pélvico: incisión iliaca, oblicua, paralela al arco de Falopio, a dos traveses de dedo por encima de él y prolongándose verticalmente al nivel de la espina iliaca anterosuperior. Otros cirujanos practican, especialmente en los cánceres situados inferiormente, una incisión media infraumbilical.

2.º **Movilización del asa que se ha de extirpar.** — Si se trata de un asa móvil, provista de un largo meso, como a

nivel del colon transverso o del colon pélvico, es fácil atraerla al exterior.

Si se trata de un segmento fijo es preciso movilizarlo. Para movilizar el ángulo esplécnico es necesario prime-

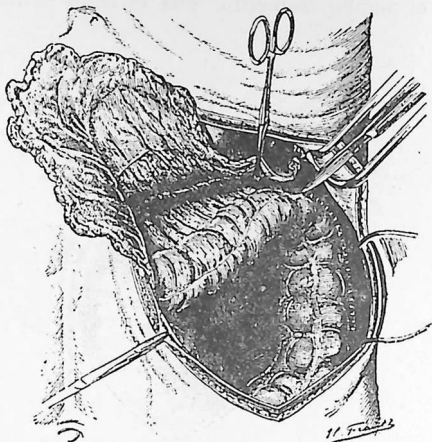


Fig. 272. — Se ha despegado la parte izquierda del epiplón mayor; se incide el peritoneo parietal junto al borde externo del colon descendente (según DESMAREST).

ramente seccionar el ligamento frenocólico izquierdo de abajo arriba, hasta el diafragma, entre dos pinzas (figura 271); luego, mediante una incisión en el ángulo diedro colo-parietal, se busca el plano de separación de la parte alta del colon descendente y se moviliza de abajo arriba hasta el ángulo esplécnico, que se podrá entonces descender con facilidad; falta tan sólo desprender la parte izquierda del epiplón mayor (fig. 272). Se obtiene así una asa móvil constituida por la parte superior del colon descendente, el ángulo cólico izquierdo con el tumor y la parte izquierda del colon transverso, que será fácil atraerlo hacia fuera.

Para movilizar el colon descendente y el colon ílico, es suficiente practicar el desprendimiento coloparietal.

Sea cual sea el segmento sobre el cual se interviene, es necesario siempre atraer al exterior una asa bastante larga,

comprendiendo a uno y otro lado de la lesión cinco o seis centímetros de porción intestinal sana.

3.º **Tratamiento del asa.**—Una vez exteriorizada el asa se podrá practicar, según los casos, uno de los procedimientos que exponemos a continuación:

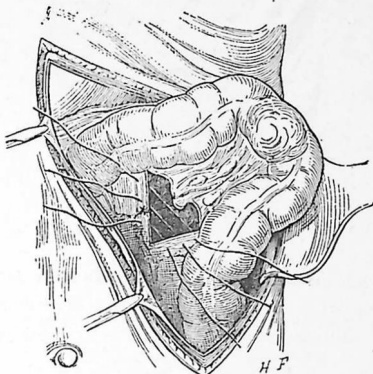


Fig. 273. — 3.º Exteriorización del tumor y resección del mesocolon.

A. Operación de REYBARD (1833) (en un solo tiempo): resección del asa enferma y de su meso y restablecimiento inmediato de la continuidad por sutura término-terminal.

B. Operación de BAUM (1879): idéntica operación, pero precedida de una derivación previa a distancia por un ano cecal y seguida de la cura de este ano.

C. Operación de VOLKMANN (1883) (en dos tiempos): 1.º, resección del asa enferma y de su meso y fijación de los dos extremos *in situ*, en la herida; 2.º, tratamiento del ano.

D. Operación de RECLUS (1892) (en dos o tres tiempos): 1.º, exteriorización del asa enferma; 2.º, extirpación inmediata o después de algunos días; 3.º, tratamiento del ano.

E. Operación de MIKULICZ (1902) (en tres tiempos):

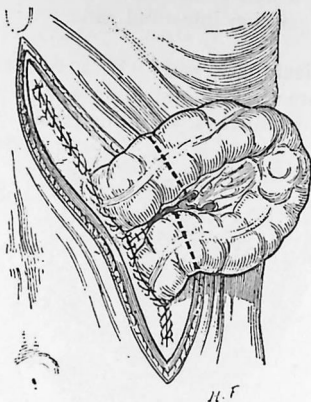


Fig. 274. — 4.º Adosamiento de los dos extremos en cañón de fusil y cierre del peritoneo.

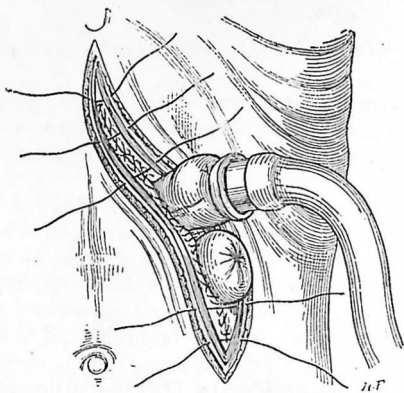


Fig. 275. — 5.º El extremo inferior ha sido hundido después de cerrarlo; el extremo superior, después de seccionarlo, continúa ampliamente abierto, pero se ha ligado sobre un tubo al cual se adapta un tubo de goma. No falta más que cerrar la pared.

1.º, exteriorización después de sección primitiva en cono del mesocolon, pero conservando la arteria marginal; adosamiento de las dos asas aferente y eferente, como los cañones de una escopeta, y oclusión de la cavidad peritoneal;

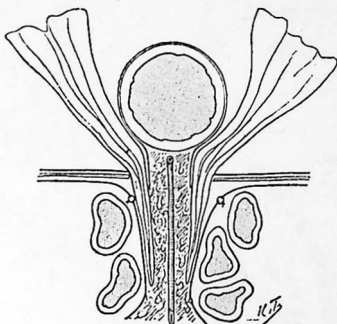


Fig. 276. — Esquema de la operación de Quénu. El asa cancerosa se exterioriza. Las compresas son introducidas entre el tejido vasculo-conjuntivo del meso por una parte, y la hoja del meso despegada suturada al peritoneo parietal por otra parte (CRUET).

2.º, resección después de algunas horas o de algunos días;
3.º, cura ulterior del ano.

F. *Operaciones de PAUL* (1900), de *HARTMANN* (1904) (en dos tiempos): 1.º, exteriorización después de la sección completa en cono del mesocolon, comprendiendo la arteria marginal, adosamiento de las dos asas, oclusión de la cavidad peritoneal, resección inmediata, abocamiento de los dos extremos a la piel (PAUL) o de sólo el extremo superior (HARTMANN), con drenaje de estos extremos o sólo del superior, mediante un tubo acodado de cristal (figs. 273-274-275); 2.º, oclusión del ano.

G. *Operación de QUÉNU* (tesis de CRUET, 1914) (en tres tiempos) (figs. 276 a 281): 1.º, exteriorización; incisión de las dos hojas derecha e izquierda del mesocolon, respetando el contenido vascular y ganglionar; sutura de cada una de estas hojas al borde correspondiente de la abertura peritoneal; sutura de las dos asas aferente y eferente en los ángulos de la incisión parietal; introducción de dos

compresas en la zona de desdoblamiento (exteriorización extraparietal del tumor y extraperitoneal del pedículo vásculo-ganglionar).

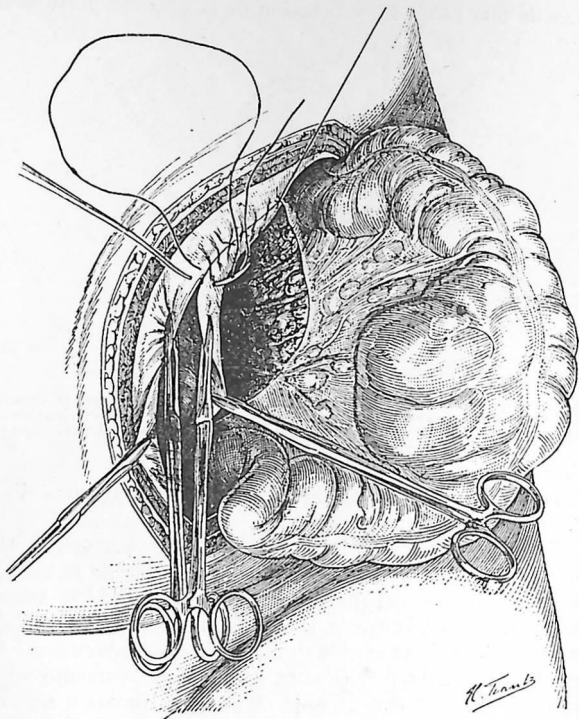


Fig. 277. — Operación de Quénu (cáncer del colon pelviano). 1.º La hoja del mesocolon pelviano incindida y despegada se une mediante una sutura al peritoneo parietal; la gran cavidad peritoneal se encuentra así cerrada. (CRUET.)

2.º Después de 8 días se retiran las compresas y se reseca el asa y su pedículo vásculo-ganglionar; sutura parcial de los dos extremos en su hemicircunferencia posterior.

3.º Oclusión del ano por la sutura de la hemicircunferencia anterior.

La misma multiplicidad de estos procedimientos operatorios demuestra la dificultad del problema del tratamiento de los cánceres del colon izquierdo. El problema está en la *inseguridad de las suturas* que han de practicarse en un colon más o menos distendido

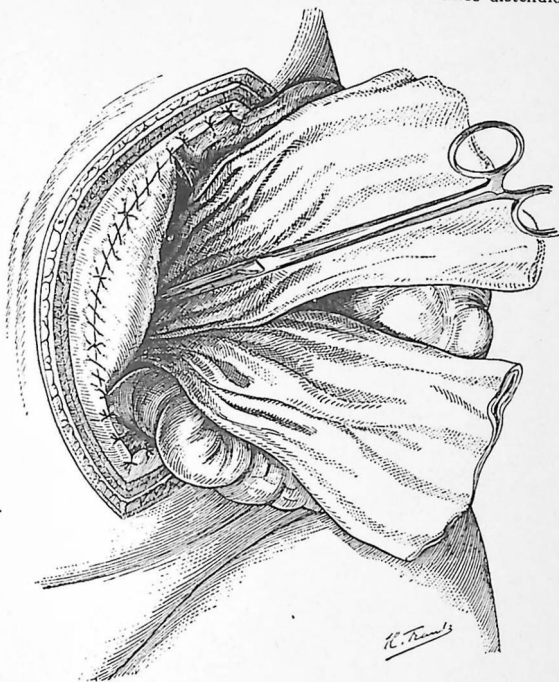


Fig. 278. — 2.º Dos compresas son introducidas en la zona de despegamiento entre el pedículo vasculo-ganglionar y la hoja derecha del mesocolon suturado al peritoneo parietal. (CRUET.)

por encima del tumor, retraído por debajo y sobre todo con un contenido extremadamente séptico. Es por esto que la operación de REYBARD, que a primera vista parece la más sencilla, ha tenido que abandonarse casi por completo, por la elevada mortalidad que trae consigo: hoy no se emplea más que en el caso en que se presenten condiciones eminentemente favorables. Debido a esto han aparecido los métodos de *derivación*, que tienen sus ventajas: ya

sea derivación previa a distancia (BAUM), ya sea derivación *in situ* (VOLKMANN); por último, la noción de septicidad ha suscitado el método de *exteriorización*, cuyo principio es la resección inmediata

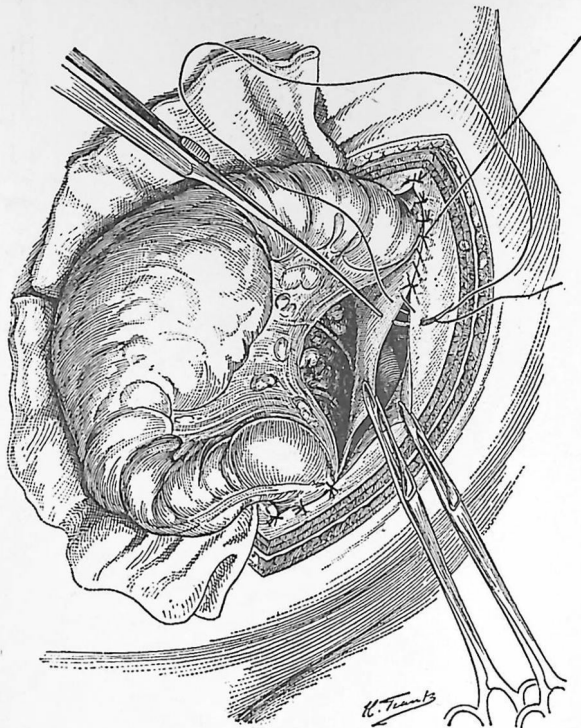


Fig. 279. — 3.º El asa exteriorizada está rechazada hacia la línea media. Se sutura al labio izquierdo del peritoneo parietal la hoja izquierda del mesocolon pelviano incidido y despegado. La fosa iliaca izquierda se encuentra así cerrada. (CRUET.)

o retardada del tumor exteriorizado *con el peritoneo cerrado*. La derivación *in situ* se halla combinada con la exteriorización en los procedimientos de RECLUS, de MIKULICZ, de PAUL, de HARTMANN y de QUÉNU; salvo el primero, estos procedimientos comportan la exéresis no solamente del asa cancerosa, sino también de su meso, con los ganglios neoplásicos que pueda contener: actualmente son

los más empleados, con algunas variaciones en la técnica. Así, SCHWARTZ ha imaginado recientemente (1) un artificio que facilita mucho la cura del ano: en el tiempo de exteriorización (1.º tiempo)

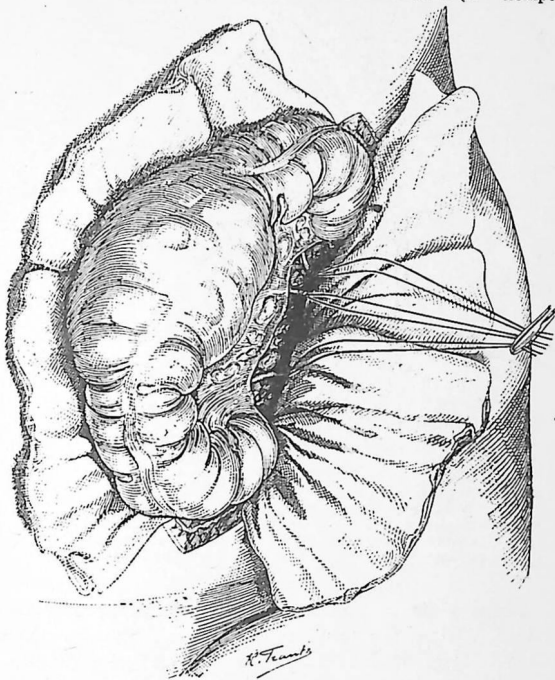


Fig. 280. — 4.º Tanto a la izquierda como a la derecha se han colocado dos compresas en la zona de despegamiento. El asa y su meso se encuentran exteriorizados. Los hilos de previsión son pasados alrededor de los vasos, sin ser anudados. El primer tiempo está terminado. Al cabo de ocho días, en un segundo tiempo, se quitarán las compresas, se anudarán los hilos y se resecará el asa y su pedículo, por una sección cuneiforme. (CRUET.)

adosa las dos ramas del asa no tan sólo en línea, sino en superficie mediante dos líneas de sutura, por debajo de la futura línea de sección: gracias a este adosamiento en superficie se podrá in-

(1) ANS. SCHWARTZ y HARTGLASS. *Journal de Chirurgie*. Abril 1924, pág. 337.

cindir el espolón durante el tiempo de resección (2.º tiempo), después de lo cual el ano tiene tendencia a cerrarse espontáneamente, o por lo menos facilita mucho su cura quirúrgica.

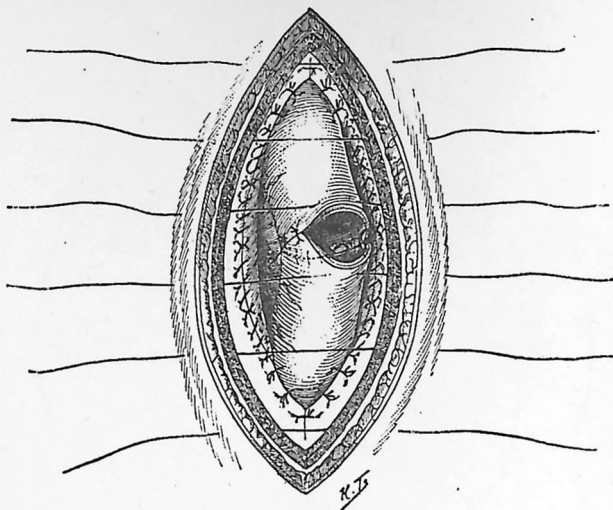


Fig. 281. — 5.º En el segundo tiempo, después de resecar el asa, se aproximarán los dos extremos y se les anastomosará por su hemicircunferencia posterior: la hemicircunferencia anterior será suturada a la piel y formará un ano lateral que será fácil de cerrar ulteriormente. (CRUET.)

Cánceres de la porción terminal del colon pélvico. —

Los situados en el punto de unión recto-sigmoidea no pueden ser exteriorizados; los procedimientos que acabamos de describir no pueden emplearse.

En ciertos casos se puede, si las circunstancias se prestan, intentar, después de resecar el segmento afecto, restablecer la continuidad por invaginación del extremo cólico en el recto (MUMMERY).

Esta invaginación puede ser realizada por el ingenioso procedimiento de anastomosis término-terminal de GIBSON (1), que describimos aquí (figs. 282-283-284).

El extremo superior del intestino seccionado se coge con dos

(1) GIBSON. *Annals of Surgery*, 1910, pág. 116.

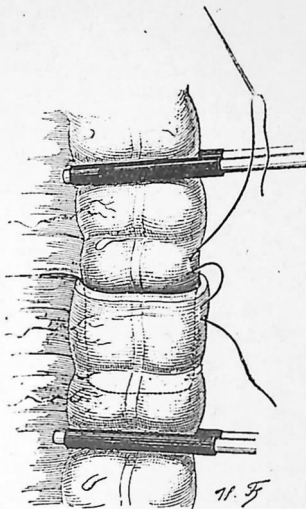


Fig. 282. — Anastomosis término-terminal del colon por invaginación. (Procedimiento de GIBSON). 1.º El extremo superior está introducido en el extremo inferior; manera de colocar los puntos de sutura.

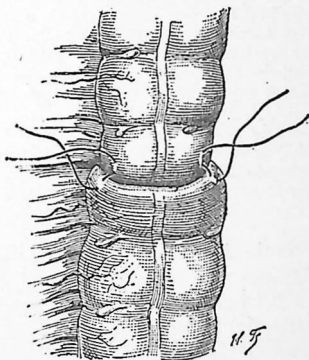


Fig. 283. — 2.º Se anudan los hilos: el borde mucoso del extremo inferior que está invaginado hacia dentro, ha desaparecido; el afrontamiento seroso-seroso está realizado.

pinzas de KOCHER y se introduce tan profundamente como sea posible en la luz del extremo inferior; al mismo tiempo, se procurará seccionar un poco el meso para que no dificulte la penetración, y hacer girar el intestino un cuarto de vuelta para que las dos superficies desprovistas de peritoneo no se correspondan en los dos extremos. Seguidamente se colocan 8 ó 10 puntos de sutura con seda del siguiente modo: primero se pasan en el extremo in-

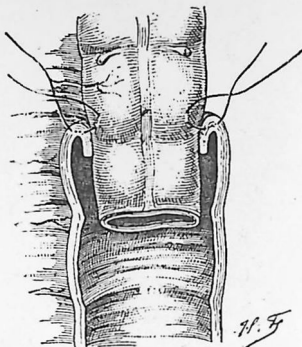


Fig. 284. — 3.º La anastomosis vista en corte.

ferior cerca de la sección en sentido longitudinal y comprendiendo los planos seroso y muscular; luego se pasan de la misma manera en el extremo superior por encima de la porción invaginada. Una vez colocados todos los puntos se anudan teniendo la precaución de doblar el borde del segmento inferior hacia dentro, con lo cual se obtiene un afrontamiento sero-seroso. Esta sutura sero-serosa de puntos separados se recubrirá con una sutura sero-serosa continua.

No obstante, lo más prudente en estos casos es renunciar definitivamente a restablecer la continuidad del intestino y cerrar el extremo inferior y abandonarlo e implantar el extremo superior como ano iliaco definitivo: he aquí la técnica de esta operación, según HARTMANN (1).

1.º Laparotomía iliaca izquierda, pudiendo llegar y sobrepasar de la línea media por encima del pubis.

2.º Incisión del peritoneo en las caras anterior y lateral del colon recto-sigmoideo.

(1) HARTMANN. XXX Congreso francés de Cirugía, Estrasburgo, 1921, pág. 411, y *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, 1923, página 1474.

- 3.º Desprendimiento de este segmento.
- 4.º Hemostasia y sección del meso; el asa sólo se hallará fijada por sus dos extremos
- 5.º Sección del recto aplastado por debajo del tumor lo más abajo posible.
- 6.º Oclusión del extremo inferior, que se abandonará en el fondo de la pelvis.
- 7.º Peritonización por encima de este extremo.
- 8.º Sutura de la incisión parietal; por el ángulo externo de la incisión se hace salir el asa rectocólica liberada: se secciona a 2 centímetros por encima de la piel y se implanta el extremo cólico en ano terminal definitivo, que se abrirá 48 horas después.

Se puede también, como aconseja MATRY (1), practicar una laparotomía media infraumbilical; inmediatamente cortar el recto entre dos pinzas, lo más abajo posible en el fondo del DOUGLAS; practicar el desprendimiento de arriba abajo, tirando poco a poco del extremo superior, y establecer el ano por una contraincisión en situación iliaca izquierda clásica.

(1) MATRY. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1924, pág. 248.

TERCERA PARTE

Operaciones en el ano y en el recto

CAPÍTULO PRIMERO

Miorrafia de los elevadores del ano en el hombre

Esta operación tiene su aplicación en el *prolapso del recto*.

E. QUÉNU y LENORMANT han demostrado que las lesiones en el prolapso rectal son complejas y variables de uno a otro caso; en realidad, hay dos elementos que pueden existir aisladamente o coexistir en el mismo enfermo:

1.º Una deformidad congénita consistente en una profundidad anormal del fondo de saco de DOUGLAS y en una longitud anormal del asa cólica-pélvica.

2.º Una deformidad adquirida, primitiva o secundaria, consistente en la debilidad del fondo perineal: elevadores, aponeurosis sacro-recto-genitales y esfínter del ano.

La terapéutica debe encaminarse hacia estos dos extremos.

Cuando el escaso volumen del prolapso indique tan sólo la participación de la parte inferior del recto, la operación quedará asimismo limitada y será solamente perineal.

Si, por el contrario, se trata de un prolapso voluminoso, será necesario recurrir a la vía alta.

La operación por vía alta es la *colopexia con desaparición del DOUGLAS*, cuya técnica hemos indicado antes (pág. 265); es la operación más lógica y segura y la que proporciona mejores resultados lejanos; es conveniente completarla con la reconstitución del periné.

Entre las muchas operaciones perineales imaginadas para combatir el prolapso rectal, sólo describiremos dos: la *miorrafia de los elevadores con rectoplicatura anterior* y el *anillado del ano*.

La técnica de la miorrafia de los elevadores en la mujer se describe en otro volumen de esta obra. La técnica de la operación es la misma, tanto si se practica para combatir un prolapso genital, como para un prolapso rectal, o para los dos a la vez, que desde luego pueden coexistir. Describiremos aquí la técnica de la miorrafia de los elevadores en el hombre (1).

(1) Véase DUVAL y PROUST, *Presse Médicale*, 1901.

1.º **Incisión cutánea.** — El enfermo se coloca en posición perineal inclinada y se practica una incisión curva de convexidad anterior de una a otra tuberosidad isquiática, y pasando unos 15 milímetros aproximadamente por delante del ano. Se reconocen y seccionan con el bisturí las fibras

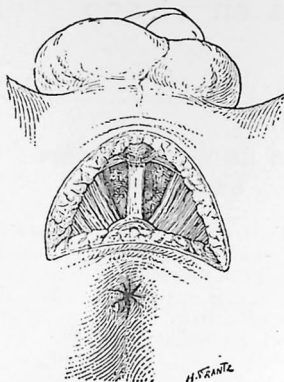


Fig. 285. — Miorrafia de los elevadores. Incisión; descubrimiento del músculo recto-uretral.

más anteriores del esfínter externo, que constituyen el rafe anobulbar, con lo cual se podrá rechazar hacia atrás el ano junto con su esfínter. A cada lado se incide la grasa isquiorrectal hasta encontrar la cara inferior del elevador. Tirando del ano hacia atrás, los bordes inferiores de los elevadores se presentan como dos cordones tensos que desaparecen por delante por debajo del diafragma urogenital. Al disecar los bordes inferiores de estos músculos se aísla en la línea media una bandeleta que va del vértice del ano al bulbo urogenital (músculo recto-uretral).

2.º **Liberación del recto.** — Hallándose bien aislada la bandeleta recto-uretral se secciona junto al bulbo con el bisturí mantenido verticalmente para evitar abrir el recto, que a este nivel se presenta muy prominente. Al mismo tiempo, se abre el espacio despegable prerrectal, con lo cual será ya fácil aislar el recto por detrás y separarlo por de-

lante de la próstata hasta llegar al fondo de saco de DOUGLAS. Si este fondo de saco se halla muy descendido, no se

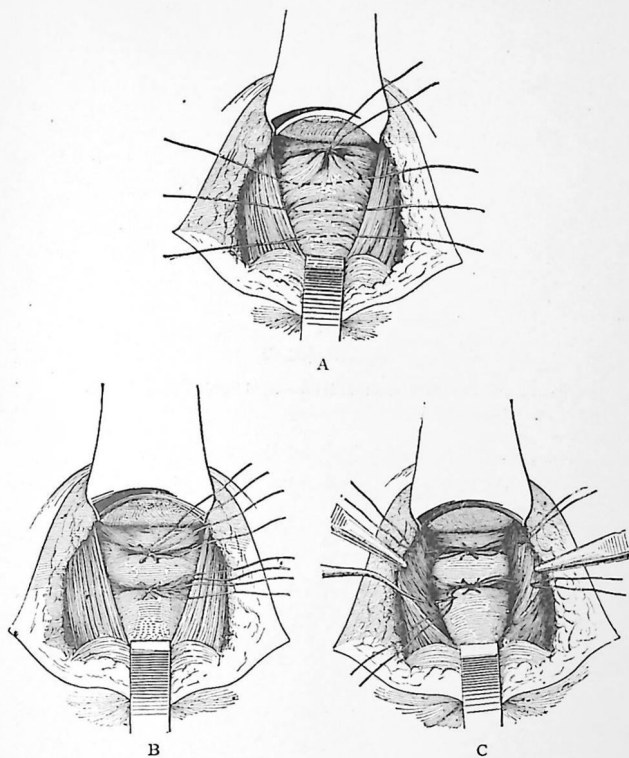


Fig. 286.—Plicatura del recto. —A. Paso de los hilos en la pared anterior del recto; el hilo superior ya está anudado. —B. Los dos hilos superiores y los dos hilos inferiores han sido anudados el uno con el otro. —C. Paso de los hilos de la plicatura por la cara interna de los elevadores (según P. DUVAL).

dudará tratarlo como un saco herniario, abriéndolo y reduciendo su contenido y después suturarle o ligarlo en su base para extirpar la porción sobrante.

3.º **Plicatura del recto.** — Antes de suturar los elevadores es conveniente acortar la cara anterior del recto.

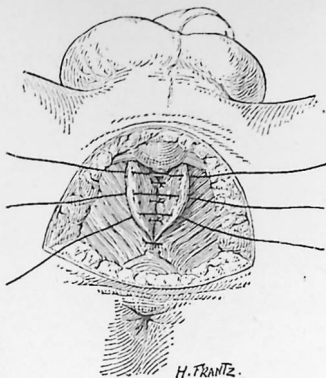


Fig. 287. — Paso de los hilos superficiales en el borde de los elevadores.

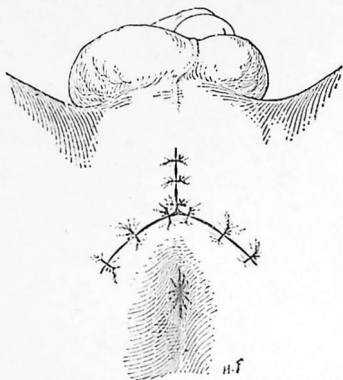


Fig. 288. — Manera de suturar la herida.

Para ello se colocan una serie par de puntos no perforantes que comprendan toda la anchura de la cara anterior del recto; al anudar estos puntos se forma un pliegue longitudinal. Luego, para acortar la cara anterior, es sufi-

ciente anudar los dos extremos de un punto con los otros dos extremos del punto subyacente; con esto se forman una serie de pliegues transversales que acortan la pared. Hay que tener cuidado de no cortar los extremos de los nudos, conservando por lo menos uno de ellos.

4.º **Sutura de los elevadores.** — Para sostener debidamente la pared rectal anterior se deben suturar los elevadores, no por sus bordes, sino por sus caras internas.

Para ello con una pinza se ranversa el borde inferior del músculo para descubrir la cara interna y con una aguja curva se pasa uno de los extremos de los puntos que han servido para la plicatura del recto, tan profundamente como sea posible. Se repite la misma maniobra en el otro lado, pasando el otro extremo del mismo hilo. De esta manera se colocan un número de puntos en la cara interna de los elevadores igual al de los pliegues transversales del recto; los más anteriores son los hilos del nudo colocado más alto en el recto. Seguidamente se anudan comenzando por los de arriba.

Seguidamente se unen los dos bordes inferiores de los elevadores mediante algunos puntos.

5.º **Sutura de los planos superficiales.** — Para cerrar la herida, con una aguja de EMMET e hilo de plata se suturan todos los tejidos subyacentes a los elevadores. Cuando los tejidos perineales se presentan distendidos se intentará suturar longitudinalmente o por lo menos en T la incisión transversal para consolidar mejor el periné.

CAPÍTULO II

Anillado del ano

(OPERACIÓN DE THIERSCH)

Posición de la talla con el asiento levantado. Anestesia local con novocaína.

A un centímetro y medio del ano y a nivel del rafe retroanal se introduce una aguja curva enhebrada con un resistente hilo de plata; la aguja describirá alrededor del

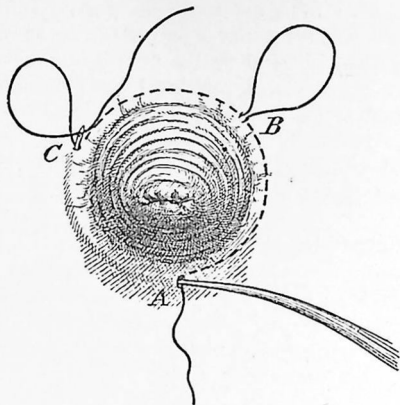


Fig. 289.— Anillado del ano. Paso del hilo. (OMBRÉDANNE.)

ano un cierto trayecto y se la hará salir por la piel; nuevamente penetrará exactamente por el mismo punto de salida y seguirá otro trayecto curvo y así se repetirá la misma maniobra hasta que la aguja llegue a su punto de penetración inicial; con una aguja suficientemente curva se puede constituir el anillado en dos veces.

Se cogen los dos extremos del hilo de plata, se ponen en tensión y se anuda sobre el índice introducido en el

ano; no falta más que cortarlos e introducir los nudos bajo la piel.

Se reduce el prolapso antes de comenzar la operación o, si tiene demasiada tendencia a salir, inmediatamente antes de apretar el hilo.

Esta operación actúa de dos maneras: de una parte mecánicamente, reemplazando el hilo, al esfínter relajado y manteniendo el recto en su lugar, y, por otra parte, la presencia de este cuerpo extraño en los tejidos perianales determina una condensación del tejido celular, una adherencia sólida entre el recto y las partes vecinas.

El hilo es generalmente bien tolerado; frecuentemente se fragmenta y a veces se elimina, pero el resultado ya queda logrado.

Esta operación sencilla, rápida, benigna, está particularmente indicada en los prolapso graves de los niños, y también, como procedimiento paliativo, en los enfermos de edad avanzada y caquéticos y en los alienados.

CAPÍTULO III

Rectotomía posterior

Esta operación, muy sencilla, consiste en incidir la pared posterior del recto hasta el esfínter inclusive o exclusivamente. Puede ser utilizada para la extracción de cuerpos extraños voluminosos del recto, y hoy día raramente, para ciertas estrecheces del recto (VERNEUIL).

El enfermo está en la posición de la talla, anestesia local.

Si se trata de una *estrechez* se introduce por el ano una sonda acanalada que se desliza hasta que está por encima de la misma: se hace entonces resaltar el pico de la sonda sobre la pared posterior y se incinde en este punto hasta que el pico se abre paso. Entonces no hay más que seccionar capa por capa los diferentes planos de la región para abrir por último el recto. Se termina después haciendo la hemostasia de los dos labios de la incisión y con un taponamiento.

Para practicar la rectotomía se pueden utilizar las incisiones de las fístulas.

Se puede bajar y suturar a la piel el ángulo superior de la incisión, realizando así una rectotomía autoplástica (HARTMANN).

Si se trata de un *cuerpo extraño* voluminoso o fijo, se ejecutará como anteriormente, sin servirse, sin embargo, de una sonda acanalada; en este caso la rectotomía se acompañará siempre de una perineotomía más o menos extensa; en caso de necesidad esta perineotomía podrá ser ensanchada por resección del cóccix.

Después de la extracción del cuerpo extraño se suturará la incisión muy exactamente para rehacer el recto, teniendo particular cuidado en la sutura del esfínter.

CAPÍTULO IV

Resección de las hemorroides

(OPERACIÓN DE WHITEHEAD) (1)

Si la extirpación parcial con el bisturí o con el termocauterío está indicada en los pequeños paquetes hemorroidales aislados, existen casos donde esta operación no sería suficiente y, por lo tanto, impracticable: estos casos, bastante raros por cierto, son aquellos en que las hemorroides forman alrededor del ano un brazalete circular, continuo, no dejando entre ellas ningún espacio en que la mucosa esté sana; es imposible pediculizar tales hemorroides en algunos "paquetes" aislados; en estos casos, hay que recurrir a la resección circunferencial u operación de WHITEHEAD; esta es una operación discutida, incluso proscrita por algunos cirujanos, a causa de dos peligros a los cuales expone: la incontinencia del esfínter y la estrechez del ano. La incontinencia es debida a un corte directo del esfínter; la estrechez a un defecto de reunión por primera intención. Se pueden evitar estos dos peligros por una preparación minuciosa del enfermo, una técnica precisa y unos cuidados post-operatorios rigurosos: enfermo bien purgado, mejor dos veces que una, 24 horas antes de la operación y estreñido en seguida de manera que no efectúe ninguna deposición antes del 8.º día al menos.

(1) Para las pequeñas operaciones sobre el recto y el ano (dilatación anal, resección parcial de las hemorroides, abscesos y fístulas del ano), o el tratamiento de la imperforación anal, véase el volumen V.

Posición de la talla.

1.º **Anestesia local.** — Es la anestesia de elección para este género de operaciones; no presenta ninguna dificultad especial y evita los peligros de la anestesia general particulares a las operaciones en esta región. El líquido anestésico

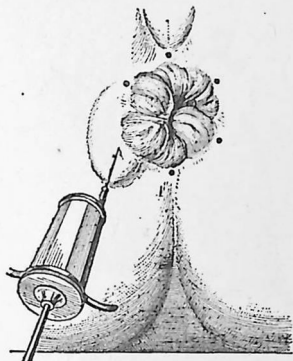


Fig. 290.—Resección de las hemorroides (operación de Whitehead). 1.º Anestesia. Inyección de novocaína en el tejido celular subcutáneo-mucoso, alrededor del ano en seis puntos.

sico (novocaína adrenalinada, según la fórmula de RECLUS) es inyectado de una vez en el tejido celular subcutáneo-mucoso por 6 inyecciones practicadas al nivel de la margen del ano: 1 delante, 1 atrás, y 2 en cada lado; es decir, que la aguja, en 6 veces, debe dar la vuelta al ano, y a medida que el líquido anestésico penetra va haciendo desaparecer en un rodete de edema los pliegues de la margen (figura 290). En un segundo tiempo se anestesia el esfínter; con la mano derecha se introduce perpendicularmente en el músculo la aguja que guía el índice izquierdo introducido con vaselina y permaneciendo en el canal anal (figura 291); 6 pinchazos son suficientes; cada vez que la mano derecha introduce una dosis del líquido anestésico el índice izquierdo siente relajarse progresivamente el segmento correspondiente del esfínter.

2.º **Dilatación del ano.** — Puede hacerse con los dedos o con el espéculum de TRÉLAT.

Con los dedos: se introducen en el ano los dos pulgares dorso a dorso, y se les separa lenta y progresivamente,

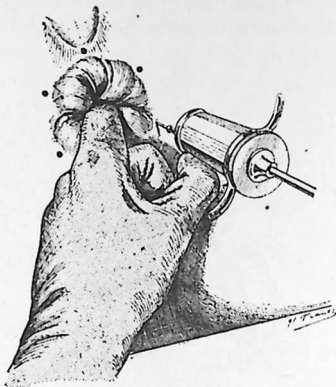


Fig. 291. — 2.º Anestesia (continuación). Inyección de novocaína en el esfínter anal, el índice izquierdo introducido en el conducto anal guía la punta de la aguja.

tomando punto de apoyo con los cuatro últimos dedos de cada mano sobre los isquiones del enfermo; es necesario emplear una gran fuerza para obtener una dilatación completa (fig. 292).

Con el espéculum: se sufre menos, pero es necesario no abrirlo muy de prisa, so pena de desgarrar la mucosa, e incluso de romper el esfínter.

3.º **Incisión cutáneo-mucosa.** — Con el bisturí se traza una incisión circular peri-anal, pasando muy exactamente por los confines de la piel y de la mucosa (fig. 293).

4.º **Diseción del manguito mucoso ano-rectal.** — Por la incisión cutánea, se penetra en la capa sub-mucosa floja; es fácil de desprender con las tijeras; no hay que perforar la mucosa del conducto ni tocar la cara interna del esfínter; cuando se está en el debido plano de despegamiento no san-

gra nada; cuando el despegamiento está empezado es fácil proseguirlo sosteniendo el manguito mucoso sobre el índice

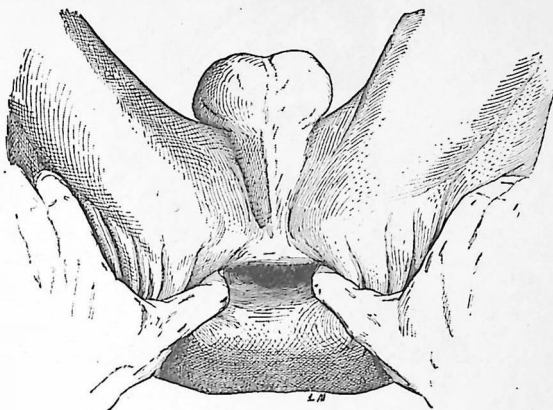


Fig. 292. — 3.º Dilatación del ano.

izquierdo introducido en el conducto anal, y trabajando con el pico de las tijeras curvas que sostienen la mano derecha (figura 294). El desprendimiento debe ser llevado por en-

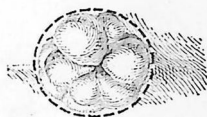


Fig. 293. — 4.º Insición circunferencial en la unión de la piel y de la mucosa.

cima de los límites de la mucosa enferma, donde la coloración violácea contrasta con el tinte rosa de la mucosa sana; de este modo el descenso de esta mucosa sana y su sutura con la piel se podrá efectuar sin estirones.

5.º Excisión y sutura. — Para practicar una excisión sin hemorragia y una sutura regular hay que proceder de



Fig. 294. — 5.º Disección del manguito mucoso ano-rectal.

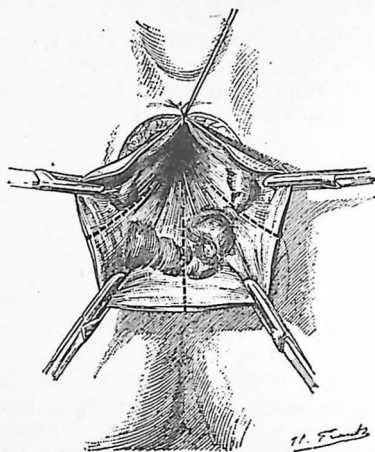


Fig. 295. — 6.º El cilindro mucoso es hendido hacia delante y fijado inmediatamente en este punto. El punteado son las otras líneas de incisión.

la siguiente manera: manteniendo tirante el cilindro mucoso anal se parte por delante hasta la mucosa sana e inmediatamente, en el remate de esta incisión, se coloca un punto que une la mucosa con la piel (fig. 295); se practica

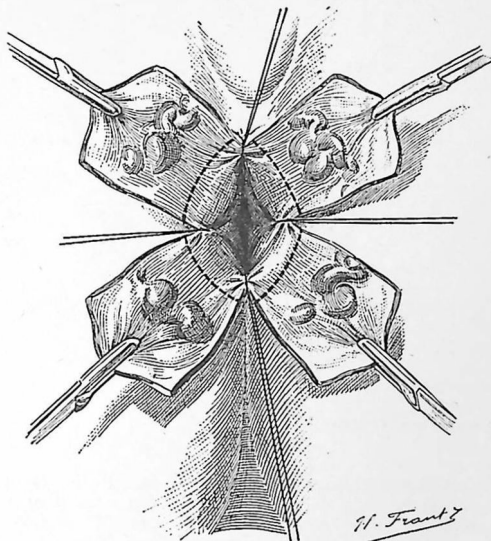


Fig. 296. — 7.º El manguito mucoso ha sido dividido en cuatro colgajos, fijados a la piel por las extremidades de su base. El punteado representa el trazado de la sección de estos colgajos.

lo mismo en la línea media posterior, y después a cada lado. El manguito mucoso se encuentra así dividido en cuatro colgajos fijos a la piel por las extremidades de su base (figura 296). Seccionar en seguida uno de estos colgajos por su base y suturar la línea de sección mucosa a la piel; seccionar de la misma manera el colgajo siguiente, practicando inmediatamente su sutura y así sucesivamente hasta el cuarto (fig. 297). Así se operará sin derrame sanguíneo apreciable; es necesario, sin embargo, ligar los vasos de alguna importancia que puedan haber sido seccionados.

QUÉNU y HARTMANN no practican la operación típica de WHITEHEAD más que cuando la procidencia mucosa es muy acentuada, o cuando la mucosa está demasiado alterada, "recubierta de granu- laciones de un rojo vivo que sangran al menor contacto y que acu-

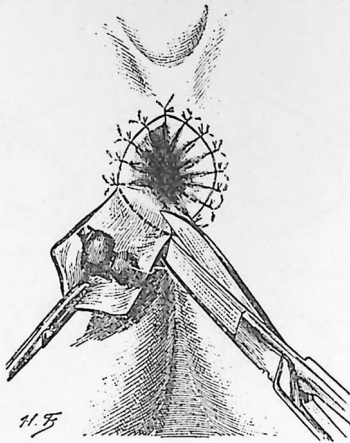


Fig. 297. — 8.º Se corta el cuarto y último colgajo después de haber fijado el tercero.

san una transformación angiomatosa extensa". En los otros casos, en lugar de la excisión de la mucosa se contentan con desembarazarla de las venas varicosas que la forman: "Para esto, con el índice de la mano izquierda, introducido en el recto para ostentarlo, se separan con la ayuda de unas pequeñas tijeras curvas todas las pequeñas vesículas venosas que hacen relieve en la cara externa alterada de la mucosa; se monda, por así decirlo, ésta de manera que no quede entre los dedos más que una membrana uniformemente delgada, despojada de toda la capa célula-vascular" (1).

RECLUS, practica un WHITEHEAD atípico, dejando por delante y por detrás del margen del ano un segmento de piel y de mucosa para evitar la ascensión de ésta en caso de desunión y el estrechamiento cicatricial consecutivo en este caso.

(1) QUÉNU y HARTMANN, *Chirurgie du rectum*, t. I, pág. 392.

CAPÍTULO V

Extirpación del recto

La extirpación del recto es una operación difícil; su indicación más frecuente es el cáncer; sin embargo, algunas estrecheces inflamatorias no dilatables, que determinan trastornos graves, son igualmente justiciables de esta importante operación: "En ninguna operación es tan necesaria como aquí, para tener éxito, una técnica perfecta y una experiencia personal consumada." (QUÉNU y HARTMANN.)

"Hay que extirpar el recto enfermo como una bolsa de contenido séptico" (QUÉNU y HARTMANN), y si se trata de un cáncer, es necesario hacer una amplia extirpación del órgano y de los ganglios correspondientes.

La infección directa o indirecta de la herida operatoria por el contenido intestinal debe ser evitada a toda costa; la peritonitis, y la celulitis pélvica son las principales causas de muerte a consecuencia de estas intervenciones.

Ano previo. — Puede practicarse en tres condiciones diferentes:

a) *Como operación de urgencia*, para tratar los accidentes de oclusión aguda.

b) *Como primer tiempo indispensable* de una extirpación perineal sin descenso del extremo cólico al periné (operación de MILES).

c) *Como primer tiempo facultativo* en todos los otros casos. Su ventaja estriba en que atenúa la septicidad del recto, realizando la derivación de las materias fecales y permitiendo los grandes lavajes durante los ocho días que preceden a la operación. Algunos cirujanos practican este ano ilíaco izquierdo preliminar sistemáticamente, antes de la extirpación perineal; algunos lo hacen asimismo algunas veces antes de la abdomino-perineal.

Si ulteriormente hay que practicar una extirpación (perineal o abdomino-perineal) con descenso del extremo cólico a la piel del periné, evidentemente habrá que tener cuidado de hacer el ano alto en el colon, en la unión del colon descendente y del asa omega, pues un ano bajo haría difícil o imposible este descenso.

Si posteriormente se ha de hacer una extirpación abdomino-perineal sin descenso, es necesario saber que, alto o bajo, el ano previo es incómodo, pues la sección del intestino es más compli-

cada, a menos que se abandone un fondo de saco intestinal más o menos largo por debajo de la colostomía.

Por todas estas razones, muchos operadores abandonan poco a poco, actualmente, el ano previo. Cuando la necesidad impone hacer un ano artificial, es decir, si se trata de un cáncer en estado de oclusión, pero que se cree que puede ser extirpado posteriormente, el ano cecal será preferido al ano iliaco izquierdo.

Vías de acceso. — Si dejamos de lado la vía sacra, abandonada justamente en Francia, y la vía vaginal, cuyas indicaciones son excepcionales, dos vías pueden escogerse: *la vía baja o perineal*, simple o con resección del coxis (vía coxi-perineal), y *la vía combinada o abdomino-perineal* (1).

En las estrecheces, generalmente situadas en la parte baja y por la cual no hay que preocuparse de exéresis ganglionar, la vía perineal es casi la única empleada.

Contra el cáncer, las dos vías son actualmente utilizadas, pero las indicaciones de cada una de ellas son diversamente apreciadas todavía. Para los cánceres del conducto anal, la vía perineal está evidentemente indicada, lo mismo que la vía abdomino-perineal para los cánceres recto-sigmoideos. La discusión está en los cánceres ampolares medios e incluso inferiores; para éstos las opiniones están divididas.

Es indudable que la vía abdomino-perineal es más anatómica y más racional, porque permite desde el primer momento comprobar la extensión de las lesiones, y por consecuencia su operabilidad, y sobre todo permite extirpar en masa el recto, el tejido conjuntivo, los linfáticos y los ganglios, incluso los más elevados, los que asientan a nivel del promontorio y al nivel y por encima de la bifurcación de la arteria mesentérica inferior; por último, permite comenzar por la hemostasia del pedículo principal y de atacar los planos de despegamiento en el sentido más favorable; de hecho da resultados lejanos relativamente buenos (18 por 100 de recidivas solamente), pero tiene una elevada mortalidad operatoria (25 a 40 por 100).

La vía perineal es infinitamente más benigna; su mortalidad operatoria es de 8 a 10 por 100; expone más a la recidiva porque no permite extirpar los ganglios situados en la parte alta, y, no obstante, ha dado un gran número de supervivencia de más de 10 años.

Si bien la operación abdomino-perineal es, en principio, la operación de elección, la operación perineal merece ser conservada, al menos para los tumores situados en la parte baja de la ampolla, que no remontan más de 8 ó 10 centímetros, en los cuales el dedo pueda llegar al borde superior, y fácilmente movilizables, sobre todo en los sujetos de edad avanzada, obesos y debilitados.

(1) La vía abdominal pura se aplica sobre todo en los cánceres bajos del asa sigmoidea, más que en los cánceres del recto: la hemos descrito a propósito de las colectomías (pág. 285).

Describiremos la técnica de cinco modalidades operatorias:

1.º Extirpación perineal con ano perineal sin conservación del esfínter.

2.º Extirpación perineal con ano perineal y conservación del esfínter.

3.º Extirpación perineal amplia precedida del establecimiento de un ano ilíaco definitivo.

4.º Extirpación abdomino-perineal con descenso del colon al periné (con o sin conservación del esfínter).

5.º Extirpación abdomino-perineal con implantación del colon a la pared abdominal en ano ilíaco definitivo.

Cualquiera que sea el procedimiento adoptado será conveniente, antes de cerrar el ano, irrigar la ampolla con agua caliente, manteniendo el ano abierto por el espéculum, descargarlo y llenar la ampolla de polvo de quinquina.

Dos ayudantes son útiles en todas estas intervenciones.

I. Extirpación perineal con descenso sin conservación del esfínter (1)

A. **En el hombre.**— El enfermo está en posición de la talla, la ensilladura lumbar elevada por un cojín duro y rebasando ligeramente la mesa.

1.º **Cierre del ano.**— Se cierra el ano mediante una sutura en bolsa, por medio de un hilo sólido pasado circularmente alrededor del orificio anal; anudado el hilo, se conservan sus dos cabos, que servirán para tirar del recto (figura 298).

2.º **Incisión de la piel.**— Se practica una incisión elíptica circunscribiendo el ano, pasando a dos centímetros por fuera de él a los lados, prolongada por delante por una incisión media rectilínea hacia la raíz de las bolsas, por detrás por una incisión media rectilínea hacia la base del coxis (fig. 299).

(1) Técnica de QUÉNU y BAUDET, *Revue de Gynécologie*, número 4, 1898.

3.º **Liberación del recto a cada lado; incisión de los fascículos medios y posteriores de los elevadores.** — Se incinden por delante el tejido celular laxo y algunas fibras del dartos; por detrás el rafe ano-coxígeo adherido a la piel; lateralmente se penetra decididamente en la grasa amarilla de la cavidad isquio-rectal, colocando algunas pinzas

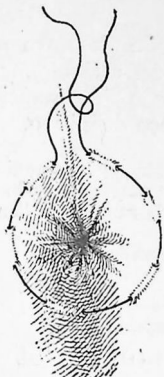


Fig. 298. — *Extirpación perineal del recto con descenso, sin conservación de esfínter.* — 1.º Se hilvana un hilo alrededor del ano.

en las arteriolas hemorroidales inferiores que sangren, hasta que se llega a las fibras rojas, carnosas, fácilmente reconocibles, del elevador. Entonces, tirando del recto hacia la izquierda para poner en tensión el elevador derecho, se cortan las fibras de éste a algunos centímetros de su inserción rectal, que se retraen y descubren la superficie blanca y reluciente de la aponeurosis perineal superior (figura 300); se incinden por detrás hasta el coxis, pero respetando los fascículos anteriores pre-rectales. Se incinden de la misma manera los fascículos medios y posteriores del elevador izquierdo, tirando del recto hacia la derecha.

4.º **Liberación del recto por delante; incisión del rafe ano-bulbar y de las fibras anteriores del elevador** (fig. 301).

— Este es el tiempo delicado, pues es necesario evitar la uretra bulbar y membranosa. Tirando del recto hacia atrás, los fascículos anteriores del elevador se muestran bajo la forma de dos gruesas bandas musculares; el operador introduce el índice izquierdo aplicado contra el recto por encima de estos fascículos y cogiéndolos entre el pulgar y el índice a ras del bulbo, así como al pequeño músculo recto-uretral situado en la profundidad; desde entonces se ve formar entre los bordes internos de los dos elevadores una depresión que el dedo hunde fácilmente, dando acceso al espacio de despegamiento pre-rectal, de una altura de 3 a 4 centímetros, que separa al recto por detrás, de la próstata y vesículas seminales por delante, hasta el techo

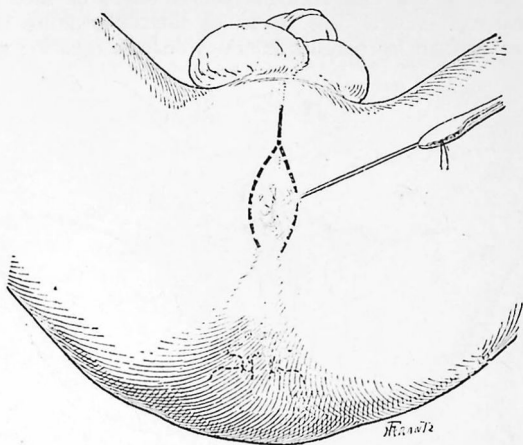


Fig. 299. — 2.º El hilo ha sido anudado y sirve de tractor. Trazado de la incisión cutánea.

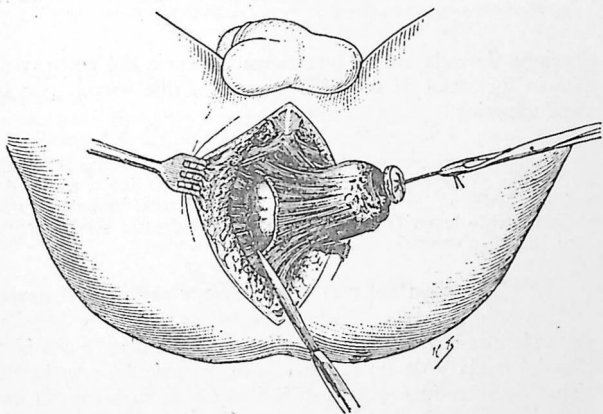


Fig. 300. — 3.º Sección de los fascículos medios del elevador.

del espacio que está formado por el fondo de saco peritoneal recto-vesical. Los fascículos anteriores de los elevadores forman las paredes laterales de este espacio; se les

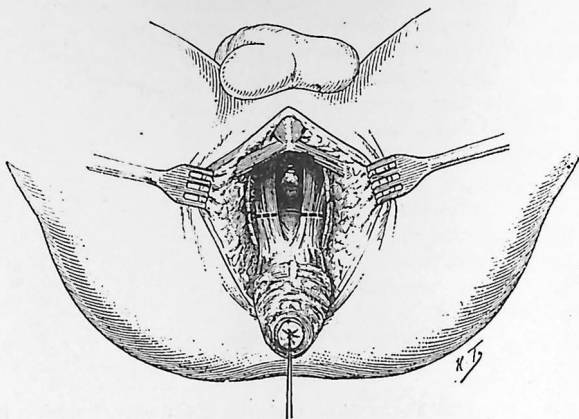


Fig. 301. — 4.º Liberación del recto por delante. Entre los fascículos anteriores de los elevadores, que se seccionarán siguiendo el punteado, se percibe en la pared anterior del espacio despegable prerrectal, la próstata, las vesículas y el fondo de saco peritoneal (según QUÉNU y HARTMANN).

secciona de cada lado a una cierta distancia del recto, y se pinzan los vasos hemorroidales medios que corren por su cara superior.

Cuando un cáncer rectal está adherido a la próstata, el plano de sección no debe pasar entre próstata y recto, sino a través del tejido prostático, quedando un trozo unido al recto amputado, respetando desde luego la uretra; la colocación de una sonda facilita este tiempo operatorio (E. QUÉNU).

5.º Liberación del recto por detrás y sección del coxis.
— Tirando del recto hacia delante, se acaba la sección del rafe ano-coxígeo; de dos tijeretazos se liberan los bordes del coxis y de un tercero se le desarticula y se le extirpa. Se introduce entonces fácilmente la mano en la excavación sacra, hasta el promontorio (fig. 302), rompiendo todas las adherencias vasculares y nerviosas posteriores del

recto, prácticamente insignificantes. Desde este momento el recto está ya muy desprendido saliendo hacia fuera 12 ó 14 centímetros; no está retenido más que por sus inserciones peritoneales y su pedículo superior.

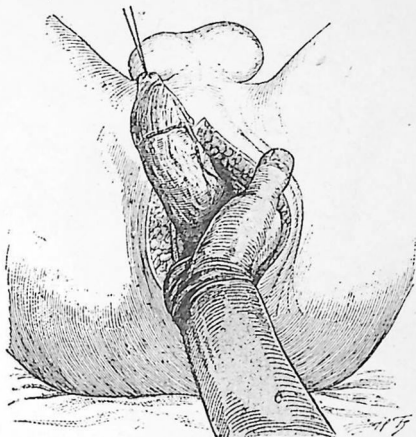


Fig. 302. — 5.º Liberación del recto por detrás, con la mano introducida delante del sacro hasta el promontorio. (MARION.)

Algunos cirujanos, para la liberación del recto, prefieren empezar por el despegamiento posterior; deslizan el dedo de atrás a delante en los lados del recto por encima del elevador, y seccionan sus fibras así cargadas en el dedo; primero de un lado, después del otro; el recto en este momento no está fijo más que por delante; utilizando el despegamiento lateral deslizan profundamente el índice por encima y por delante del recto, penetrando así en último lugar, en el plano de separación anterior, el más difícil de encontrar.

6.º Sección del peritoneo y del pedículo superior. — En el fondo de la herida se incide el fondo de saco rectovesical, transversalmente. Se tira del recto hacia la izquierda, para poner tensa la hoja derecha del meso-recto, que aparece bajo la forma de una lámina triangular de base inferior, se le pinza y se corta. Se tira en seguida el recto a la derecha, se pone en tensión la hoja izquierda del meso-

recto y se le secciona en la misma forma (fig. 303). De este modo se continúa por secciones escalonadas, más o menos hacia arriba, según tengan que bajarse 15, 20 centímetros y más de recto. La liberación del recto debe juzgarse su-

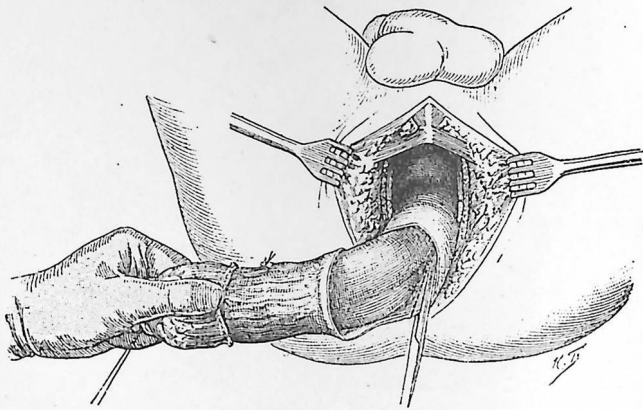


Fig. 303. — 6.º Sección del meso-recto (punteado) entre el recto y una pinza colocada sobre este meso (según QUÉNU y HARTMANN).

ficiente cuando la parte sana del intestino pueda ser atraída sin tracciones exageradas a la parte media de la herida perineal. Si se sutura el intestino muy tenso, los hilos cortan, o el borde intestinal se necrosa.

7.º Cierre de la herida. — Se cierra el peritoneo adosándolo con algunos puntos a la pared anterior del colon (figura 304). Después se aproxima delante del recto y se suturan borde con borde los restos de los elevadores. Detrás del recto se coloca una mecha y un tubo. Por último, estando el recto colocado un poco por delante del ángulo posterior de la herida, se sutura la herida cutánea: completamente por delante del recto, dejando solamente un pequeño tubo en el ángulo anterior, parcialmente por detrás para permitir el paso del tubo y de la mecha (fig. 305).

8.º **Sección del recto y fijación del ano.** — Se secciona el recto un poco por debajo de la herida perineal. Con algunos puntos no perforantes se fija a los tejidos vecinos, después se sutura la mucosa a la piel.

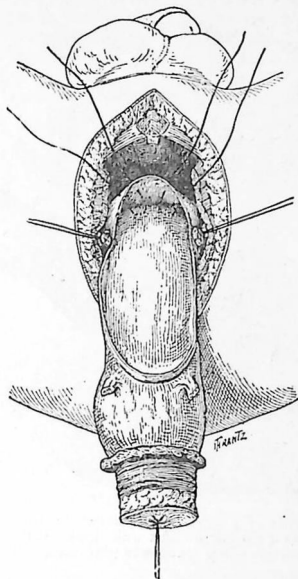


Fig. 304. — 7.º El recto ha sido enteramente liberado hasta la altura necesaria. Cierre del fondo de saco peritoneal.

B. En la mujer. — El único tiempo diferente es el despegamiento de la cara anterior del recto; que es desde luego más fácil que en el hombre.

Incisión perineal en raqueta con el mango posterior alcanzando la base del coxis.

Sección de la piel, del tejido celular subcutáneo, de la cavidad ano-coxígea por detrás, de los fascículos medios y posteriores del elevador a cada lado.

Para liberar la cara anterior del recto se puede proce-

der, como en el hombre, cargando sobre el dedo todo el septum ano-vulvar, o disecar toda la cara posterior de la vagina sin ocuparse del recto; con la separación de los fascículos anteriores del elevador se penetra cómodamente en

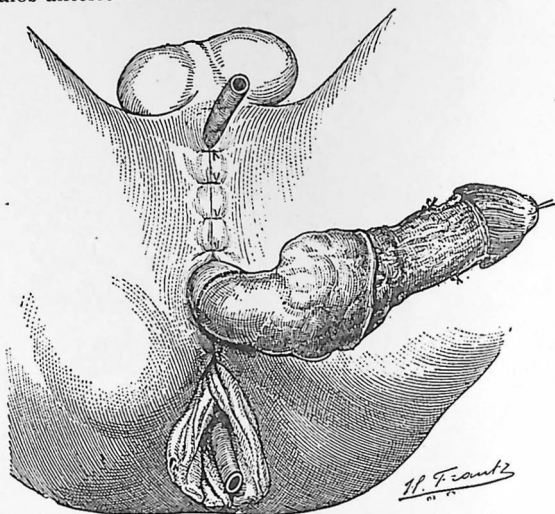


Fig. 305. — 8.º La herida está cerrada en parte con un tubo de drenaje por delante, un tubo y una gasa por detrás; una línea de puntos marca el sitio donde el recto será seccionado y fijado a la piel (según MARION, modificado).

el espacio despegable pre-rectal; se cortan verticalmente cerca de la vagina estos fascículos, que forman las paredes laterales del espacio. Los últimos tiempos son exactamente iguales que en el hombre.

Cuando el cáncer asienta en la cara anterior del recto y está adherido a la pared posterior de la vagina, no se hace el despegamiento anterior; se extirpa con el recto esta pared posterior limitada por incisiones longitudinales. Después de extirpada se reconstituye la vagina por sutura de los labios externos de estas incisiones.

II. Extirpación perineal con descenso y conservación del esfínter (1)

A consecuencia de una extirpación perineal con ablación del esfínter, la incontinencia de las materias fecales es en general menos absoluta de lo que se pudiera creer, sobre todo si se ha colocado el ano perineal bastante anteriormente; al cabo de un cierto

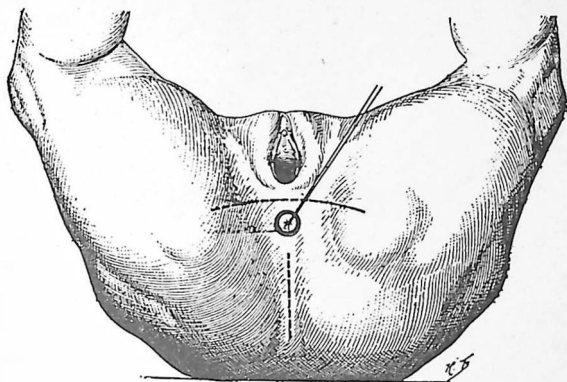


Fig. 306. — *Extirpación perineal del recto con conservación del esfínter.* — 1.º Trazado de las incisiones cutáneas: se empieza por hacer una operación de Whitehead típica; después el manguito mucoso despegado es ligado en su base. (Tomado de CUNÉO.)

tiempo la función se regulariza hasta el punto que algunos sujetos defecan una sola vez al día a hora fija.

Esta incontinencia, bastante relativa, es, sin embargo, un achaque; la siguiente técnica permite conservar el esfínter: en todo caso, no debe aplicarse más que cuando las lesiones asientan a una distancia suficiente del conducto anal, es decir, en los cánceres de la ampolla, separados del borde superior del esfínter por un intervalo de tres o cuatro centímetros de mucosa sana. Practicada en estas condiciones, la conservación del esfínter complica un poco la intervención, no la agrava sensiblemente y según parece no aumenta las probabilidades de recidiva. Después de la intervención la contractilidad del esfínter es casi siempre conservada, pero la continencia voluntaria sólo es conservada en un poco más del tercio de los casos.

(1) Técnica de CUNÉO. *Journal de Chirurgie*. I, I, núm. 5, agosto 1908, pág. 433.

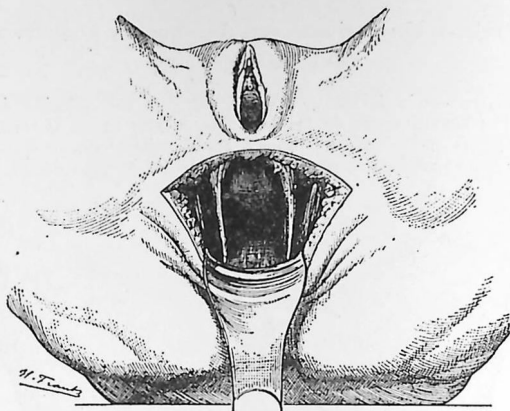


Fig. 307. — 2.º Desprendimiento pre-rectal. — Entre las hojas recto-genitales se percibe el fondo de saco de Douglas. (CUNÉO.)

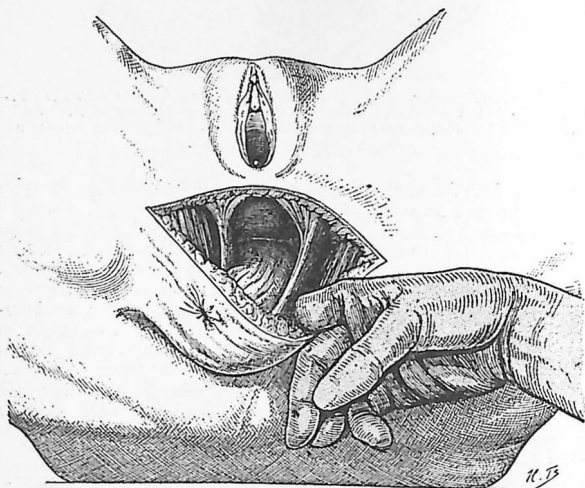


Fig. 308. — 3.º Desprendimiento de la cara lateral del recto. (CUNÉO.)

1.º **Avivamiento del ano.** — Se empieza por hacer una operación de WHITEHEAD típica, haciendo el despegamiento de la mucosa tan arriba como sea posible; se liga el manguito mucoso en su base y se cauteriza su superficie de sección con el termocauterío.

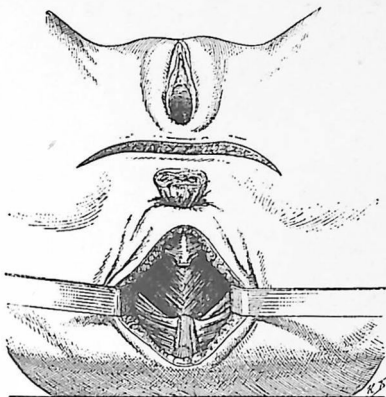


Fig. 319. — 4.º Incisión posterior mostrando por delante el esfínter externo, en medio los elevadores, por detrás el coxis encuadrado por los glúteos mayores y los isquiocoxígeos. (CUNÉO.)

2.º **Incisión prerrectal.** — Se practica por delante del ano una incisión transversal de un isquión al otro; se separa el recto del bulbo uretral o de la vagina, pasando al espacio de despegamiento prerrectal (véase operación precedente), hasta el fondo de saco peritoneal. Se coloca un tapón de gasa en la herida.

3.º **Aislamiento del recto.** — Nos encontramos entonces en presencia de una cavidad prerrectal limitada lateralmente por dos láminas fibrosas sagitales que son las aponeurosis internas del elevador que se continúan por arriba, sin límite preciso, con la aponeurosis sacro-recto-genital (figura 304). Incindiendo esta lámina a lo largo del borde interno del elevador se puede fácilmente introducir el dedo entre el músculo por fuera y la vaina por dentro; llevando

el dedo por detrás, se contornea con suma facilidad los lados del recto, y se llega a su cara posterior (fig. 308).

4.º **Sección de las láminas recto-vaginales.** — Las láminas se encuentran aisladas por sus dos caras y es fácil seccionarlas en toda su extensión.

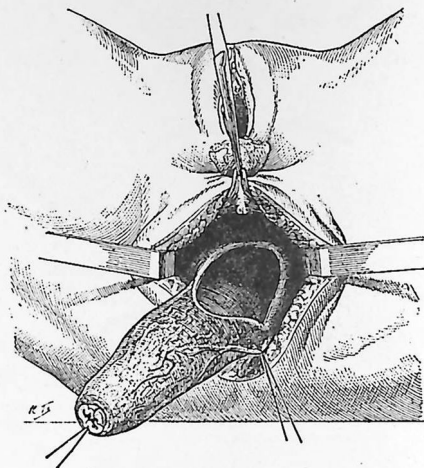


Fig. 310. — 5.º Extracción del recto por la incisión posterior (CUNÉO).

5.º **Abertura del peritoneo.** — Por delante del recto se incide ampliamente el fondo de saco peritoneal. Se coloca un tapón de gasa en la herida.

6.º **Incisión posterior** (fig. 309). — Comienza a 4 centímetros por detrás del ano, y termina un poco por encima de la articulación sacro-coxígea. Se desarticula el coxis y se reclina hacia el ano la cincha de los elevadores.

7.º **Despegamiento presacro,** como en la operación anteriormente descrita.

8.º **Sección inferior del elevador.** — Con un dedo introducido en el conducto anal despegado, se rechaza el muñón

mucoso y haciéndolo resaltar en la pared muscular del recto se practica en ésta un ojal y después se incinde en todo su alrededor.

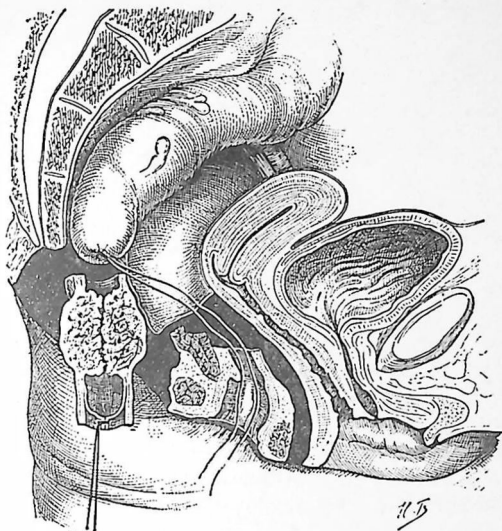


Fig. 311. — 6.º Corte esquemático mostrando de una parte la extracción del recto por la incisión posterior; por otra parte la introducción del extremo cólico en el conducto anal. (Tomado de CUNÉO.)

9.º **Descenso del recto.** — Se atrae entonces a la incisión posterior el recto así separado y se concluye su descenso seccionando el pedículo hemorroidal superior, después de haberlo pinzado tan alto como sea posible (figura 310).

10.º **Sección superior del intestino** por encima del tumor, a distancia, entre dos ligaduras.

11.º **Cierre del peritoneo.**

12.º **Colocación del recto en su lugar,** en el conducto anal despojado (fig. 311); se le fija al borde de los eleva-

dores. Se quita el hilo que cierra el recto y se sutura la superficie de sección con la circunferencia cutánea del ano

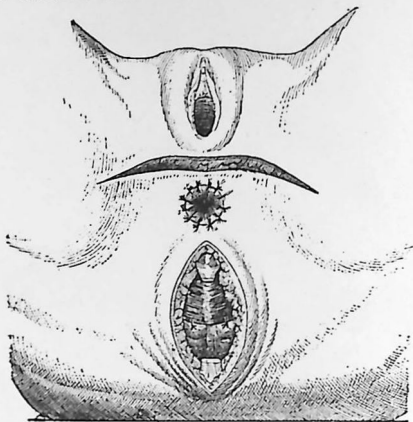


Fig. 312. — 7.º Fijación del colon pelviano a la piel.

(figura 312). Es inútil cerrar o estrechar las heridas anterior y posterior: en cada una de ellas se deja un drenaje rodeado de gasa.

III. Extirpación perineal amplia sin descenso, precedida del establecimiento de un ano ilíaco definitivo

(OPERACIÓN DE MILES) (1)

El principio de este método es la extirpación amplia del conducto ano-rectal con sus ganglios, el tejido celular de las fosas isquio-rectales y la mayor parte de los músculos elevadores del ano, siendo practicada la sección de estos músculos a distancia del recto, a ras de sus inserciones pelvianas; la exéresis debe ser igualmente muy extensa en el sentido de la altura, puesto que la operación se termina por la sección alta del colon sigmoideo en el fondo de la herida, con abandono del muñón.

(1) Según PAUCHET. *La pratique chirurgicale illustrée*. Fascículo II.

Este método no solamente es aplicable a los cánceres bajos y medios, sino que también se aplica a los cánceres ampollares superiores y recto-sigmoideos; en estos últimos casos principalmente, puede también aplicarse a los obesos y de una manera general en todos los enfermos que al parecer no pueden soportar una amputación abdomino-perineal.

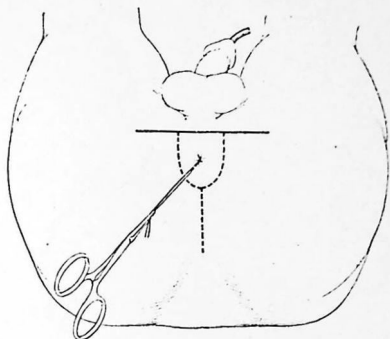


Fig. 313. — *Extirpación perineal amplia sin descenso.* — 1.º Incisión.
(PAUCHET.)

1.º tiempo: ano iliaco definitivo, con sección del asa cólica y abocamiento separado de los dos extremos a la piel.

2.º tiempo: extirpación perineal.

A. En el hombre. — Se coloca en la uretra una sonda de goma; el ano se cierra por un hilo en bolsa.

1.º Incisión en forma de copa comprendiendo una rama transversal pre-anal, una parte semicircular hecha a dos centímetros del ano, una rama vertical retro-anal que llega por detrás a la articulación sacro-coxígea (fig. 313).

2.º Liberación del recto por delante (véase pág. 312).

3.º Desarticulación del coxis y liberación del recto por detrás (véase pág. 314).

4.º Sección de los elevadores: a cada lado, a distancia del recto, junto a las ramas isquio-pubianas, se incinde la grasa isquio-rectal y se pone al descubierto la cara inferior de los elevadores; se reduce la grasa hacia dentro

y se seccionan los músculos muy hacia fuera, a ras de su inserción pelviana (fig. 314).

5.º Abertura del fondo de saco de DOUGLAS por delante, entre el recto y la próstata; sección de la arteria

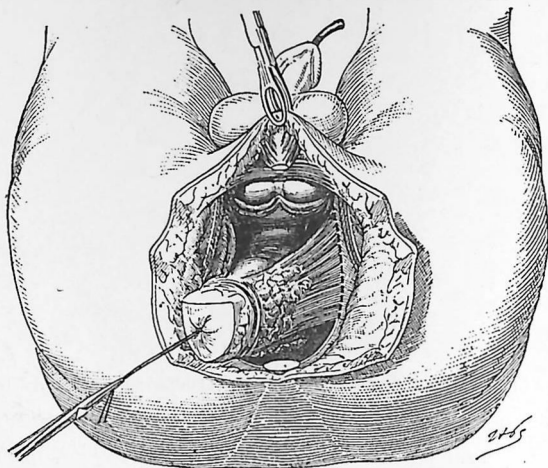


Fig. 314. — 2.º El recto ha sido liberado por delante y por detrás: a cada lado se cortan los elevadores junto a la pared pelviana (según PAUCHET).

mesentérica inferior entre dos ligaduras, en la cara posterior del recto sigmoideo (véase pág. 315).

6.º Estando descendida el asa recto-cólica con la grasa y los elevadores contiguos, se la secciona con el termocauterío entre un hilo sólido colocado lo más alto posible y una pinza acodada por debajo. Infundibulización en bolsa del muñón mediante un hilo colocado a un centímetro por encima (fig. 315). Fijación de los bordes de la brecha peritoneal alrededor del muñón.

7.º Sutura de la herida con drenaje en la parte posterior.

B. En la mujer. — El único tiempo diferente, en este como en los otros procedimientos, es el despegamiento de

la cara anterior del recto; en caso de cáncer de la cara anterior del recto adherido a la vagina, en lugar de practi-

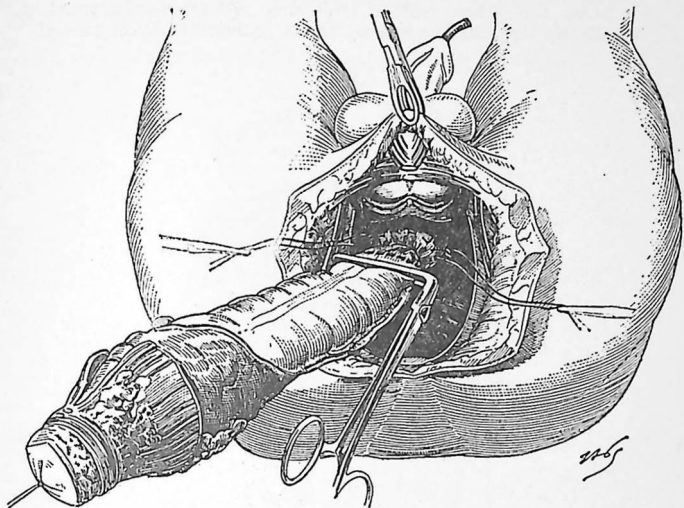


Fig. 315. — 3º El asa está descendida; se la corta siguiendo el punteado por encima de una pinza y por debajo de una ligadura; dos hilos están preparados para cerrar mediante una sutura en bolsa que infundibilizara inmediatamente el muñón. (Tomado de PAUCHET)

car el despegamiento, se extirpa la pared posterior de la vagina con el recto.

IV. Extirpación abdomino-perineal con descenso del colon al periné

Después de una amputación abdomino-perineal, existen dos maneras de tratar el extremo cólico: se puede abocar a la pared abdominal en ano ilíaco definitivo: es el procedimiento más sencillo y el más antiguamente empleado. Para evitar al enfermo este desagradable achaque, se puede, en ciertas condiciones y por la técnica que vamos a describir, implantar el extremo cólico en el periné, en el lugar y sitio del ano normal.

Algunos cirujanos, estimando que el descenso al periné complica y agrava una operación ya de por sí grave, practican sistemáticamente el ano ilíaco definitivo.

Otros no practican el descenso más que cuando el esfínter anal puede ser conservado, pues es preferible, según ellos, un ano ilíaco, a un ano perineal incontinente.

Otros, por último, realizan el descenso siempre que es posible hacerlo sin destrozo importante, sin desprendimiento colo-parietal

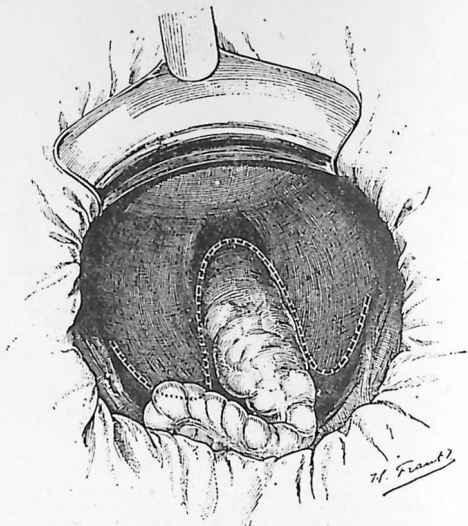


Fig. 316. — *Extirpación abdomino-perineal con implantación del colon al perineo.* — 1.º Incisión del peritoneo para la liberación del recto por la vía abdominal. (MARION.)

extenso, sin sección de múltiples arterias, sin tracción exagerada que pueda poner en peligro la vitalidad del segmento descendido: si en el curso de la intervención las condiciones técnicas son desfavorables se deciden por un ano ilíaco definitivo, considerándolo como un mal menor.

1. Tiempo abdominal. — El enfermo está en posición declive; el cirujano a la izquierda.

1.º Laparotomía media infra-umbilical. — Se coloca una valva supra-pubiana y campos protegiendo la masa intestinal. Se examinan las lesiones reconociendo si el recto es extirpable o no (cáncer adherido al sacro, linfangitis cancerosa a distancia, metastasis abdominales), si el descenso

al periné será posible; supongamos que se juzga extirpable y realizable su descenso.

2.º Incisión del peritoneo.— Se incinde el peritoneo siguiendo una línea continua en la hoja izquierda del me-

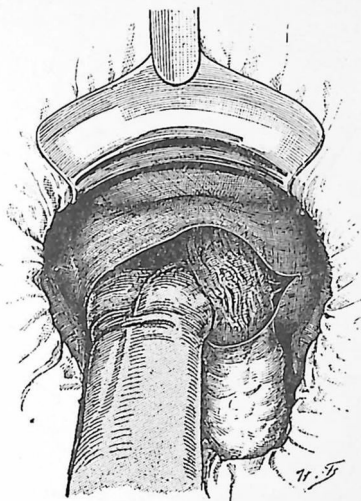


Fig. 317.—2.º La mano introducida en la cavidad sacra desprende el recto de la cara anterior del sacro (MARION).

socolon pelviano, en el canal latero-rectal izquierdo, en el fondo de saco de DOUGLAS, en el canal latero-rectal derecho y, por último, en la hoja derecha del mesocolon pelviano (figura 316).

3.º Despegamiento del colon pelviano y del recto.— *a)* Por detrás: la mano introducida por la brecha peritoneal en contacto del sacro, sigue la concavidad sacra hasta su extremidad inferior, rechazando hacia delante todo lo que en ella se encuentra (fig. 317); *b)* por los lados: se despega con la misma mano todo lo abajo posible, teniendo cuidado de no herir el uréter, pinzando y seccionando, al

mismo tiempo, los vasos hemorroidales medios en la cara superior del elevador; *c) por delante*: se despega el recto de la vejiga y de la próstata, todo lo más abajo posible (figura 318).



Fig. 318. — 3.º Con una compresa se separa el recto de la cara posterior de la vejiga. (MARION).

4.º **Ligadura del pedículo superior.** — Se reconoce el punto donde se practicará la sección del intestino: según donde asienta el cáncer, habrá interés en practicar esta sección en un punto lo más alejado posible del meso sigmoideo, pues así es como se obtiene mayor movilidad; a este nivel se anuda un hilo alrededor del intestino. Seguidamente en la incisión del meso se busca la arteria hemorroidal superior, que se liga lo más arriba posible, es decir, algo por debajo del tronco de las sigmoideas, y se la secciona entre dos ligaduras, encontrándonos así por encima de la primera etapa ganglionar regional. Accesoriamente es necesario ligar la última arcada yuxta-sigmoidea, que san-

grará cuando se corte radialmente el meso en la dirección que corresponde al punto de la futura sección del intestino (CUNÉO) (1).

Se ha estudiado minuciosamente, durante una quincena de años, la disposición de las arterias de la unión recto-sigmoidea, la manera de ramificarse la arteria mesentérica inferior, las anastomosis

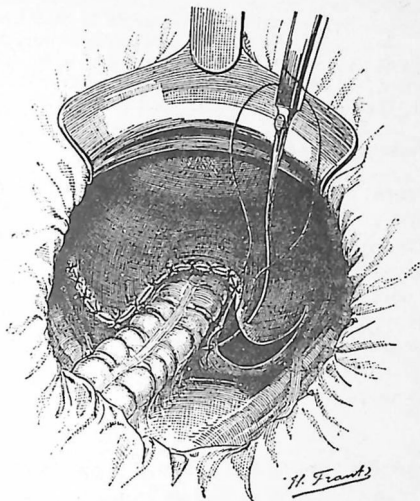


Fig. 319. — 4.º Peritonización por encima del asa liberada. (MARION).

entre sus ramas, la sigmoidea y el famoso punto crítico de SUDEK; se ha discutido ampliamente el punto preciso donde debe practicarse la sección de la arteria para evitar la gangrena del segmento cólico descendido. Estos estudios y estas discusiones no tienen interés desde el punto de vista que nos ocupa, puesto que la sección pasa siempre encima de la zona peligrosa y que el segmento cólico correspondiente debe necesariamente ser extirpado (CUNÉO) (2).

5.º **Peritonización.** — Después de comprobar que el asa liberada presenta una movilidad tal que fácilmente po-

(1) CUNÉO. *Bull. Mém. Soc. Chir.*, 1923, pág. 1333.

(2) CUNÉO. *Id.*

drá ser descendida, se amontona en la pelvis menor y por encima se peritoniza suturando el colgajo peritoneal anterior alrededor del colon que se encuentra a este nivel, y que está destinado a permanecer en este lugar (fig. 319).

La peritonización resulta un poco engorrosa, debido a la presencia del largo segmento cólico que ulteriormente debe ser descendido, pero que de momento está amontonado sobre sí mismo; por eso algunos operadores practican el tiempo de la peritonización al final de la operación, después del tiempo perineal; es decir, que hacen un tercer tiempo abdominal, únicamente para peritonizar: la peritonización es así más perfecta, porque se ejecuta en la pelvis menor, en la cual el colon ha tomado su colocación definitiva.

6.º Cierre de la pared abdominal.

II. Tiempo perineal.—La extirpación del recto y su implantación al periné se practican según las reglas indicadas a propósito de la extirpación por vía perineal, siempre que sea posible, conservando el esfínter. Este tiempo peritoneal se encuentra muy facilitado por la previa liberación abdominal. La desarticulación del coxis es inútil.

Es necesario procurar, al final de la operación, reconstituir lo mejor posible el elevador en su disposición y sus conexiones intestinales.

V. Extirpación abdomino-perineal con implantación del colon a la pared abdominal

1. Tiempo abdominal.—Los tres primeros tiempos son exactamente los mismos que en la operación precedente.

4.º Sección del intestino.—En el punto escogido, es decir, a una cierta distancia por encima del tumor, el intestino será aplastado y después seccionado con el termocauterío entre dos ligaduras; cada extremo será envuelto en una compresa (fig. 320).

5.º Peritonización.—Por encima del extremo inferior rechazado a la pelvis menor, el peritoneo será suturado herméticamente (fig. 321).

Cuando el extremo inferior es largo y voluminoso, puede ser difícil colocarlo en la pelvis porque tiene tendencia a ocupar su sitio habitual, lo que hace que la peritonización sea difícil de realizar; se puede reducir su volumen mediante una resección.

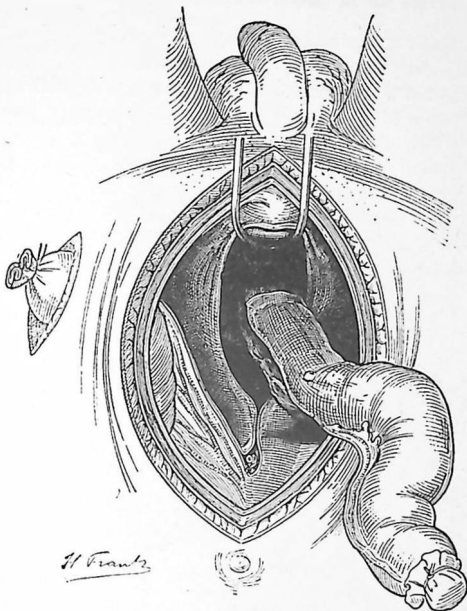


Fig. 320. — Extirpación abdomino-perineal con implantación del colon a la pared abdominal.— 1.º El asa cólica ha sido liberada y seccionada entre dos ligaduras; el extremo superior es introducido en una contra-incisión ilíaca izquierda.

6.º Implantación del extremo superior a la pared abdominal en ano terminal ilíaco izquierdo, que posteriormente se podrá perfeccionar por uno de los procedimientos de ano definitivo que hemos descrito (véase pág. 256).

La sección del colon entre las ramas de un pequeño compresor (tipo LARDENNOIS o de MARTEL), simplifica enormemente este tiempo operatorio; la rama colocada en el extremo distal es abandonada momentáneamente en la excavación pelviana; la rama que

está en el extremo proximal puede introducirse sin dificultad en un ojal de la pared en el punto más conveniente, y solamente se retira al cabo de 24 horas (OKINCZYC).

7.º Cierre de la pared abdominal.

II. **Tiempo peritoneal.** — La extirpación del recto se practicará siguiendo las reglas indicadas a propósito de la extirpación por vía perineal sin conservación del esfínter.

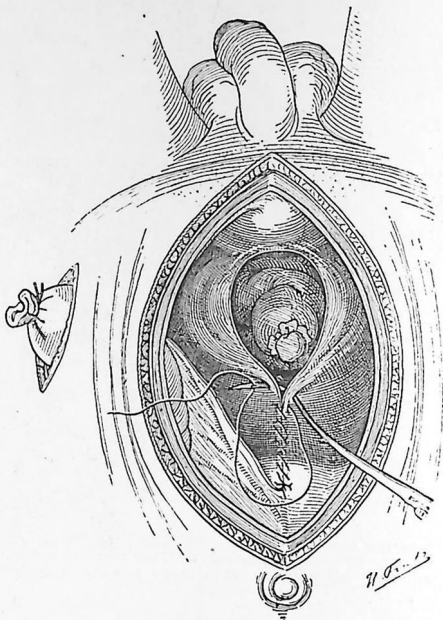


Fig. 321. — 2.º Peritonización por encima del extremo inferior amontonado en el fondo de la pelvis menor.

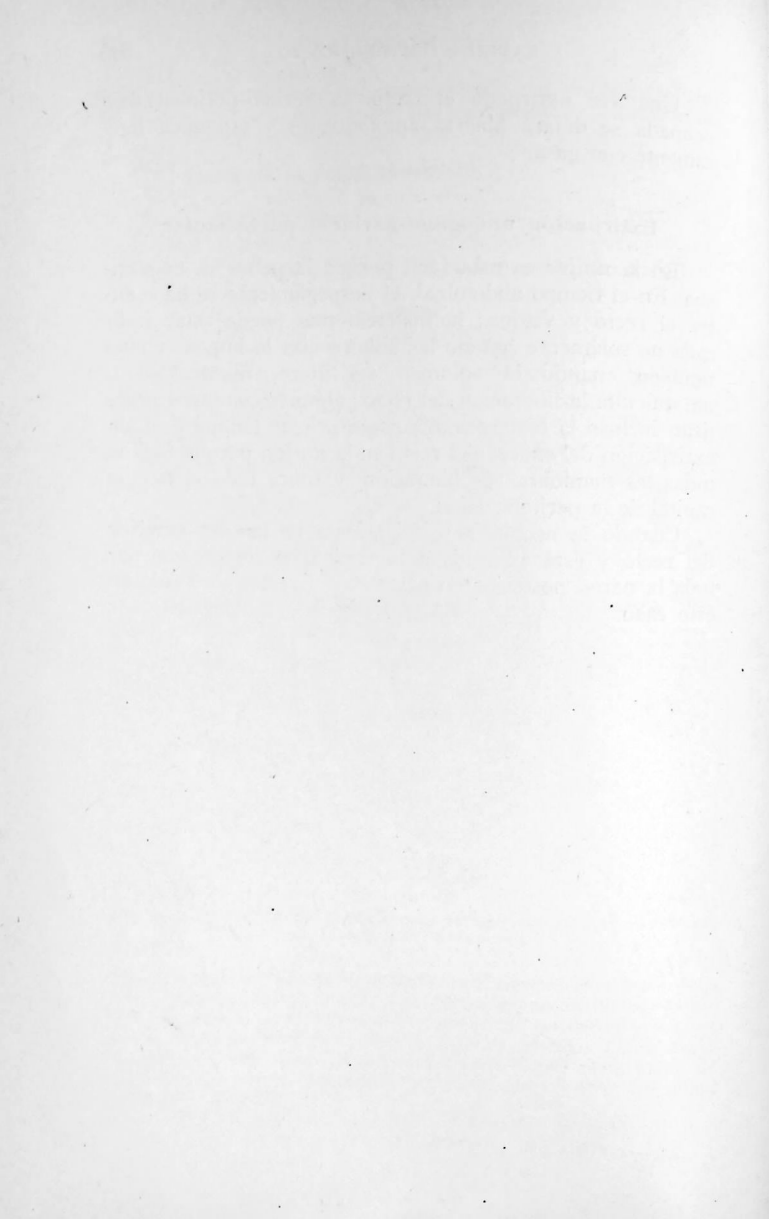
El tiempo de liberación anterior, que siempre es el más delicado, puede hallarse, en este caso particular, facilitado por el siguiente artificio: comenzar por liberar el recto por detrás y por los lados, atraer hacia fuera el extremo *superior* del colon y tirar hacia delante: de este modo la separación recto-bulbar tiene lugar de arriba abajo, por despegamiento retrógrado, por así decir, con suma facilidad.

Una vez extirpado el recto, la herida perineal desocupada se dejará abierta ampliamente y taponada ligeramente con gasa.

Extirpación abdomino-perineal en la mujer

En la mujer es más fácil porque la pelvis es más ancha. En el tiempo abdominal, el despegamiento se hace entre el recto y vagina; la histerectomía puede estar indicada no solamente cuando las adherencias lo imponen, sino también cuando el volumen del útero, fibromatoso o no, dificulta la liberación del recto; algunos cirujanos practican incluso la histerectomía como primer tiempo de toda extirpación del cáncer del recto en la mujer, porque facilita todas las maniobras de liberación, y sobre todo el tiempo capital de la peritonización.

Cuando la neoplasia rectal asienta en la cara anterior del recto y está adherida a la vagina, se ha de extirpar toda la pared posterior en masa con el recto, pero sólo en este caso.



CUARTA PARTE

Operaciones en los anexos del tubo digestivo

PRIMERA SECCIÓN

Cirugía del hígado

CAPÍTULO PRIMERO

Exploración. Vías de acceso al hígado

El hígado, órgano abdominal, está alojado casi enteramente en la caja torácica; no está separado de la cavidad pleural derecha y del pericardio más que por una delgada capa muscular: el diafragma (fig. 322).

El acceso a la cara inferior del hígado, su borde anterior y la parte vecina de su cara convexa puede hacerse por vía abdominal, por simple laparotomía; el de la parte posterior de este órgano no puede practicarse cómodamente más que abriendo un camino a través de la pared costal, de la pleura y del diafragma.

Estudiaremos sucesivamente las diferentes incisiones que permiten abordar el hígado y el campo que proporcionan sobre las diferentes partes de esta víscera; examinaremos después la elección de la incisión en los diversos casos particulares que pueden presentarse en la práctica.

1.º **Laparotomía media supra-umbilical** (véase pág. 74).— Sin ninguna maniobra, separando solamente los dos labios de la incisión, se ve una parte de la cara convexa de hígado, la parte que normalmente está en contacto con la pared abdominal anterior a nivel del epigastrio, bajo el apéndice xifoides, entre los dos rebordes cartilaginosos divergentes; está limitada por abajo por el borde anterior del hígado que descansa sobre el estómago. El borde anterior sube oblicuamente del 9.º cartilago costal derecho hacia el 7.º

u 8.º cartílago costal izquierdo, pasando por la línea media a dos traveses de dedo por debajo de la punta del apéndice xifoides. La conexión es más extensa en los sujetos de tórax estrecho y en las mujeres; es menor en los individuos robustos de tórax amplio.

Cogiendo el borde inferior del hígado y tirando de él hacia abajo, se llega a ver toda la vertiente anterior de la cúpula hepá-

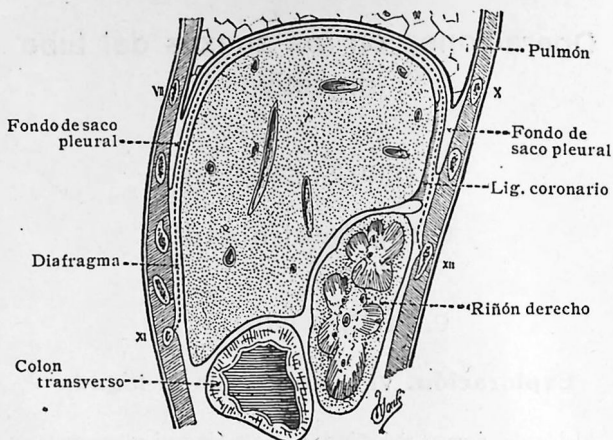


Fig. 322. — Corte antero-posterior del hipocondrio derecho mostrando las relaciones del hígado.

tica; al mismo tiempo se pone en tensión un tabique membranoso, orientado en un plano sagital, entre el hígado de una parte, la cara inferior del diafragma y la cara posterior de la línea blanca por otra parte, algo a la derecha de la línea media; este es el ligamento falciforme, o gran hoz del peritoneo, o ligamento suspensorio del hígado. Tabica el espacio subfrénico en dos: la lonja inter-hepato-frénica izquierda, cuyo techo está formado por la parte del diafragma que corresponde al pericardio, y el suelo por el lóbulo izquierdo del hígado; la lonja inter-hepato-frénica derecha que se extiende bajo toda la cúpula diafragmática derecha y sobre toda la convexidad del lóbulo derecho del hígado.

Si bien se puede explorar fácilmente toda la cara superior del lóbulo izquierdo y llegar fácilmente a ella, en lo que concierne al lóbulo derecho, se puede evidentemente pasar la mano entre el hígado y el diafragma de delante a atrás hasta sentirse detenido por el ligamento coronario, seguir este ligamento coronario de izquierda a derecha para explorar con el extremo de los dedos toda la convexidad del lóbulo derecho, pero la mayor parte de esta superficie permanece escondida a la vista e inaccesible operatoria-

mente. La sección del ligamento suspensorio, practicada de delante atrás con las tijeras, permite bascular un poco el hígado y aumentar en algunos centímetros la superficie visible de la cúpula, pero toda la parte externa del lóbulo derecho continúa invisible.

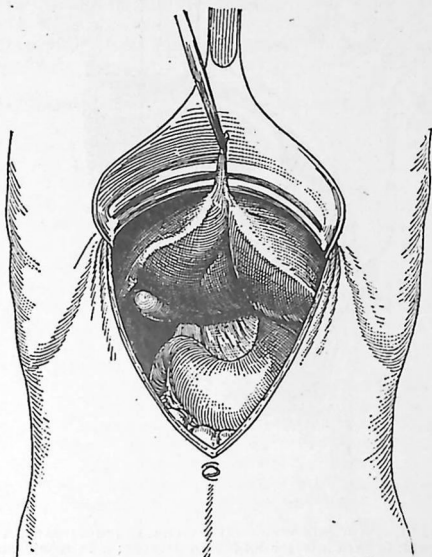


Fig. 323. — *Vías de acceso al hígado.* — 1.º Laparotomía media supra-umbilical. La pinza sostiene el ligamento redondo seccionado y eleva el hígado, haciendo visible la cara inferior del lóbulo izquierdo y el lóbulo cuadrado.

Tal es el estrecho campo de la incisión media supra-umbilical en la cara convexa.

Si ahora se eleva el borde anterior del hígado (fig. 323) y un ayudante lo sostiene levantado hacia arriba con las manos recubiertas de gasa para evitar que se deslice, se descubrirá con bastante facilidad toda la cara inferior cóncava del lóbulo izquierdo, cuya extremidad izquierda, prolongada por el ligamento triangular, va a perderse en la profundidad, más o menos lejos hacia la izquierda, en contacto, a veces, con el bazo. Hacia la derecha, el campo visual se encuentra limitado por la vesícula biliar, por detrás por el epiplón menor que contiene los elementos del pedículo hepático; es decir, que tan sólo el lóbulo cuadrado se encuentra bien expuesto.

Rasgando la parte débil del epiplón menor, a la izquierda del pedículo hepático, se podrá en rigor fraguar una vía, muy estrecha y profunda, hacia el lóbulo de SPIEGEL, a través de la transcavidad de los epiplones.

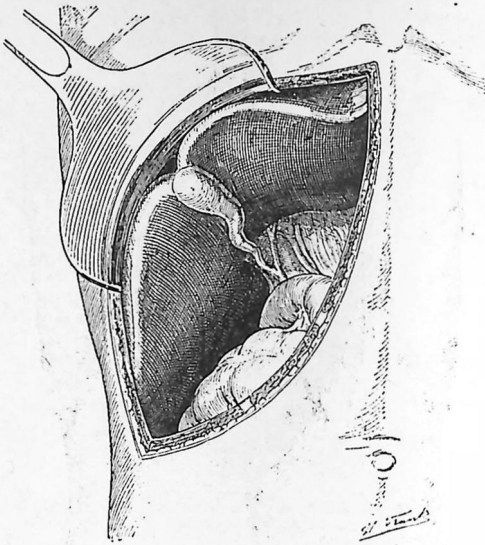


Fig. 324 — 2.º Laparotomía sub-costal derecha. Hígado elevado; A la derecha de la vesícula: la cara inferior del lóbulo derecho; a la izquierda: el lóbulo cuadrado, el epiplón menor que contiene los elementos del pedículo hepático; por detrás del borde libre del epiplón menor: el hiato de Winslow. En la parte infero-interna, el ángulo duodenal y el ángulo cólico derecho.

2.º **Laparotomía sub-costal derecha** (paralela al reborde cartilaginoso del tórax) (véase pág. 79).— Si se hace sostener en alto por un ayudante el borde anterior del hígado, después de colocar una valva que recline el reborde torácico, se llega a exteriorizar verdaderamente una parte del lóbulo derecho, obteniéndose así un excelente campo expuesto a la vista (fig. 324): lóbulo derecho propiamente dicho, con sus impresiones cólica, renal y duodenal, vesícula biliar, lóbulo cuadrado; el campo está limitado a la izquierda por el ligamento falciforme, por detrás por el epiplón menor; más atrás el borde libre de este epiplón menor, delante la vena cava inferior, entre el hígado por arriba y el duodeno por abajo, puede introducirse el dedo en el hiato de WINSLOW, y allí explorar el lóbulo de SPIEGEL, que forma el techo de la región celiaca.

Separando con fuerza hacia arriba y afuera el reborde cartilaginoso del tórax y dejando caer el borde inferior del hígado a su posición natural, o incluso tirando de él hacia abajo, se llega a descubrir casi siempre la parte anterior y la parte derecha de la cara convexa del hígado. Con los dedos se puede explorar la parte más posterior de esta cara convexa, pero no obstante toda la cara postero-externa del lóbulo derecho continúa invisible y, por tanto, inaccesible a toda intervención quirúrgica.

3.º **Laparotomías ampliadas por resección del reborde costal** (vía sub-pleural).—La resección definitiva del reborde costal por la técnica de AUVRAY (véase pág. 93), o la resección temporal de este reborde por la técnica de BAUDET-NAVARRO (véase pág. 94), que respetan el fondo de saco pleural, permiten ganar terreno en el sentido de la altura, es decir, de llegar al vértice de la cúpula hepática, pero no permiten exponer la vertiente posterior, para llegar a la cual es indispensable atravesar la cavidad pleural.

4.º **Toracotomía posterior** (vía transpleural).—En un cadáver colocado en posición abdómino-lateral izquierda se practica una incisión en U, que la rama vertical interna esté a 10 centímetros a la derecha de la línea de las apófisis espinosas, que la rama transversal siga el 10.º espacio intercostal en una longitud de 12 a 15 centímetros y que la rama vertical externa suba hacia la axila hasta la 7.ª costilla. En las dos ramas verticales de vuestra incisión, incidid las partes blandas hasta llegar a las costillas, denudar una a una estas costillas en una longitud de 2 centímetros y cortarlas con el costotomo. En la rama transversal incidid el 10.º espacio y abrir la pleura dé extremo a extremo: así podréis levantar un gran colgajo, comprendiendo la piel, los músculos, un largo segmento de las 10.ª, 9.ª, 8.ª y 7.ª costillas y la pleura parietal; una vez levantado este gran colgajo os encontraréis en la vertiente posterior de la cúpula diafragmática; incidid esta cúpula y descubriréis toda la parte posterior derecha del hígado.

Esta es una demostración cadavérica que da una excelente idea de la topografía quirúrgica de la región; *en el vivo*, como se interviene por una lesión que por adelantado se ha determinado su asiento de una manera precisa por la radiografía o por la punción, es suficiente en general una incisión rectilínea, resección de una costilla o de dos a lo máximo, en una longitud de unos 10 centímetros.

5.º **Laparo-toraco-frenotomía** (ANSELMO SCHWARTZ y JUAN QUÉNU).—Colocar vuestro enfermo en posición dorso-lateral izquierda.

1.º Trazar una incisión oblicua del ombligo hacia el reborde costal, enfrente del 8.º espacio. Colocar un separador: esta incisión da un campo mediocre sobre la cara inferior del lóbulo derecho en la región vesicular; permite pasar la mano y explorar con la punta de los dedos la cara cóncava y la cara convexa.

2.º Prolongar 5 ó 6 centímetros vuestra incisión sobre el re-

borde cartilaginoso, y más aún si precisa; seccionar con el bisturí el reborde cartilaginoso; incidir en algunos centímetros las inserciones del diafragma, deteniéndose por debajo del fondo de saco

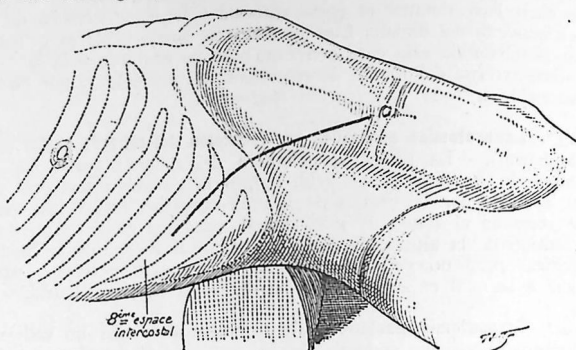


Fig. 325. — 3.º Laparo-toraco-frenotomía. (Según SCHWARTZ y JUAN QUÉNU.)
Trazado de la incisión.

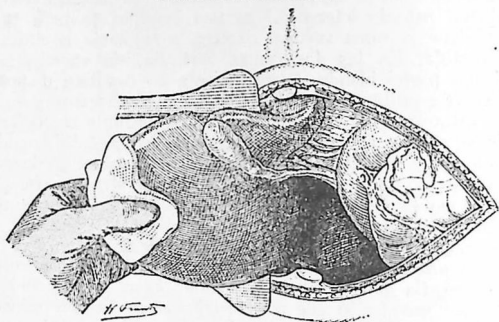


Fig. 326. — 3.º bis. Laparo-toraco-frenotomía en el 8.º espacio; el lóbulo derecho exteriorizado y elevado, acceso sobre su cara inferior hasta su parte más profunda: nótese en el fondo el ligamento triangular derecho.

pleural, que rechazaréis en caso de necesidad con la punta del dedo; una vez hecho esto, separando bien, la herida operatoria se abre ampliamente y permite inspeccionar toda la cara inferior del lóbulo derecho y una gran parte de su convexidad.

3.º Prolongar de delante atrás la incisión en el 8.º espacio intercostal; en caso de necesidad llegad hasta la línea axilar anterior (fig. 325); en este espacio abrir decididamente la pleura: un tabique delgado y movable divide vuestro campo operatorio: es el

diafragma; incidirle sin miedo de delante atrás, colocar en el espacio un separador de TUFFIER y abrirlo ampliamente: *tenéis entonces a la vista todo el lóbulo derecho del hígado*. Este lóbulo derecho se puede exteriorizar en gran parte y elevándolo (fig. 326) exponéis con la mayor facilidad toda la cara inferior; descendiendo (fig. 327) se ve toda la cara superior, toda la cúpula del hígado hasta el ligamento falciforme a la izquierda y hasta el liga-

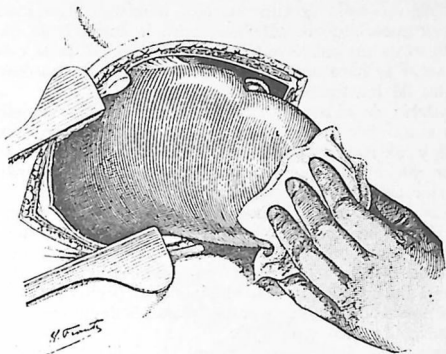


Fig. 327. — 3.º tri. La misma incisión; lóbulo derecho exteriorizado y descendido; acceso a su cara convexa.

mento coronario por detrás; atrayéndolo hacia delante, seguir este ligamento coronario hasta su extremidad derecha, que aparecerá bajo la forma de un pequeño repliegue triangular recto, y podréis inspeccionar toda la parte vertical, portero-externa, del lóbulo derecho.

Elección de una incisión. — Examinaremos dos casos, según que se pueda, o no, determinar el asiento exacto de la lesión hepática por la cual se interviene.

1.º caso. — *Se interviene por una lesión limitada del hígado, que se ha podido determinar su asiento por adelantado, por los medios de exploración clínica, la punción, el examen radiológico.* Se encuentran ordinariamente reunidas estas condiciones cuando se interviene para incidir un quiste hidatídico, un absceso, para extirpar un tumor, para extraer un proyectil. En todos estos casos la elección de la incisión deberá estar subordinada al lugar de la lesión; a veces incluso está indicado e impuesto, por así decir, por el resalto de la lesión en un punto de la pared torácica o abdominal.

De una manera general la laparotomía media supra-umbilical está indicada en las lesiones del lóbulo izquierdo.

La laparotomía sub-costal derecha es conveniente para las lesiones de la cara inferior del lóbulo derecho, de su borde anterior y de la cara anterior de su convexidad; para las lesiones situadas en la parte alta debe ser ampliada por la resección temporal o definitiva del reborde costal.

La única vía practicable para las lesiones situadas en la parte póstero-externa del lóbulo derecho es la toracotomía posterior. La resección de una sola costilla en una longitud de 10 a 12 centímetros será generalmente suficiente para la incisión de un absceso del hígado, o de un quiste hidatídico. La elección de la costilla que se ha de secar se hará antes de la operación, por los medios clínicos y especiales de localización.

En materia de abscesos, cualquiera que sea la vía elegida, es necesario evitar la efusión de pus en las grandes cavidades serosas peritoneal y pleural; en algunos casos el aislamiento se encuentra hecho por adelantado, por el mecanismo de las adherencias: absceso anterior adherido a la pared abdominal, absceso póstero-lateral adherido al diafragma, e incluso a la pared torácica después de la desaparición de la cavidad pleural; en este caso es suficiente incindir en la zona adherida y no sobrepasar sus límites. Si no existen adherencias, se puede, antes de incindir el absceso, aplicar por una corona de puntos, el hígado al peritoneo parietal (vía abdominal) o al diafragma y a los planos sub-cutáneos (vía torácica) (véanse figs. 329, 330, 331).

2.º caso. — *Se interviene por una probable lesión de hígado, que no se conocen exactamente ni el asiento ni la extensión.* Este es el caso banal de los *traumatismos del hipocondrio derecho*, de las heridas por arma de fuego y de las contusiones. La mejor incisión para estos casos es aquella que permite, desde luego, a poco de realizada, explorar todo el hígado y tratar en seguida las lesiones encontradas: es, pues, necesaria una incisión que pueda en caso de necesidad ser ampliada para obtener todo el campo necesario, en todos los casos que puedan presentarse, y sin deterioro demasiado considerable. La mejor conducta a seguir es la que hemos descrito en el párrafo 5.º de este capítulo (pág. 341): 1.º, laparotomía mínima, de exploración, oblicua hacia arriba y afuera, del ombligo al reborde costal; 2.º, una vez reconocidas las lesiones, si lo requieren, sección del reborde costal, y en caso de necesidad: 3.º, incisión del espacio intercostal y del diafragma (laparo-toracofrenotomía).

Este es un tipo de *incisión progresiva exploradora*. Permite solventar todas las eventualidades, aun en los casos más difíciles; permite no solamente suturar una herida, un desgarró de hígado, e incluso en caso de necesidad, tratar alguna lesión concomitante de las otras vísceras abdominales (superioridad sobre la vía torácica simple) o de pulmón (superioridad sobre la laparotomía simple); cuando se trata de una herida toraco-abdominal, permite reconocer la brecha diafragmática y suturarla con facilidad.

La laparo-toraco-frenotomía no proporciona apenas shock, no destruye las relaciones anatómicas y es fácil de reconstituir (véase

página 97); constituye la incisión de elección para los traumatismos del hipocondrio derecho.

N. B.— Hemos descrito la laparo-toraco-frenotomía en el 8.º espacio intercostal: es la incisión media, que mejor permite la exploración de todo el lóbulo derecho del hígado: es la incisión de elección en las contusiones. Pero si hay algún indicio cierto o probable sobre el supuesto asiento de las lesiones (herida cutánea, examen radioscópico de un proyectil) se puede, según los casos, practicar la incisión más alta, en el 7.º, 6.º espacio, o más baja, en el 9.º ó 10.º: se llegará así más directamente a la lesión.

CAPÍTULO II

Sutura del hígado

Cuando una herida, una ruptura, un desgarro de hígado ha sido comprobado, es necesario reparar la lesión, asegurando la hemostasia.

Una vez expuesta la lesión, hay que suturarla. La superioridad de la sutura sobre todos los otros medios de hemostasia es universalmente admitida. Se han imaginado numerosos procedimientos de sutura, más o menos ingeniosos, más o menos complicados.

En la mayoría de los casos la simple sutura con puntos separados no corta, a condición de emplear un hilo bastante grueso, una aguja bastante curva, de cargar un cierto espesor de tejido hepático, y de no apretar demasiado los hilos.

El taponamiento, que es corrientemente empleado, debe ser considerado como un mal menor para las heridas profundamente situadas, o irregulares, que no se pueden suturar.

CAPÍTULO III

Resección de hígado

Las indicaciones de esta operación son excepcionales; se reducen a los tumores no pediculados y no enucleables del hígado: adenoma, cáncer primitivo, cáncer de la vejiga propagado al hígado.

Se ha podido resecar con éxito todo el lóbulo izquierdo del hígado, más de una libra de tejido hepático...

La incisión parietal será apropiada a la situación del tumor.

La dificultad de la operación, es la hemostasia, pues las superficies de sección del hígado sangran enormemente. La hemostasia temporal por compresión del pedículo hepático no es inofensiva (casos de infartos intestinales), ni indispensable. La hemostasia por taponamiento o por sutura de la superficie de sección hepática a la cara profunda de la pared abdominal, son procedimientos que no deben emplearse más que excepcionalmente.

En la gran mayoría de los casos se puede y se debe obtener la hemostasia por sutura directa, que permite la reducción inmediata del hígado en el abdomen; se podrá, según los casos, empezar o terminar por la hemostasia.

Resección primaria, sutura inmediata. — Se trata de una resección limitada; se incinde francamente el tejido hepático con el bisturí, de una parte y de otra del tumor y a distancia de éste. Se tapona un instante la superficie de sección; después se pinzan los vasos más grandes.

Con ayuda de una larga aguja curva se pasa profundamente un hilo grueso en el espesor del hígado, de tal suerte, que una vez anudados aproximen y unan las dos superficies cruentas; en caso de necesidad se añadirán algunos puntos superficiales en el intervalo de los puntos profundos.

Sección progresiva previa hemostasia. — Esta práctica se recomienda cuando es preciso resecar una gran porción de hígado.

Se empieza por circunscribir la zona de hígado que se desea resecar por una serie de asas de hilo muy próximas, pasadas en U, atravesando, en caso de necesidad, el hígado en todo su espesor, de la cara superior a la cara inferior,

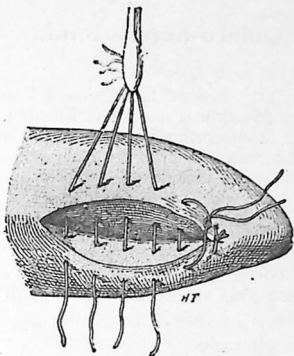


Fig. 328. — Resección cuneiforme del hígado. Manera de suturar la herida. (WARING.)

y enlazados los unos con los otros para evitar que se escurran. Se cierra cada hilo lenta y fuertemente, de manera que aplasten el tejido hepático y que no quede en el nudo más que los vasos más resistentes; después se secciona el tejido hepático a medida que se cierran los hilos y proporcionan un campo hemostático.

La resección tendrá en lo posible la forma de un cono, de manera que constituya dos valvas de afrontamiento que serán reunidas en seguida por una sutura de catgut.

Cuando debido a la extensión de la exéresis o a la forma que ha sido preciso dar a la sección, no se pueden coaptar los labios de la brecha hepática, se puede interponer entre ellos un fragmento de epiplón y realizar de esta manera una aproximación a distancia suficientemente hemostásica.

CAPÍTULO IV

Quisto-hepatotomía

Se designa con este nombre la incisión del hígado para abrir y tratar los quistes hidatídicos que en él asientan.

La enucleación, la descorticación, son métodos peligrosos, hoy día abandonados. La resección debe ser reservada a los quistes pediculados y constituye un método de excepción.

1.º Incisión de la pared. — Dependerá del asiento del quiste, una laparotomía media o lateral, simple o ampliada por sección o resección del reborde torácico, o una toracofrenotomía (véase vías de acceso del hígado).

La incisión será lo suficiente grande para permitir pasar la mano del operador.

Una vez abierto el abdomen, se explorará con cuidado el hígado en la superficie del cual resalta el quiste.

2.º Abertura del quiste. — Casi siempre el quiste contiene gérmenes (scólex o vesículas prolíferas) capaces de injertarse, bien en la herida, bien en el peritoneo, y reproducir nuevos quistes. Para evitarlo conviene, antes de abrir el quiste, matar todos los gérmenes que contiene.

Después de haber protegido el campo operatorio, y antes de toda maniobra, para evitar la ruptura brusca del quiste siempre posible, se punciona éste con un trócar en su punto más saliente, y se vacía parcialmente del líquido hidatídico que contiene: inmediatamente, sin quitar el trócar se inyecta en el quiste una cantidad sensiblemente equivalente de solución parasiticida (formol al 1 por 100), que se deja cinco minutos al menos en su interior.

El dispositivo más sencillo consiste en adaptar al trócar un largo tubo de goma terminando en un embudo; se puede así vaciar el quiste sin aspiración por el mecanismo del sifón y llenarlo a voluntad elevando el embudo (E. QUÉNU).

Es útil colocar compresas empapadas con solución de formol en la superficie del hígado, alrededor del orificio de punción.

Cuando el proceso tiene la forma multivesicular es conveniente practicar el formolado de la bolsa con una solución de formol fuerte (5 por 100).

Después se vacía de nuevo el quiste y se retira el trócar.

La incisión del quiste se practicará en su punto culminante; se incindirá el tejido hepático en una cierta longitud lentamente y con prudencia, capa por capa, hasta que se penetra, no en la cavidad del quiste, sino entre la membrana adventicia y la membrana proliferada retraída.

Se probará de quitar esta membrana entera, sin abrirla, para lo cual se la cogerá con una pinza larga, y se tirará suavemente de ella hacia fuera, mientras la otra mano despegará con cuidado las adherencias, siempre débiles, que la unen a la membrana adventicia.

Lo más frecuente es que esta extracción no pueda hacerse en masa, siendo necesario entonces incindir la membrana, extraer todo su contenido de vesículas hijas, y extirpar la membrana proliferada sin segmentarla. Después de haber practicado este verdadero "rescate hidatídico", se explorará el saco fibroso para comprobar que no existen vesículas exógenas. Es útil tocar las paredes del quiste con compresas empapadas con solución de formol al 1 por 100.

3.º Tratamiento del quiste. — Se empieza por secar la bolsa, después se cierra la abertura del quiste por una sutura que comprenda todo el espesor de los labios de la incisión; los puntos deben ser muy próximos para que el cierre sea hermético.

Mientras sea posible, no hay que contentarse con afrontar la superficie de sección del quiste, sino que es necesario volverlo hacia dentro para adosar dos superficies peritoneales, e incluso se cerrará el quiste por una doble sutura, si la pared está suficientemente flácida para permitirlo, una afrontando los labios de la incisión del quiste, y otra infundibulizando esta primera sutura.

Una vez cerrado el quiste, es útil fijarlo con algunos puntos a la cara profunda de la pared abdominal, a nivel de la incisión, asegurándose así contra todo derramamiento de bilis en la cavidad abdominal y procurándose un acceso

nando directamente el hígado en su punto más saliente y más fluctuante, se vacía el absceso tan completamente como sea posible.

Es mejor vaciar el absceso antes de fijar el hígado a

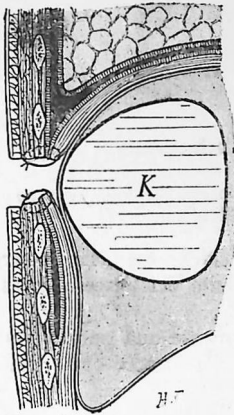


Fig. 330. — Colección del hígado abordada por vía transpleuro-diafragmática. El diafragma se ha suturado a los planos subcutáneos para aislar la cavidad pleural (corte).

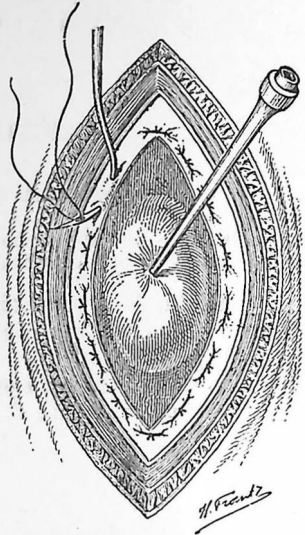


Fig. 331. — Absceso del hígado abordado por laparotomía. Sutura del hígado al peritoneo parietal alrededor de la colección.

la pared; si se procede siguiendo el orden inverso se corre el peligro de que al disminuir el volumen del hígado por la evacuación tire de las suturas y rasgue el parénquima hepático; por otra parte, el hígado puede ascender y evitar el paralelismo entre la incisión de la pared y la incisión del absceso.

3.º Fijación del hígado a la pared. — Por una serie de puntos muy próximos y apretados moderadamente, se fija el hígado alrededor del absceso, con los bordes de la incisión parietal. Esta precaución es completamente inútil si el hígado está ampliamente adherido a la pared.

4.º **Abertura del absceso.** — Se incinde ampliamente la capa de tejido hepático que recubre el absceso: se deja evacuar el pus; se trata a continuación la bolsa de diferentes maneras, bien por raspado (FONTAN), bien por una simple detersión con un tapón montado, siendo esto último lo más frecuente.

Antes de terminar, es necesario explorar con cuidado alrededor del absceso y comprobar que no existe ningún otro en la vecindad del absceso abierto: si existe se abrirá en la cavidad de éste.

Si el absceso está abierto en los bronquios, es necesario asegurar también el drenaje de la bolsa pulmonar, ampliando en caso de necesidad el orificio de comunicación diafragmática y colocando un drenaje especial.

Para terminar, se coloca en la cavidad del absceso un gran drenaje con tubo de goma y alrededor de éste un taponamiento con gasa aséptica moderadamente apretado.

Se reduce en caso necesario la herida parietal mediante algunos puntos en sus dos extremidades.

La terapéutica de los abscesos *amibianos* del hígado ha sufrido una revolución de algunos años a esta parte por el empleo de la emetina. Se han publicado casos de curación de abscesos de hígado por la emetina, sin evacuación; pero la reabsorción es lenta y el absceso puede resultar molesto por su volumen.

La acción de la emetina no es dudosa: mata las amibas y transforma un absceso vivo en absceso muerto.

Los médicos coloniales obtienen excelentes resultados por el método combinado: punción + emetina.

Sin embargo, la incisión continúa siendo un método más quirúrgico, superior a la punción, especialmente cuando existe una infección piógena asociada a la infección amibiana. A la intervención quirúrgica hay que asociar siempre el tratamiento por la emetina pre y post-operatorio, que disminuye la mortalidad y activa la reparación local. El empleo simultáneo de la emetina y de la cirugía puede permitir en algunos casos de absceso amicrobiano la supresión del drenaje y el cierre primitivo, después de la incisión (CONSTANTINI), que proporciona curaciones rápidas; si se sigue esta técnica es conveniente fijar a la cara profunda de la pared abdominal el absceso, suturándolo, tal como hemos indicado a propósito de los quistes.

SEGUNDA SECCIÓN

Cirugía de las vías biliares

CAPÍTULO PRIMERO

Exploración de las vías biliares

1.º **Posición.** — El enfermo está acostado sobre el dorso, con un cojín por debajo de la región dorsolumbar, para hacer prominente y, por tanto, más ostensible, la región operatoria (véase fig. 66).

El operador se coloca generalmente a la derecha; sin embargo, algunos cirujanos encuentran más cómodo colocarse a la izquierda, inclinándolo ligeramente al enfermo del lado izquierdo.

2.º **Incisión.** — Debe permitir explorar la totalidad de las vías biliares extra-hepáticas. Un cierto número de incisiones realizan este desiderátum:

a) *La incisión oblicua*, paralela y subyacente al reborde costal (véase texto, pág. 79, figs. 68 B y 324).

b) *La incisión vertical* a lo largo del borde externo del recto (véase texto, pág. 78 y fig. 68 A).

c) *La incisión ondulada de K^{EH}R* (fig. 332) ha gozado durante mucho tiempo de gran favor: parte por arriba del vértice del apéndice xifoides, desciende vertical hasta el punto medio de la línea xifo-umbilical, sigue después hacia abajo y afuera, para volver a ser vertical antes de haber alcanzado el borde externo del músculo recto, y termina a nivel de una línea horizontal que pasa por el ombligo.

d) *La incisión de MAYO ROBSON* (fig. 333) tiene la forma de un ángulo obtuso, en que la rama vertical está a

dos dedos por dentro del borde externo del músculo recto, y la rama oblicua es paralela al reborde costal.

e) *La incisión transversal de SPRENGEL.* — GOSSET (1) ha adoptado una incisión transversal que asienta a tres

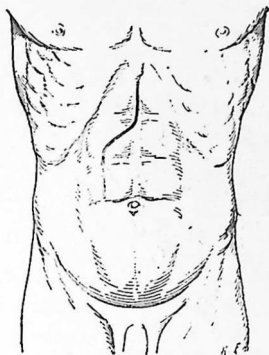


Fig. 332. — Incisión ondulada de Kehr.

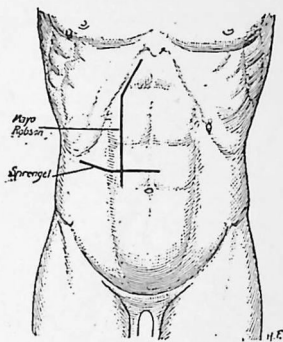


Fig. 333. — Incisiones de Mayo-Robson y de Sprengel.

traveses de dedo por encima de la línea umbilical, cortando todos los planos de la pared transversalmente desde la piel hasta el peritoneo, comprendiendo el músculo recto en toda su extensión; esta incisión es suficiente para las operaciones sobre la vejiga biliar; pero si no es suficiente, para las operaciones del colédoco se puede ampliar por los dos extremos; hacia fuera por un corto trazo subiendo oblicuamente hacia fuera, siguiendo la dirección de las fibras del oblicuo mayor; este "gancho" externo es sobre todo cómodo para drenar; pero principalmente es hacia dentro por donde se puede ampliar el campo, sobrepasando de la línea media, incindiendo más o menos el músculo recto del lado izquierdo, o cortándolo en caso de necesidad en toda su extensión (fig. 333).

Esta incisión será preferida a todas las demás porque da un campo tan bueno, si no mejor, respeta los filetes nerviosos del músculo recto y no expone a la eventración.

(1) GOSSET, *Bull. et Mem. Soc. Chir.*, 1912, pág. 1174.

3.º **Exploración.** — Si *el borde anterior del hígado* está libre de adherencias, es necesario asirlo con los dedos recubiertos con una compresa, y procurar atraerlo hacia fue-

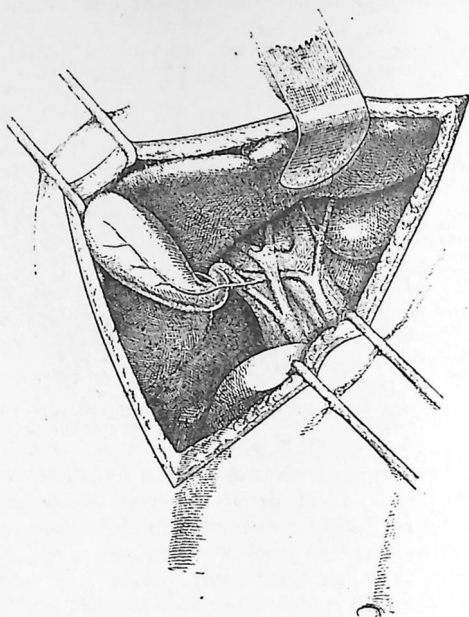


Fig. 334. — Pedículo hepático. (Río Branco). — Estando elevado el hígado y el duodeno descendido, el epiplón menor se encuentra extendido. En su espesor, de derecha a izquierda: conducto cístico y conducto hepático reunidos por abajo para formar el colédoco; arteria hepática cuya rama derecha da la arteria cística; por detrás de la arteria: la gruesa vena porta. Por detrás del pedículo hepático se puede pasar el dedo al hiato de Winslow.

ra: en la mujer delgada, de tórax ancho, esto es fácil. Para exteriorizar el hígado, algunos cirujanos tiran del ligamento suspensorio por medio de una pinza o de un catgut grueso, en caso de necesidad, después de haberlo cortado. Estando exteriorizado el hígado, su cara inferior mira hacia delante y a la izquierda, y toda la región del hilio se encuentra expuesta a la vista (fig. 334).

A veces la extremidad derecha del colon transversal está adherida a la parte anterior del hígado, en cuyo caso es necesario separarla con cuidado.

Reconocer ante todo la *vesícula*: cuando está libre aparecerá casi siempre en la incisión con su color azul. Pero con frecuencia está enmascarada por las adherencias: es necesario, entonces, partiendo de la muesca que presenta el borde anterior del hígado, seguir su cara inferior, y en la profundidad se descubre una vesícula biliar frecuentemente atrofiada, dura, reconocible, no obstante, por su tinte blanco amarillento. Más abajo y más profundamente, se encuentra el bulbo duodenal más o menos adherido a los órganos del hilio, a los cuales enmascara, siendo necesario liberarlo y descenderlo para descubrir el conducto cístico y el segmento más elevado del colédoco.

Tirando de la vesícula hacia arriba, se hace resaltar el *cístico*, y siguiendo a éste de arriba abajo, se llega necesariamente a la *confluencia hepato-cística*, y luego sobre el conducto común del mismo, el *hepato-colédoco*.

Sosteniendo el hígado hacia arriba y el duodeno hacia abajo, se expone el conducto hepático y los primeros centímetros del *colédoco* (*porción supra-duodenal*) contenido en el borde libre del epiplón menor; se reconoce el colédoco por su volumen, algunas veces muy considerable, por su dirección vertical y por su situación externa en relación con los otros elementos del pedículo hepático; tiene en el vivo un color más bien gris azul que verde, que hace que a primera vista se le pueda confundir con la vena porta.

Entre el bulbo duodenal y el hígado, detrás del borde libre del epiplón menor, introducir el índice de derecha a izquierda con la cara palmar hacia adelante; el dedo se encuentra en el *hiato de WINSLOW*, al que puede elevar y atraer hacia delante, haciendo fácilmente accesibles los elementos del pedículo hepático, el colédoco en particular; esta maniobra es fundamental en cirugía biliar, porque permite exteriorizar casi, un órgano profundo como el colédoco y palparlo entre dos dedos. Así, algunos cirujanos, cuando no pueden encontrar hacia la derecha la entrada del hiato de WINSLOW, porque está obturado por las adherencias, lo buscan de izquierda a derecha, desgarrando,

por encima de la pequeña curvatura del estómago, la parte delgada, transparente y avascular del epiplón menor.

La exploración de las partes inferiores del colédoco, recubiertas por el duodeno y la cabeza del páncreas, no pue-

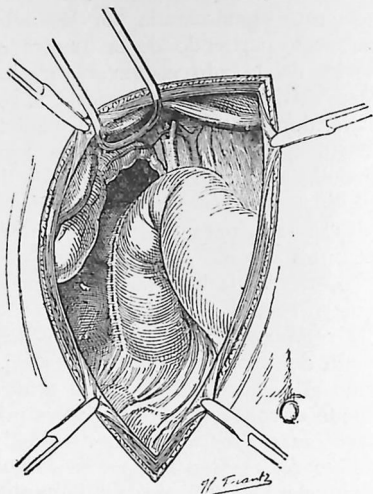


Fig. 335. — Exploración del colédoco retro-pancreático: despegamiento duodeno-pancreático. 1.º En punteado la incisión del peritoneo en el borde externo de la segunda porción del duodeno.

de practicarse directamente. Requiere maniobras que no deben ser practicadas más que en indicaciones especiales.

Para explorar el *colédoco retro-pancreático* se puede recurrir a la maniobra llamada de VAUTRIN o *despegamiento duodeno-pancreático* del duodeno: se incinde el peritoneo en el lado externo de la segunda porción (figura 335); después, con el extremo de los dedos introducidos de fuera adentro, se encuentra fácilmente un plano de separación, que permite despegar en masa el duodeno y el páncreas del plano parietal; el despegamiento empieza hacia la parte media del duodeno, será en seguida realizado en el ángulo duodenal y prolongado bastante lejos hacia dentro, por detrás de la cabeza del páncreas. Con

ello se pueden palpar estos órganos entre dos dedos y reconocer un cálculo en la porción pancreática del colédoco; basculando hacia dentro el "duodeno-páncreas", se expone incluso a la vista la cara posterior de estos órganos

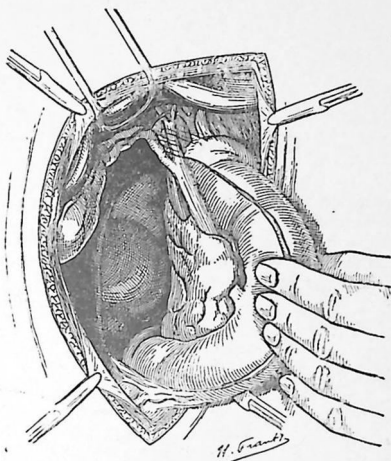


Fig. 336. — 2.º El duodeno y la cabeza del páncreas son despegados y atraídos hacia delante: se percibe el segmento retro-pancreático del colédoco

(figura 336). Este despegamiento es una maniobra fácil y sin inconvenientes: incluso se la puede utilizar para descubrir el colédoco cuando no se encuentra en su porción supra-duodenal.

Por último, para llegar a la *porción terminal del colédoco*, hay que incindir la segunda porción del duodeno: estudiaremos más adelante esta *duodenotomía*, como vía de acceso al colédoco terminal y a la ampolla de VATER.

4.º **Cierre de la pared.** — Se practicará en varios planos: un plano sero-fibroso en la vaina posterior del recto y el peritoneo; algunos puntos en U reuniendo las dos mitades del músculo recto; un plano en la hoja anterior de la vaina, y un último plano en la piel. Los puntos separados son preferibles a las suturas, especialmente en caso que se

deje una mecha o un tubo, el cual se hace salir por la parte de la incisión que parece más favorable (en general por la parte inferior o externa).

CAPÍTULO II

Colecistostomía

Es la operación que consiste en abrir la vesícula y abocarla a la pared abdominal.

Desde que la colecistectomía constituye el tratamiento de elección de las colecistitis, se practica menos la colecistostomía; sin embargo, puede estar indicada todavía:

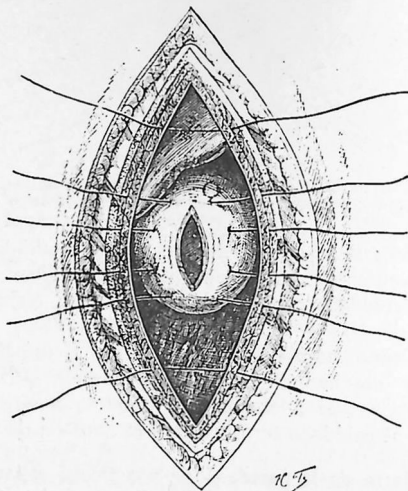


Fig. 337.—Colecistostomía.—1.º Fijación de la vesícula al peritoneo parietal.

1.º En las colecistitis agudas supuradas, para evitar los accidentes infectivos: la colecistostomía no es entonces, generalmente, más que el tiempo preparatorio de una colecistectomía ulterior.

2.º En las angiocolitis con infección hepática, cuando el drenaje del colédoco es imposible por cualquier razón.

1.º **Incisión de la pared.** — Pequeña, vertical, en el borde externo del músculo recto.

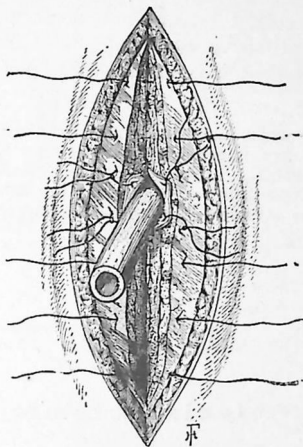


Fig. 338. — 2.º Fijación de la vesícula a la aponeurosis del músculo oblicuo mayor.

2.º **Busca de la vesícula,** fácil en caso de gran piocolicistitis, presentándose ella misma en la incisión; difícil en los casos de lesiones antiguas, recubiertas de adherencias que pueden esconder completamente la vesícula; en este caso se procederá con método, como hemos dicho anteriormente (véase pág. 357).

3.º **Abertura de la vesícula.** — Una vez protegida la herida operatoria, se incide el fondo de la vesícula, se evacua su contenido todo cuanto sea posible por aspiración, y se cogen los labios de la abertura con dos pinzas de KOCHER. Se podrá, según los casos, evacuar con la sonda los cálculos o el lodo biliar que pueda contener, asegurándose de la permeabilidad del cístico.

4.º **Fijación a la pared** (figs. 337 y 338). — La vesícula es atraída a la herida; se la une con algunos puntos no perforantes de catgut fino al peritoneo parietal, que se cierra por encima y por debajo de la vesícula; igualmente se estrecha la capa músculo-aponeurótica; se coloca un drenaje en la vesícula, y, por último, se unen los bordes de la abertura vesicular con los labios de la incisión cutánea con algunos hilos de lino, y se sutura la piel dejando paso al drenaje.

Cuando la vesícula, pequeña, retraída, no pueda ser atraída al exterior, ni abocada a la pared, se puede en rigor hacer la "colecistostomía sin fijación", es decir, abrir la vesícula y colocar un drenaje que sale por la herida y disponer por debajo de este drenaje un lecho de compresas destinadas a proteger la cavidad peritoneal.

CAPÍTULO III

Colecistectomía

La colecistectomía es la operación de elección en las colecistitis litíasicas o infecciosas. La ablación de la vesícula puede constituir toda la operación, o asociarse con una coledocotomía por litiasis de la vía principal: la colecistectomía se llama entonces complementaria.

I. Técnica clásica

(Colecistectomía de delante atrás, con ligadura final del cístico.)

1.º *Posición del operado, incisión de la pared, exploración, véase pág. 354.*

2.º *Liberación de la vesícula biliar y del conducto cístico.* — Una vez reconocido el borde anterior del hígado y atraído hacia fuera todo cuanto sea posible, se ve en su muesca el fondo de la vesícula, que se fija con una pinza ovalada.

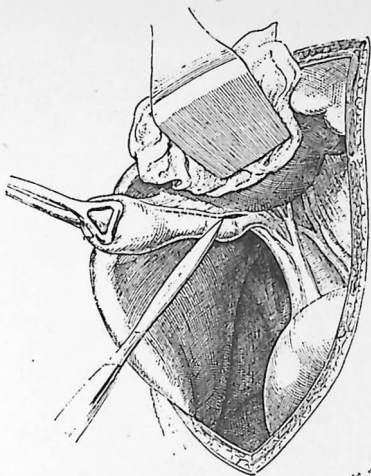


Fig. 339. — Colecistectomía de delante atrás. — 1.º Incisión del peritoneo a los lados de la vesícula, en su parte media.

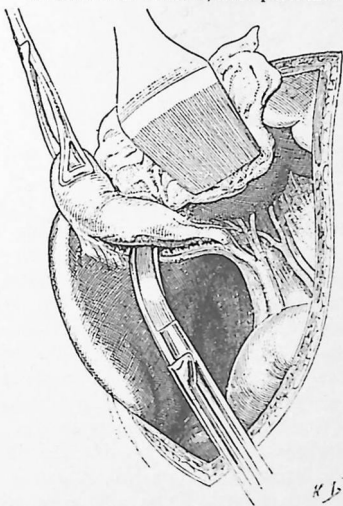


Fig. 340. — 2.º Con el pico de las tijeras curvas se empieza a despegar la vesícula del hígado.

Como el fondo siempre está adherido, y a veces el cístico no se encuentra en seguida, resulta práctico, tanto en los casos difíciles como en los fáciles, abordar la vejiga en

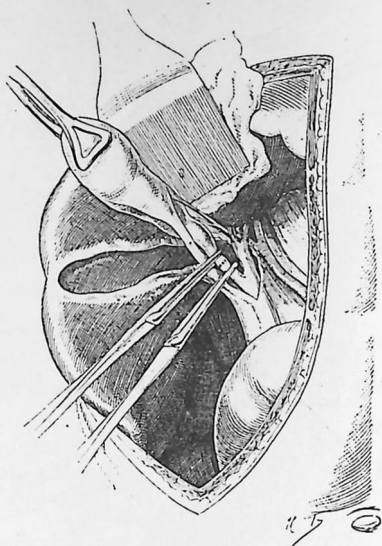


Fig. 341. — 3.º Sección del conducto cístico (en punteado) entre dos pinzas.

la parte media, en el sitio donde se estrecha. A este nivel, con la punta del bisturí se incide el peritoneo mejor sobre la vesícula que sobre el hígado, de una parte y de otra (figura 339); con el extremo de las tijeras curvas, cerradas, se busca el plano de despegamiento (fig. 340); cuando este plano se ha encontrado y se ha empezado el despegamiento, se puede proseguir incluso con el dedo índice introducido en la brecha; se desprende así fácilmente del hígado, de atrás a delante, el cuerpo y el fondo de la vesícula, incindiendo a cada lado la cubierta serosa, de la que se debe dejar la mayor cantidad posible. Se disecciona en seguida de delante atrás, y lentamente, el cuello de la vesícula, luego el cístico, hasta llegar a la encrucijada biliar.

3.º *Sección del conducto cístico.*—Es necesario tener a la vista esta encrucijada de tres ramas, esta trébedes biliar; inmediatamente, dejando de tirar del cístico para no atraer al colédoco, se colocan dos pinzas en el conducto

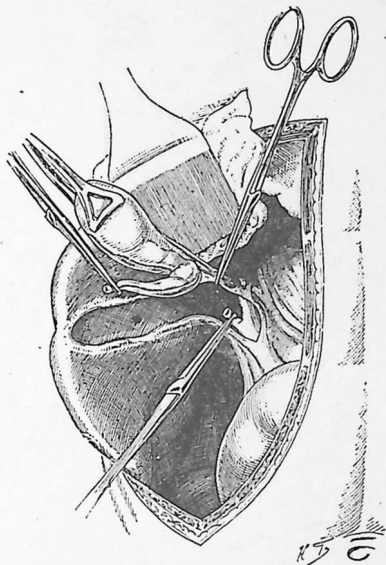


Fig. 342.—4.º Se coloca una pinza en el pequeño meso celuloso que contiene la arteria cística.

cístico a algunos milímetros de su abocamiento al colédoco y se le corta entre dichas dos pinzas (fig. 341).

4.º *Sección de la arteria cística.*—La vesícula posee todavía un pequeño meso que sostiene su cuello al hilio hepático; hay que pinzar y después cortar este pequeño meso, cerca del cuello de la vesícula, el cual contiene la arteria cística colateral de la rama derecha de la arteria hepática (fig. 342). La vesícula enteramente libre es retirada. Se reemplazan por dos ligaduras las pinzas que constriñen la arteria cística la una, y la otra el conducto cístico.

5.º *Tratamiento del muñón del cístico y del lecho de la vesícula.*—El muñón del cístico será infundibulizado bajo un colgajo peritoneal. En cuanto a la superficie cruen-

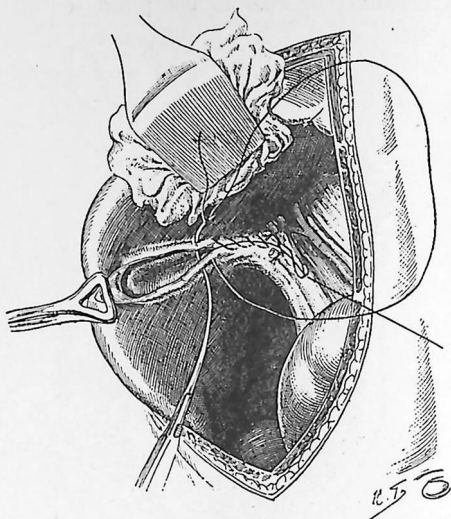


Fig. 343. — 5.º Peritonización.

ta y sangrante que ha dejado en el hígado la ablación de la vesícula, se intenta recubrirla, aproximando con una sutura, los dos colgajos peritoneales formados en sus bordes (fig. 343). Esta peritonización es generalmente imperfecta, lo que obliga a dejar en contacto del hígado una mecha de gasa para asegurar la hemostasia; asimismo se dejará bajo el hígado un pequeño drenaje cuya extremidad será colocada en la vecindad del muñón cístico.

6.º *Sutura de la pared*, como se ha dicho anteriormente (véase pág. 359), dirigiendo el paso del drenaje y de la mecha de gasa a la parte infero-externa de la incisión.

II. Variantes

“Hay que saber adaptarse a las condiciones anatómicas nuevas creadas por las lesiones... Un procedimiento único de colecistectomía no será suficiente.” (GOSSET).

Colecistectomía retrógrada. — (MAYO, MAYO-ROBSON.)

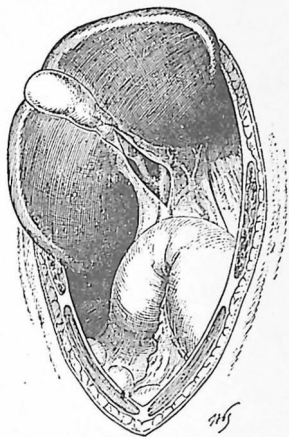


Fig. 344.—Colecistectomía retrógrada. 1.º Incisión de la lámina anterior del epiplón menor; descubrimiento de la «encrucijada biliar». (GOSSET.)

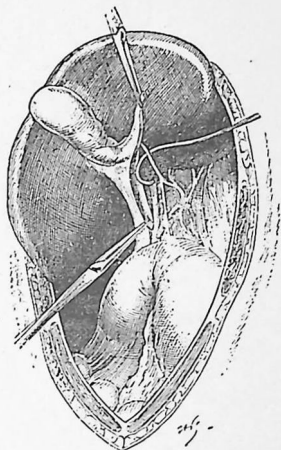


Fig. 345.—2.º El conducto cístico está seccionado; se liga la arteria cística. (GOSSET.)

Preconizado en Francia por GOSSET (1), este procedimiento tiene por característica la sección primaria del cístico y el desprendimiento de la vesícula de atrás adelante, del cuello hacia el fondo.

1.º *Descubrimiento, aislamiento, ligadura y sección del conducto cístico.*— Hemos de dirigirnos directamente al cístico, bien partiendo de la vesícula que se fija por el fon-

(1) GOSSET. *Journal de Chir.*, julio 1911, t. VII, pág. 1. *Bull. et Mem. Soc. Chir.*, 1913, pág. 374.

do, o bien más sencillamente, cuando el pedículo hepático está libre de adherencias, dirigiéndonos directamente al colédoco. Para descubrir el cístico será suficiente incidir con el bisturí la lámina anterior del epiplón menor, en el lado

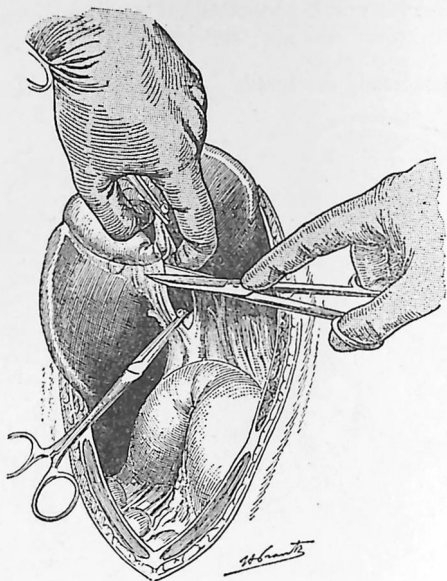


Fig. 346. — 3.º Liberación de la vesícula de atrás a delante: nótese el trabajo del índice de la mano izquierda (según Gosset).

externo del colédoco, y buscar el pequeño conducto con la sonda acanalada, en la grasa, a lo largo de este borde externo.

Es de capital importancia ver la encrucijada formada por el cístico, el hepático y el colédoco (fig. 344). Una vez reconocido el cístico, se le corta entre dos pinzas, estando colocada una de ellas a ras del colédoco.

2.º *Sección de la arteria cística.* — Tirando de la otra pinza, la que sostiene el muñón del conducto cístico, se pone de relieve la pequeña arteria cística, que, corta o larga,

doble o única, aborda la vesícula por su cuello, en un meso celular. Se pinza y se liga mediante una aguja de DESCHAMPS (fig. 345), cerca de la vesícula.

3.º *Liberación de la vesícula.* —“La vesícula sostenida con la mano izquierda del cirujano, es desprendida de abajo arriba gracias al índice, que trabaja entre la cara pro-

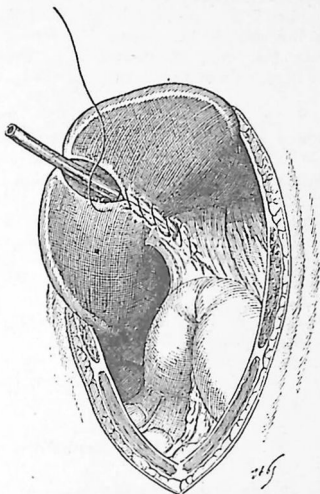


Fig. 347. — Drenaje sub-seroso después de la colecistectomía. (GOSSET.)

funda de la vesícula y el tejido hepático. La mano derecha, con las tijeras, secciona los repliegues peritoneales de la vesícula, teniendo cuidado el operador de conservar la mayor cantidad de serosa...” (fig. 346) (GOSSET). Este desprendimiento es muy rápido, y se hace necesariamente a nivel de un buen plano de separación.

4.º Se termina como precedentemente.

Este procedimiento es elegante, rápido y seguro. La sección del cístico, en primer lugar, facilita enormemente la ligadura de los vasos císticos, el despegamiento de la vesícula, y permite conservar una mayor cantidad de serosa. Pero no es posible realizarlo más que cuando la encrucijada no está enmascarada por tupidas

adherencias, o difícilmente accesible por la robustez del sujeto: en estos casos es mejor renunciar a este procedimiento. *Esta es una excelente operación en los casos fáciles.* (LÉCÈNE.)

Colecistectomía sub-serosa.

En otro orden de ideas, cuando la vesícula no ha estado inflamada crónicamente, se puede, algunas veces, lograr separarla *enteramente* del peritoneo que la recubre, y hacer un descortica-ción sub-serosa. Para esto, se incinde longitudinalmente el peritoneo en la cara inferior de la vesícula, se despegan a cada lado los colgajos peritoneales que, después de la extirpación, serán suturados el uno al otro, y servirán para peritonizar la cara inferior del hígado.

El taponamiento y el drenaje en la colecistectomía.— En la inmensa mayoría de los casos es necesario taponar y drenar, aun en los casos poco infectados, e incluso cuando el conducto cístico ha sido correctamente ligado, porque la mecha asegura la hemostasia de la superficie hepática sangrante, y el drenaje asegura la evacuación de la pequeña cantidad de bilis que siempre rezuma de esta superficie durante los primeros días.

En los casos favorables, cuando se ha podido peritonizar enteramente esta superficie, se puede suprimir todo taponamiento y contentarse con colocar un drenaje entre la fosa cística y su cubierta peritoneal (drenaje sub-seroso) (fig. 347).

La supresión completa de todo drenaje no es una práctica aconsejable.

III. Casos particulares

Colecistectomía de una vesícula fistulizada.— Se puede tener que quitar una vesícula fistulizada espontáneamente, lo que es raro, o quirúrgicamente a consecuencia de una colecistostomía (colecistectomía secundaria).

La incisión cutánea será trazada de tal manera que circunscriba el trayecto fistuloso; el peritoneo se abrirá en la extremidad de la incisión más alejada de este trayecto, pues así se tendrá el mayor número de probabilidades de caer en peritoneo libre, por fuera del foco de adherencias, con lo cual las maniobras de liberación se encontrarán facilitadas. Un estilete o una sonda acanalada cualquiera, introducida en la vesícula por la fistula, podrá guiar la disección en los casos difíciles.

Colecistectomía por cáncer de la vesícula.— Será necesario cortar en el parénquima hepático, practicando una incisión en V para quitar en masa un cono de hígado y la vesícula cancerosa. La sutura del hígado se efectuará según las reglas anteriormente expuestas (véase pág. 345).

IV. Advertencia importante

En el curso de una colecistectomía por litiasis, se debe practicar siempre una exploración completa y metódica de todo el árbol biliar para comprobar que no existe ningún cálculo en la vía principal.

Si se tienen dudas de la permeabilidad de la vía principal se puede, antes de ligar el cístico, aprovechar su sección para explorar el colédoco y el hepático por cateterismo: será suficiente seccionar el conducto por debajo de una pinza, y fijar su muñón con dos pequeñas pinzas de TERRIER. Esta exploración es dificultosa, y muy inferior a la que se puede hacer por coledocotomía.

V. Accidentes

Tres accidentes operatorios, o post-operatorios, pueden presentarse, debidos a deficiencias de técnica y por consecuencia evitables.

1.º *La hemorragia*, particularmente grave en los hepáticos, tiene su origen, bien en la arteria cística mal ligada, bien en la superficie hepática mal taponada o mal peritonizada.

2.º *La salida de bilis* más o menos séptica al peritoneo (peritonitis y muerte) o por la herida (fístula biliar), debida a una ligadura insuficiente del conducto cístico, o más frecuentemente a una herida de las vías biliares principales.

3.º *La ictericia por retención*, debida a una ligadura accidental de la vía principal.

Si se quiere evitar la sección o ligadura de la vía principal es imprescindible ver bien la confluencia hepato-cística, las trébedas biliares (anteriormente hemos insistido), antes de seccionar el cístico, y esto cualquiera que sea la técnica de colecistectomía que se emplee. Incluso cuando se ve bien la encrucijada, es necesario no tirar del cístico en el momento de colocar una pinza o la ligadura, porque la atracción acoda y atrae la vía principal y se corre el peligro de interesar el colédoco o el hepático al colocar la pinza o la sutura y hacerlo sobre ellos, en lugar del cístico. En fin, se puede cortar de través, sin dudar, la vía principal, por haber un cálculo en la porción terminal del cístico.

Existen casos muy difíciles, en los cuales la región de la encrucijada no es disecable: en esos casos se puede aconsejar la *sección de la vesícula y del cístico a pequeñas porciones* (DELAGE-NIÈRE), la cavidad de estos conductos servirán de guía.

Para terminar, es necesario saber que si bien por regla general se debe cortar siempre el cístico lo más cerca posible del colédoco, es preferible en todos los casos difíciles dejar un muñón

del cístico, incluso bastante largo, antes que exponer al enfermo a los peligros siempre serios de una herida de colédoco (LECÈNE).

(Para el tratamiento de las heridas y secciones de la vía principal, véase pág. 384.)

CAPÍTULO IV

Coledocotomía

La coledocotomía es la incisión o corte del conducto colédoco; se practica ordinariamente para extraer uno o varios cálculos y para colocar un drenaje.

Las indicaciones principales de la coledocotomía son, aparte la litiasis, las angiocolitis agudas graves y la pancreatitis de origen biliar.

La coledocotomía, según el segmento de colédoco sobre el cual se practica, será supra-duodenal, retro-pancreática, intra o trans-duodenal.

Coledocotomía supra-duodenal

Es la más empleada; consiste en abrir el colédoco en el epiplón gastro-hepático.

1.º Posición del enfermo, incisión de la pared abdominal.
— Véase página 354.

2.º Exploración exterior de las vías biliares (véase página 356). — Se eleva el hígado y se le mantiene en esta posición con una valva ancha, plana y corta, con interposición de una compresa que impide se deslice; se reclina hacia bajo el duodeno; si hay adherencias se las libera prudentemente.

De momento no hay que preocuparse de la vesícula, a menos que moleste por su volumen, en cuyo caso puede extirparse inmediatamente, aunque este caso es raro; en general, la vesícula sirve de guía; si presenta lesiones manifiestas se la puede separar en seguida de la cara inferior del hígado, liberar el cístico y seguir hasta el colédoco.

Una vez reconocido el colédoco, es fácil palpar esta vía principal entre el pulgar por delante y el índice de la mano izquierda introducido por detrás en el hiato de WINSLOW.

Si se toca un cálculo es necesario intentar hacerlo deslizar hasta el lugar de elección para el corte de la vía

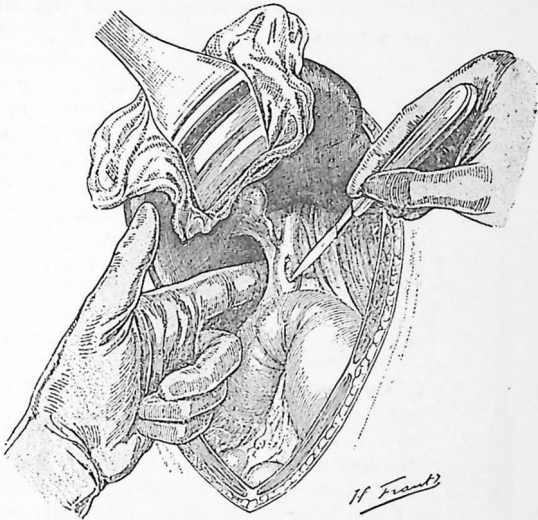


Fig. 348. — Coledocotomía supra-duodenal: el índice introducido en el hiato atrae el pedículo hepático; el bisturí incinde el colédoco sobre el resalte del cálculo.

principal, es decir, al nivel del abocamiento del cístico; allí se le inmoviliza, se asegura que ninguna arteria pasa por delante del colédoco, y se incinde francamente este conducto sobre el resalte del cálculo, longitudinalmente, en una longitud de 15 a 20 milímetros (fig. 348); y se extrae el cálculo con una pinza o con una cucharilla.

Es necesario evitar el tomar por un cálculo un ganglio linfático hipertrofiado e indurado.

Cuando no existe cálculo, incidir con el bisturí, con la mano levantada, la pared anterior del conducto: una oleada de bilis hace irrupción en la herida que se habrá previamente protegido.

En ambos casos, fijar con dos pinzas de TERRIER los labios de la incisión.



Fig. 349. — La draga biliar. (DESJARDINS.)

3.º Exploración interior de las vías biliares principales. — El cateterismo explorador por colédocotomía supra-duodenal puede practicarse con una bujía de goma, número 10: introducida de arriba abajo la bujía camina hasta la ampolla duodenal, donde se puede reconocer su pico a través de la cara anterior de la segunda porción del duodeno: esto significa que el colédoco es permeable, pero no prueba que no contiene ningún cálculo; la bujía puede pasar perfectamente al lado de un cálculo del colédoco sin dar a los dedos que la sostienen la sensación de contacto característica. Desde este punto de vista el explorador metálico es superior, porque da una sensación táctil, a veces incluso auditiva, de contacto, de choque al dar con el cálculo; se puede utilizar simplemente una sonda acanalada curvada, un histerómetro, o instrumentos especiales, tales como el explorador de DESJARDINS, o la “draga biliar” del mismo autor, que puede servir al mismo tiempo que de explorador, de extractor de cálculos pequeños alejados (fig. 349).

La exploración debe practicarse en ambos sentidos: de abajo arriba hacia el hilio del hígado, y en seguida de arriba abajo hacia el duodeno (fig. 350).

Si se reconoce un cálculo en el extremo del catéter, hay que intentar atraerlo hasta la brecha del colédoco por presiones suaves.

Cuando el colédoco es muy ancho, se puede introducir el dedo meñique, e incluso el índice.

Cuando se ha quitado un cálculo, es necesario repetir la misma maniobra para comprobar que no hay otros y no terminar este tiempo operatorio sino cuando se tiene la seguridad de que ningún otro cálculo existe en la vía principal, desde el hilio del hígado al duodeno.

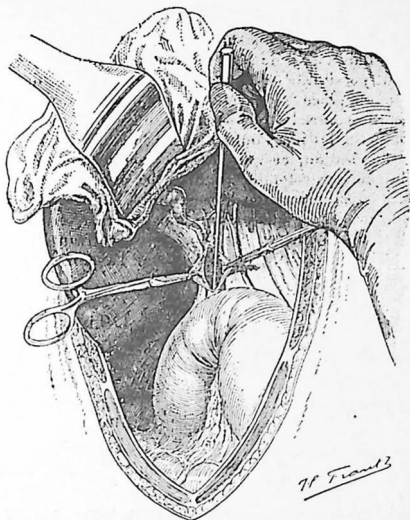


Fig. 359. — Exploración del colédoco mediante una sonda metálica.
(Tomado de GOSSET.)

Por la incisión supra-duodenal del colédoco es raro que no se puedan extirpar todos los cálculos de las vías biliares, porque la mayor parte de éstos son movibles o movilizables. Sin embargo, existen cálculos muy arriba, situados en el hepático e incluso en sus ramas de origen que necesitan a veces una incisión especial (hepaticotomía); en cuanto a los cálculos de la porción terminal del colédoco, que con frecuencia están enclavados en la ampolla de VATER o en su vecindad, deberán ser extirpados por otra vía (véase página 379, coledocotomía intra-duodenal y trans-duodenal).

4.º **Tratamiento de la vesícula biliar.**—Hace quince o veinte años, la regla era, en la coledocotomía por litiasis, extirpar siempre la vesícula, practicar sistemáticamente la “colecistectomía complementaria”. La “operación de KEHR” comprendía tres elementos: extracción del cálculo, drenaje de las vías biliares y colecistectomía. Algunos cirujanos incluso empezaban la operación



Fig. 351. — Drenaje del hepático después de la incisión del colédoco.
(Tomado de GOSSET.)

por la ablación de la vesícula; no conservaban la vesícula más que como vía de drenaje, cuando el colédoco no estaba suficientemente dilatado para admitir un drenaje de volumen conveniente. Esta ablación casi sistemática de la vesícula descansa en las siguientes razones: inutilidad fisiológica de la vesícula, lesiones habituales de sus paredes, obstrucción frecuente del cístico y sobre todo posibilidad de formación ulterior de cálculos en una vesícula dejada en su lugar: la colecistectomía aparecía como la mejor garantía contra las recidivas de litiasis.

Actualmente las ideas han cambiado: la colecistectomía agrava excesivamente la operación, lo que no es despreciable en los sujetos débiles; si la colecistectomía disminuye las probabilidades de recidivas calculosas, no suprime la posibilidad; en fin, y sobre todo, es a veces ventajoso conservar una vesícula que podrá servir ulteriormente como vía de drenaje fácil, en caso de infección reci-

divante, o de estenosis de colédoco; constituye frecuentemente "para el porvenir todavía incierto de los operados una preciosa válvula de seguridad".

Por lo tanto, no hay que extirpar la vesícula si no presenta lesiones justificables de una colecistectomía: presencia de cálculos, o alteraciones parietales. (Véase técnica

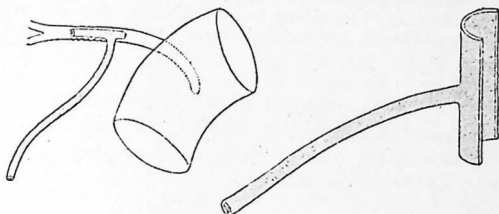


Fig. 352. — Drenaje del hepático. — A la izquierda el drenaje de Kehr, colocado. A la derecha modificación de Pauchet.

de colecistectomía, pág. 362.) En todos los demás casos y especialmente en los que existen lesiones graves de la vía biliar principal, es necesario conservar la vesícula.

5.º Drenaje de la vía principal. — En los primeros períodos de la cirugía biliar, todos los cirujanos suturaban el colédoco. E. QUÉNU ha sido el primero en Francia en demostrar la necesidad de drenar las vías hepáticas infectadas y preconizar el drenaje sistemático del colédoco (1897): este drenaje permite, por una parte, la eliminación de pequeñas concreciones calcúlosas en los días consecutivos a la intervención, y, por otra parte, y esto es lo más importante, permite tratar la angiocolitis y hacer desaparecer los fenómenos de infección biliar.

Por la incisión del colédoco, se coloca, en la vía principal, un tubo de drenaje que tenga al menos un centímetro de diámetro, siendo necesario esté bien introducido de abajo arriba en una cierta longitud en el conducto hepático; es preciso que el drenaje se "sostenga", para lo cual es necesario, a veces, si se ha incidido ampliamente, estrechar la parte superior de la incisión mediante algunos puntos de catgut, cuyo punto inferior se pasará por la pared del mismo tubo (fig. 351).

El drenaje en T, de KEHR, es mejor que el simple tubo; además, para los drenajes prolongados presenta la ventaja de permitir a una parte de la bilis escurrirse al duodeno. Pero a causa de su forma es, a veces, algo más difícil de colocar; cuando se le retira, la parte transversal de la T fuerza la sutura del colédoco y se corre el peligro de desgarrarlo. Se puede evitar este inconveniente de dos maneras: bien reduciendo a 5 milímetros la longitud de la porción transversal del tubo, como lo recomienda KEHR; bien cortando verticalmente, como lo hace PAUCHET, el tubo que debe ser colocado en las vías biliares: con esto más que un tubo es una canal, que podrá doblarse fácilmente bajo una débil tracción (fig. 352).

Cuando la vía principal no es suficientemente amplia para admitir un drenaje, es preciso, guardándose bien de suturar la incisión, colocar simplemente un drenaje en contacto de la herida del colédoco.

Señalaremos la tentativa interesante y muy reciente de PEDRO DUVAL, que, en algunos casos de litiasis clínicamente no infectada del colédoco, después de coledocotomía supra-duodenal y extracción de los cálculos, sutura el colédoco después de haber colocado un tubo de caucho suficientemente largo para que su extremidad llegue al duodeno: esta substitución del drenaje biliar externo por un *drenaje duodenal trans-vateriano por tubo perdido* presentaría la doble ventaja de evitar el desperdicio de bilis no despreciable en los días consecutivos a la operación, de dispensar el taponamiento sub-hepático, y así permitir curaciones rápidas. Otros cirujanos, queriendo llegar hasta el extremo de suprimir el drenaje externo, proponen en algunos casos la simple dilatación de la ampolla de VATER, o la colédoco-duodenostomía.

6.º **Taponamiento.** — No se practica en Francia el gran taponamiento subhepático a lo KEHR, cuyos menores inconvenientes son la eventración (frecuente) y las adherencias post-operatorios (constante). Todo lo más se dejarán dos o tres mechas de gasa alrededor del tubo de drenaje: una entre el tubo y el hígado, otra por debajo del tubo; este taponamiento será tanto más discreto cuanto la peritonización haya sido más completa y suficiente alrededor de la incisión del colédoco.

7.º **Sutura de la pared** (véase pág. 359) alrededor del tubo y de las mechas de gasa. En el tubo se adapta un enlace de cristal y un largo tubo de goma, cuya extremi-

dad se llevará a un recipiente colocado debajo de la cama del enfermo; con más comodidad todavía puede hacerse colocando un pequeño tubo introducido en el cuello de un frasco fijado al vendaje del cuerpo.

Coledocotomía retro-pancreática

Hemos descrito ya el despegamiento duodeno-pancreático como maniobra de exploración (véase página 358); éste permite comprobar el estado de la cabeza del páncreas, explorar la parte escondida del colédoco, reconocer un cálculo e incluso rechazarlo hasta la porción supra-duodenal.

Es una excelente maniobra de exploración, pero no es una vía recomendable para abrir el colédoco: antes de llegar al colédoco, la incisión atravesaría una capa más o menos gruesa de tejido pancreático, se correría el peligro de herir la arcada vascular que cruza la cara posterior del colédoco a este nivel (arteria duodeno-pancreática inferior y vena satélite); en fin, y sobre todo esta incisión retro-pancreática es poco favorable al drenaje, porque una vez colocados los órganos en su lugar, el drenaje saliente de la cara posterior del colédoco se acodará bajo el páncreas y el duodeno.

Además esta incisión retro-pancreática no es jamás necesaria, porque los cálculos que están por encima de la ampolla de VATER pueden siempre ser rechazados hacia el colédoco supraduodenal y extraídos a este nivel; en cuanto a los cálculos enclavados en la ampolla, o en su inmediata proximidad, deben ser extraídos por duodenotomía.

Coledocotomías intra y |transduodenales Duodenotomía

Si después de practicar una talla supraduodenal o por palpación externa (con o sin desprendimiento previo del duodeno), se reconoce a través de la pared duodenal un cálculo en la porción terminal del colédoco y que éste no puede ser rechazado hacia la incisión supraduodenal; en una palabra, cuando se trate de un cálculo enclavado en la ampolla de VATER o en sus límites inmediatos, será necesario extraerlo mediante duodenotomía.

1.º Desprendimiento del duodeno-páncreas (véase página 358). — Esta maniobra no es indispensable, pero puede ser de mucha utilidad; en primer lugar, permite la doble palpación del páncreas y del colédoco contenido en él, reconociéndose mejor la presencia de un cálculo bajo la forma de un cuerpo más o menos voluminoso, pero siem-

pre muy duro; en segundo lugar, permite exteriorizar el duodeno y operar, por decir así, fuera del vientre.

2.º Incisión del duodeno. — La segunda porción del duodeno es atraída y sostenida hacia fuera convenientemente rodeada de compresas y se incinde longitudinal o transversalmente la cara anterior en su parte media; con cuatro pinzas se separan los bordes de la incisión y se seca con cuidado la espuma verdosa que sale a través de la herida.

3.º Reconocimiento de la papila. — La papila o ampolla de VATER se encuentra en el punto de unión de la cara posterior y de la cara izquierda de la segunda porción del duodeno en su punto medio; algunas veces es difícil reconocerla entre los repliegues valvulares de la mucosa; la aparición de una gota de bilis podrá descubrir su presencia; cuando contiene algún cálculo se la encuentra en seguida porque el cálculo forma prominencia; a veces se le va salir a través del orificio.

4.º Extracción del cálculo. — Cuando el cálculo se encuentra en la misma ampolla de VATER bastará dilatar simplemente la papila con una pinza y extraer el cálculo (procedimiento de COLLINS) o incidir verticalmente la papila desbridando el labio superior del orificio: es la *coledocotomía intra-duodenal*, operación de MAC BURNEY (figura 353).

Cuando el cálculo se encuentra fijo por encima de la ampolla formando prominencia a través de la pared posterior del duodeno a quince o veinte milímetros por encima del meato biliopancreático, después de comprobar que por expresión no es posible desplazarlo hacia el orificio papilar, será preciso incidir directamente sobre la prominencia del cálculo, llegando o no con la extremidad inferior de la incisión al orificio papilar. La incisión interesa: 1.º, la pared posterior del duodeno en todas sus capas, y 2.º, la pared anterior del colédoco: esta intervención es la llamada *coledocotomía transduodenal* u operación de KOCHER (fig. 354).

5.º **Cateterismo retrógrado del colédoco.** — Una vez extraído el cálculo, hay que comprobar en todos los casos que no existe otro cálculo y que el colédoco se encuentra

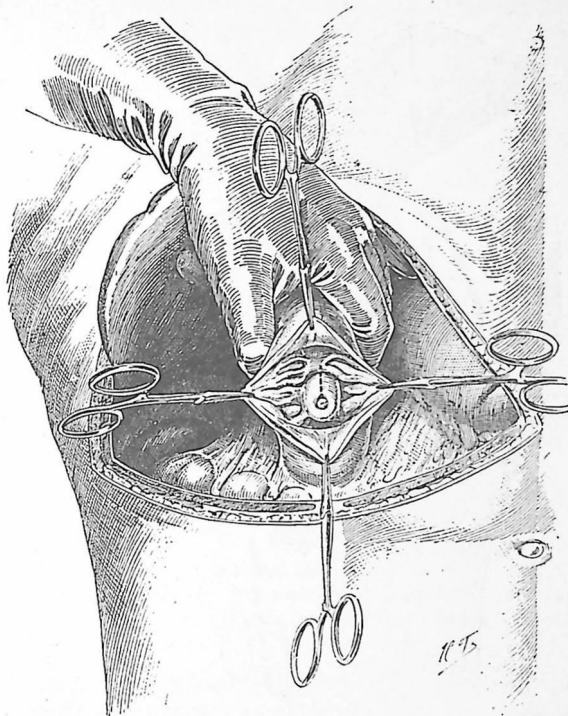


Fig. 353.—Coledocotomía intra-duodenal. Operación de Mac-Burney (Gosset).

libre mediante la exploración con un catéter introducido de abajo arriba por la ampolla de VATER o por el orificio de la talla.

6.º **Sutura de la incisión duodenal posterior.** — Cuando se ha practicado tan sólo una coledocotomía intraduodenal es inútil toda sutura.

Cuando se ha incindido toda la pared del duodeno y la del colédoco, o sea una coledocotomía transduodenal, es indispensable suturar la incisión de una de las maneras

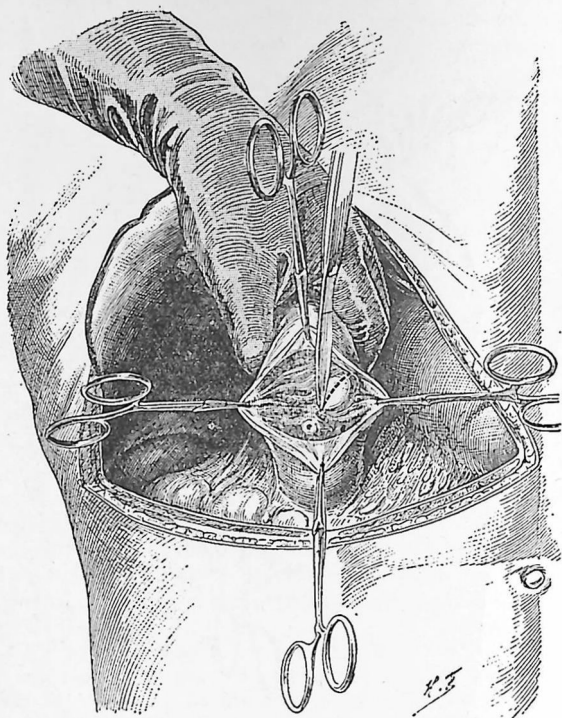


Fig. 354. — Coledocotomía transduodenal. Operación de Kocher.

siguientes: o bien se suturan un borde de colédoco con el otro borde del colédoco y el del duodeno con el otro borde duodenal, o bien se suturan en cada labio de la incisión las secciones del colédoco y duodenal entre sí, realizándose así una verdadera *coledoco-duodenostomía interna* (figura 355).

7.º **Sutura de la incisión duodenal anterior.** — Se practica una doble sutura continua con hilo de lino: 1.º, plano

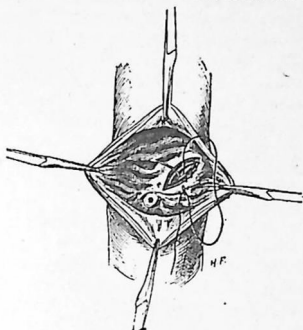


Fig. 355.— Colédoco-duodenostomía después de coledocotomía transduodenal. total; 2.º, sutura sero-serosa, según la técnica habitual de las suturas intestinales.

8.º **Drenaje del colédoco.** — Si la duodenotomía ha ido precedida de una talla supra-duodenal, se colocará un drenaje en el hepático como de costumbre.

Cuando por haber reconocido desde el principio la localización del cálculo en la ampolla de VATER, se ha seccionado directamente el duodeno, no será indispensable establecer un drenaje por una talla supra-duodenal consecutiva: no obstante, este drenaje conservará sus indicaciones en los casos que clínicamente parecieran muy infectados.

9.º **Drenaje infra-hepático.** — Según las circunstancias operatorias, según se haya practicado una colecistectomía o no, según se haya o no drenado el colédoco, se practicará un drenaje y un taponamiento del espacio infra-hepático o se prescindirá de él.

Otras indicaciones de la duodenotomía en cirugía biliar

Hasta aquí hemos tenido en cuenta la duodenotomía que se practica para extraer un cálculo que se ha reconocido por cateterismo o por palpación externa. Aparte estos casos en que la

duodenotomía tiene una indicación precisa y objetiva, existen otros en que puede ser de gran utilidad; en el curso de laparotomías por ictericia crónica por retención, especialmente en los casos dudosos, cuando la exploración por incisión supra-duodenal no satisface o cuando el paso del catéter al intestino se hace con dificultad.

La duodenotomía puede practicarse *como operación exploradora* cuando se reconoce en la cabeza del páncreas una induración limitada que lo mismo puede ser un cáncer localizado de la cabeza del páncreas o de la ampolla de VATER, o un nódulo de pancreatitis biliar, o un cálculo del colédoco.

Por último, puede practicarse *hipotéticamente*, con independencia de toda comprobación objetiva operatoria, en un enfermo que presenta una ictericia crónica por retención de naturaleza dudosa (E. QUÉNU).

En ciertas circunstancias la duodenotomía puede ser una vía de acceso al colédoco, cuando por lesiones antiguas de angiocolecistitis con peritonitis infrahepática intensa, resulta absolutamente inaccesible en su porción supra-duodenal (GOSSET).

CAPÍTULO V

Operaciones que tienen por objeto restablecer el curso de la bilis en casos de obstrucción, sección o resección de la vía biliar principal

I. Reconstitución de la vía biliar principal en su continuidad en caso de sección o resección

Consiste en una anastomosis término-terminal suturando extremo con extremo los dos segmentos divididos.

Sus indicaciones son raras y se limitan a las lesiones vecinas del confluyente hepato-cístico.

Esta operación no es posible más que en las simples secciones (heridas operatorias inmediatamente reconocidas) o en las resecciones poco extensas que no pasen de dos centímetros (estrechez cicatricial post-operatoria consecutiva a una colecistectomía); aun en este caso es indispensable que los dos extremos sean fácilmente accesibles y aislables en cierta longitud, que se puedan poner en contacto uno con otro, que tengan calibre suficiente y no muy distinto uno del otro y, por último, que las paredes de los conductos estén en buen estado para poderlas suturar.

Si se hallan reunidas todas estas condiciones se podrá intentar la operación con feliz resultado. Es conveniente colocar puntos de fijación sobre el epiplón menor en cada uno de los dos segmentos que deben anastomosarse; la sutura se practica con puntos separados con material muy fino (aguja e hilo de sutura vascular) y se establece drenaje en la vecindad de la sutura.

II. Anastomosis biliogástricas o biliointestinales

Las operaciones de derivación biliar interna (por oposición a las derivaciones biliares externas o cutáneas) consisten en abocar la vesícula biliar o la vía principal en el estómago o en el intestino.

Estas intervenciones tienen su indicación en las obliteraciones no calculosas de la vía biliar principal, en enfermos que presentan ictericia por retención y que no tienen una fístula biliar.

El obstáculo puede tener un asiento variable: en el hepático, en el confluente, en el colédoco o en la ampolla de VATER: la anastomosis se deberá practicar naturalmente por encima del obstáculo. Este puede ser un tumor o una lesión inflamatoria de la cabeza del páncreas que comprima el colédoco (cáncer del páncreas, pancreatitis crónica), un cáncer de la ampolla de VATER, un tumor del colédoco o del confluente, o una estrechez post-operatoria.

Según que la porción enferma haya sido reseca o no, la anastomosis estará destinada a restablecer la continuidad después de la exéresis (operación radical) o simplemente a derivar el curso de la bilis (operación paliativa).

A. — Anastomosis latero-laterales

1. **Vesiculares.** — Las anastomosis vesiculares, por su fácil técnica y su benignidad, son las operaciones de elección cuando el obstáculo radica más abajo del confluente; para practicarlas es necesario que la vejiga no haya sido desde luego extirpada anteriormente y que se halle en buenas condiciones, no demasiado retraída y que el cístico sea permeable.

La vesícula puede anastomosarse con el estómago, el duodeno, el intestino delgado o con el colon transversal.

La *colecisto-duodenostomía* es teóricamente la mejor operación; es difícil por la fijación del duodeno.

La *colecisto-yeyunostomía* es fácil por la movilidad del asa yeyunal, pero presenta la desventaja de pasar por delante del colon o, de lo contrario, a través del mesocolon, complicando desde luego la operación; también se puede recurrir a practicar anastomosis complejas como la *colecistoyeyunostomía en Y de MONPROFIT*, pero prolongan y agravan la intervención.

La *colecisto-colostomía* resulta practicable por las íntimas relaciones anatómicas entre el fondo de la vesícula y la porción inicial del colon transverso, pero tiene el inconveniente de la septicidad del contenido cólico, que representa un peligro de infección para

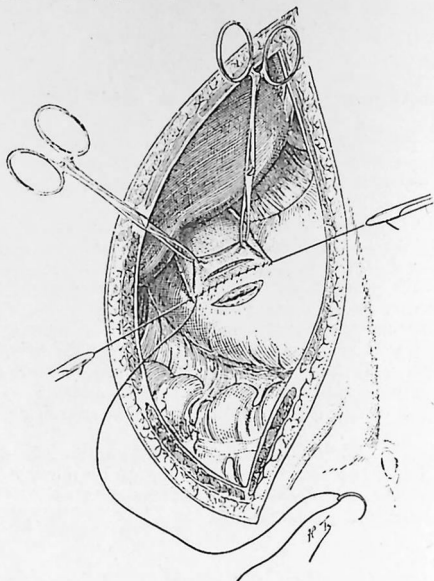


Fig. 356. — Colecisto-gastrostomía.

las vías biliares y, por otra, suprime la acción biliar en el quimismo intestinal.

La *colecisto-gastrostomía* es una buena operación que merece hoy día la preferencia; las experiencias fisiológicas de DASTRE y de ODDI y los resultados operatorios demuestran que el derrame de la bilis en el estómago no tiene desde el punto de vista digestivo, los inconvenientes que podrían suponerse.

Técnica de la *colecisto-gastrostomía* (fig. 356).

- 1.º *Incisión, exploración* (véase pág. 354).
- 2.º *Punción de la vesícula* cuando está distendida, que es lo más habitual.
- 3.º *Adosamiento de las partes que se han de anastomosar*. El fondo de la vesícula se anastomosará con la cara

anterior del antro pilórico a unos cinco o seis centímetros del píloro y a igual distancia entre ambas curvaduras. Estas zonas se adosan con dos puntos de fijación o con dos pin-

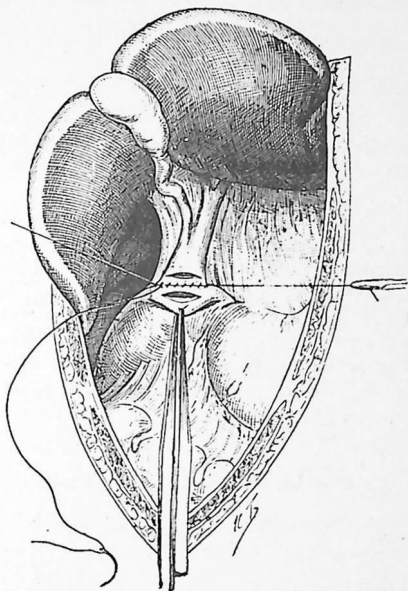


Fig. 357. — Colédoco-duodenostomía latero-lateral.

zas de CHAPUT. Se exterioriza en lo posible esta región y se protege mediante compresas.

4.º *Anastomosis* según la técnica habitual (véase anastomosis latero-laterales, pág. 129). La boca no debe ser muy amplia; dos centímetros bastan.

5.º *Sutura de la pared sin drenaje.*

La colecisto-gastrostomía es la anastomosis vesicular de elección; no obstante, en ciertos casos puede ser muy difícil poner en contacto el fondo vesicular con el antro pilórico; por otra parte, la vesícula puede hallarse adherida con el duodeno o con el colon, y es preciso saber aprovechar estas circunstancias para elegir la

víscera en que con más facilidad puede abocarse la vesícula (evitando en lo posible que sea el colon); asimismo se pueden aprovechar las adherencias y establecer la boca inmediatamente por delante. La anastomosis preferible es la que se presenta mejor desde el punto de vista de su ejecución, evitando desprendimientos, hemorragias y tracciones.

De la misma manera, si se trata de una vesícula fistulizada a la piel se podrá, después de la laparotomía y del avivamiento de los bordes de la fístula, utilizar esta última como boca anastomótica.

2. **Colédocas: colédoco-duodenostomía latero-lateral** (fig. 357).— El hecho de presentarse dilatada la vía principal y de hallarse en contacto con el duodeno o el estómago ha motivado que el cirujano aprovechara esta disposición para practicar la anastomosis.

Es una operación fácil, que proporciona buenos resultados y que también se ha propuesto y empleado como método de drenaje después de ciertas coledocotomías por cálculo.

Técnica (KEHR): incisión del colédoco yuxta-duodenal perpendicularmente al eje del conducto; incisión del duodeno paralelamente a su eje y cerca del borde superior; dos planos de sutura posteriores y dos planos de sutura anteriores.

B. — Anastomosis término-laterales

Colédoco	}	{	duodenostomía.
Hepático			gastrostomía.

Estas operaciones consisten en implantar, después de la sección del colédoco o del hepático, el extremo superior en el intestino o en el estómago; casi siempre la implantación se practica en el duodeno. Son operaciones muy delicadas, aconsejables tan sólo cuando las otras intervenciones son imposibles: ausencia de la vesícula o no utilizable, estrechez o cáncer que requiera una extensa resección de la vía biliar; en estos casos no queda otro camino que implantar el conducto hepático en el duodeno.

1. **Hepático-duodenostomía término-lateral** (fig. 358).— Las dificultades dependen, más que del calibre del hepático, que siempre está dilatado, del mal estado de sus paredes y de la distancia que separa el extremo superior del ángulo duodenal.

Técnica (TERRIER): 1.º *Incisión, exploración, resección* de la lesión, o *sección* por encima del obstáculo.

2.º *Tratamiento del extremo inferior con ligadura o sutura, según sus dimensiones.*

3.º *Aproximación duodeno-hepática.*

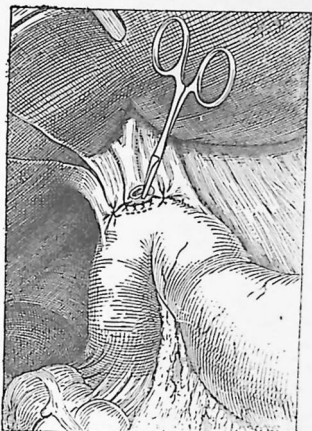


Fig 358. — Hepático duodenostomía término-lateral. (TERRIER.)

a) Si la distancia es considerable se ha de movilizar el duodeno (véase pág. 358); si no lo es, será suficiente la maniobra siguiente:

b) Se coloca una pinza en el extremo superior y se atrae hasta ponerlo en contacto con el duodeno; se mantiene en esta posición, colocando puntos de fijación, comprendiendo, a cada lado del hepático, los colgajos peritoneales correspondientes a los ligamentos cóstico-cólico y gastro-hepático, y por abajo el borde superior del duodeno a cada lado de la zona que se ha de anastomosar.

4.º *Anastomosis.* Ordinariamente es muy difícil practicar una correcta sutura sero-serosa posterior, con puntos no perforantes; incisión del duodeno enfrente del extremo del hepático; sutura de las dos secciones por detrás y por delante con puntos separados y con una aguja fina; por último, si se puede, una sutura sero-serosa anterior,

Es conveniente recubrir la anastomosis con un colgajo de epiplón que se fijará con dos o tres puntos; se intentará la peritonización con las hojas del epiplón menor. Es

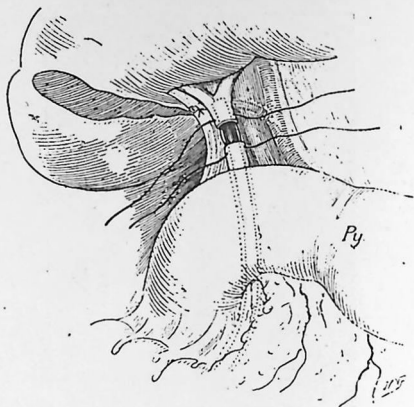


Fig. 359. — Reconstitución de la vía biliar principal destruída con pérdida de substancia por el procedimiento de la sutura sobre un tubo de goma que llega hasta el duodeno. (LECÉNE y GAUDART DE ALLAINES.)

mejor no dejar taponamiento, pero sí un tubo de drenaje cerca de las suturas.

2. Colédoco-duodenostomía término-lateral.

Sus indicaciones son más excepcionales; la técnica es la misma que la de la operación que precede.

También se ha abocado el colédoco en el estómago.

Reparación de la vía biliar por prótesis interna (tubo de caucho)

Hay casos difíciles en que por la índole de las lesiones no es posible practicar ni una anastomosis lateral, ni una implantación, ni una sutura de extremo con extremo. En estos casos difíciles antes de decidirse a establecer un drenaje externo, o sea una fístula biliar, se puede intentar reconstituir la vía biliar principal mediante un tubo de caucho delgado permanente en el conducto y que sirve de prótesis interna.

Este método está basado, por una parte, en el gran poder de reparación de las vías biliares y, por otra, en la tolerancia que presentan para este simple agente de prótesis: el tubo de caucho. Tres procedimientos pueden emplearse, según los casos (1):

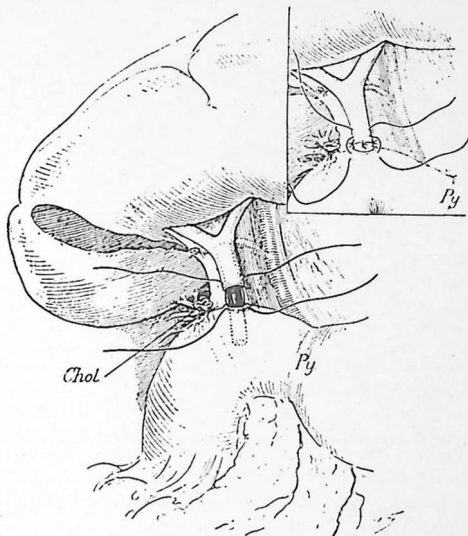


Fig. 360.—Hepático-duodenostomía sobre un tubo de goma con sutura directa. En el rectángulo: Se lleva sobre este primer plano de sutura un cono de mucosa duodenal atraído sobre el hepático. (LECÈNE y GAUDART DE ALLAINES.)

1.º *Sutura precaria, simple aproximación de los dos extremos de la vía biliar sobre un tubo de caucho* (fig. 359). Este procedimiento estará indicado en los casos en que se ven bien los dos extremos de los conductos biliares. La indicación típica de este proceder parece ser la sección accidental de las vías biliares, reconocida inmediatamente, con pérdida de substancia.

2.º *Implantación hepático-duodenal o gástrica sobre tubo de caucho con sutura directa* (fig. 360). Es aplicable

(1) LECÈNE y GAUDART D'ALLAINES. *Journal de Chirurgie*, 1922, tomo XX, pág. 237.

si se puede tirar del extremo superior para colocar en él puntos de fijación (estrechez o neoplasma) y cuando es posible disecar algo el conducto biliar y movilizar el duo-

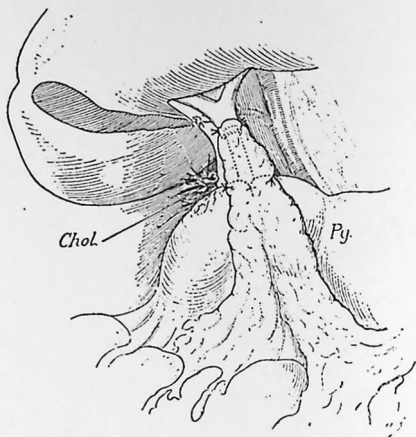


Fig. 361. — Hepático-duodenostomía sobre un tubo-prótesis sin sutura directa, con epiploplastia. (LECÉNE y GAUDART DE ALLAINES).

deno o el estómago, siempre que las adherencias no hayan modificado mucho la región operatoria.

3.º *Prótesis de la vía biliar con un tubo de caucho con implantación gástrica o duodenal sin sutura directa* (figura 361). Este procedimiento tiene su aplicación en los casos más complicados de la cirugía biliar (fístulas biliares de la vía principal, en particular).

De una manera general la sutura directa es útil, pero no indispensable para la prótesis; por el contrario, la epiploplastia la completa eficazmente.

TERCERA SECCION

Cirugía del bazo

ESPLENECTOMÍA

La esplenectomía es una operación muy fácil o muy difícil.

Fácil en los casos en que el bazo puede ser atraído fácilmente hacia la incisión parietal, bazo movable con pedículo largo y libre, y cuando el bazo no es muy voluminoso.

Difícil, en los casos de bazo enorme, con el pedículo corto y, sobre todo, cuando se halla fijado en el hipocondrio por adherencias.

Desde luego no podrá emplearse la misma técnica en unos y otros casos. En todos los casos las mayores precauciones se referirán a la hemostasia.

El enfermo estará echado sobre el dorso con un almohadón debajo de la región dorsal. El operador se colocará a la derecha y el ayudante a la izquierda.

Caso fácil

1.º **Incisión de la pared.** — El bazo puede ser extirpado a través de una incisión media: así se ha hecho en el curso de laparotomías por contusión abdominal; pero por poco reducido que quede el campo operatorio no se dudará en hacer un desbridamiento transversal a nivel del ombligo (incisión en L), o un desbridamiento paralelo al reborde costal a nivel de la extremidad superior de la primera incisión (incisión en J invertida).

Son muchas las incisiones que se han propuesto para el acceso al bazo: incisión vertical sobre el borde externo del recto, incisión subyacente y paralela al reborde costal, incisión transversal: en una esplenectomía fácil todas son buenas.

Pero el caso es que resulta difícil prever si la esplenectomía será fácil o difícil, y una vez abierto el abdomen se pueden encontrar dificultades para extirpar el bazo, por insuficiencia de la incisión practicada. La mejor incisión será la que pueda quedar

reducida al mínimo en los casos fáciles, y que en los casos difíciles comprobados durante la operación, pueda prolongarse para ampliar la vía de acceso sin destrucción excesiva de la pared. La incisión que referimos a continuación reúne estas condiciones y, además, presenta la ventaja de respetar los nervios intercostales.

Incisión oblicua hacia abajo y adelante, a partir del reborde costal izquierdo a la altura del 8.º ó 9.º cartílago y continuando oblicuamente hacia el ombligo (fig. 362).

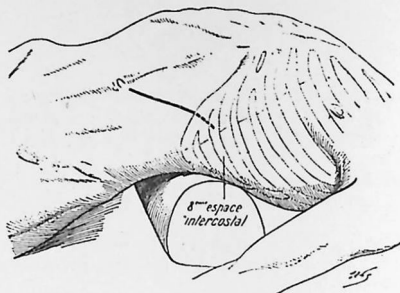


Fig. 362. — Incisión para la esplenectomía. Puede ser prolongada siguiendo el punteado en los casos difíciles, con sección del reborde cartilaginoso.

Incindir la piel y después todos los planos de la pared, músculos, oblicuo mayor, oblicuo menor y transverso por fuera y músculo recto por dentro, y el peritoneo en toda su extensión.

2.º **Exploración.** — Seguidamente se introduce la mano derecha bajo la cúpula diafragmática izquierda y se reconoce el bazo, apreciándose si se encuentra libre, movable o poco adherido y de volumen normal o aumentado.

3.º **Exteriorización.** — Mediante una tracción suave se procura atraer el bazo hacia la incisión y exteriorizarlo, exponiéndose bien su pedículo.

4.º **Hemostasia y sección del pedículo.** — Con dos dedos de la mano izquierda se coge el pedículo y con la mano

derecha se coloca un clamp junto al bazo: este clamp evitará que se vacíe el bazo en el momento de seccionar el pedículo; inmediatamente a un centímetro hacia dentro se colocan dos pinzas de presión, una de arriba abajo y

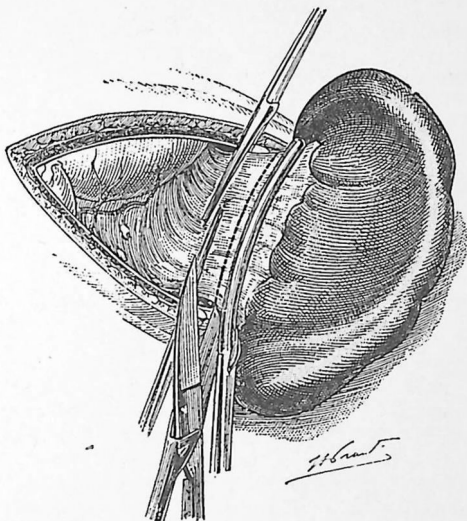


Fig. 363. — Esplenectomía: hemostasia y sección del pedículo.

otra de abajo arriba, comprendiendo cada una más de la mitad del pedículo (fig. 363).

El pedículo se secciona junto al clamp y se deposita el bazo en una cubeta. Sólo faltará substituir las dos pinzas por ligaduras.

El pedículo es largo y delgado. Una simple ligadura basta; alrededor de este pedículo se pasa un catgut resistente (núm. 3) o un hilo de seda (que no desgarré), y se anudan apretando lenta y progresivamente, mientras el ayudante abre y cierra las pinzas para dar tiempo a que el pedículo distendido se adapte a la ligadura.

El pedículo es ancho. Se dividirá en dos o tres segmen-

tos que se ligarán aisladamente o mediante una ligadura en cadena o un nudo de LAWSON-TAIT. Tan sólo ahora se retirarán las pinzas después de fijar con la extremidad de una pinza el muñón; no se dejará que el pedículo vaya

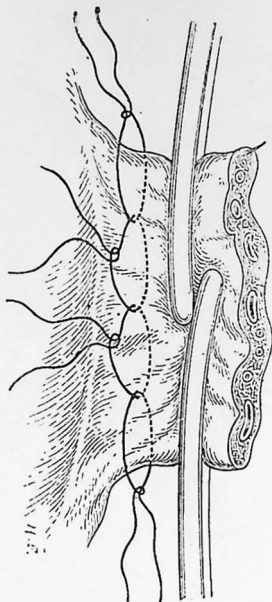


Fig. 364.—Ligadura en cadena del pedículo esplénico.

al fondo sin comprobar antes que los nudos se sostienen bien, que no se ha escapado de la ligadura ningún vaso, y que la hemostasia es perfecta.

Colocad una valva en la parte alta de la incisión y reconoced si sangra algo en la profundidad, especialmente algún vaso polar superior que pudiera haberse roto al exteriorizar el bazo.

5.º **Sutura de la pared** en uno, dos o tres planos, sin drenaje en los casos sencillos.

Casos difíciles

Suponemos que se ha comenzado la incisión como anteriormente y que la exploración manifiesta un *bazo enorme* que no es posible luxarlo a través de la incisión, porque su polo superior no puede hacerse descender lo suficiente para que pueda franquear el ángulo superior de la herida: en este caso prolongad la incisión como se indica más abajo y terminad la operación en la forma indicada antes (caso fácil), mediante hemostasia y sección del pedículo.

El caso verdaderamente difícil es el de la extirpación de un *bazo adherente*: desde luego es preciso proporcionarse mayor campo y además practicar la hemostasia de otra manera.

1.º Prolongación de la incisión. — La incisión primera se extiende oblicuamente desde el reborde costal hasta la línea blanca un poco por encima del ombligo; si el caso es difícil puede prolongarse en los dos extremos: por dentro se puede prolongar dos o tres centímetros más allá de la línea blanca; por arriba y afuera se prolonga la incisión algunos centímetros por encima del reborde costal y se secciona con el bisturí el reborde cartilaginoso enfrente del espacio intercostal (fig. 362): colocando una valva grande en el ángulo superior resulta sorprendente el amplio acceso a las regiones altas del hipocondrio, que proporciona la simple sección del reborde y su separación.

En los casos extremadamente difíciles se puede en realidad ampliar aún más el campo operatorio prolongando la incisión en el espacio intercostal y dividiendo las fibras del diafragma, practicándose, por tanto, una verdadera laparotoraco-frenotomía (véase pág. 95) (1).

2.º Exploración. — El bazo está adherido; no intentéis descortezarlo porque os exponéis a desgarrarlo y a provocar una hemorragia; no os empeñéis en exteriorizarlo, porque sería peligroso.

(1) En los casos difíciles se puede, en ciertas circunstancias, recurrir a la resección del reborde cartilaginoso según la técnica de AUVRAY, o la de BAUDET-NAVARRO (véase pág. 93). Observar ante todo que una laparotomía media supraumbilical puede servir de punto de partida para el primero de estos dos procedimientos y que el segundo permite prolongar, si es preciso, una laparotomía paralela al reborde costal que haya resultado insuficiente.

Es preferible hacer primero la hemostasia, dejando el bazo en su sitio, y extirparlo inmediatamente después.

3.º **Hemostasia** (1). — Comenzad por abrir la transcavidad de los epiplones incindiendo el ligamento gastro-có-

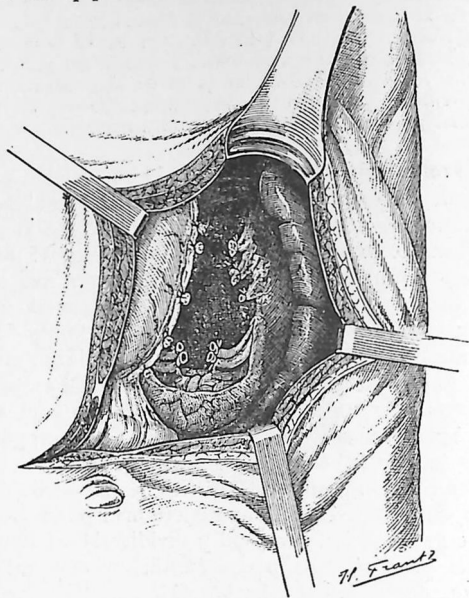


Fig. 365. — Abertura, primaria, de la transcavidad en un caso de bazo adherido. — Sección de la arteria y de la vena esplénicas entre dos ligaduras. (LECÈNE y DENIKER).

lico a lo largo de la curvatura mayor después de haber ligado a uno y otro lado los vasos. Inmediatamente buscad en el fondo de la transcavidad, entre la cola del páncreas y el hilio del bazo, la arteria y la vena esplénicas; en cada uno de estos vasos colocad una doble ligadura a poca distancia del hilio esplénico, procurando no lesionar

(1) LECÈNE y DENIKER. *Journal de Chirurgie*, marzo 1924, tomo XXIII, pág. 225.

el páncreas, que sangraría mucho; sección de los vasos entre las dos ligaduras (fig. 365).

4.º **Liberación y extirpación del bazo.** — Desde ahora se puede emprender, sin peligro de hemorragia importante, la liberación y extirpación del bazo. La liberación es a veces laboriosa porque pueden existir adherencias resistentes que fijen el bazo con el diafragma: seguid siempre en contacto esplénico para no lesionar el diafragma o la pleura; quizá encontréis un plano de separación por dentro de la cápsula. A medida que va desprendiéndose la víscera se puede poco a poco atraerla al exterior, hasta extirparla por completo; durante estas maniobras, convendrá tal vez ligar algunos pedículos accesorios, el polar superior y el inferior especialmente.

5.º **Revisión, reparación.** — Observad cuidadosamente el campo operatorio; adquirid la certeza de que la hemostasia es perfecta en toda la pared de la celda esplénica; muy a menudo convendrá ligar algunas venas a nivel de la cúpula diafragmática. Reconstituid con algunos puntos de sutura la brecha del ligamento gastro-cólico.

6.º **Sutura de la pared** siguiendo la técnica habitual con o sin drenaje, según las condiciones patológicas y operatorias. Si habéis seccionado el reborde cartilaginoso del tórax, es completamente inútil suturarlo; si los bordes de la herida están bien coaptados la reunión se hace espontáneamente, con rapidez y sin deformación.

CUARTA SECCION

Cirugía del páncreas

CAPÍTULO PRIMERO

Vías de acceso al páncreas

Vía habitual: es la *vía abdominal*.

1.º **Laparotomía.** — Según se quiera tener acceso a la cabeza, al cuerpo o a la cola del páncreas, se practicará una laparotomía lateral izquierda, media o lateral derecha, procurando, en todos los casos, que el punto medio de la incisión corresponda por encima del nivel del ombligo.

2.º **Acceso al páncreas.** — El páncreas está situado casi todo por encima del mesocolon transversal y adaptado a la pared posterior de la cavidad de los epiplones. El páncreas se encuentra recubierto, por tanto, de arriba abajo por el epiplón menor, por el estómago y por el ligamento gastrocólico. Según la porción que se quiera descubrir se practicará una de las siguientes maniobras:

a) *Perforación del epiplón menor*, vía interhepatogástrica, útil sólo en los casos de lesión alta y de estómago descendido.

b) *Perforación del ligamento gastrocólico*, vía intergastrocólica, es la empleada con más frecuencia (véase página 142).

c) *Desprendimiento intercoloepiploico*, otra vía intergastrocólica más amplia (véase pág. 143).

d) *Incisión de la hojilla inferior del mesocolon transversal*, en los casos en que la lesión se ha desarrollado a nivel del borde inferior del páncreas, desdoblado el mesocolon: para ello es preciso levantar el epiplón mayor y el

colon transverso e incidir la hojilla posterior del meso en una zona desprovista de vasos.

Todas estas maniobras conducen sobre la cara anterior del páncreas, encontrándose aún recubierta por una hojilla serosa que hay que atravesar para llegar al parénquima glandular.

c) *Desprendimiento duodeno-pancreático*; permite el acceso a la cara posterior del páncreas, palparla entre dos dedos y especialmente la región del abocamiento duodenal de los conductos pancreáticos (véase página 358).

Vías excepcionales: a) **Vía lumbar.** — Puede ser empleada como *vía complementaria para drenaje*: para ello se introduce un dedo en la colección pancreática que se ha de drenar y se rechaza hacia atrás la pared abdominal posterior por fuera del riñón y por debajo de la 12.^a costilla; en la prominencia que forma el dedo se incide de atrás adelante, todo el espesor de la pared.

La vía lumbar ha sido empleada también como *vía de acceso*: practicando una incisión lumbar izquierda muy oblicua, como la de la nefrectomía, desprendiendo el colon y pasando por delante del riñón, se llega fácilmente a la cola y aun al cuerpo del páncreas (DELBET).

Por vía lumbar derecha se puede llegar hasta la cabeza del páncreas.

b) **Vía transpleural.** — Esta vía sólo está indicada para abrir colecciones pancreáticas subfrénicas.

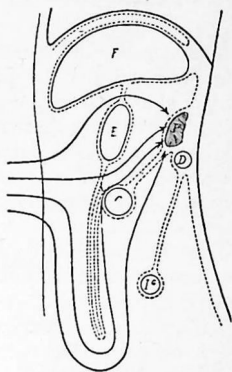


Fig. 366.—Corte sagital esquemático del abdomen. Las flechas indican las diferentes vías de acceso al páncreas; de arriba a abajo: 1. Vía inter-hepatogástrica, a través del epiplón menor. — 2. Vía inter-gastrocólica a través del ligamento gastro-cólico. — 3. Vía inter-gastro-cólica, por despegamiento colo-epiploico. — 4. Vía sub-mesocólica, con incisión de la hoja inferior del meso-colon transverso.

CAPÍTULO II

Operaciones practicadas en el páncreas

Generalmente se trata de *quistes* o de *abscesos* que nos limitamos a incindir por la vía al parecer más cómoda, según el asiento de la colección; la incisión va seguida de un simple drenaje ó de marsupialización. En ciertas ocasiones se ha practicado la extirpación total del quiste, la pancreatometomía parcial por quistes de la cola, y la incisión y anastomosis inmediata del quiste con el intestino para evitar una fístula ulterior.

La intervención en la *pancreatitis hemorrágica* consiste en incindir el hematoma, en colocar un taponamiento y establecer drenaje.

En casos de *pancreatitis crónica* se ha practicado la liberación del colédoco comprimido en su trayecto retropancreático (VAUTRIN).

Se han realizado también algunas pancreatotomías por *litiasis pancreática*.

En cuanto a las pancreatometomías por *tumores*, han sido objeto de interesantes trabajos de cirugía experimental y de medicina operatoria en el cadáver; en el vivo sólo se han intentado pocas veces y con resultados poco alentadores.

Siendo tan íntimas las relaciones anatómicas que existen entre el colédoco y la vía pancreática, se comprende que las lesiones infecciosas de la vía biliar repercutan con frecuencia en el páncreas y, al revés, que las lesiones de la cabeza del páncreas puedan ser un obstáculo para el curso de la bilis: es por esto que las operaciones de derivación o de drenaje biliar tienen aplicaciones frecuentes en las lesiones del páncreas; estas operaciones pueden ser practicadas, constituyendo por sí solas toda la intervención, o asociadas con una acción directa sobre la lesión pancreática.

ÍNDICE DE MATERIAS

CIRUGÍA DEL ABDOMEN

PRIMERA PARTE

Operaciones que se practican en la pared abdominal

	<u>Págs.</u>
CAPÍTULO I. — Curación operatoria de las hernias inguinales	I
Hernia oblicua externa no complicada en el hombre.	4
Hernias de conducto abierto.	17
Cura radical de la hernia inguinal derecha con extirpación del apéndice	21
Hernia con ectopia testicular	23
Hernia directa	25
Hernias adherentes	27
Hernias del intestino grueso.	28
Hernia estrangulada.	33
Hernia gangrenada	37
Hernia en la mujer	40
CAPÍTULO II. — Curación operatoria de las hernias crurales	41
Operación por vía crural	43
Operación por vía inguinal	49
Hernia estrangulada.	55
CAPÍTULO III. — Curación operatoria de las hernias umbilicales	57
Hernias pequeñas	57
Hernias voluminosas.	60
Hernia estrangulada.	68
CAPÍTULO IV. — Curación operatoria de las eventraciones	69
CAPÍTULO V. — Técnica de las laparotomías	71
Incisiones.	73
Exploración del abdomen, maniobras intraabdominales.	82
Sutura de la pared	86
Laparotomías prolongadas, toraco-laparotomías	92

SEGUNDA PARTE

Operaciones en el estómago y el intestino

	<u>Págs.</u>
1.ª sección. Suturas y anastomosis.	
CAPÍTULO I. — Suturas	99
Suturas en el estómago y en el intestino delgado	99
Suturas en el intestino grueso	108
CAPÍTULO II. — Cierre de las secciones	111
CAPÍTULO III. — Anastomosis por suturas. Término-terminal.	116
Término-lateral.	123
Latero-lateral	129
CAPÍTULO IV. — Anastomosis mediante botones	135
2.ª sección. Operaciones sobre el estómago y el duodeno.	
CAPÍTULO I. — Exploración del estómago	141
CAPÍTULO II. — Gastrotomía	147
CAPÍTULO III. — Piloro-tomía longitudinal extramucosa	148
CAPÍTULO IV. — Gastro y piloroplastias	151
CAPÍTULO V. — Gastrogastrostomía	157
CAPÍTULO VI. — Gastroenterostomías	158
Gastroyeyunostomía anterior	159
Gastroyeyunostomía posterior.	160
CAPÍTULO VII. — Exclusión del píloro	173
CAPÍTULO VIII. — Gastrectomías	177
Resecciones atípicas, resección en silla de montar	180
Pilorogastrectomía por cáncer	184
Pilorrectomía por úlcus	206
Resección mediogástrica.	213
Resección del cardias	218
Gastrectomía subtotal y total	220
CAPÍTULO IX. — Gastrostomía	222
CAPÍTULO X. — Duodenoyeyunostomía	229

3.^a sección. Operaciones sobre el intestino.

CAPÍTULO I. — Resección intestinal	233
CAPÍTULO II. — Yeyunostomía	234
CAPÍTULO III. — Exclusión del intestino	236
CAPÍTULO IV. — Extirpación del apéndice	237
CAPÍTULO V. — Ano iliaco derecho: ileostomía, tiflostomía	246
CAPÍTULO VI. — Ano iliaco izquierdo: sigmoidostomía	249
CAPÍTULO VII. — Oclusión de los anos artificiales	259
CAPÍTULO VIII. — Colopexias	260
Tifloperexia	261
Colopexia derecha (en escuadra)	262
Colopexia ileopélvica izquierda	265
CAPÍTULO IX. — Ileo y tiflosigmoidostomía	268
CAPÍTULO X. — Colectomías	271
Colectomía total	271
Hemicolectomía derecha	277
Colectomías segmentarias	280

TERCERA PARTE

Operaciones en el ano y en el recto

CAPÍTULO I. — Miorrafia de los elevadores en el hombre	295
CAPÍTULO II. — Anillado del ano	300
CAPÍTULO III. — Rectotomía posterior	301
CAPÍTULO IV. — Resección de hemorroides	302
CAPÍTULO V. — Extirpación del recto	309
Extirpación perineal con descenso sin conservación del esfínter.	311
Extirpación perineal con descenso y conservación del esfínter	319
Extirpación perineal sin descenso (ano iliaco definitivo)	324
Extirpación abdominoperineal con descenso del colon al periné	327
Extirpación abdominoperineal con implantación del colon en la pared abdominal	332

