

## ARTÍCULO V

## I.—OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LA VESÍCULA BILIAR

Como la mayor parte de las operaciones intraabdominales, hasta estos últimos doce años no se ha practicado la colecistotomía; no obstante, esta operación la aconsejaba J. L. Petit en una Memoria leída en 1473 ante la Academia real de Cirugía. J. L. Petit únicamente aceptaba la operación cuando había adherencias entre la vesícula y la pared; en 1774 Bloch, y Richter en 1798, propusieron provocar la formación de estas adherencias. El período moderno data de los trabajos de Thudicum, quien, en 1859, formuló los preceptos que han servido de guía á los cirujanos en la práctica de esta operación. Aconseja abrir la pared abdominal por debajo de las falsas costillas é introducir el dedo para explorar la vesícula. Si se nota que contiene cálculos, se fija la vesícula á los bordes de la herida abdominal por algunos puntos de sutura; algunos días después se la abre y se extraen los cálculos.

Las primeras operaciones, y esto sucede con alguna frecuencia, se hicieron por error de diagnóstico. Bobbs, que operó con éxito en 1867, creía que se trataba de un quiste del ovario; Köcher, en 1878, operó por un riñón flotante y el enfermo curó igualmente. El 18 de Abril de 1878 Marion Sims practicó esta operación con completo conocimiento de causa en una mujer que padecía de obstrucción del conducto colédoco. La operada murió pocos días después.

Puede practicarse la incisión de la vesícula ó colecistotomía, ó una operación más radical escindiendo la vesícula misma, colecistectomía, y por fin se ha intentado, en el caso de obliteración del conducto colédoco, establecer una fistula entre el intestino y la vesícula.

1.º COLECISTOTOMÍA.—*Incisión de la pared abdominal.*—A veces se ha practicado esta incisión sobre la línea media; Bæckel le dió una dirección paralela á las costillas falsas; la mayoría de los operadores prefieren con razón una incisión vertical paralela á la línea media y por fuera del borde externo del recto mayor del abdomen. La incisión debe practicarse con las mismas precauciones que se emplean en la laparotomía. Se encuentran en este punto mayor número de vasos que en la línea blanca, por lo cual antes de abrir el peritoneo deberá practicarse una hemostasia muy rigurosa.

*Abertura de la vesícula.*—La abertura de la vesícula puede practicarse por dos métodos: ó bien inmediatamente después de la incisión de la pared (operación en un solo tiempo), ó algunos días después (operación en dos tiempos). En la operación en un solo tiempo, el cirujano incide la vesícula tomando naturalmente las mayores precauciones para evitar la caída de la bilis en la cavidad peritoneal, y después se suturan los bordes de la herida abdominal con los de la herida vesicular. Muchas veces se prefiere suturar antes la vesícula intacta á los bordes de la herida, procediendo á su abertura dos, tres y aún diez días después, como lo hizo Kœnig. Para impedir que la vesícula filtre por los agujeros de la aguja, se ha propuesto no comprender en la sutura más que la pared externa de la vesícula, con lo cual se corre otro peligro, que es el de ver que la sutura desgarrar los tejidos por demasiado delgados. Pueden combinarse los dos procedimientos del modo siguiente: practicar la sutura de la pared de la vesícula en todo su grosor, y una vez colocadas las suturas, puncionar con un trócar aspirador delgado para disminuir el exceso de tensión, y practicar la dilatación amplia algunos días después.

*Evacuación del contenido.*—No basta abrir la vesícula, es conveniente además extraer los cálculos que contenga, lo cual puede hacerse con el dedo ó con unas pinzas y á mayor abundamiento se terminará por una inyección con agua alcoholizada. Si los cálculos fuesen muy voluminosos, se les podría coger con unas pequeñas tenazas para romperlos. A veces se encuentran cálculos adheridos á las paredes de la vesícula, en cuyo caso, con toda precaución, se procurará desprenderlos; pero por poco difícil que esto sea será mejor abstenerse, porque podría rasgarse el tejido de la vesícula. Siempre será prudente asegurarse por un cateterismo hecho con una delgada y flexible candelilla de la permeabilidad de los conductos cístico y colédoco. Si se encontrase un cálculo enclavado en el conducto, á beneficio de suaves presiones se intentará desprenderlo, y esto se ha conseguido muchas veces. Lange pudo introducir el cálculo en la vejiga y extraerlo; Parkes lo empujó hasta el intestino.

Después de extraídos los cálculos, evacuada la bilis y cuidadosamente lavada la bolsa, puede darse la operación por terminada, porque la abertura practicada en la vesícula y en la pared del vientre se deja abierta formando así una fistula biliar, de cuya importancia nos ocuparemos luego; no obstante, algunos cirujanos han creído mejor obliterar la abertura aplicando una sutura en la vesícula.

*Sutura de la vesícula y de la pared.*—Spencer Wells aconseja su-



turar la vesícula adosando las superficies peritoneales, cortar los hilos cerca del nudo, abandonar la vesícula dentro del vientre y cerrar la herida de la pared abdominal. Meredith, Courvoisier, Bernays y Lange han hecho aplicación de este método, que los americanos han llamado *ideal cholecystotomy*. Los resultados han distado mucho de corresponder al ideal terapéutico, porque únicamente curó el enfermo de Bernays y los otros tres murieron.

2.º COLECISTECTOMÍA.—Esta operación consiste en la ablación de la vesícula. En 1882 propuso y practicó esta operación Langenbuch. Siendo preciso llegar hasta el cuello de la vesícula, se hace necesaria una incisión más extensa que en la colecistotomía. La incisión se hace sobre el borde externo del recto mayor, de 15 centímetros de altura, y en caso necesario podría añadirse otra incisión transversal dirigida hacia el apéndice xifoides; Deraubach propone sustituir estas incisiones por otra curva de concavidad superior partiendo de la línea blanca.

Ante todo conviene asegurarse de la permeabilidad del conducto colédoco y después se aíslan con cuidado la vesícula y el conducto cístico. Es sabido que este conducto, lo mismo que el colédoco, están situados sobre el borde recto del epiploon gastrohepático, por delante del hiato de Winslow. Una vez aislado el conducto cístico y la vesícula, se aplican dos ligaduras, que tienen por objeto impedir que el contenido de la vesícula caiga dentro del vientre, y se practica la sección entre las dos. En este caso no hay ningún motivo para dejar de cerrar en seguida la herida abdominal.

3.º FORMACIÓN DE UNA FÍSTULA ENTEROBILIAR. ENTEROCOLECISTOTOMÍA.—La permeabilidad del conducto colédoco puede hallarse interceptada por un cáncer del páncreas, un cálculo enclavado ó una estrechez cicatricial; en estos casos se forma fatalmente y con carácter permanente la fístula biliar. Para evitar este inconveniente, Winiwarter, por consejo de Nussbaum, ha procurado establecer una fístula entre la vesícula biliar y el intestino. En la primera operación, Winiwarter puso al descubierto la vesícula y el colon, y los mantuvo en mutuo contacto en la herida. Cuatro días después introdujo un trócar en la vesícula, y luego, perforando la pared opuesta en contacto con el colon, estableció una abertura entre los dos órganos y dejó la cánula ocho días colocada. La abertura de comunicación se cerró, pero el orificio de la primera punción se transformó en fístula. Trece días después incindió extensamente la vesícula é introdujo otra cánula en el colon, dando el mismo resultado. Tres meses después, incindió extensamente la pared abdominal, abrió la vesícula y la fijó por una corona

de suturas á un asa del intestino delgado. Perforó con el bisturí los dos tabiques intestinal y vesicular adosados y aplicó un tubo de drenaje en la abertura durante ocho días. La fístula externa persistió y una pequeña cantidad de bilis pasaba al intestino; esta última operación tuvo lugar el 20 de Noviembre de 1880. El 9 de Enero de 1881 se practicó la oclusión por autoplastia de la fístula cutánea, teniendo lugar la formación de dos fístulas estercoráceas. Finalmente, después de nuevas operaciones, que tuvieron por objeto cerrar las dos fístulas estercoráceas, se obtuvo la curación en Abril de 1882. La fístula biliar exterior se había cerrado espontáneamente.

*Apreciación.*—La colecistotomía, entendiéndose por tal la abertura de la vesícula biliar, es una operación que se ha practicado muchas veces por abscesos que han tenido por punto de partida la vesícula. Esta abertura se ha efectuado á veces espontáneamente, permitiendo así la salida de numerosos cálculos. En este caso se trata en cierto modo de la abertura de un absceso que no presenta ninguna indicación especial, como no sean las precauciones que exige la presencia del peritoneo; por esto muchas veces se ha hecho aplicación de los cáusticos para llevar á cabo esta abertura. De lo que aquí se trata es de la operación intraabdominal que tiene por objeto corregir los accidentes de retención de la bilis en la vesícula ó en las vías biliares. Como todas las operaciones nuevas, ésta la practican fácilmente aquellos cirujanos que van en busca de ocasiones para operar, y en muchas ocasiones la urgencia de la intervención está muy lejos de ser evidente. Esta operación no debe practicarse sino cuando se hayan frustrado los tratamientos médicos; es muy cierto que frecuentemente éstos no dan ningún resultado, pero creo digno de especial mención, por razón del éxito alcanzado, un tratamiento preconizado por Touatre (de Nueva Orleans), quien lo ha experimentado consigo mismo: consiste en ingerir durante el día y en dos veces 24 cucharadas de aceite de olivas. Los efectos de esta medicación han sido á veces notables; en un caso se expulsaron 60 cálculos y en otro 77.

La colecistotomía debe considerarse únicamente como un medio extremo, al cual se apela por insuficiencia de los demás tratamientos. Mauricio Denucé ha reunido las observaciones publicadas, y en su examen llama desde luego la atención el predominio del sexo femenino. En 43 operaciones únicamente 8 se practicaron en hombres y 35 en mujeres. De estas 43 operaciones 21 las practicó Lawson Tait, que ha tenido la fortuna de ver curar á todas sus operadas, al menos curar de su operación. De las 22 restantes hubo 14 curaciones y 8 muertos, lo cual arrojaría una mortalidad de 38 por 100. Pero no quiero insistir sobre este punto, porque para deter-



minar la gravedad relativa de esta operación, es preciso reunir mayor número de casos. Evidentemente no es aceptable sino cuando se han frustrado todos los tratamientos médicos y la vida del enfermo está en grave peligro. La operación preferible es la colecistotomía con formación de una fistula biliar. La oclusión de la vesícula con sutura perdida debe declararse como demasiado fortuita y por consiguiente peligrosa. Por lo demás, los resultados tampoco la abonan.

No veo claramente las ventajas que pueda presentar la extirpación de la vesícula ó colecistectomía; en cambio trae algunos de los peligros de la sutura perdida de la vesícula. Veo más inconvenientes que ventajas en suprimir el reservorio de la bilis, y por otra parte, la fistula biliar no es fatal y *constantemente* la consecuencia de la colecistectomía simple. Denucé ha reunido 8 de estas operaciones practicadas por Langenbuch (5), Courvoisier (1) y Thiriar (2): cuatro de los cinco enfermos de Langenbuch curaron de la operación; pero en el primero ésta parecía poco indicada, pues la vesícula no contenía más que dos cálculos insignificantes, y en el segundo existía ya una afección cerebral, que ocasionó la muerte del enfermo después de la operación. Los enfermos de Courvoisier y de Thiriar curaron igualmente; pero de la lectura de las observaciones no se desprende que fuese necesaria la extirpación de la vesícula y que no hubiese sido suficiente la simple incisión.

La enterocolecistotomía únicamente se justifica por los peligros que se atribuyen al derrame completo de la bilis al exterior. Ciertamente no seré yo quien niegue los graves inconvenientes que para la salud pueda tener la existencia de una fistula biliar, pero yo creo que se está en un error acerca de la naturaleza de estos inconvenientes. Se atribuye, en general, á la bilis el papel de emulsionar las grasas juntamente con el jugo pancreático, y Rohman considera ante todo á la bilis como un antipútrido. Veintiséis años atrás demostré en la *Gazette hebdomadaire* (1862 pág. 38), cuál es el verdadero papel del hígado, que no es exactamente el que se le atribuye. La bilis no es más que un residuo, contiene la materia colorante de los glóbulos descompuestos por el bazo y la expulsa al intestino; pero contiene también elementos grasientos procedentes de estos mismos glóbulos y de las materias grasas que han podido encontrarse mezcladas con la sangre de la vena porta. Si la bilis se derrama en la parte alta del intestino con el jugo pancreático, es para que estas materias emulsionadas por este jugo puedan ser absorbidas por los quilíferos y utilizadas por la economía. Una fistula biliar es una causa de enflaquecimiento, que se puede remediar en gran parte por una alimentación rica en materiales grasos. Por otra parte, bajo el punto de vista que debe ocuparnos, debe-

mos notar que, en cierto número de observaciones, la fistula muchas veces no da salida más que á materias mucosas ó purulentas y que muchas de estas fistulas se han cerrado espontáneamente.

## ARTÍCULO VI

### OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL ESTÓMAGO

#### I.—Heridas del estómago

La cuestión de las heridas del estómago, de su gravedad y del tratamiento más conveniente es generalmente poco conocida. En general se las considera extremadamente graves, no sólo como todas las heridas de las vísceras abdominales, sino también porque es de presumir el derrame de materias estomacales dentro del peritoneo. En 1879, observando una de estas heridas producida por una cuchillada, habiendo salido por la herida materias alimenticias (guisantes y pedazos de carne), herida que curó sin ningún accidente grave, me pareció que el derrame peritoneal es menos de temer de lo que generalmente se cree; con este motivo estudié las observaciones anteriores, y uno de mis discípulos, Bailly, por mi consejo, publicó sobre este particular una tesis de las más interesantes.

Del estudio de las observaciones clínicas deduzco en tesis general las indicaciones terapéuticas y operatorias de las heridas del estómago. Si no pusiéramos el debido cuidado en la formación de las estadísticas, las heridas del estómago parecerían poco graves, puesto que en 83 casos que Bailly ha podido reunir hay 72 curaciones y solamente 8 muertos, pero en este caso más que en ninguno es preciso recordar que, siendo la muerte la consecuencia más natural de estas heridas, los casos mortales no han sido publicados; mientras que, por razón inversa, se han publicado los casos de curación, aun cuando no haya habido intervención operatoria.

En caso de herida estomacal, ¿qué conducta debe seguir el cirujano? ¿conviene desbridar la pared abdominal? ¿se debe practicar la sutura del estómago y después de la sutura, conviene reducir el órgano y cerrar la herida exterior? Estudiemos los hechos, que son nuestra mejor guía.

1.º *Desbridamiento de la pared abdominal.*—Lo practicó Larrey en 1815 en un caso que presentaba hemorragia considerable y la