

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

herida se encontraba al nivel de los cartílagos de la octava costilla. Larrey dió salida á la sangre que se había derramado en el abdomen, y del estómago salía agua vinosa que había sido ingerida el día anterior. El enfermo curó.

2.º *Sutura del estómago.*—Se la encuentra en diez observaciones, pero en todos estos casos había hernia del estómago á través de una herida á veces bastante extensa, excepto en dos casos en los cuales Carterat (Academia real de Cirugía) atrajo el estómago al exterior, practicó la sutura de peletero y redujo el órgano. Rhustat (*Boletín de la Facultad de Medicina*, tomo V, pág. 386) hizo lo mismo después de haber aplicado cinco puntos de sutura, y Cirugueda (1842), después de haber practicado la sutura de peletero; Hasby (1851) en un caso en que la mayor parte del estómago formaba hernia; Wigand (1862) después de haber limpiado con los dedos el estómago y la herida de los coágulos que la obstruían. Morand (1867) y Lucke (1871) después de haber hecho la sutura del abdomen lo redujeron y cerraron la herida exterior.

En dos casos se mantuvo el estómago en contacto con la herida. Percy y Briot, en un soldado que había sufrido un extenso sablazo, practicaron una sutura continua de la herida estomacal, pero colocando en las asas un lápiz, que se apoyaba sobre la herida exterior para impedir la reducción del estómago. Los hilos no se cortaron hasta veintiocho días después.

Kæstner (1873) fijó los hilos de la sutura al ángulo superior de la herida abdominal.

En un solo caso se ha establecido una fístula. Leschick (1871) tuvo que tratar una extensa hernia del epiploon y del estómago herido. La estrangulación llegó á producir una tumefacción tan considerable de los bordes de la herida estomacal, que se abandonó la sutura para dejar una fístula, que aún duraba seis meses después de la curación. Todos los enfermos cuya historia acabo de apuntar curaron.

Sutura exclusiva de la herida abdominal.—Esta sutura se ha practicado pocas veces, pues yo no conozco otras observaciones que las de Stalpart van der Wiels, Travers Ellis, Witzak, Marjolin, Wigth y Peyrani, que obtuvieron la curación. Únicamente el enfermo de Ellis murió al día siguiente de la herida y se encontró en el abdomen un ligero derrame sanguíneo.

Sin intervención operatoria.—Esta es la práctica que se ha seguido en la inmensa mayoría de los casos y casi todos los enfermos curaron. Algunos observados por Covillard (disparo de arma de fuego). Hentzel (herida por un palo), Peters (disparo de arma de fuego) y

William Beaumont (disparo de arma de fuego) han conservado fístulas, pero la persistencia de éstas se explica fácilmente por la naturaleza y gravedad de la herida.

Apreciación.—En resumen, 72 observaciones demuestran que las heridas penetrantes del estómago saliendo á través de la herida materias alimenticias son susceptibles de curación. Demuestran que las materias alimenticias pueden salir por la herida, aunque sea algunos días después, sin derramarse en el abdomen. La conducta del cirujano variará según la naturaleza de la herida. Cuando el estómago herido forme hernia, estarán formalmente indicadas la sutura y la reducción del órgano. Cuando no haya hernia, no debe desbridarse la herida para ir en busca del estómago y practicar la sutura; en este caso debemos abstenernos de toda intervención quirúrgica.

La sutura de la pared abdominal no conviene practicarla. Sin duda que no ha sido obstáculo para la curación de los enfermos que acabo de citar, pero la lectura de las observaciones demuestra que en muchos casos, al día siguiente y hasta algunos días después de la herida, han sido expulsadas por la misma materias alimenticias. Si hubiese sido cerrada la herida abdominal, estas materias no habrían podido salir al exterior y se hubieran derramado dentro del abdomen. Es casi superfluo advertir que, durante los tres primeros días al menos, el enfermo debe estar sujeto á la más absoluta dieta. Únicamente se le puede permitir mantener en la boca algún pedazo de hielo ó humedecérsela con un poco de agua. Al parecer, la herida estomacal se cierra con bastante rapidez; por lo menos en un caso referido por Dorsey, aunque el enfermo murió al cuarto día de una peritonitis por derrame, la herida del estómago estaba ya cicatrizada.

II.—De la gastrotomía

Antiguamente se daba este nombre á todas las aberturas que se practicaban en el vientre, pero después se quitó á esta palabra su acepción antigua, para aplicarla únicamente á la abertura del estómago; y aun Sédillot, para designar la operación que se practica con objeto de crear una fístula estomacal en los casos de obliteración del esófago, ha inventado el nombre de gastrotomía.

De la gastrotomía por cuerpos extraños del estómago.—No podemos pensar en extraer por el esófago los cuerpos extraños introducidos en el estómago. Cuando sean de poco volumen, quizá podríamos

expulsarlos provocando vómitos; pero en este caso recorren aún más fácilmente las vías naturales. Los anales de la ciencia registran gran número de ejemplos de cuerpos extraños, hasta voluminosos, introducidos en el estómago y expulsados por deposición: cucharas, cuchillos, cortaplumas, escarpas, etc., han podido recorrer todo el intestino sin determinar accidente alguno. Existe, por ejemplo, el tan curioso caso del marinero cuya historia refiere Manec, el cual se tragó primero cuatro cuchillos en Junio de 1799 y depuso tres á los quince días; en Marzo de 1805 se tragó en el espacio de algunos días catorce cuchillos más, que los depuso en el decurso de un mes, y finalmente murió, en 1807, por los accidentes consecutivos á la ingestión de otros catorce que se había tragado en Diciembre de 1804, cuchillos cuyas hojas se encontraron en el estómago, excepto una de ellas que había perforado el colon.

No obstante, no siempre pasan las cosas de un modo tan favorable sino que, al contrario, muchos enfermos han sucumbido por accidentes determinados por la presencia de cuerpos extraños en el estómago. En los alienados se han observado especialmente los casos de esta naturaleza, siendo algunas veces muy considerable el número de objetos ingeridos: Armstrong, por ejemplo, extrajo del estómago é intestinos de uno de estos infelices, al practicarle la autopsia, treinta y dos mangos de cuchara, un tornillo, cuatro bolitas, etc. Algunas veces, pero muy raras, la curación tiene lugar por espontánea expulsión del cuerpo extraño á través de la pared abdominal perforada por un absceso.

Cuando el cuerpo extraño reside en el estómago ó en otro punto del tubo digestivo, determinando fenómenos de alguna gravedad, el medio para extraerlo consiste en la gastrotomía.

Hevin, en su Memoria á la Academia real de Cirugía, da cuenta de tres operaciones de gastrotomía practicadas por Schalben, litomista de Koenigsberg, el día 9 de Julio de 1635, por Mathis de Praga en 1632, y por Hubner de Rastembourg en 1720, las tres para extraer un cuchillo ingerido en el estómago. Cayroche, de Burdeos, extrajo asimismo en 1819 un tenedor que había sido tragado doscientos veintinueve días antes, y Bertherand en 1823 extrajo una cuchara de plata sobredorada.

Bell de Wapello (Ohio) extrajo del estómago de un hombre, en 1855, una barra de plomo de 25 centímetros de longitud y una libra de peso; esta observación la distinguen algunos de la de Néal de Columbus; pero esto es un error, porque se trata de un mismo enfermo.

Kyle de Cédarville (Ohio) abrió el abdomen de un niño de dos años para extraer una arista de paja, qué ocasionaba accidentes gravísimos.

Samuel White (de Hudson), en 1806, por una incisión practicada en el hipogastrio, extrajo nó del estómago, sino del intestino, una cucharilla de las de tomar café, que el enfermo se había tragado diez y ocho días antes.

Winzar (de Salisbury), en 1851, al abrir un absceso ocasionado por la presencia de cuerpos extraños, sacó del abdomen de una mujer de treinta y siete años una cucharilla de café, cuatro trozos de ballena y un pedazo de tela.

Los nueve enfermos curaron todos; por consiguiente, el *hombre del tenedor*, por Labbé, fué la décima observación y la décima curación.

Más adelante los casos se han ido multiplicando, Bouchet (de Lyon), Felizet, etc., han extraído igualmente tenedores del estómago. Kocher empleó la sonda esofágica terminada por el rodete ó cestilla de Graefe para extraer un clavo tragado inadvertidamente. El instrumento se rompió en el estómago á 28 centímetros de su extremidad y la gastrotomía permitió sacarlo. El clavo no se hallaba ya en el estómago. Diremos con este motivo que el rodete de Graefe nos parece un instrumento peligroso si se le introduce hasta el estómago, porque una de las dos valvas puede agarrarse al orificio del cardias y hacer casi imposible la extracción del instrumento.

La intervención quirúrgica está indicada siempre que la presencia del cuerpo extraño determina graves accidentes, sobre todo cuando, después de mucho tiempo transcurrido, no ha podido atravesar el píloro. Me parece práctica que no debe aconsejarse la aplicación de cáusticos destinados á producir previas adherencias entre la cara anterior del estómago y la cara profunda de la pared abdominal antes de proceder á su abertura; la extraordinaria movilidad del estómago motivada por sus alternativas de plenitud y vaciedad, es una circunstancia que hace muy problemático el resultado de semejante proceder. La abertura con el bisturí me parece ser el método de mayores seguridades.

Cuando se opera por este método, la prominencia del cuerpo extraño indica el punto en que debe practicarse la incisión; pero si no forma prominencia alguna, haremos aplicación de las reglas generales que vamos á indicar.

III.— De la gastrotomía

Esta operación tiene por objeto la formación de una fistula estomacal, cuando el esófago está impermeable por estrechez cancerosa ó cicatricial. Wadson, en 1844, había propuesto esta operación; pero su verdadero autor es Sédillot, quien no sólo practicó las dos

primeras operaciones, sino que ha tratado de demostrar sus ventajas y ha descrito exacta y minuciosamente los procedimientos operatorios. Estos procedimientos hanse, por tanto, modificado y han adquirido mayor precisión en los diez últimos años, porque durante este período, como veremos más adelante, la operación se ha practicado con alguna frecuencia.

Los puntos sobre los cuales debemos fijarnos predilectamente en la práctica de la operación son: el sitio y extensión de la incisión, el momento en que debe hacerse la abertura estomacal (operación en uno ó dos tiempos), el modo de practicar la sutura y la formación de la fístula.

Sitio y extensión de la incisión.—En su primera operación, Sédillot practicó, á 6 centímetros por debajo y por fuera del apéndice xifoides, una incisión crucial de 4 centímetros de longitud. En un segundo caso, practicó una incisión longitudinal á dos dedos de la línea media, á 2 centímetros por debajo del reborde de las costillas falsas izquierdas, y una segunda incisión transversal más pequeña en medio de la primera.

Labbé recomienda una incisión de 4 centímetros á 1 centímetro por dentro de las costillas falsas izquierdas, paralela á su borde y cuya extremidad superior corresponde al nivel de los cartílagos de la novena costilla. Esta incisión no sólo no conduce á la parte media del estómago, sino que muchas veces no conduce siquiera sobre este órgano, cuya situación está frecuentemente modificada por la larga inanición. Leskoff (de San Petersburgo) demostró que la dirección del estómago, lejos de ser horizontal, es oblicua y á veces hasta vertical. Verger ha observado que el estómago tiene frecuentemente la forma de un conducto cilíndrico. Jouon practicó una incisión transversal de 25 milímetros empezando á 1 centímetro por fuera de la línea blanca y terminando á 15 milímetros de los cartílagos costales, y á igual distancia del ombligo que del apéndice xifoides.

En un caso en que practiqué esta operación, hice, como muchos otros, la incisión á 1 centímetro del borde de las costillas falsas, á 3 centímetros del apéndice xifoides, y de este modo llegué inmediatamente al estómago. Los cirujanos están de acuerdo en el hecho de que es conveniente hacer lo posible por establecer la fístula cerca del cardias y no cerca del píloro, y que la incisión hecha un poco más abajo ha conducido muchas veces sobre el epiploon y aun sobre el colon transversal. Por consiguiente, conviene practicar la incisión en el punto más alto posible, y el punto donde la practiqué yo me parece ser el preferible.

En cuanto á la longitud de la incisión, debe procurarse que permita operar con seguridad y facilidad. Yo he conseguido esto

con una incisión de 4 centímetros que, como no se trate de casos excepcionales, me parece suficiente. Bergmann practicó una incisión de 14 centímetros, lo cual me parece algo exagerado.

Una vez incindidos la piel y la aponeurosis, se llega al músculo recto, que los operadores lo han seccionado transversalmente. Howse aconseja disecar las fibras para formar alrededor de la fístula una especie de esfínter. Al llegar al peritoneo, se le coge con unas pinzas de diente de ratón, se le practica una muy pequeña abertura, se introduce por ésta una sonda acanalada y se incinde esta membrana sobre la sonda, incisión que si se quiere se puede terminar con las tijeras, sirviendo de guía el dedo introducido en la herida. Al llegar á este tiempo de la operación, me parece prudente colocar en dos puntos al menos del peritoneo dos asas de hilo que se confían á un ayudante, y en el momento de la sutura del estómago servirán para encontrar fácilmente la serosa, que después de dividida tiene tendencia á retraerse.

Abertura y sutura del estómago.—En general, una vez abierto el peritoneo, se cae sobre el estómago; pero también puede suceder que se encuentre el epiploon y hasta el mismo colon transversal. Si se encuentra el epiploon, se le retira lentamente hacia abajo, ó bien se dilata la incisión hacia arriba; si se da con el colon, debe seguirse el ejemplo de Bergmann: se tira del epiploon hasta que la disposición de los vasos gastro-epigloicos da á comprender cuál es el órgano cogido. En su primera operación, Sédillot no aplicó la sutura, sino que comprendió el estómago y la pared abdominal con una cánula de bordes terminales salientes en ángulo recto. El estómago se retiró dentro de la cavidad abdominal, arrastrando consigo la cánula y el enfermo murió aquel mismo día. El mismo Sédillot la segunda operación la practicó en cierto modo en dos tiempos. Una vez abierto el peritoneo, con unas pinzas curvas de bocados circulares, cogió y tiró hacia afuera la pared exterior del estómago, y la fijó á la piel por cinco ó seis puntos de sutura, aplazando la incisión del órgano hasta después de la formación de las adherencias. Algunas horas después, en un acceso de tos, el estómago se reintrodujo en el vientre y fué preciso irlo á coger nuevamente con las pinzas; esta vez, quitando los puntos de sutura, se cogió una pequeña porción de la víscera conducida al exterior entre los bocados de unas pinzas de corredera colocadas transversalmente, para obtener simultáneamente adherencias y la gangrena de la porción cogida entre los bocados de las pinzas. Al quinto día, la gangrena era, en efecto, casi completa y se habían formado las adherencias. Con unas tijeras se escindieron las partes mortificadas, y establecida así la fístula, pudieron empezarse las inyecciones nutritivas.