

bragueros; en los niños muy pequeños, se *obtiene casi siempre por la sola acción del braguero*. Cuando éste no ha sido suficiente ó se trata de obtener una curación más rápida, he aconsejado atravesar el saco por su base con alfileres sujetos por medio de taponcitos á fin de obtener la adherencia de sus paredes; es el procedimiento de Bonnet para la hernia umbilical (v. pág. 401). Pero hasta el presente han preferido los cirujanos destruir á la vez el saco y los tegumentos que lo cubren; contamos para ello con dos procedimientos: la *ligadura* y las *mordazas*.

1.º *Ligadura*.—Después de reducida la hernia, se aplican alrededor de la base del saco muchas ligaduras circulares con un hilo encerado, resistente, apretándolo todo lo posible. Cuando el saco es algo voluminoso, Bouchacourt propone atravesar la base con una aguja enhebrada con un hilo doble para ligar separadamente las dos mitades del pedículo. Del octavo al décimo día, cae la ligadura con las partes comprendidas en la estrangulación, resultando de ello una pequeña herida, cuya curación es generalmente rápida. Será útil que durante dos ó tres meses después el niño lleve aplicado un braguero circular para evitar mejor la recidiva.

2.º *Mordazas. Procedimiento de Chicoyne*.—Se sirve este cirujano de dos pequeñas mordazas de madera largas de unos 12 centímetros por uno de espesor, aplanadas por sus caras correspondientes y recubiertas de un pequeño y fino lienzo. Después de reducida con cuidado la hernia, constriñe el pedículo del saco entre estas dos mordazas, las aprieta por los dos extremos con hilos encerrados, coloca por debajo de ellos una compresa hendida para proteger la piel, y sujeta el todo por medio de un vendaje de cuerpo. A los dos ó tres días se habrá gangrenado el saco; á los cinco ó seis se puede quitar el aparato y separar las partes gangrenadas; el resto de la escara se desprende á no tardar, y, según afirma el autor, la herida se cicatriza más pronto que cuando se emplea la ligadura.

Igualmente podríamos constreñir el pedículo del saco entre los bocados de unas pinzas de anillo ó agujereadas, como las que describiremos al hablar de las hemorroides, para destruirlo á beneficio de los cáusticos. No obstante, repetiré que, á menos de encontrarse en condiciones muy excepcionales, ya que el braguero procura también una curación radical, debemos darle siempre la preferencia.

3.º *Diseción del saco*.—Si se creyese deber recurrir á la cura radical, sería preferible emplear los procedimientos que se utilizan actualmente con frecuencia para las hernias inguinales y crurales.

Incindir la piel y el saco, disecar el saco incindido y hacer la sutura. Faltan hechos todavía para apreciar esta práctica, de la cual en este momento no soy partidario.

Las hernias de la infancia pueden curarse sin operación y con solo el uso de un braguero. Respecto de las del adulto, si son muy voluminosas y difíciles de reducir á consecuencia de adherencias que justifiquen la operación, no podrían operarse sin hacer correr al enfermo peligros mucho más serios que los de la hernia inguinal.

II. HERNIA ESTRANGULADA. — Nada tengo que añadir á las reglas generales de la taxis para este caso particular. Cuando no hay necesidad imprescindible de recurrir á la operación, se aconseja poner la hernia al descubierto por medio de una incisión longitudinal ó en T; ó una incisión semielíptica para obtener un colgajo que cubrirá el orificio herniario é impedirá el contacto del aire. Es preciso abrir el saco con mucha precaución y desbridar hacia arriba y á la izquierda. Para las hernias voluminosas, se hará lo posible por desbridar sin abrir el saco, y en todos los casos procuraremos igualmente reunir la herida por primera intención, ya por medio de tiras aglutinantes, ya por la sutura. Debemos advertir sin embargo que la estrangulación verdadera es, en este caso, un hecho muy raro, y que el desbridamiento, cuando existe inflamación es, á corta diferencia, tan peligroso abriendo como dejando de abrir el saco.

## ARTÍCULO IX

### DE LAS OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL INTESTINO

Con este título pueden comprenderse la abertura del intestino para la formación de un ano artificial ó de una fistula intestinal, las operaciones que, por el contrario, tienen por objeto obliterar un ano anormal, accidental ó artificial; la resección del intestino y también la laparatomía cuando se practica en el caso de estrangulación interna.

#### I.— Formación de un ano artificial

Se hace indispensable la formación de un ano artificial en diversas circunstancias: desde luego este caso tiene aplicación cuando

el intestino estrechado ó invaginado no permite el libre curso de las materias contenidas, y también cuando un enfermo sufre un estreñimiento absoluto por una estrechez ó un cáncer, ya del recto, ya de una porción muy superior del intestino grueso; y finalmente, cuando un niño nace con una imperforación muy extensa del recto. Se comprende, pues, que el sitio en que se practicará el ano artificial debe ser muy variable. Sin embargo, para los casos de imperforación congénita Littre propuso la región ilíaca izquierda, á fin de abrir la S ilíaca á través del peritoneo; Callisen prefirió la región lumbar izquierda para abrir el cólon descendente, respetando el peritoneo; todos los procedimientos hasta ahora ideados podemos referirlos á estas dos operaciones, por lo cual son las únicas que describiremos. En efecto, bajo el punto de vista operatorio, las precauciones para abrir el intestino y hacer las suturas son las mismas que cuando se abre el intestino delgado por encima del colon, por estrangulación interna, y trasladaré al artículo siguiente lo que corresponda decir como paralelo de la laparatomía y de la enterotomía por el método de Nélaton.

1.º *Método de Littre.*—En el adulto, la S ilíaca empieza en la parte más baja de la región lumbar izquierda, ocupa profundamente la fosa ilíaca, en la que describe la doble corvadura que le da nombre, para continuarse con el recto cerca de la articulación sacro-vertebral. Está envuelta en casi toda su circunferencia por un repliegue laxo y muy extenso del peritoneo, en virtud de cuya disposición disfruta de mucha movilidad, y por lo demás lo cubren también las circunvoluciones del intestino delgado.

En el recién nacido, esta disposición puede variar. Algunas veces la S ilíaca describe una larga circunvolución, que empieza en la fosa ilíaca izquierda y aun más arriba, se dirige transversalmente hacia la fosa ilíaca derecha, formando como una especie de colon transversal inferior, y desde este punto se dobla nuevamente para penetrar de derecha á izquierda en la pelvis. Huguier, que fué el primero que indicó esta disposición, la creía constante. Con este motivo Giraldeés ha examinado 150 cadáveres de niños que no llegaban á un mes, y en 130 encontró la S ilíaca situada como en el adulto; únicamente en 20 se encontraba algo inclinada á la derecha como lo había observado Huguier; por lo tanto, esta circunstancia constituye simplemente una rara anomalía, que no obstante el cirujano debe tenerla siempre presente.

*Procedimiento operatorio.*—Colocado el enfermo en decúbito supino, se practica en la región ilíaca izquierda una incisión que empieza al nivel de la espina ilíaca ántero-superior y se prolonga casi paralelamente al ligamento de Poupart en la extensión

de 6 á 8 centímetros; se dividen sucesivamente, con las convenientes precauciones, los tegumentos, los músculos y la fascia transversalis; después de lo cual se abre el peritoneo y se va en busca de la S ilíaca, que se encuentra generalmente en la fosa ilíaca misma. No obstante, si operando en un recién nacido no se la encontrase en su sitio ordinario, sería necesario buscarla en la dirección indicada por Huguier. Por lo demás, tanto en el niño

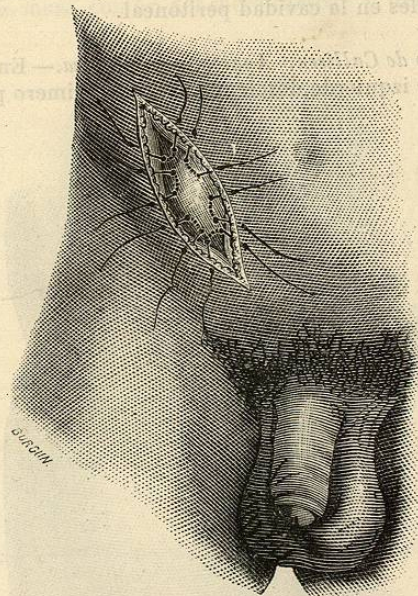


FIG. 596

Ano artificial.—Método de Littre

NOTA.—Equivocadamente el grabador ha colocado la operación á la derecha

como en el adulto, no es raro ver que una porción del intestino delgado sobresalga al exterior, á través de la herida del peritoneo, y cuando por esta causa se ha dilatado y puesto rubicundo por efecto de la inflamación, podría ser que el cirujano lo confundiera en el primer momento con el intestino grueso; pero será fácil distinguirlo por la falta de abolladuras y de cintas longitudinales, y por la resistencia del mesenterio, que proviene del lado derecho, mientras que la del meso-colon ilíaco se nota por el lado izquierdo. Finalmente, después de haber atraído un asa de la S ilíaca al exte-

rior, algunos cirujanos pasan un asa de hilo en el meso-colon para fijar el intestino en la abertura, y dividen entonces éste en sentido longitudinal: al cabo de 3 ó 4 días, cuando se han producido las adherencias que unen el intestino al peritoneo y á la herida exterior, quitan el hilo del mesenterio. Otros cirujanos, sin tocar el meso-colon, abren directamente el intestino y unen los bordes de esta abertura á la herida exterior por puntos de sutura. Este proceder creo que ofrece mayores seguridades contra el derrame de materias fecales en la cavidad peritoneal.

2.º *Método de Callisen. Anatomía quirúrgica.*—En el adulto, el colon lumbar izquierdo desciende pasando primero por delante del

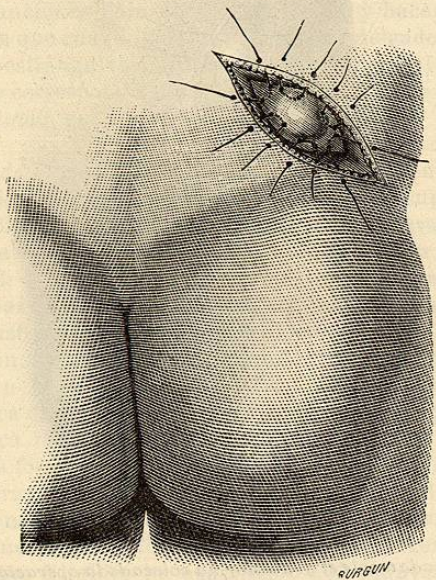


FIG. 597

Ano artificial.—Método de Callisen

NOTA.—Equivocadamente el grabador ha colocado la operación á la derecha

riñón del propio lado, del cual le separa únicamente una cantidad de grasa; continúa después por delante de la aponeurosis del transverso y del cuadro lumbar, del cual está igualmente separado por una ligera capa de tejido adiposo. Por debajo de esta aponeurosis alcanza la cresta iliaca, y más allá de ésta podemos conside-

rarlo ya como inaccesible á nuestros instrumentos. Ahora bien, como que el riñón llega inferiormente hasta la segunda vértebra lumbar y algunas veces hasta la tercera, se comprende bien cuán poco es el espacio por el cual podemos llegar al colon, de lo cual se deduce que la incisión exterior no debe subir más allá de dos dedos por encima de la cresta iliaca. Por lo general, el colon, se corresponde con la ranura aponeurótica que separa el cuadrado lumbar del transverso, la cual á su vez corresponde al borde externo de la masa común del sacro lumbar y del dorsal largo,

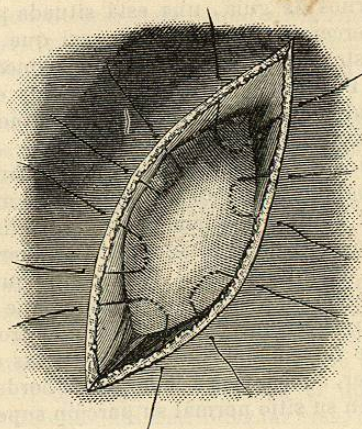


FIG. 598

Ano artificial.—Disposición de los puntos de suturas

punto de referencia fácil de encontrar por debajo de la piel en los sujetos de mediana gordura. Algunas veces se hace un poco más interno, y entonces lo cubre, al menos en parte, el cuadrado lumbar, que es el punto de referencia más seguro para encontrarlo.

Las capas que hay que dividir son: la piel, el tejido grasiento subcutáneo, por debajo de éste, el dorsal ancho por detrás y el oblicuo mayor por delante; más profundamente, el oblicuo menor y el transverso con las hojas celulares que los separan; después la aponeurosis del transverso y el cuadrado lumbar, seguidamente la capa adiposa que cubre el intestino, y por último el intestino mismo. No hay peligro de herir más que uno de los nervios dorsales, accidente insignificante, y algunas arteriolas sin importancia; pero en cambio reclaman la mayor atención las relaciones del intestino con el peritoneo.

Casi constantemente el colon izquierdo está desprovisto de peritoneo en el tercio posterior de su circunferencia; pero el espacio que queda de este modo libre de serosa es muy variable y se hace tanto más necesario poner el mayor cuidado en no herir el peritoneo hacia afuera, cuanto que esta membrana es en este punto muy delgada y está casi adherida á la aponeurosis del transverso. Ningún indicio cierto se encuentra de este límite, y por lo tanto únicamente la posición nos advierte de que nos encontramos sobre el colon y no sobre otro intestino cubierto de peritoneo parietal; porque de las tres cintas longitudinales del colon que hubieran podido servirnos de guía, una está situada por delante, otra por dentro y la tercera por fuera, siendo así que el espacio comprendido entre estos dos últimos es el que vamos á atacar por la parte posterior. Por suerte, en los casos en que está indicada la operación, generalmente se encuentra el intestino distendido por materiales fecales y gases.

En el recién nacido, las relaciones son muy diferentes: siendo el riñón proporcionalmente de un volumen á lo menos dos veces mayor que en el adulto, desciende hasta la pelvis, ocupando por consiguiente todo el espacio ilio-costal. Por suerte, el colon no está situado por delante de esta víscera, sino que desciende á lo largo del borde externo, y éste es el punto en que deberemos buscarlo; pero si estuviese colocado más hacia adentro, es decir, que alcanzase el borde interno del riñón como en las anomalías indicadas por Huguier, subiríamos á lo largo del borde externo, seguros de encontrar en su sitio normal su porción superior.

*Procedimiento de Amussat.*—Empezaré por describir esta operación en el adulto. El enfermo debe estar echado sobre el vientre, un poco inclinado del lado derecho y con el abdomen elevado con una ó dos almohadas. Se practica en la piel una incisión transversal á dos dedos por encima de la cresta iliaca, incisión que empieza en el borde externo de la masa común del sacro-lumbar y de dorsal largo, y continúa hacia afuera en la extensión de cuatro á cinco dedos. Después de haber dividido la piel y las capas subcutáneas, se llega sobre el dorsal ancho y es preciso dividirlo transversalmente en el tercio posterior de la incisión, y sobre el oblicuo mayor, que se divide también en la extensión de los dos tercios anteriores de la misma; por debajo de estos músculos, encontramos el oblicuo menor, después el transverso y últimamente la aponeurosis. Todas estas capas musculares debemos dividir las primero transversal y después verticalmente, incisión crucial que facilitará el encuentro del intestino; en caso necesario podemos también levantar el cuadrado lumbar é incidir su borde externo. Llegamos finalmente al tejido adiposo que rodea al colon, y lo

separamos con precaución para asegurarnos, y éste es el punto más importante, de la posición del intestino y de sus límites.

En el cadáver, se le reconoce por su color verdoso, signo que se le encuentra también algunas veces en el vivo. Por la percusión podemos asegurarnos de que nos encontramos sobre un intestino cualquiera; comprimiendo con el dedo se experimenta una sensación de resistencia si se comprime sobre el intestino, mientras que, por fuera del mismo, lo que se observa es la falta de esta resistencia; no obstante, para alejar todo género de duda, es necesario ponerlo al descubierto por ambos lados. Si estuviese contraído, para encontrarlo, deberíamos dirigirnos hacia atrás, y como que en este caso muchas veces se encuentra completamente oculto debajo del cuadrado lumbar, será necesario dividir este músculo.

Una vez bien reconocido el colon, se le atraviesa por arriba y por abajo con dos agujas, de lo cual resultan colocadas dos asas de hilo separadas una de otra unos 3 centímetros, que sirven para ponerlo en tensión. En el intervalo de estas dos asas introduce un trócar, y la inmediata salida de gases y de las materias fecales diluídas nos dará indicio cierto de haber penetrado en el intestino, con lo cual podremos proceder desde luego á practicar en él con un bisturí ordinario, una incisión crucial. Desde este momento empiezan á salir las materias contenidas, cuya expulsión debemos favorecer por medio de una ó dos inyecciones de agua tibia dirigidas tanto en el extremo superior como en el inferior; y cuando tengamos perfectamente desobstruídas las vías, deberemos atraer hacia adelante, á beneficio de tres pinzas de torsión, la abertura practicada en el intestino, para fijarle en la piel por cuatro puntos de sutura entrecortada, invirtiendo la mucosa hacia el exterior.

Tal como acabo de describir esta operación, no ofrece grandes dificultades; pero en el recién nacido la presencia del riñón es un verdadero obstáculo para el cirujano, especialmente si no está bien seguro de las relaciones anatómicas; tanto es así, que Amussat dividió una vez el riñón, creyéndose abrir el intestino; y en otro caso interesó la cápsula supra-renal. Es indispensable, pues, recordar que el colon se encuentra en el lado externo del riñón, y que conviene separar este órgano hacia adentro y atrás, para ir en busca del intestino por fuera.

*Apreciación.*—Desde luego la operación de Callisen tiene la ventaja de que no abre el peritoneo, y para mí tiene además la de que coloca en la parte posterior del tronco el ano artificial. No obstante, muchos cirujanos prefieren, por el contrario, colocar el ano en la parte anterior, y no dando grande importancia á la

herida del peritoneo, aceptan como preferible la operación de Littre (1).

Por mi parte en los casos de estrechez cancerosa del recto he hecho aplicación del método de Littre. Otros de mis colegas dan la preferencia al de Callisen y éste es el que ponen en práctica casi siempre los cirujanos ingleses. En los momentos actuales, me parece difícil pronunciarse en uno ú otro sentido apoyándose en los resultados comparativos bajo el punto de vista de la mortalidad. No conozco otra estadística que la de Gunther y ésta es muy antigua, anterior á los recientes progresos de la cirugía operatoria. Gunther había reunido 96 operaciones: 60 en que se practicó el método de Littre y 36 el de Callisen. Los resultados son á corta diferencia los mismos, murieron aproximadamente la mitad de los operados. Si doy la preferencia al método de Littre, es porque

(1) En los casos de oclusión intestinal hemos de proceder de un modo diferente, según sea la causa que la determina. La intervención quirúrgica en estos casos tiende á dos fines diversos: ó á *corregir los accidentes* resultado de la estrangulación, y esto se consigue por medio de la *enterotomía* v consiguiente establecimiento del ano contranatural, ó á *quitar la causa* de la oclusión, y éste es el objeto de la *laparotomía*. Las ventajas ó inconvenientes de estos dos métodos han sido de antiguo discutidos, habiéndose concedido, gracias á los resultados obtenidos por Nélaton, la preferencia á la enterotomía; pero hoy la aplicación de los medios que la experiencia ha sancionado como propios para quitar gran parte de su antigua gravedad á la abertura quirúrgica del peritoneo ha colocado en primer término á la laparotomía.

No obstante, cada operación tiene sus peculiares indicaciones; la dificultad de la elección estriba tan sólo en la dificultad del diagnóstico. Así en los casos de cáncer del intestino ó de compresión de éste por un tumor se practicará la enterotomía, y, al contrario, se operará la laparotomía cuando la causa de la oclusión sea una brida que rodea el intestino, resultado quizás de una peritonitis más ó menos antigua, ó la introducción de aquel órgano á través de una perforación del epiploon ó del mesenterio. En los casos de invaginación, creen algunos que no debe practicarse ni una ni otra de estas operaciones hasta que se demuestre que la mortalidad por ellas es menor de 60 á 65 por 100, cifra que da la invaginación abandonada á los solos esfuerzos de la naturaleza.

El procedimiento de Nélaton para la enterotomía es análogo al método de Littre para la formación del ano artificial, con la sola particularidad de que se coge la primera asa que se presenta en el fondo de la herida, á condición de que se halle distendida por gases, circunstancia que indicará corresponder por encima de la oclusión.

El primer tiempo de la laparotomía es igual al de la ovariectomía, es decir, incisión por debajo del ombligo á lo largo de la línea blanca hasta el peritoneo; hemostasia, ojal en esta membrana y prolongación del mismo con las tijeras.

El segundo tiempo es el más difícil y tiene por objeto encontrar el sitio de la estrangulación. A este fin puede ser útil el consejo dado por Duplay para encontrar un punto de referencia, y consiste en ir en busca del ciego hacia la fosa iliaca derecha: si está distendido por gases, obstáculo se encuentra en el intestino grueso; si no lo está, deberá buscarse la causa en el delgado.

Encontrada ésta se la atacará según sea su naturaleza.

Recientemente se han publicado diferentes casos de esta operación con resultado satisfactorio.

coloca el ano anormal en la parte anterior, lo cual me parece una ventaja, porque facilita mucho al enfermo los cuidados de limpieza tan necesarios en estas condiciones.

## II.—Estrangulación interna. Enterotomía. Laparotomía

La formación de un ano anormal por encima del sitio de la estrangulación interna lo puso en práctica principalmente Nélaton, y durante muchos años los cirujanos no han apelado á ningún otro de los métodos operatorios. No obstante, esta operación terminaba casi siempre por la muerte, y después de haberla practicado diferentes veces con el fracaso ordinario en tales circunstancias, me pareció que no venía á llenar las indicaciones terapéuticas del caso.

En efecto, si bien abre una vía de salida á las materias intestinales y permite que desaparezcan los síntomas debidos á la extraordinaria distensión del intestino, las más veces procura únicamente una mejoría pasajera, y se comprende que así sea, porque, á pesar de la operación, la estrangulación subsiste, y por esto los síntomas reaparecen pronto con toda su violencia, tomando cada vez más los caracteres revelatorios de la peritonitis.

En 1865, demostré (*Gazette hebdomadaire*) que los fenómenos que se presentan en la hernia estrangulada y en la estrangulación interna son debidos á la irritación de los nervios del intestino y á su reacción sobre los plexos simpáticos, de donde los desórdenes en la circulación, en la calorificación y los horribles dolores depresivos propios de la sensibilidad especial de estos nervios, que por el contrario son insensibles á los traumatismos exteriores. Creo haber sido el primero en dar la explicación del mecanismo de la muerte, á veces tan rápida, en la peritonitis, cuando aparentemente están aún íntegros el corazón y el cerebro. Llevo demostrado que la suspensión del curso de las materias fecales es un elemento relativamente de poca importancia entre los accidentes de la obstrucción intestinal, porque en muchos casos se ve que, después de haber separado el obstáculo por la operación del desbridamiento y administrado el opio, desaparecen luego todos los accidentes, y sin embargo la primera deposición no tiene lugar hasta cinco, ocho y nueve días después de la operación.

Me parece, pues, que la verdadera indicación no consiste en procurar libre curso á las materias abriendo el intestino por encima del obstáculo y dejando á éste en el mismo estado, sino en ir en busca del obstáculo mismo y quitarlo siempre que sea posible. Hasta 1870 no tuve ocasión de aplicar estas ideas en la práctica, y lo hice por

vez primera en un enfermo de la visita de mi colega Bucquoy en el hospital Cochin, enfermo de alguna edad, que lo creímos atacado de estrangulación interna, siendo así que se trataba de un cáncer de la S iliaca.

En esta primera operación, practiqué en el abdomen y sobre la línea blanca una abertura bastante ancha, y costóme mucho trabajo reintroducir en el vientre los intestinos, que estaban fuertemente distendidos por los gases. Sólo pude conseguir esto después de haber practicado con una aguja hueca cierto número de punciones. Esta complicación pudo contribuir por mucho á que la terminación fuese fatal.

Para evitar esta complicación, que no es solamente un estorbo para el operador, si que también un peligro para el enfermo, cuyos intestinos quedan, hágase lo que se quiera, expuestos al aire, he empleado en otro caso el procedimiento siguiente:

Tratábase de un joven de diez y ocho años atacado de estrangulación interna y al parecer casi agonizante, cuando fui llamado para verle. Presentaba un muy notable meteorismo. Practiqué por debajo del ombligo una incisión de 5 á 6 centímetros; por esta abertura se presentó un asa intestinal distendida por los gases. La reintroduje en el vientre al mismo tiempo que atraía al exterior la subsiguiente, y así continué hasta que hubo pasado ante mi vista una porción bastante larga del intestino y llegué á notar cierta resistencia de éste á la tracción. En este momento introduje dos dedos dentro del vientre, y siguiendo el asa, de la cual tiré suavemente con la mano izquierda, llegué á tocar distintamente una brida que sujetaba al intestino. Doblé el dedo detrás de la brida con objeto de ponerla al descubierto por la herida. Tratábase de una brida peritoneal resultante de una peritonitis antigua; la seccioné con las tijeras, reintroduje el intestino, cerré el vientre por la sutura ordinaria en dos planos, con lo cual desaparecieron los accidentes en seguida y el enfermo curó. No siempre se es tan afortunado, sino que puede suceder que se haya cometido un error de diagnóstico, que no se encuentre el obstáculo y que aun encontrándolo no sea posible salvarlo ó quitarlo, como sucede en ciertos casos de invaginación. En este caso se mantiene al exterior el extremo superior del intestino en su parte más próxima al obstáculo, se sutura la herida, excepto en la parte ocupada por el intestino saliente, y con las debidas precauciones se practica el ano artificial.

Por mi parte, prefiero la laparotomía á la enterotomía; pero he de llamar la atención acerca de un punto que me parece importante: por regla general no debe operarse sino cuando existe notable meteorismo; pues cuando falta este síntoma es casi seguro que se trata de una peritonitis tuberculosa ó de otra índole, de alguna lesión orgánica, etc., y no de una estrangulación interna.

### III.—Enterostomía

He creído conveniente colocarla al lado de la gastrostomía por la analogía que existe entre ambas operaciones (v. pág. 392).

### IV.—Resección del intestino.—Enterectomía

La resección de una porción más ó menos considerable de intestino seguida de la anastomosis por sutura de las dos extremidades libres resultantes de esta resección, se practica en dos circunstancias principales: 1.º en las hernias estranguladas y gangrenadas; 2.º en calidad de procedimiento operatorio para la curación del ano anormal. No nos ocuparemos aquí de ello, remitiendo al lector á los artículos: *Hernias inguinales estranguladas y Ano contranatural*.

También se ha practicado esta resección en casos de extensa herida del intestino, de degeneración de este órgano y de tumores malignos. Richet ha reunido diez observaciones en las cuales se ve que cinco veces la muerte ha venido detrás de la operación. En los momentos actuales no es posible formar juicio acerca del valor de esta intervención. En el caso de cáncer soy poco partidario de ella; en primer lugar, porque es muy difícil diagnosticar un cáncer del intestino y sobre todo precisar la forma, sitio y extensión del mal antes de abrir el vientre; en segundo lugar, porque en éste, como en todos los casos en que se trata del cáncer, las probabilidades de sobrevivir no están en relación con los peligros inmediatos de la operación, á la cual á veces se llega puede decirse por sorpresa, por causa de un diagnóstico incompleto ó erróneo. Esto me sucedió á mí en 1887: un enfermo de mi visita llevaba una hernia ínguino-escrotal conteniendo epiploon é intestino adherente, irreducible, voluminoso, y la cual había dado lugar dos veces con dos años de intervalo á fenómenos de estrangulación, si bien que las condiciones en que se encontraba la hernia no me parecieron las más á propósito para creer en la existencia de una estrangulación verdadera, y en efecto, el enfermo había curado dos veces sin ninguna intervención operatoria. Como quiera que los accidentes reaparecieron por tercera vez, creí sería lo mejor buscar directamente cuál podría ser la causa de estos fenómenos. Abrí el saco y lo encontré lleno de epiploon degenerado; lo aislé, lo perseguí poco á poco hasta dentro del vientre por una laparotomía lateral, llegué á alcanzar los límites superiores del mal, pero pude observar

que la terminación del intestino delgado participaba de la misma degeneración. Resequé toda la parte enferma que medía aproximadamente 15 centímetros y practiqué la sutura por anastomosis de los dos extremos del intestino. La peritonitis se llevó al enfermo al tercer día.

#### V.— Del ano contranatural

El ano contranatural es el resultado de una ancha abertura del intestino con pérdida de sustancia algunas veces y comunicando al exterior por un trayecto fistuloso. Una herida intestinal pequeña se limita á producir una fistula estercorácea, y las más de las veces cura espontáneamente.

El orificio exterior del ano contranatural es generalmente único,

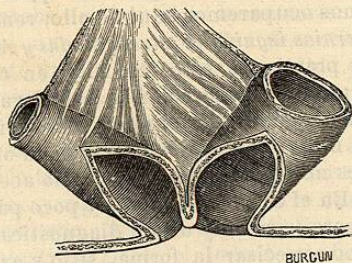


FIG. 599

Ano contranatural. Esquema.—Relaciones entre el intestino y el espolón

pero algunas veces va acompañado de muchas pequeñas fistulas adyacentes formando una especie de regadera, pero fistulas que se abren en un conducto único antes de llegar al intestino. Este queda ordinariamente oculto detrás de la pared abdominal; pero no es raro verlo salir, invirtiéndose unas veces el extremo superior, otras el inferior, y hasta algunas los dos extremos simultáneamente.

Aparte de esta complicación, la disposición de los extremos del intestino en el fondo de la herida varía también. Cuando esta víscera ha sufrido únicamente una sección parcial, caso el más común, forma en su punto de unión un ángulo más ó menos agudo que forma prominencia en el interior del intestino, dificultando más ó menos el paso de las materias desde el extremo superior al inferior. Pero, si ha sido destruída toda el asa, los dos extre-

mos corren paralelos en mayor ó menor extensión; el borde del tabique que los separa impide por completo el paso de las heces del uno al otro; borde saliente que ha recibido el nombre de *espólón*. Con esto se ve que su existencia dista mucho de ser constante.

Es ya una disposición más rara el que el asa intestinal esté parcialmente dividida en uno y en otro extremo; entonces el intestino se abre en el fondo de la fistula por dos orificios, y se han visto casos en que existían dos anos contranaturales, uno al lado del otro, separados tan sólo por un puente de tegumentos. Por último, es un caso mucho más raro aún el que el extremo inferior esté obliterado en el interior del abdomen y únicamente el superior se abra en la herida; cuando tal acontece, no es posible practicar operación alguna de enterotomía.

Scarpa tuvo ocasión de observar un caso bastante curioso: los

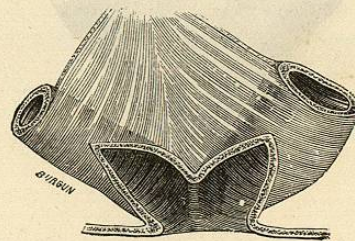


FIG. 600

Ano contranatural.—Espolón muy corto

dos extremos del intestino retraídos en la cavidad abdominal no se comunicaban con la fistula más que por una especie de conducto membranoso formado por el peritoneo parietal. Llamaba á este conducto *embudo membranoso*, y le atribuía un importantísimo papel en la curación espontánea del ano contranatural; pero tengo demostrado que este embudo no es constante, en gran número de casos los bordes de la sección intestinal se prolongan muy hacia delante en el trayecto fistuloso, y hasta algunas veces llegan á reunirse casi directamente con la piel. En estos casos, las válvulas de la mucosa dirigen las materias fecales hacia la abertura, y la misma mucosa que tapiza el conducto opone un obstáculo insuperable á la adhesión de sus paredes. Existen, pues, anos contranaturales que se prestan perfectamente á la curación y hasta llegan á este resultado espontáneamente, cuando la mucosa queda retraída con el intestino en el fondo del embudo membranoso; pero cuando está adherida á las paredes del conducto fistuloso, es