

absolutamente indispensable desprenderla para obtener la obliteración de éste.

Podemos paliar el ano contranatural cerrando la abertura exterior con un obturador cualquiera, esperando que la aparición de cólicos advertirá al enfermo la necesidad de defecar; ó bien colocando en los bordes de la abertura un ano de marfil ó acero que lleva en su circunferencia un rodete de crin, está cubierto de tafetán encerado y tiene un agujero central fácil de obturar; ó también podemos adaptar en la misma abertura un receptáculo de metal ó marfil sostenido, según los casos, por un braguero ó por

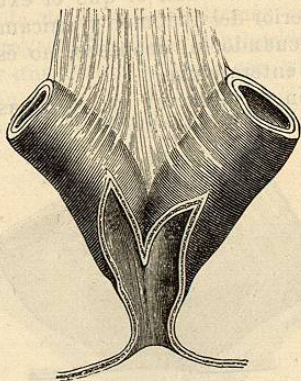


FIG. 601

Ano contranatural.—Embudo membranoso

un cinturón elástico. Pero lo que particularmente nos interesa es el tratamiento curativo.

Cuando se trata de un ano contranatural simple, sin complicación de fistulas múltiples ni inversión del intestino al exterior y sin espolón en el interior, la única indicación consiste en cerrar la herida exterior y la del intestino. Pero se comprende bien que la presencia de complicaciones, tanto externas como internas, podrá exigir operaciones preliminares, de las que vamos á ocuparnos en este momento.

1.º *Tratamiento de las complicaciones exteriores.*—Consiste la primera en la presencia de fistulas múltiples, y lo que conviene es reunir las en una sola respetando todo lo posible los tegumentos.

Es otra complicación de este género la estrechez del conducto fistuloso: podemos dilatarlo por medio de sondas, trozos de raíz de

genciana, ó cilindros de esponja preparada; en caso necesario podríamos asimismo dilatar la fistula con el bisturí.

De todas las complicaciones la más grave es la inversión del intestino hacia el exterior. Lo primero que debe hacerse es reducirlo por la taxis ordinaria. Cuando el extremo invertido está muy tumefacto, se le cubre con un vendaje circular oblicuo colocado de manera que ejerza una compresión moderada que vaya en disminución desde el vértice hasta la base del tumor. Si la inversión va acompañada de estrangulación, se procede al desbridamiento aplicando el bisturí en la raíz del tumor entre éste y la piel y dividiendo hacia arriba y sucesivamente la piel, la aponeurosis y los músculos.

Por último, puede suceder que la existencia de adherencias haga imposible la reducción; en este caso, el único recurso consiste en

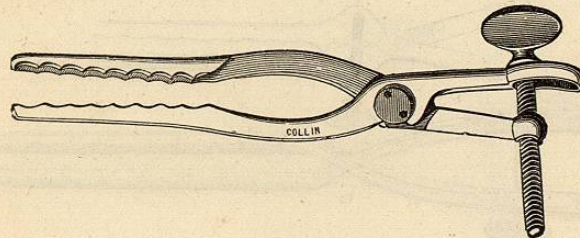


FIG. 602

Enterotomo de Dupuytren, modificado por Panas

escindir el extremo intestinal que sale al exterior. Dupuytren aplicaba un enterotomo en la base; Blandin aplicaba en la misma una ligadura; del mismo modo podríamos echar mano de la estrangulación lineal y de la cauterización.

Dstrucción del espolón.—Parece que Schmalkalden fué el primero que pensó en la destrucción del espolón, pero no se limitó, como dicen muchas obras, á proponer la operación en una tesis inaugural, sino que la practicó del modo siguiente: introdujo en el extremo inferior un estilete cuya punta se ocultaba en el centro de una bolita de cera; luego, tomando por guía el dedo introducido en el extremo superior, perforó la base del espolón y por esta abertura introdujo un bisturí de botón, con el cual dividió aquel tabique. Más tarde, para ensanchar más la abertura, con unas tijeras obtusas lo dividió á mayor profundidad. No se obtuvo la curación completa hasta pasados dos años, porque persistió durante algún tiempo una pequeña fistula. Physik, en 1809, practicó una opera-

ción análoga: atravesó la base del espolón con un hilo, y luego lo apretó, pero hasta después de tres semanas, en que creyó que se habrían producido adherencias, no practicó la sección completa del espolón. El enfermo curó, pero le quedó una fistula.

Estos procedimientos son peligrosos; porque, si al dividir los tejidos se traspasasen los límites de las adherencias, se penetraría tal vez en el peritoneo. Dupuytren ha hecho más fácil, más regular y más segura esta operación.

Procedimiento de Dupuytren.—El enterotomo de Dupuytren es una especie de pinza compuesta de dos ramas separadas, de las cuales la una, llamada rama *hembra*, ofrece en una de sus caras una canal bastante ancha y profunda con la que encaja el borde agudo de la rama *macho*, el fondo de esta canal es ondulado, y el borde de la

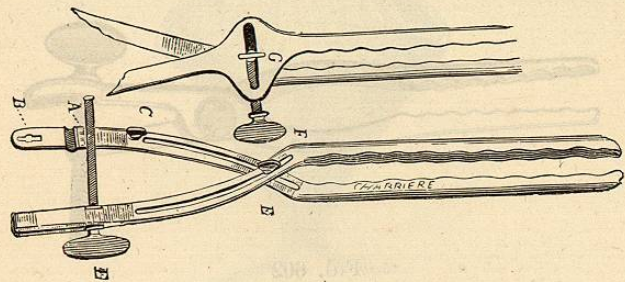


FIG. 603

Enterotomo modificado por Nélaton

rama que debe penetrar en ella presenta también ondulaciones correspondientes, á fin de aumentar la extensión de la superficie que el instrumento debe coger. Estas dos ramas se unen á voluntad por un eje movable que va unido á la rama hembra y encaja con la mortaja que tiene labrada la otra rama. Más allá del punto de reunión tiene cada una un mango de igual longitud, mangos que se aproximan cuanto se quiere por medio de un tornillo de presión. El instrumento mide en conjunto unos 19 centímetros de longitud; y las ramas destinadas á penetrar en el intestino miden en este sentido 11 centímetros.

Se han propuesto diversas modificaciones al procedimiento de Dupuytren; unos tienen por objeto aumentar en extensión la pérdida de sustancia, como los enterotomos de Liotard, de Blandin y de Gross; otros hacen más fácil la aplicación del instrumento, como sucede con los de Nélaton, Richet y Panas. Estas modificaciones tienen por otra parte muy poca importancia.

Laugier ha procurado hacer más fácil y más rápido el empleo del enterotomo colocando un cáustico en su ranura, lo cual tiene sus inconvenientes: cuando el enterotomo está suficientemente apretado, el espolón no puede librarse de la mortificación.

Ante todo debe el cirujano descubrir los dos orificios del intestino, lo cual es á menudo difícil. Con la simple introducción del dedo reconoceremos el extremo superior por ser el que da salida á las materias fecales, y desde el momento que encontremos el espolón, no será difícil dar con el otro extremo. Cuando la variable disposición de los extremos del intestino dificulta la introducción del dedo, podemos suplirlo con dos sondas de mujer introduciendo una de ellas, la primera, en el extremo intestinal superior, y la segunda en el inferior, y si en esta disposición se procura hacerlas girar la una sobre la otra, la resistencia que se nota y el dolor que acusa el enfermo indican el grado de retracción y tensión del

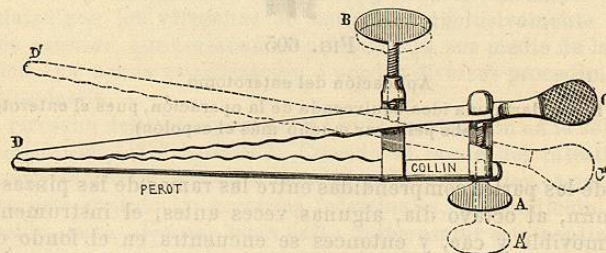


FIG. 604

Enterotomo modificado por Richet

tabique. Es indispensable asegurarse también de que se las puede aproximar sin pellizcar entre ellas una asa intestinal intermedia; circunstancia que constituiría un obstáculo absoluto para la operación.

Después de bien reconocida la posición de los dos extremos, el operador coge con la mano derecha una de las ramas del enterotomo, y deslizándola sobre el dedo índice ó sobre la sonda de mujer, la introduce en uno de los extremos del intestino á 5 centímetros de profundidad ó más, según la prominencia del espolón. Confiada esta rama á un ayudante, el cirujano introduce la segunda del mismo modo y á igual profundidad en el otro orificio. Hecho esto, se las reúne por su eje y se las aproxima gradualmente por medio del tornillo de presión, el cual se pondrá en movimiento siempre que queden flojas las dos ramas. Cada nueva vuelta del tornillo determina cólicos de poca duración, pero raras veces ocasiona accidentes más graves. Fácilmente se concibe el modo de obrar del

enterotomo: aumenta la extensión del paralelismo entre los dos extremos del intestino, hace más extenso su tabique intermedio, y determina, por la presión que ejerce sobre este tabique, primero sólidas adherencias entre sus dos hojas, y después la sección com-

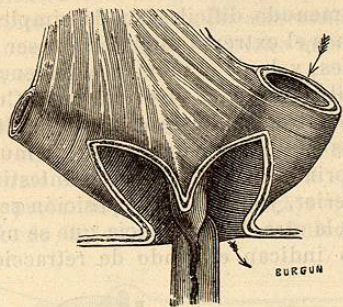


FIG. 605

Aplicación del enterotomo

(Esta figura daría una idea equivocada de la operación, pues el enterotomo debe pellizcar mucho más el espolón)

pleta de las partes comprendidas entre las ramas de las pinzas. Por lo común, al octavo día, algunas veces antes, el instrumento se hace movable y cae, y entonces se encuentra en el fondo de la canal hembra una escara negruzca, seca, en forma de cinta ondu-

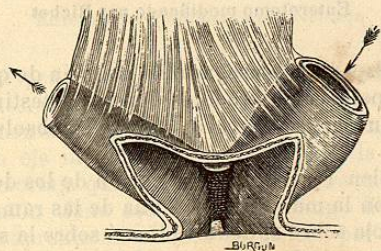


FIG. 606

Efecto producido por la enterotomía

lada muy delgada, y cuya longitud indica la extensión de la pérdida de sustancia que habrá sufrido el intestino.

Introduciendo el dedo en la fistula, se encuentran los restos del tabique formando dos bordes sinuosos, duros é ingurgitados, que contrastan con la flexibilidad de la mucosa inmediata. Desde en-

tonces queda abierta una vasta comunicación entre los dos extremos del intestino, y por medio de enemas repetidos se favorece el paso de las materias desde el extremo superior al inferior.

Finalmente, aún después de la curación bien confirmada, importa saber que la sección del intestino, rodeada de tejido inodular, está expuesta á estrecharse. Lesauvage, después de haber practicado en un espolón una sección de 5 1/2 centímetros al menos, al cabo de un mes la herida exterior estaba cerrada; pero cuatro meses más tarde se abrió de nuevo y una diarrea continua acabó con la vida del sujeto. La autopsia demostró que la abertura de comunicación que existía entre los dos extremos del intestino se había reducido hasta tal punto que apenas se podía introducir por ella la punta del dedo.

3.º *Obliteración de la herida exterior y de la del intestino.*— Antes de Malgaigne los cirujanos se ocupaban exclusivamente de la herida exterior, que trataban de obliterar, ya por medio de la compresión, ya por la cauterización ó por los diversos procedimientos de autoplastia.

El cirujano debe fijar predilectamente su atención en la solución de continuidad del intestino. Cuando el borde del intestino se prolonga dentro de la fistula hasta el orificio exterior, conduciendo en este sentido las materias intestinales, es condición indispensable, para alcanzar buen éxito, interrumpir esta continuidad y volver la mucosa y sus válvulas en dirección contraria. Aun cuando el intestino no traspasa los límites del peritoneo, es de notar que la mucosa se invierte hacia el exterior y dificulta la confrontación exacta, como en las heridas intestinales recientes; si tal acontece, es preciso rechazarla hacia adentro y reunir los bordes del intestino por su cara externa. A esta circunstancia debe su origen el procedimiento siguiente, que Malgaigne tuvo ocasión de aplicarlo en el vivo con éxito completo, y que igualmente proporcionó dos notables curaciones en manos de Nélaton y de Denonvilliers (fig. 607).

Procedimiento de Malgaigne.— Empieza por refrescar el conducto anormal en todo su espesor hasta el intestino exclusivamente, y luego desprende con mucho cuidado éste de sus adherencias exteriores; pero teniendo sin embargo siempre presente, que estas adherencias son algunas veces muy poco extensas, y que, desprendiéndolas más allá de medio centímetro, se expondría á abrir el peritoneo. Después de esto, invierte hacia adentro, sin refrescarlos, los dos labios del intestino y los reune por medio de la sutura picada, haciendo de manera que se toquen por su cara externa. Por encima de esta primera sutura sólo falta refrescar y reunir

las carnes y los tegumentos por la sutura ensortijada ó enclavada, tomando todas las precauciones necesarias para evitar la tirantez de las partes, y recurriendo en caso necesario á los diversos procedimientos de la autoplastia.

Como se ve, el punto esencial de este procedimiento consiste en aislar el intestino y replegar hacia adentro sus dos labios, para cerrar por encima de todo esto la herida exterior. Cuando el intestino no continúa más allá del peritoneo parietal, las adherencias que contrae con esta membrana no tienen á veces más amplitud de 3 á 4 milímetros, y por lo tanto se está muy expuesto á abrir el

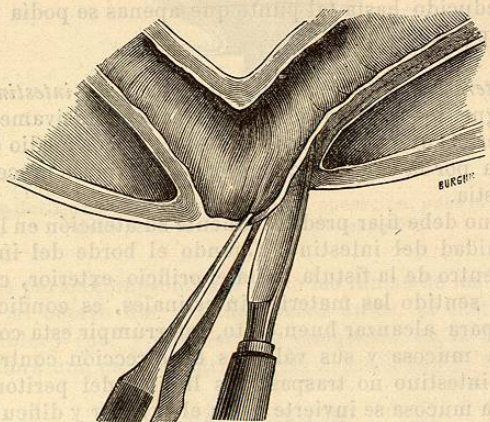


FIG. 607

Procedimiento de Malgaigne, modificado por Denonvilliers.—Aislamiento y retroversión de la mucosa

peritoneo. Laugier trató de aumentar la amplitud de estas adherencias atravesando todos los tejidos á cosa de un centímetro del orificio intestinal, con alfileres cuya punta se ocultaría en medir tapones colocados en el interior del intestino. Es una idea que vale la pena de reflexionarla seriamente.

Denonvilliers, al poner en practica el procedimiento de Malgaigne, introdujo en él una modificación de la mayor importancia práctica. Como ya lo indica Malgaigne, el cirujano, al desprender el intestino, se expone á penetrar en la cavidad del peritoneo desde el momento que traspasa los límites de las adherencias. Denonvilliers ha demostrado que la mucosa se separa muy fácilmente de las demás túnicas. No desprende, pues, más que esta membrana para invertirla hacia la cavidad del intestino y suturarla como en el

procedimiento de Malgaigne; una segunda sutura reúne las demás túnicas y los bordes de la abertura cutánea (fig. 608).

Laugier curó á un enfermo transformando, á beneficio de enérgicas cauterizaciones con el hierro candente, la mucosa de la aber-

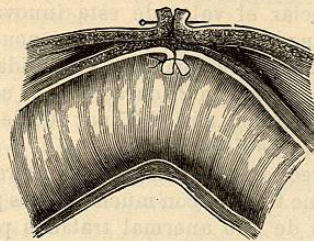


FIG. 608

Procedimiento de Malgaigne modificado por Denonvilliers.—Sutura por separado de la mucosa intestinal y de la piel

tura anormal en tejido inodular retráctil. Este medio podríamos ensayarlo en fistulas pequeñas, pero me parece inaplicable en el caso contrario.

Los mismos principios que han inducido á los cirujanos á resecar, suturar y reducir el intestino gangrenado en una hernia estrangulada, han despertado la idea de curar el ano anormal por la resección y sutura del intestino. En su concepción general, el procedimiento es bastante sencillo: al nivel del ano anormal se practica una incisión que interesa todo el espesor de la pared abdominal; al llegar al intestino, se disecan sus adherencias á la pared, se le pone libre, se le aísla y se le atrae al exterior. Para impedir la salida intempestiva de las materias fecales, se aplica sobre el intestino una ligadura circular moderadamente ajustada, ó bien se le coge entre los bocados de unas pinzas de forcipresión cubiertas de caucho; se procede del mismo modo respecto del otro extremo, y luego se reseca de cada uno de ellos algunos centímetros de intestino y se los reúne por sutura circular, sea la de Lambert, sea la de Gely; se practica luego la reducción y se cierra la herida abdominal.

Pero en la práctica no se presenta esto tan sencillo. A veces se hace difícil encontrar uno de los dos extremos del intestino, y luego, cuando se los ha de reunir, sucede á veces que nos encontramos con dos extremos de muy diferente calibre, porque el inferior frecuentemente está muy retraído. Hay que contar luego con las dificultades imprevistas que en el decurso de la operación podrán surgir. Aunque hábil operador, sucedióle á Bouilly que

para terminar esta operación le costó hora y media, y durante la disección cortó primero el conducto deferente y luego la arteria epigástrica. También puede suceder que en el curso de la operación, si la compresión flaquea, las materias se derramen dentro del vientre. Por lo demás, el análisis de los casos publicados nos permitirá apreciar el valor de esta innovación. Barette ha reunido 29 operaciones, entre las cuales se encuentran 17 curaciones y 13 muertos, lo cual arroja una mortalidad de 45 por 100. Reichel en 37 casos encuentra 21 curaciones, 2 casos sin resultado y 14 muertos. Esto significa aún el 37 por 100 de mortalidad y esta es también la cifra á que llegó Bouilly.

Pues bien, es precisamente un punto enteramente indudable que la enterotomía no tiene ni con mucho tantos peligros. Heimann ha reunido 83 casos de ano anormal tratados por el enterotomo. En 50 casos la curación fué completa; en 26 quedó una pequeña fístula, y la salida de las materias se impedía por la compresión. Únicamente en 7 casos la operación fué seguida de la muerte, resultando, pues, una mortalidad de 8 por 100, que, comparada con la mortalidad mínima de 37 por 100, es por sí sola suficiente para juzgar esta cuestión. La enterotomía es una operación clásica que no presenta ni la novedad ni la brillantez de una resección intestinal; pero tiene consigo la ventaja de la mayor seguridad, y el cirujano no debe olvidar que opera en interés del enfermo y no con el objeto de atribuirse el mérito del resultado eventual de una operación nueva pero peligrosa. Únicamente después de haber intentado inútilmente la enterotomía seguida de la aplicación de los procedimientos de Malgaigne y de Denonvilliers, podría el cirujano creerse autorizado para practicar la resección, después de haber manifestado al enfermo los peligros que debe correr para desembarazarse de un achaque casi siempre compatible con la vida.

ARTÍCULO X

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL BAZO

El bazo ha sido extirpado con motivo de haber quedado herniado después de un traumatismo, y también por haber considerado el cirujano que su presencia era una causa de enfermedad ó un obstáculo á la curación de afecciones concomitantes. Estas dos clases de operaciones merecen consideraciones aparte, como lo demuestran los casos que tendremos ocasión de examinar.

1.º *Extirpación por traumatismo.*—Las más veces la extirpación del bazo ha sido un simple accidente, en el concepto de que, habiéndose herniado este órgano á consecuencia de un traumatismo, el cirujano se ha determinado á extirparlo por no poderlo reducir, y á veces sin que el operador supiese de antemano cuál era el órgano que extirpaba.

Timoteo Clarke refiere que un cirujano extirpó en 1673 el bazo herniado á causa de una cuchillada; Henneus, en 1689, refiere una observación análoga, sin citar tampoco el cirujano. Baillons dice lo mismo, y pretende que el cirujano, poco instruido, ni siquiera sabía qué era lo que había extirpado. C. Bell dijo en 1844 que uno de sus discípulos, ejerciendo en la América del Sur, extirpó un bazo herniado y gangrenado y el enfermo curó. Respecto de los restantes casos, nos son conocidos los nombres de los operadores y son: Viard (2 casos), 1581; Mathias, 1678; Purmann, 1680; John Fergusson, 1738; Wilson, 1743; Dorsch, 1797; O'Brien, 1814; Leuhossh, 1815; Donnel de Purneat, 1836; Berthet, 1844; Schultz, 1856; Baizille, 1869; Pietrzynski, 1873. En todos estos casos se trataba de un bazo herniado á consecuencia de un traumatismo. En casi todos los casos fué el mismo el método que se siguió; no pudiendo ser reducido el bazo herniado, se le ligó por la base y se extirpó. A estos casos podemos añadirles la observación de Ferrius, quien, habiendo encontrado al abrir un absceso del abdomen en una mujer de treinta años algo que pareció gangrenado, lo extirpó; era el bazo. Es de notar que el resultado de estas diez y nueve extirpaciones fué en todas la curación, y si bien es de creer que otros casos menos afortunados no habrán merecido los honores de la publicación, no por esto es menos legítima la consecuencia que de su enseñanza puede deducirse de que, en los casos de hernia traumática del bazo, cuando ésta sea ya antigua, esta víscera esté flácida, y más aún si presenta signos de mortificación, siempre que no parezca prudente intentar la reducción ó cuando ésta exija un extenso desbridamiento, la indicación consiste precisamente en extirpar el órgano. Los referidos casos demuestran que la vida es compatible con la ausencia del bazo, tanto, que el operado por Dorsch vivía en perfecta salud veintitrés años después; el de Berthet sucumbió á una neumonía trece años después. Si en algunos casos la extirpación del bazo ha sido únicamente parcial, en su mayoría ha sido total. Estas curaciones contrastan con la mortalidad que, según vamos á ver, arroja la extirpación quirúrgica por otros motivos.

2.º *Extirpación por tumores.*—En 1549, Zacarelli (de Nápoles), teniendo á su cuidado una mujer de 21 años, enferma de hipertrofia considerable del bazo, extirpó este órgano y la enferma curó.