

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 viscera 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.

Hasta tres siglos después no se repitió esta operación, y la primera la practicó Quittenbaum (de Rostock) en una mujer de 22 años que murió. En 1855 Kuchler (de Darmstadt), en 1865 Spencer Wells y en 1866 Bryant la practicaron igualmente y con el mismo resultado; pero en 1867, Péan, creyéndose que iba á extirpar un quiste del ovario, se encontró con un quiste del bazo; practicó la ablación de este órgano y la enferma curó. Con este motivo le cogieron cierta afición los operadores y en lo sucesivo todos los años se han registrado algunas extirpaciones del bazo. Expongamos ante todo cómo se practica esta operación.

La incisión de la pared abdominal se practica unas veces sobre la línea blanca (Czerny), y otras veces á lo largo del borde externo del músculo recto mayor (Kuchler, Bryant, Spencer Wells). Abierto el peritoneo, se encuentra el bazo y se examina si existen adherencias entre él y los órganos próximos. Cuando existen estas adherencias, que es lo que más comunmente sucede, se las destruye con las precauciones habituales y se aísla el bazo para atraerlo al exterior. Desde luego procede ligar su pedículo: unos ligan en masa todos los vasos; otros, siguiendo el consejo de Franzolini, ligan separadamente la arteria y la vena en dos puntos diferentes y seccionan el pedículo entre las dos ligaduras. Por lo que respecta al pedículo, la conducta del cirujano ha variado también en las distintas épocas: cuando con el clamp se mantenía al exterior el pedículo ovárico, se hacía lo mismo con el pedículo esplénico; pero en estos últimos años la mayoría de los operadores han reintroducido en el vientre el pedículo después de bien ligado suturando por encima la pared abdominal.

*Apreciación.*—La extirpación del bazo se ha practicado en tres circunstancias, que conviene distinguir: 1.º por quistes de este órgano; 2.º por dislocaciones del mismo; 3.º por hipertrofias ocasionadas por fiebres anteriores y coincidiendo casi siempre con la leucemia. De ablaciones por quistes del bazo se cuentan cuatro, practicadas: por Péan en 1867 en una mujer de 20 años y por error de diagnóstico; por Kœberlé en 1873 en una mujer de 27 años; por Crédé (de Dresde) en 1881, y por Knowley Thornton (de Londres) en 1884 en una mujer de 18 años. Las operadas de Péan, Crédé, Knowley y Thornton curaron, la de Kœberlé murió á las diez y siete horas de la operación. Por lo que se ve, dada la naturaleza de la enfermedad y de la operación, no puede decirse que sean muy desfavorables los resultados.

Dos veces la ablación ha sido practicada por la dislocación del bazo; la primera por Martin (de Berlin) en 1877 en una mujer; la segunda por Czerny (de Heidelberg) en 1878. Estas dos enfermas curaron; pero á pesar de este tan satisfactorio resultado, no me

decido á aceptar la operación en estas condiciones, porque se puede conseguir alivio muy eficaz con el uso de fajas apropiadas, y hasta se puede conseguir la reposición normal del órgano por el uso de ciertos aparatos. La lectura de la observación en el caso de Czerny no revela que el caso fuese bastante grave para justificar una operación tan peligrosa.

Sin contar el caso de Zacarelli, que remontándose al año de 1549 es difícil apreciar sus condiciones, tenemos que desde 1826 hasta la fecha se ha practicado veintinueve veces la extirpación del bazo hipertrofiado en enfermos que al mismo tiempo padecían de leucemia ó se hallaban exentos de esta complicación. La mejor manera de apreciar el mérito de esta terapéutica consistirá en enumerar rápidamente los casos. Quittenbaum (Rostock, en 1826), mujer de 22 años; Kuchler (Darmstadt, en 1845), hombre de 36 años; Spencer Wells (Londres, 1845), hombre de 20 años; Bryant (1867), mujer de 40 años; Kœberlé (Strasburgo, 1837), mujer de 42 años; Urbinato (Cesana, 1873); Spencer Wells (1873), mujer de 42 años; Watson (Edimburgo, 1873), hombre; Péan (1876), mujer de 44 años; Spencer Wells (1876), mujer de 27 años; Billroth (1877), mujer de 45 años; Langley Brown (1877), hombre de 20 años; Fuchs (Bihar, 1877), mujer de 40 años; Simmons (Sacramento, 1877), hombre; Volney d'Orsay (América, 1878); Czerny (1878), mujer de 24 años; Arnison (Inglaterra, 1878), hombre de 37 años; Geissel (Essen, 1878), mujer de 30 años; Franzolini (Udine, 1881), mujer de 22 años; Havard (Inglaterra, 1881); Baker-Brown (1881); Chiarleoni (Milán, 1881), mujer; F. Terrier (París, 1881), mujer de 43 años; Billroth (1884), mujer de 43 años; Kœberle (1884), mujer de 46 años; Blum (París, 1885), 12 años; Le Bec (París, 1885), hombre de 19 años.

De estos 29 operados murieron 26. (Existen dudas acerca de la suerte que le cupo al operado de Volney, que unos le colocan entre los curados y otros entre los muertos). Los tres operados que curaron son los de Péan, Franzolini y Billroth. Los otros 26 puede decirse que murieron por causa de la operación.

No he podido averiguar cuánto sobrevivió el operado de Geissel, pero sí de los demás: la muerte sobrevino durante la operación (Watson, Baker-Brown); algunos instantes después (Kœberlé); quince minutos después (Bryant); una hora después y á consecuencia de hemorragia (Bryant, Billroth); dos horas después Kuchler, Simmons); á las tres horas (Czerny); algunas horas después (Spencer Wells, Chiarleoni, Terrier, Kœberlé, Blum); á las cuatro horas (Billroth); á las cinco horas (Brown); á las seis horas (Quittenbaum, Arnison); á las siete horas (Havard); á las diez y ocho horas (Fuchs).

Los operados de Urbinato y de Spencer Wells sobrevivieron tres

días y los que más sobrevivieron fueron dos, uno de Spencer Wells y el de Le Bec, pero ninguno pasó del sexto día. En resumen, de estos 29 operados, 26 murieron y 22 dentro de las primeras veinticuatro horas, por lo cual la demostración me parece completa y sobre todo evidente.

De esto se desprende que, bajo el punto de vista del pronóstico, es muy distinto extirpar un bazo herniado á través de una herida ligando simplemente su pedículo y en un sujeto que ha resistido ya las primeras consecuencias de una herida tan grave y que en la mayoría de los casos llevaba ya algunos días de fecha, de la otra operación larga y laboriosa que consiste en extirpar el bazo hipertrofiado, degenerado y que casi siempre ha contraído adherencias con las partes contenidas dentro del abdomen.

Además hay que tener en cuenta otra consideración, que quizás no detenga á un operador, pero sí hará mucho peso en el ánimo de un verdadero clínico y es la circunstancia de que la hipertrofia del bazo debida á la preexistencia de las fiebres intermitentes, es uno de los síntomas ó uno de los resultados de la enfermedad, pero ni es la causa de ésta ni constituye de por sí la enfermedad principal. La ablación del bazo en estos casos, como en los de leucemia, es una operación condenada ya por la clínica y definitivamente condenada por la experiencia.

## ARTÍCULO XI

### OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL RIÑÓN

Tres son las operaciones que se practican en el riñón: la *nefrotomía* ó incisión del órgano, la *nefrectomía* ó ablación del mismo, y por último la *nefrorrafia*, que consiste en suturar el riñón á los órganos próximos con el objeto de fijarlo en su situación normal.

Todas estas operaciones son de fecha relativamente reciente. La nefrotomía la habían considerado posible Cousinot en 1622 y Borden en 1754 para extraer cálculos del riñón. Durham (de Londres) el 3 de febrero de 1870 practicó la nefrotomía; ya el 2 de agosto de 1869 Simon (de Heidelberg) había extirpado por vez primera el riñón en un caso de fistula urinaria super-pubiana consecutiva á la sección de uréter en una ovariectomía.

Algunas de las primeras operaciones se hicieron por error de diagnóstico: Paslee (de Nueva York) en 1872, Scheteling y Meadows (de Londres), creyendo que se trataba de quistes del ovario, se encontraron con quistes del riñón y extirparon este órgano. Esta operación la han practicado con conocimiento de causa en

Inglaterra: Spencer Wells, Thornton, Lucas y Lawson Tait; en Alemania, Czerny, Bergmann, Bardenhauer, Billroth, etc. En Francia la ablación del riñón se practicó por vez primera el 20 de mayo de 1880, y fuí yo quien la operó en un enfermo que tenía el uréter cortado de una cuchillada, y luego imitó mi ejemplo Ledentu en 1881. Desde 1880 las operaciones de esta índole se han multiplicado tanto que Brodeur ha podido reunir 235 operaciones de nefrectomía.

### I.—Nefrectomía

La ablación del riñón ó nefrectomía se practicó al principio por dos procedimientos: el uno llega al riñón por la vía lumbar, y el otro por la vía abdominal abriendo la cavidad del peritoneo; pero existe además otro procedimiento que permite llegar al riñón sin abrir el peritoneo practicando también la incisión en la pared abdominal, de donde la necesidad de modificar la denominación del primer procedimiento abdominal, que Clemente Lucas propuso llamar transperitoneal. Hemos, pues, de describir tres procedimientos: 1.º el transperitoneal, 2.º el lumbar y 3.º el lumbo-abdominal.

1.º *Procedimiento transperitoneal*.—Este fué el primer procedimiento que se empleó por la sencilla razón de que las primeras nefrectomías practicadas por Wolcot, Peaslee, Meadows, y Campbell lo fueron por error de diagnóstico y en la creencia de que se trataba de tumores del hígado ó del ovario.

La primera nefrectomía por la vía transperitoneal practicada con perfecto conocimiento de causa fué la de Köcher (de Berna) en 1876.

La incisión de la pared abdominal puede practicarse sobre la línea media por encima y por debajo del ombligo, que unos lo cortan verticalmente y otros desvían la incisión á su nivel; en este caso, lo mismo que en la ovariectomía, doy la preferencia á este último modo de operar. Langenbech aconseja practicar la incisión por fuera del músculo recto mayor, con el objeto de llegar más fácilmente á la parte externa del riñón. Este proceder tiene además la ventaja de que expone menos á la salida del intestino, y excepto en circunstancias particulares, parece que puede ser preferida á la incisión media, sobre todo cuando se opera á la derecha.

Hecha la incisión de la pared con las debidas precauciones, se hará lo posible por evitar la salida del intestino delgado al exte-