

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 ovariometría.

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 ovariometría, 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-

rior. Entonces se distingue el riñón cubierto por el colon, el cual se ladea hacia adentro; pero si la disposición del tumor no lo permite, será necesario separarlo hacia afuera, en cuyo caso hay que redoblar las precauciones para evitar la herida de los vasos al practicar la incisión del peritoneo. Luego de incindido el peritoneo se llega al riñón, y si en este momento se ve que el peritoneo está perforado, que los vasos mesentéricos están comprendidos en el tumor y que el intestino ha sido invadido, siguiendo el consejo de Czerny, se suspenderá la operación y se volverá á cerrar el vientre.

Se procederá luego y con toda precaución á enuclear el riñón del tejido célula-grasiento que lo envuelve, y se le aísla de manera que se distinga claramente su pedículo. La ligadura en masa no debe hacerse más que en caso de necesidad; es muy preferible ligar separadamente el uréter, la arteria y la vena. Será prudente colocar una segunda ligadura en masa del lado del riñón antes de seccionar el pedículo para evitar la caída dentro del vientre de las materias contenidas en la pelvis renal en el momento en que se separa el riñón.

Terminada la operación, la conducta que hay que seguir respecto del peritoneo prerenal varía según las circunstancias. Si ha sido necesaria la incisión de una parte del mismo, se le abandona; si ha quedado intacto y es posible la perfecta coaptación de los dos labios, se le sutura.

De todos modos será prudente seguir el consejo dado por Barwell, y que consiste en practicar una contraabertura á través de la masa lumbar para introducir á través de la misma un grueso tubo de drenaje, que permitirá la evacuación de las materias sanguinolentas ó purulentas que pudieran producirse y acumularse en la cápsula renal, las cuales, sin esta precaución, no tendrían otra salida que la cavidad peritoneal.

F. Terrier, para evitar esta contraabertura, ha propuesto suturar los dos labios del peritoneo ante-renal á los labios de la herida abdominal. Esta idea me parece poco feliz, y por otra parte su ejecución sería con frecuencia impracticable, porque en muchos casos no sería posible poner el peritoneo posterior en contacto con la pared anterior. El ensayo que de este detalle ha hecho Terrier tuvo un éxito desgraciado.

En cuanto á la sutura de la pared anterior debe practicarse con las precauciones que son de regla en este tiempo de la laparotomía.

2.º *Nefrectomía por la vía lumbar.*—Simon (de Heidelberg), que practicó la primera operación, colocó la enferma en decúbito prono, y ésta es, en efecto, la mejor postura para facilitar la operación;

pero es poco conveniente para la cloroformización. Las dos veces que yo he practicado esta operación he colocado la enferma sobre el costado sano y un poco ladeada en decúbito abdominal sobre un almohadón grueso y resistente. Esta es la posición que yo aconsejo y la que han empleado la mayoría de los operadores. La incisión puede hacerse con el termocauterio ó con el bisturí, pero este último es preferible. La incisión puede ser recta, vertical ú oblicua y hasta transversal, curva de convexidad pósterio-superior ó viceversa y también múltiple. Todas estas variantes constituyen otros tantos procedimientos ó mejor procedénculos, que considero inútil describir; por tanto me limitaré á citar los principales y los que tienen verdadera utilidad. La incisión *vertical* de Simon por fuera de la masa sacro-lumbar tiene el inconveniente de ser algo corta, y aunque se la prolongue desde la duodécima costilla á la cresta ilíaca, como lo he hecho en muchas otras, no siempre da el espacio suficiente.

Bruns practica la incisión un poco más hacia delante, pero partiendo siempre de la duodécima costilla é inferiormente llega hasta la cresta ilíaca á 8 centímetros de la apófisis espinosa. Después de haber denudado la duodécima costilla de su periostio, se la reseca.

Czerny la practica aún más hacia delante; pasa por delante de la duodécima costilla, empezando la incisión en la undécima. En una de sus operaciones reseco igualmente una parte de esta costilla. Clemente Lucas añade á la parte superior de esta incisión una segunda paralela al borde inferior de la duodécima costilla.

He dicho más arriba que la incisión de Simon no da bastante luz y he tenido ocasión de comprobar que, en el vivo, la resección de la duodécima costilla deja también subsistentes algunas dificultades. Si la incisión se practica sobre el borde externo de la masa sacro-lumbar, se llega más directamente al pedículo del riñón, pero las dificultades estriban en la estrechez de la abertura; si se practica más adelante, se cae sobre el colon; pero con un poco de cuidado se puede evitar la herida de éste y separarlo hacia delante. Por consiguiente, el procedimiento que reúne mayores ventajas es el siguiente: incisión por delante de la duodécima costilla, empezando en la oncena y descendiendo hacia la parte media de la cresta ilíaca. A dos centímetros por debajo de la oncena costilla, incisión paralela á ésta, sección de los músculos abdominales por delante del cuadrado lumbar é inclinación del colon hacia delante. De este modo se llega hasta el riñón. Si el espacio parece demasiado estrecho, se puede aislar la oncena costilla y resecarla en parte, recordando que la cavidad pleural descende hasta este nivel y que importa mucho no abrirla.

Puesto al descubierto el riñón procede desprenderlo del tejido

célulo-grasiento que lo envuelve. Generalmente esta capa es bastante gruesa y bastante floja para hacer fácil este aislamiento del riñón; pero también puede suceder lo contrario ó sea que sobrevengan grandes dificultades. En mi primera operación, tratábase de un enfermo que tenía cortado el uréter por una cuchillada á corta distancia del riñón, de lo cual resultó una infiltración de orina, un absceso que se extendió hasta la fosa iliaca, absceso que el cirujano que había cuidado al enfermo antes que yo lo había abierto, considerándolo un absceso de la fosa iliaca independiente de los órganos urinarios. El riñón estaba rodeado de una gruesa capa de tejido celular endurecido por la inflamación é íntimamente adherido al riñón, del cual era imposible desprenderlo. Practiqué hasta el mismo tejido renal una incisión y luego practiqué una verdadera *enucleación*, en el sentido de que separé el riñón de su cápsula fibrosa propia. Después de esto me fué fácil aislarlo hasta la pelvis renal y practicar una ligadura en masa. En estos casos difíciles, Bruns y Linser han desprendido el pedículo y colocado una ligadura en masa antes de practicar la enucleación.

Ya he dicho más arriba que era preferible ligar aisladamente el uréter y los vasos antes que comprenderlos dentro de una misma ligadura. El uréter ligado no se oblitera y Rosenbach considera posible el reflujo de la orina desde la vejiga hasta el orificio cortado del uréter, lo cual ha conducido á Thornton á aconsejar el aislamiento del uréter y su fijación á los labios de la herida. Además de que es más fácil dar un consejo que seguirlo, este fenómeno es bastante raro y por tanto puede prescindirse de esta aplicación, bastando una buena ligadura.

En cuanto á la cura, como que no participo de las ideas reinantes, me limito á desinfectar la herida lavándola con alcohol alcanforado ó con una solución fenicada y cubrirla extensamente con algunas compresas humedecidas.

3.º *Nefrectomía por la vía abdominal extra-peritoneal.*—En un caso en que Simon ensayó infructuosamente la extirpación de un riñón atacado de hidronefrosis, practicó una incisión enteramente lateral sobre la prolongación de la línea axilar. Bardenheuer practicó de este modo la operación. También se puede practicar la incisión un poco más hacia delante hasta cerca del borde externo del músculo recto mayor del abdomen; se desprende el peritoneo sin abrirlo, y de este modo se llega al tejido celular prerenal y se alcanza el riñón al nivel de su pedículo. Este procedimiento ofrece algunas dificultades, precisamente al nivel de la incisión para despegar el peritoneo, que puede ser desgarrado y abierto, accidente que le sobrevino á Trélat poniendo en práctica este procedimiento.

La nefrectomía es una operación de las más graves. Gros ha reunido 233 casos con 129 curaciones y 104 muertos, que es una mortalidad de 44'6 por 100. Brodeur en 235 operaciones encontró 133 curados y 102 muertos, mortalidad un poco más floja, pero siempre elevada de 43'4 por 100, ó sea cerca de la mitad de los enfermos. Pues bien, en este caso, como en todas las estadísticas formadas con las observaciones recogidas en los periódicos y revistas científicas, puede decirse que la no publicación de muchos casos desgraciados y la publicación de casi todos los afortunados da por resultado la atenuación de la verdadera gravedad de la operación.

La nefrectomía arroja, pues, una mortalidad mínima de 1 por cada 2 operados, y por consiguiente es una operación que sólo debe practicarse en casos de absoluta necesidad, y es justo consignar que de la lectura de las observaciones reunidas de la Memoria de Brodeur, se deduce que muchas de las operaciones no eran bastante justificadas y que muchos de los enfermos han sufrido las consecuencias de la actual locura operatoria y del deseo del cirujano de practicar una operación nueva, reputada difícil, y que en caso de éxito llama favorablemente la atención pública sobre el operador. Algunas observaciones ofrecen muchos reparos y son una prueba evidente de la poca severidad con que se procedía al diagnóstico.

En Londres tuve ocasión de ver una enferma á la cual se exploraba el útero en busca de la causa de dolores persistentes en la región renal. Supe, no sin extrañeza, que, á título de exploración, se había practicado la nefrotomía, á fin de ver si era que existían cálculos en el riñón. Como nada se encontrase en el útero, Durham volvió sobre el riñón, y después de haberlo extirpado *lo encontró absolutamente sano*. La enferma murió algunos días después de la operación, y nada anormal pudo encontrarse ni en el riñón, ni en la vejiga, ni en los uréteres.

G. Peters, después de haber tratado sin resultado alguno en un enfermo de 36 años de edad *una estrechez, una cistitis y un cálculo vesical*, notó que se trataba de un absceso perinefrítico, y en su consecuencia practicó una punción exploradora con el trocar aspirador, y extrajo tres onzas de un pus claro; pero habían salido al propio tiempo algunos granitos microscópicos de materia granulenta, que fueron considerados como fragmentos de cálculo; se creyó en la existencia de una pielitis calculosa y se procedió á la nefrotomía. Ni con el dedo ni con la sonda pudo encontrarse cálculo alguno, y, dice la observación, con estas maniobras debió sufrir tanto el riñón, que fué preciso extirparlo. No se encontró en aquella viscera cálculo alguno, pero el enfermo murió tres días después de la operación.

La nefrectomía se ha practicado por muy diversas afecciones, pasaremos muy rápidamente en revista los resultados obtenidos por lo que se desprende de los casos publicados. Por el riñón dislocado y movable se ha practicado la operación 26 veces, habiendo dado por resultado 18 curaciones y 8 muertos, ó sea una mortalidad de 30 por 100; 6 de estas operaciones se practicaron por la vía lumbar y los 6 curaron. La mortalidad por la vía abdominal ha sido, pues, de 40 por 100. En este caso no soy partidario de la operación sino en circunstancias extremas, después de haber ensayado todos los medios de tratamiento, como el masaje, las fajas ventrales ó la nefrorrafia, de que hablaré más adelante; pero desgraciadamente no lo han considerado así otros cirujanos, y yo tengo por muy poco justificadas la mayoría de las operaciones de esta índole practicadas, según lo que se desprende de la lectura de las observaciones.

Por hidronefrosis y quistes del riñón se ha practicado 34 veces la nefrectomía: 24 por la vía abdominal con 13 muertos ó sea el 55 por 100 y 10 por la lumbar con 4 muertos ó sea el 40 por 100 de mortalidad. En total resulta una mortalidad de 50 por 100 ó sea la mitad de los operados. Tampoco en este caso acepto la nefrectomía, sobre todo como primer recurso antes de ensayar ninguna otra operación, en particular la nefrotomía. La nefrectomía está suficientemente motivada únicamente cuando el estado de los riñones, transformados en una masa quística, autoriza á creer que la simple incisión del órgano, á pesar de la profunda modificación que al mismo imprime, sería una intervención insuficiente.

Por traumatismos, heridas ó contusiones se ha practicado la nefrectomía 10 veces: 3 por la vía abdominal con 1 muerto y 7 por la vía lumbar con 2 muertos. En algunas observaciones, entre otras las de Maunoury (de Chartres), que han consistido en la ablación de fragmentos de riñón perdidos en medio de un absceso y no en una verdadera nefrectomía, la operación estaba justificada por la alteración profunda del órgano; pero en algunas otras mejor hubiera sido colocar de nuevo el riñón en su sitio dejando la herida abierta, que no hacer la extirpación, extremadamente peligrosa, de un órgano que quizás hubiera podido recuperar sus ordinarias funciones.

Por fistulas urinarias persistentes debidas á la herida del riñón y sobre todo del uréter, se ha practicado 18 veces la nefrectomía: 17 por la vía lumbar con 5 muertos y 1 por la vía abdominal. Este es uno de los casos en que la operación está mejor justificada; no obstante, creo también del caso consignar algunas restricciones. En mi operado de 1880, no podía haber la menor vacilación: la orina vertida por el uréter en la parte posterior de un vasto absceso lumbo-iliaco entreteniendo el mal y manteniendo la vida del en-

fermo estaba próximamente comprometida, y por tanto era de absoluto rigor la operación. Mi enfermo murió de la operación, pero pronto hubiera muerto también de su afección si no se hubiese intervenido. En casos análogos en que la fístula urinaria sostiene fistulas purulentas y constituye una amenaza para la vida del enfermo, yo soy partidario de la extirpación; pero no admito semejante operación cuando existe una simple fístula urinaria abdominal, vaginal, etc. En algunos casos en que se ha creído conveniente operar, un orinal bien confeccionado hubiera bastado para disminuir los inconvenientes de un defecto compatible con la vida y hasta con la vida social, siendo así que la operación expone á una muerte inmediata á cerca de la mitad de los operados.

Por cálculos del riñón, que en la mayoría de las veces se han tratado por la nefrotomía, únicamente dos veces se ha practicado la nefrectomía lumbar, habiendo muerto uno de los operados; pero por pielonefritis calculosa y tuberculosa y por pielonefritis supurada se ha operado 39 veces la nefrectomía: 17 por la vía abdominal con 9 muertos y 72 por la vía lumbar con 21 muertos: total 49 curados y 40 muertos, lo cual significa una mortalidad de 44 por 100. Excepto en casos muy excepcionales, la nefrectomía no debe ser el fin que se propone el cirujano, pues ante todo debe recurrirse á la nefrotomía, y únicamente en caso de profunda desorganización del riñón ó de persistencia de un absceso fistuloso estará indicada la nefrectomía. Los cálculos del riñón no son motivo suficiente para la ablación de este órgano, porque no es precisamente extirpando el riñón como se cura el estado constitucional que se traduce por la formación de cálculos, pues la experiencia ha demostrado que la extirpación del riñón calculoso ha sido seguida de la formación de cálculos en el riñón conservado.

Por sarcomas ó fibromas del riñón se ha practicado 39 veces la nefrectomía: en la mayoría de los casos (33 veces) por la vía abdominal, lo cual se explica por el volumen y sitio del tumor, que frecuentemente ha dado origen á errores de diagnóstico; la mortalidad es de 50 por 100 para las operaciones por la vía lumbar, y de 42'4 por 100 para las operaciones por la vía abdominal. Excepto en el caso de sarcoma en los niños, seguido siempre ó casi siempre de recidiva rápida, la ablación del tumor está indicada.

Resta, por último, el cáncer, que en 17 operaciones, 12 por la vía abdominal, ha dado únicamente 6 curaciones y 11 muertos ó sea una mortalidad de 64'7 por 100 ó sea más de las dos terceras partes. Pues bien, desde el momento que se medita cuán efímera es la persistencia de la curación después de la extirpación del cáncer verdadero, sobre todo en estas condiciones, se está autorizado para abandonar la nefrectomía en los casos en que se ha podido poder

diagnosticar la existencia del cáncer del riñón. Las ventajas no están en relación con los peligros de la operación.

Gross considera que la nefrectomía está desde luego indicada en el sarcoma de los adultos y en los neoplasmas benignos, al principio de la afección tuberculosa, y en las heridas y fístulas del uréter. Únicamente la admite, después de haber ensayado inútilmente otros medios, en los desgarros y hernias del riñón, en las heridas recientes del uréter en el curso de una operación abdominal, y en los casos de supuración, quistes, hidronefrosis, cálculos y de riñón flotante. Casi por completo me adhiero á estas sabias observaciones, que tanto contrastan con la conducta de los cirujanos en estos últimos años; pero no considero justificada la operación desde el primer momento en las fístulas del uréter cuando se limitan á una simple fístula urinaria.

Respecto á la elección del procedimiento, hasta que la experiencia haya demostrado el pro ó el contra de la incisión abdominal extra-peritoneal, puede decirse que la vía lumbar debe ser la de elección.

En 125 nefrectomías lumbares la mortalidad ha sido de 39'6 por 100; y 110 nefrectomías abdominales han dado una mortalidad de 50 por 100. No obstante, la incisión transperitoneal podrá suceder que no sólo esté justificada, sino que sea de rigor en ciertos casos de tumor proeminente por parte del vientre.

II.—Nefrotomía

Los detalles operatorios que llevo expuestos al tratar de la nefrectomía han de abreviar mucho lo que tenga que decir respecto de la nefrotomía, que en rigor, excepto la incisión del riñón, no es otra cosa que el primer tiempo de la ablación del órgano. Una vez puesto al descubierto el riñón, el cirujano practica la incisión en el punto que le parece ser el sitio del mal, sea absceso, quiste, etc. En algunos casos la dificultad consiste precisamente en saber si esta incisión debe practicarse. En los casos en que se cree en la presencia de cálculos, es posible explorar con los dedos la pelvis renal y la primera porción del uréter por su superficie exterior para asegurarse de si se nota en estos puntos algún cálculo. Ha sucedido á veces que, aún teniendo el riñón entre los dedos, no ha sido posible encontrar los cálculos que ha puesto de manifiesto la incisión ulterior. Hase propuesto, y muchas veces se ha practicado, la acupuntura del riñón, puesto previamente al descubierto, para asegurarse bien de la presencia y posición de los cálculos; es éste un medio demasiado atrevido, como lo ha demos-

trado la experiencia, y si el diagnóstico hecho con el mayor rigor da la seguridad de la presencia de cálculos, no debe vacilarse en practicar la incisión.

La consecuencia ordinaria de la nefrotomía es una fístula urinaria de más ó menos larga duración, por lo cual es conveniente no cerrar por completo la herida y colocar en ella un tubo de drenaje de regular diámetro.

Apreciación.—La nefrotomía, cuando está bien indicada, es una buena operación, siendo de admirar que no se registren en los datos estadísticos más que 77 nefrotomías, encontrándose en cambio 235 nefrectomías. Esta diferencia se explica, en parte, por el hecho de que muchas veces cuando el cirujano cree que podrá limitarse á la simple incisión del riñón, se encuentra con el órgano bastante desorganizado y cree necesaria la ablación; pero desgraciadamente debemos consignar también que de la lectura de las observaciones se desprende que muchas veces el amor propio del operador ha sobrepujado al amor desinteresado del arte; porque una incisión del riñón no impresiona la imaginación del público médico ó no médico, al paso que la ablación del mismo, sobre todo si da buen resultado, pone en seguida al cirujano sobre el nivel de los demás. Añádase á esto que es preciso tener en cuenta la diferencia que puede existir por causa de la publicación de las observaciones, por lo cual es muy probable que el número de nefrotomías es mucho más subido de lo que parece.

De todas maneras, 77 nefrotomías han dado 55 curaciones y 22 muertos, lo cual constituye una mortalidad de 26'5 por 100. En 12 operaciones por la vía abdominal resultaron 7 curaciones y 5 muertos. De 65 nefrotomías lumbares resultaron 48 curaciones y 17 muertos, lo cual significa una mortalidad de 26 por 100. Pero para apreciar la gravedad de la operación, conviene distinguir los casos: de 35 nefrotomías por pielonefritis calculosas, tuberculosas y supuradas resultaron 16 muertos. Esta mortalidad de 45 por 100 se explica por el estado de gravedad anterior del enfermo, al paso que 30 nefrotomías lumbares por hidronefrosis, quistes y cálculos del riñón dieron 29 curaciones y 1 solo muerto. Sería inútil insistir más, porque resulta del todo evidente que, sobre todo en estos casos, la nefrectomía, como primer recurso, debe desecharse en absoluto.

III.—Nefrorrafia

El riñón movable, mucho más frecuente en la mujer que en el hombre, siendo en este último un caso excepcional, se encuentra

también con mucha más frecuencia en el lado derecho que en el izquierdo. Puede ocasionar dolores bastante violentos para inducir al cirujano á tomar una seria determinación. Ya he dicho antes que por mi parte reprobaba la nefrectomía como medio de tratamiento en estas circunstancias. En 1881 Halm (de Berlín) y en un caso de esta naturaleza, practicó la incisión lumbar, llegó al riñón, atravesó las cápsulas célulo-adiposa y fibrosa del riñón con seis hilos de catgut y lo suturó al borde de la incisión lumbar, fijándolo así en su sitio normal. El enfermo curó rápidamente, y según refiere Gross, Halm repitió cinco veces más esta operación y siempre con el mismo satisfactorio resultado. Según la estadística de Gross, la nefrorrafia ha sido practicada diez y ocho veces en América, en Inglaterra, y en Italia con un solo caso de muerte. No tengo noticia de que en Francia se haya practicado nunca esta operación.

La idea de Halm me parece una de las más afortunadas, y por mi parte no vacilaría en apelar al recurso de la nefrorrafia si en un caso dado de nada me sirvieran los aparatos contentivos. El éxito de esta operación es nuevo motivo para condenar la nefrectomía en estos casos, y por consiguiente únicamente podría pensarse en esta última operación después de haber practicado sin resultado la nefrorrafia.

CAPÍTULO VIII

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL ANO Y EN EL RECTO

I.— Imperforación del ano

Anatomía.—En los recién nacidos, á veces el recto termina en fondo de saco, lo cual tiene lugar de tres maneras distintas: 1.º el ano está ocluido únicamente por una membrana delgada ó por una capa de tejido celular, cuyo espesor no excede de algunos milímetros; 2.º el ano está abierto, pero á cierta altura existe igualmente un delgado tabique; 3.º exista ó no el orificio anal, el fondo de saco del recto está separado de él por una capa tan gruesa de tejidos, que no es posible asegurarse del punto en que se encuentra. Debemos añadir otras anomalías que consisten en abrirse en el intestino ó vejiga en el hombre, en la vagina en la mujer, ó, en ambos sexos, en algún punto de la pared abdominal.

1.º *Obliteración simple del ano.*—Cuando cierre el ano una simple membrana, y la fluctuación, una prominencia ó una mancha azulada indiquen claramente la posición del recto, será suficiente introducir la punta de un bisturí recto en el centro presunto del intestino, para después, con el mismo bisturí ó con otro de botón, dividir la membrana de dentro á fuera y crucialmente; se cogerá entonces cada uno de los ángulos con unas pinzas y se practicará la escisión, y por toda cura, se aplicará un lechino de hilas ó una mecha un poco gruesa, á fin de prevenir la estrechez del ano.

2.º *Obliteración del recto á alguna distancia del ano.*—En este caso, se aconseja generalmente practicar una punción con el trócar ó el bisturí cubierto con una cinta hasta cerca de su punta; incidir en cruz la membrana y después insistir en la dilatación.

Este punto de la práctica quirúrgica exige más amplias explicaciones. Según he tenido ocasión de ver, el tabique se encuentra ordinariamente á un centímetro por encima del ano al nivel del suelo aponeurótico de la pelvis, y por encima de aquél se encuentra el recto dilatado en una ancha ampolla llena de meconio. La punción con el trócar es generalmente inútil, porque el meconio es demasiado espeso para salir á través de la cánula; y por otra parte la punción con el bisturí no podemos admitirla sino como primer tiempo de la incisión. Pero esta incisión, en vez de practicarla á ciegas, podemos hacerla casi tan fácilmente como si el tabique estuviese en el ano, para lo cual Malgaigne ha añadido al procedimiento una modificación de innegable utilidad.

Procedimiento de Malgaigne.—Introducido en el ano el dedo meñique y después de bien reconocida la membrana obturatriz, empíezase por dilatar el ano hacia adelante al primer golpe de bisturí; entonces á cada esfuerzo del niño aparece el tabique rectal casi al nivel de la piel; se le coge con las pinzas de dientes de ratón, se le divide en cruz y se escinden luego los dos ángulos posteriores; después de lo cual se vacía el recto del meconio que contiene. Respecto de los ángulos anteriores, después de haberlos despojado de su mucosa por la cara rectal, se atraen hasta la incisión cutánea, y se reúnen á ella por algunos puntos de sutura entrecortada.

De este modo tenemos una probabilidad más de evitar la estrechez consecutiva, que es tan común en las operaciones de este género. A pesar de todo, no dejaremos de vigilar por esta complicación, y para ello será conveniente introducir de cuando en cuando el meñique en el recto, para desbridar con un bisturí de botón los cuatro ángulos si realmente se notare una pertinaz tendencia á estrecharse. En vez de hacer la incisión hacia delante