UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LAS

ANASTÓMOSIS INTESTINALES

POR MEDIO DEL

BOTON DE MURPHY

TÉSIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

DE

JULIO LADVOCAT

EX-FARMACÉUTICO MAYOR POR CONCURSO DEL HOSPITAL SAN ROQUE

EX-PRACTICANTE MAYOR DE LA ASISTENCIA PÚBLICA

BUENOS AIRES

"La Semana Médica," Imp. de Emilio Spinelli

737 - Callao — 737

—

1899

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LAS

ANASTÓMOSIS INTESTINALES

POR MEDIO DEL

BOTON DE MURPHY

TÉSIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

DE

JULIO LADVOCAT

EX-FARMACÉUTICO MAYOR POR CONCURSO DEL HOSPITAL SAN ROQUE
EX-PRACTICANTE MAYOR DE LA ASISTENCIA PÚBLICA

BUENOS AIRES

"La Semana Médica," Imp. de Emilio Spinelli

737 — Callao — 737

1899

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice Decano (en ejercicio)

Dr. D. JOSÉ T. BACA

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
„ „ JOSÉ T. BACA
„ „ RAFAEL HERRERA VEGAS
„ „ JACOB DE TEZANOS PINTO
„ „ EUFEMIO UBALLES
„ „ JUAN R. FERNANDEZ
„ „ ENRIQUE E. DEL ARCA
„ „ PEDRO N. ARATA
„ „ MANUEL BLANCAS
„ „ ROBERTO WERNICKE
„ „ PEDRO LAGLEYZE
„ „ JOSÉ PENNA
„ „ LUIS GÜEMES
„ „ ELISEO CANTON
„ „ GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
„ „ PABLO MARENGO
„ „ EDUARDO WILDE
„ „ MARTIN SPUCH
„ „ TELÉMACO SUSINI
„ „ EDMUNDO NOCARD
„ „ EMILIO R. CONI

Secretario Titular

Dr. D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

Dr. D. ZENON AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía Descriptiva	.	Dr. JUAN JOSÉ NAON
Anatomía Topográfica	„	JUVENCIO Z. ARCE
Histología teórico-práctica	„	RODOLFO DE GAINZA
Fisiología General y Humana	„	PEDRO J. CORONADO
Patología General y ejercicios clínicos	„	ROBERTO WERNICKE
Materia Médica y Terapéutica	„	JUSTINIANO LEDESMA
Higiene Pública y Privada	„	MELITON G. DEL SOLAR
Patología Externa	„	OBDULIO HERNANDEZ
Patología Interna	„	JOSÉ PENNA
Anatomía Patológica	„	TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	„	CARLOS MALBRAN
Medicina Operatoría	„	ADALBERTO RAMAUGÉ
Enfermedades de mujeres y su clínica	„	ENRIQUE BAZTERRICA
Enfermedades de niños y su clínica.	„	MANUEL BLANCAS
Enfermedades de los ojos y su clínica	„	PEDRO LAGLEYZE
Enfermedades nerviosas y su clínica	„	JOSÉ M. RAMOS MEJIA
Enfermedades mentales y su clínica	„	DOMINGO CABRED
Enfermedades Génito Urinarias	„	FEDERICO TEXO
Enfermedades venéreas y dermatología	„	BALDOMERO SOMMER
Clínica quirúrjica	„	JULIAN AGUILAR ANTONIO C. GANDOLFO ALEJANDRO CASTRO
Clínica médica	„	GREGORIO N. CHAVES ABEL AYERZA LUIS GÜEMES FRANCISCO SICARDI
Laringología, otología, rinología	„	EDUARDO OBEJERO
Obstetricia y clínica respectiva	„	SAMUEL MOLINA
Medicina legal.	„	FRANCISCO DE VEYGA
Toxicología	„	JUAN B. SEÑORANS
Química aplicada á la medicina	„	PEDRO N. ARATA
Física médica	„	JAIME R. COSTA
Zoología médica	„	ELISEO CANTON
Botánica Médica	„	MARTÍN SPUCH
Botánica farmacéutica	„	ADOLFO MUJICA
Química Médica	„	ATANASIO QUIROGA
Farmacia teórica	„	JUAN A. BOERI
Farmacia práctica	„	J. MANUEL IRIZAR
Obstetricia para alumnas parteras	„	JUAN R. FERNANDEZ
Odontología	„	NICASIO ECTHEPAREBORDA
Dentistería operatoria	„	LEON PEREIRA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía Descriptiva	Dr.	Juan D. Piñero
Anatomía Topográfica	„	Avelino Gutierrez
Histología teórico-práctica	„	Samuel de Madrid
Fisiología General y Humana	„	Horacio G. Piñero
Patología General y ejercicios clínicos	„	Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	„	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Higiene Pública y Privada	„	Enrique Revilla Ricardo Schatz
Patología externa	„	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	„	Marcial V. Quiroga
Anatomía Patológica	„	José Badía
Bacteriología	„	Vacante
Medicina Operatoria	„	Nicolás Repetto
Bacteriología	„	Vacante
Enfermedades de mujeres y su clínica	„	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Enfermedades de niños y su clínica	„	Antonio F. Piñero Facundo Larguía
Enfermedades de los ojos y su clínica	„	Francisco Barraza Teófilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su clínica	„	José A. Esteves José R. Semprum
Enfermedades mentales y su clínica	„	Benjamn T. Solari
Enfermedades génito-urinarias	„	Vacante
Enfermedades venéreas y dermatologia	„	Maximiliano Aberastury
Clínica quirúrjica	„	Juan B. Justo Diógenes Decoud Alejandro Posadas
Clínica médica	„	Julio Mendez Ignacio Allende Patricio Fleming
Enfermedades génito-urinarias	„	Vacante
Laringología, otología, rinología	„	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
Obstetricia y Clínica respectiva	„	Luis F. Vila Fanor Velarde
Medicina legal	„	Domingo S. Cavia
Enfermedades génito-urinarias	„	Vacante
Toxicología	„	Juan Alba Carreras
Química médica	„	Francisco P. Lavalle
Física médica	„	Juan J. Galiano
Zoología médica	„	Vacante
Botánica médica	„	Lucio Durañona
Botánica farmacéutica	„	Vacante
Química médica	„	Francisco B. Reyes
Farmacia teórica	Sr.	Juan A. Dominguez
Farmacia práctica	„	Miguel Puiggari
Obstetricia para alumnas parteras	Dr.	Enrique Pietranera
Odontología	„	Vacante
Dentistería operatoria	„	Vacante

PADRINO DE TÉSIS

Académico titular Dr. LUIS GÜEMES

A mi madre

Todo lo debo á tus grandes sacrificios

A mi esposa é hijos

A mis amigos

Señores académicos:

Señores profesores:

Uno de los triunfos más brillantes de la Cirujía Moderna; es sin duda alguna, la intervención, casi siempre inocua, en los órganos intra-abdominales. La abertura del peritoneo no presenta ya, gracias á las prácticas antisépticas, los terribles peligros que hicieron la desesperación de los cirujanos de otra época.

Hoy el estudio de las anastomosis viscerales, ha hecho grandes y rápidos progresos y si bien es cierto que la antisepsia figura en primera linea como factor principal de este progreso, creo también que la simplicidad de los medios empleados, haciendo más rápidas estas intervenciones, entra también por mucho en los adelantos conquistados. Esto que es una verdad para la Ci-

rujía en general, es especialmente aplicable á las entero·anastomosis, tema sobre el que voy á tener el honor de ocupar un momento vuestra atención.

No pretendo con mis escasas fuerzas y mi poca preparación de estudiante agotar tema tan interesante, sólo me limitaré á hablaros de las anastomosis intestinales que se practican por medio de aparatos, haciendo constar su importancia práctica muy digna, por cierto, de un estudio más completo y detenido.

Así pues, os pido me disculpeis si este trabajo no resulta digno de vosotros y de vuestras sábias lecciones.

La idea de hacer anastomosis intestinales no es nueva, pues, ya en el siglo XIII, se practicaron algunas de estas operaciones sobre cuerpos extraños introducidos en los intestinos (traquea de buey) procedimiento llamado de los «Cuatro Maestros» y efectuado en París por cuatro frailes que se ocupaban de Medicina; después de esta época sólo tenemos conocimientos de los trabajos de Polfyn en 1710 y de Ramhdor en 1727 quien, según Dechambre, fué el primero que intentó la reunión de los extremos intestinales después de una enteretomía.

Moebius hizo algunas experiencias sobre perros, sin resultado alguno; Remond, en 1827, se ocupó de esta cuestión, practicando algunas entero-anastomosis con éxito.

Ledran hizo suturas intestinales en 1742; Lapeyronie modificó en 1743 el método de Ledran.

Los trabajos de Bichat, de Dupuytren y otros, sobre la propiedad de las serosas, de contraer fáciles adherencias entre sí, las experiencias de Jobert en 1822 y las de Lembert en 1826 sobre las suturas intestinales con adosamiento de las serosas, dieron nuevo impulso á la cuestión, haciéndola entrar en su verdadera faz científica.

Sin embargo, la cirujía no recogió el fruto de estos labores sino más adelante, pues salvo dos éxitos obtenidos por Steimetz en 1828 y por Diefembach en 1836, no hay nada que señalar hasta los trabajos de Lücke, Kröhein y Kocher en 1873, quienes contribuyeron á analizar estas operaciones, hoy ya generales en las prácticas quirúrgicas.

Entre los que se ocuparon antiguamente de obtener anastomosis intestinales por encima de un cuerpo extraño debo citar, además de los «Cuatro Maestros», á Sabatier, á Reybart que se servía de un trozo de madera, á Duverger y á Jubert.

Sería trabajo ímprobo querer analizar detenidamente todos los métodos que en nuestros días

se han empleado ó propuesto para obtener anastomosis intestinales, por medio de aparatos, permítaseme solamente citar, en razón de su importancia histórica, el procedimiento de Senn.

Senn propuso su método en 1887 al noveno Congreso Internacional de Ciencias Médicas, de Washington. Se servía de dos discos óvalos de hueso decalcificado por medio del ácido clorhídrico y conservados húmedos, de 1|2 centímetro de espesor por dos ó cuatro de diámetro, provistos en su centro de un orificio ovalar de uno ó dos centímetros y sobre el disco cuatro pequeños orificios. El líquido ácido usado en la decalcificación asegura la asepsia del aparato. Se enhebran dos agujas comunes con dos hilos largos de sesenta centímetros cada uno y una vez pasadas por los orificios laterales del disco se anudan las cuatro extremidades dos á dos. Se introducen luego las placas en la luz intestinal, una de cada lado, y se fijan de adentro á fuera por una sutura hecha con catgut á la pared intestinal. Se ponen luego los discos en contacto de manera que las dos aberturas centrales se correspondan exacta-

mente, luego se anudan los hilos que salen de las placas y atraviesan las túnicas del intestino. Se completa la unión colocando algunos puntos de sutura por el exterior.

Estos discos óseos decalcificados son rápidamente reabsorbidos y el ancho contacto de las dos superficies serosas aseguran el establecimiento de estensas adherencias.

Este procedimiento es relativamente complicado, los cuatro nudos que resultan del anudamiento de los hilos que atraviesan los agujeros laterales de los discos, comprometen el adosamiento perfecto de las superficies serosas entre sí, sin contar además, que las llamadas aquí suturas complementarias de Lembert, desempeñan, se puede decir, el rol principal.

De los muchos y variados procedimientos de anastomosis intestinales por medio de suturas, no me ocuparé en este trabajo, pues mi objeto es describir algunos de los aparatos destinados á reemplazarlas en estas operaciones y especial-

mente del Botón de Murphy, hoy por hoy el mejor de los generalmente conocidos.

No voy á hacer la historia de todos los aparatos ó botones propuestos para obtener anastomosis viscerales, sólo pasaré rápidamente en revista algunos de los más importantes y conocidos.

Todos ellos se fundan en el mismo principio y obtienen la reunión por idéntico proceso: *El esfacelamiento de los lábios de la herida de resección, reflejados sobre el aparato.*

El aparato primitivo de Denans (1826) no ofrece sino un interés histórico. Su técnica es bastante complicada y difícil. Los procedimientos de Baudens, de Henroz y el cilindro de Bonmier han caído en desuso.

Nuestro profesor de Medicina Operatoria, Dr. A. Ramaugé, construyó en 1893, el *enteroplexo* que lleva su nombre.

El metal de que se ha servido Ramaugé es el aluminio, sustancia resistente, de muy poco peso y completamente inofensivo para los tejidos que deben sufrir su presencia. Se compone de dos anillos de bordes redondeados, cada uno de los cua-

les tiene en oposición diametral dos pequeños tallos que sobrepasan de un lado la superficie de los anillos; los tallos de uno de éstos, son ahuecados y acanalados y constituyen el anillo de hembra, en el otro por el contrario, forman un resorte dentado constituyendo el anillo macho. Una vez adosados y encastrados los anillos forman un sistema fijo, en el centro del cual se halla la luz de los mismos. Su diámetro es exactamente igual al del interior del intestino á que está destinado, lo que hace necesario una colección de enteroplexos de diámetros variados.

Su modo de empleo, consiste:

Primer tiempo—En introducir cada uno de los anillos en los extremos de intestino resecado.

Segundo tiempo—De cada lado; repliéguese de los lábios de la herida circular del intestino sobre la cara del anillo en que sobresalen los tallos de manera que el intestino, que viene como á forrar el anillo, presenta su cara serosa hacia fuera. El intestino es fijado en esta posición por medio de cuatro puntos de sutura hechos en seda ó catgut que comprenden el intestino y el apa-

rato, atravesando éste por otros cuatro agujeros practicados con este objeto en los anillos.

Tercer tiempo—Colocado cada anillo en su cabo intestinal respectivo, sujetos por la sutura en cruz, á que antes me he referido, y estando el borde del intestino cubriendo la cara plana de los anillos, no resta ya sino ajustar los resortes por medio de una ligera presión á fin de que los extremos intestinales queden perfectamente coaptados en el espacio que dejan los anillos al fijarse mútuamente.

No enumeraré sus ventajas ni inconvenientes, pues tengo conocimiento que su autor lo va á modificar en breve.

Villard modificó en 1896 el botón de Murphy, sus principales innovaciones consisten: 1.° en el aumento de las dimensiones de los orificios y canales destinados á asegurar la circulación del contenido intestinal, 2.° mejor y más firme articulación entre los tallos centrales y 3.° supresión del cojinete elástico. Villard atribuye gran im-

portancia á esta última modificación y cree en la necesidad de un cierre enérgico, fundándose en la utilidad de la rápida mortificación de la parte de intestino encerrada y comprimida por el aparato, pues dice: « Depende de esta modificación la liberación de la pieza metálica y su expulsión al exterior. Si esta liberación no se lleva á cabo, se va á producir al nivel del punto anastomosado, ulceraciones, que podrán perfectamente llegar á producir perforaciones intestinales en un tiempo más ó menos variable.

Este botón no ha sido suficientemente ensayado entre nosotros para que podamos apreciar sus ventajas ó inconvenientes en la práctica. En principio parece bueno.

El botón anastomotico de Chaput está construído con un metal maleable fácilmente, el estaño, tiene la forma de un anillo elíptico y está ahuecado sobre su borde externo de un ancho canal profundo. Los bordes de este canal son láminas incindidas profundamente; como estas láminas son maleables, se puede, al separarlas ó aproximarlas, sea ensanchar, sea aplastar el canal.

De los cinco modelos de botones de Chaput, los números 1 y 2 son los más apropiados para las operaciones que se practican en el intestino delgado.

Dimensiones del N.º 1:

Diámetro mayor del orificio	10	milímetros
» menor » »	5	»
Anchura del canal	10	»
Profundidad del canal.	6	»

Dimensiones del N.º 2:

Diámetro mayor del orificio	10	milímetros
» menor » »	5	»
Anchura del canal	10	»
Profundidad del canal.	7	»

Solo varía pues, la profundidad del canal.

Chaput cree que su botón difiere en principio del botón de Murphy, pues no produciría el esfacelamiento de los tejidos en él aprisionados, dice su autor: «El cierre del canal sostiene el intestino, pero no lo comprime de una manera bastante enérgica; después de aplicar y apretar un botón, es fácil cortando el intestino y las suturas

en bolsas, constatar, que es posible, por tracciones ligeras, extraer el intestino del canal.

Las suturas en bolsa, que aplican los bordes de un gran orificio alrededor del orificio mucho más pequeño del botón, tironean fuertemente los tejidos. Al cabo de algunos días han cortado estos tejidos y la presión del canal no es suficiente para impedir á los tejidos de escaparse, solicitados por su elasticidad natural.

El orificio intestinal estrechado por la violencia de la sutura en bolsa, tiende pues á volver á tomar sus dimensiones y las toma escapándose del canal en cuanto la sutura en bolsa deja de retenerlo.»

Chaput parece no tener en cuenta las sólidas adherencias que deben establecerse sobre la cara externa entre las superficies serosas puestas en contacto.

La esplicación de Chaput más teórica que práctica no satisface absolutamente y es más fácil creer con Jeannel que el botón de Chaput mortifica y esfacela como los demás.

Si así no fuera sería un factor de estrecheces

intestinales y por consiguiente un mal aparato.

Dos observaciones son las que arguye el autor, seguidas de muerte, una de ellas á los 10 días y en que el botón se encontraba aún en su sitio, solo consiguen probar que este aparato se libera muy lentamente y muy dificilmente.

El más usado entre nosotros de los botones anastomóticos es, sin duda alguna, el botón de Murphy, profesor de Cirujía en Chicago.

Murphy publicó su trabajo primitivo al respecto en el *Medical Record* en 1892.

Se compone este aparato de dos piezas metálicas, una macho y otra hembra, cuya forma recuerda la de un pequeño hongo.

El sombrero ó cúpula del hongo es redondeado y en forma de paraguas, de manera que existe un canal ancho y profundo entre su cara externa y el tallo central.

Cuatro agujeros atraviesan la cara superior de la cúpula y facilitan el mantenimiento de la humedad de la porción del intestino que allí se aloja.

El tallo es hueco en toda su extensión, la cúpula posee tambien, al nivel de su inserción con el tallo, un orificio cuyo decímetro iguala al de la cavidad del mismo.

La rama ó anillo hembra un poco más pequeña que el macho contiene en el interior de su tallo unas vueltas de tornillo en toda su longitud.

El anillo macho de un volúmen algo mayor, tiene un tallo más estrecho que el de su congénere, este tallo posee sobre el flanco y cerca de su extremidad libre, dos agujeros colocados en las extremidades de un mismo diámetro á través de los cuales salen los ganchos pertenecientes á dos pequeños resortes situados en la cavidad del tallo cilíndrico. Los dientes de estos dos resortes son hechos de dos láminas biceladas á expensas de su cara externa, formando ganchos aplastados de concavidad dirigida hácia la concavidad de la cúpula.

La inclinación de las espirales del tornillo, que posee el anillo hembra y la del bicel de los ganchos del anillo macho, se corresponden de tal modo que cuando se introduce el tallo macho en el tallo hembra, los ganchos á resorte del tallo de

aquel, apoyándose por su cara externa bicelada sobre las espiras del tornillo del tallo hembra, son deprimidas y desaparecen por completo en la cavidad del tallo que los contiene el que se encarga directamente y sin dificultad alguna (dado su diámetro más pequeño) en su congénere hembra, los ganchos se encuentran detenidos en las partes salientes de las espiras del tornillo y no podrán ser separados uno del otro sino se destornilla.

Además la cúpula del anillo macho está formada de dos cápsulas cilíndricas envainadas, la exterior fija y en la que se inserta el tallo central, la otra es móvil alojada en la concavidad de la anterior donde descansa sobre un resorte espiralado que hace salir su borde obtuso de tal manera que la compresión de los tejidos encajados entre los dos bordes obtusados de los anillos anteriores, cuando las dos partes del botón están adaptadas, es suavizada y regularizada por la elasticidad del resorte.

Murphy hizo construir tres modelos de botones, hoy su número es mayor. El más pequeño es de 21 milímetros de diámetro externo y siete de luz

en el tallo, está destinado especialmente á la colecistenterotomía y al ileon. Al N.º 2 Murphy dió las siguientes dimensiones:

Diámetro de la cúpula.	23	milítrs.
Altura » » »	8	»
Diámetro interior del tallo. . .	12	»
Altura interior del aparato. . .	15	»
Circunferencia total	74	»

Es especialmente aplicable al intestino delgado y á las anastomosis laterales.

El tercer modelo es dos milímetros mayor y es aplicable á la gastro-enterotomia.

El cuarto es de forma oblonga y puede servir igualmente para la gastro-enterotomía y anastomosis laterales.

Un quinto modelo de cuarenta milímetros de diámetro es aconsejado por su autor para el colon, pero este diámetro parece ser un poco exagerado.

La técnica de la aplicación del botón de Mur-

phy varía si se aplica á una enteroanastomosis lateral ó de extremo á extremo.

La aplicación del botón de extremo á extremo se hace de la manera siguiente:

Empezando en la parte de borde intestinal diametralmente opuesta á la inserción del mesenterio, se hace, con un hilo de seda fuerte, una costura de anchas puntadas y que comprenda toda la pared intestinal, se prosigue hasta la inserción del mesenterio á cuyo nivel se deja un ojal,se remonta luego paralelamente del lado opuesto hasta el punto de partida. Se ha pasado de este modo alrededor del corte de intestino un verdadero cordón de bolsa, una jareta. Se toma entonces por su tallo y con una pinza una de las ramas del botón y se le introduce por el lado de la cúpula, en la cavidad del intestino, colocando el aparato en el sentido del eje longitudinal del tubo digestivo, de manera que el borde obtuso del anillo se encuentre oculto por el borde del intestino seccionado. Se apreta entonces fuertemente la sutura en bolsa anteriormente practicada, hasta que el tallo se encuentre por su base quedando la cúpula completamen-

te encerrada en el interior del cabo intestinal.

Si se ha colocado la rama macho es necesario esconder y encajar lo más que sea posible, en la cavidad de la cùpula, el cuello intestinal apretado contra el tallo por la sutura en bolsa; esto tiene por objeto hacer salir la mayor parte posible del tallo macho; hay que cuidar especialmente que este encajamiento se haga bien al nivel del mesenterio.

Se procede del mismo modo para la otra rama en el otro extremo del intestino y tratándose del anillo hembra no es tan necesario el encajamiento del borde intestinal en la cavidad de la cúpula, solo es preciso cuidar del mesenterio, que debe sobrepasar netamente el limbo del anillo y tocar la base del tallo.

Interesa mucho para el éxito de la operación esmerarse en la afrontación perfecta de las serosas, evitando dejar pliegues que por pequeños que fueran podrían ser orígen de aberturas una vez eliminado el botón.

Una vez así alojadas las dos mitades del botón y fijadas en cada uno de los segmentos de intes-

tino, se toma á través del mismo cada uno de los cilindros, uno en la mano derecha y el otro en la izquierda y se encajan los tallos uno en otro, por presión sin torsión ni movimiento de tornillo, apretando uno contra otro los anillos para coaptar perfectamente las dos superficies intestinales replegadas sobre los bordes de las cúpulas.

La compresión de los botones no debe ser ni muy enérgica ni muy débil, pues la presencia de un resorte en el botón macho nos indica que su objeto es establecer una compresión elástica que es la más conveniente para establecer un contacto firme y compresivo entre las superficies serosas. No creo conveniente seguir la práctica de Quenú, estableciendo una compresión demasiado enérgica, pues este cirujano la realiza con toda la fuerza que permite el resorte; el Dr. Carle, de Turín, se declara también partidario de la compresión llevada al máximum, entre nosotros el Dr. Palma opina igualmente que la compresión debe ser enérgica, haciendo sin embargo la salvedad siguiente, que el grado de compresión debe estar en razón directa del grado de resistencia de la

mucosa intestinal, lo que es peligroso llegar á dislacerar; este es tal vez el grado que desea el autor del procedimiento que no sea ni mucho ni poco; por otra parte es indudable que la compresión llevada al extremo, expone más que la medianamente fuerte, pues puede llegar á provocar la perforación intestinal determinando la caída prematura del botón. La compresión demasiado débil es mala bajo todos conceptos y sobre todo porque expone á la permanencia del botón en el sitio de la anastomosis retenido por alguna brida intestinal que no se ha esfacelado. La mejor es la mediana, que permanece sin inconveniente alguno, siempre que el nudo corredizo esté bien ajustado y las serosas queden bien afrontadas. Así, pues, creo que como lo aconseja su autor, debe ser la regla siempre ni mucho ni poco.

Murphy hace concluír aquí su operación; sin embargo, es muy prudente colocar una sutura sero-serosa, sobre todo al nivel del mesenterio y en las puntas en que la coaptación deja algo que desear; en realidad, después de la aplicación del botón la soldadura de los extremos intestinales,

se hace principalmente á expensas que se establecen por fuera de la zona instersticial comprimida por el botón al nivel del punto en que las serosas se encuentran simplemente en contacto; la formación de estas adherencias es activada por la hiperomia activa y pasiva de que es asiento la región operada, consecuencia forzosa de la compresión ejercida por el botón sobre los bordes intestinales replegados. Más adelante se produce y siempre á consecuencia de la compresión el esfacelo de la parte de intestino comprendida y fijada entre los botones; libre entonces el aparato de todo sostén, caerá en el intestino por su propio peso siendo entonces arrastrado y expulsado como un bolo fecal. Los agujeros de que están provistas las cúpulas, y el canal abierto en los tallos, aseguran en cualquier caso la libre circulación de las materias y de los gases.

En los anastomosis laterales, el procediimiento es el mismo que para la gastro-enteroanastómosis y la colecistenterotomia.

Una vez llegado á la víscera que se desea abrir; duodeno por ejemplo, se practica la abertura,

destinada á una de las mitades del botón, en el lado opuesto á la inserción del mesenterio; á nueve milímetros por fuera de esta inserción se practica la misma costura en bolsa que en el procedimiento anterior, otra costura análoga, pero en sentido inverso, se hace en seguida á dos ó tres milímetros por dentro de la anterior, constituye ésta el hilo corredizo, que una vez ajustado sobre el tallo, desliza el extremo del intestino incindido hacia la concavidad de la cúpula. En la otra parte del intestino destinada á anastomosarse con la primera, se practica idéntica operación para colocar la segunda mitad del aparato.

El modo de afrontamiento, en las anastómosis laterales, como acabo de describirlo, es decir, por medio de hilos separados de la linea de incisión, tiene por objeto dejar una vez concluído el proceso de esfacelamiento, una abertura mayor que el diámetro del botón empleado; evitando así las estrecheces al mismo tiempo que facilita la caída del aparato. El uso de las suturas que no era absolutamente necesario en las enteroanastómo-

sis de extremo á extremo, es en este caso casi indispensable para el éxito de la operación.

El Dr. Carle, de Turín, emplea, para esta aplicación del botón, un procedimiento propio, por medio del cual quedan suprimidas las costuras en bolsas que se practican alrededor de la incisión intestinal.

Carle practica una simple incisión intestinal, lo suficiente apenas para que el botón pueda ser introducido, coloca luego el botón en el centro de esta incisión y las dos pequeñas aberturas que quedan, una de cada lado del tallo, las cierra con uno ó dos puntos de sutura sero-serosa.

Nuestro profesor sustituto de Clínica Quirúrgica, Dr. Pascual Palma, me ha manifestado la idea que tiene de colocar el botón de adentro á fuera, sujeto el boton á uno de los extremos de un hilo, por medio de un nudo corredizo que puede fácilmente deshacerse, y de modo que el otro extremo salga por el canal central del tallo, este extremo está provisto de una aguja, por medio de este hilo se introduce el botón en el órgano que se desea anastomosar atravesando sus

paredes con la aguja, tirándose del hilo el botón en buena posición, es decir, que presenta hacia afuera y dispuesta á salir la extremidad libre del tallo central, extremidad que va á hacer el oficio de sacabocado atravesando la pared visceral de adentro á afuera, de este modo la abertura se amolda exactamente en su forma y dimensiones á la circunferencia del tallo central; se corta la porción de hilo que sobresale y queda fijado el botón. Idéntica operación para la otra mitad. El adosamiento de las superficies serosas que de esta manera se obtiene, es más perfecto y libre por completo de pliegues, arrugas ó fisuras que podrían ser el punto de partida de perforaciones intestinales. El ojal que habrá servido para la introducción del botón en el interior del órgano se cierra adosando sus lábios por medio de una sutura sero-serosa que no tiene absolutamente ningún inconveniente.

Me parece que esto dará buenos resultados, que es muy práctico y tan rápido ó más que cualquier otro método, además de la ventaja que se obtiene (adosamiento perfecto de la serosa, ya citado).

En las anastomosis viscerales deben tomarse algunas precauciones que contribuyen á asegurar el éxito de la operación; la coprostasia efectuada por medio de la compresión manual, es incierta y requiere un ayudante experimentado que solo se ocupe de ella, es preferible usar pinzas y entre ellas las de Makins son las que realizan mejor el objeto.

En la gastro-enterotomía, Kew observa que á á causa de la posición declive, el botón deberá caer en el estómago, este hecho ha sido efectivamente observado; pero el mismo autor del aparato, tiende á obviar este inconveniente, pues con la técnica deja después de la eliminación del botón una abertura mayor que el diámetro del mismo, por donde más ó menos pronto, concluirá por caer en el intestino siendo de allí eliminado al exterior.

He indicado anteriormente las dimensiones de cada modelo de botón y la aplicación á que está destinado, sólo haré observar aquí su uso, puede deducirse fácilmente dadas las dimensiones de cada sección de intestino. El intestino delgado

que tiene de treinta á treinta y cinco milímetros de diámetro en su extremidad superior, dismi-nuye á veinte y aun á quince en su proximidad al ciego; el colón midiendo siete centímetros en su porción inicial no cuenta sino de 25 á 35 mi-límetros en su parte terminal.

Chaput y Lenoble han comprobado que la cir-cunferencia del intestino de 41 á 21 milímetros alcanza, una vez insuflado éste á 68 y á 100 mi-límetros, además agregan á esto las válvulas comniventes de 5 á 7 milímetros de altura, que llegan á constituir por su disposición absoluta-mente circular, un verdadero diafragma; consta-taron además, haciendo experiencias sobre el pa-raje de los tres modelos de botones, que el más grande se detenía 10 veces sobre 12 y el más pequeño 3 sobre 24. Las experiencias del Dr. Diógenes Decoud difieren algo de este resultado, pues el botón de 25 milímetros de diámetro, re-corría el intestino delgado del hombre, en toda su extensión, no deteniéndose sino tres veces en ocho, antes del ciego, en un sendo saco formado por el ileón al nivel de su embocadura, anómala

con el colón; un ligero movimiento de progresión bastaba para hacerle salvar la válvula en todos los casos.

Estas experiencias efectuadas en el cadáver son conceptuadas por su autor, y con justa razón, de un interés puramente teórico, pues en la práctica, es decir, en el vivo, el principal factor de la progresión es la actividad propia del intestino, revelada por sus contracciones y dilataciones sucesivas. La detención de un cuerpo extraño en el intestino, no depende tanto de su volumen cuanto de la contracción refleja que su presencia determina, vemos en efecto cálculos biliares relativamente pequeños, producir oclusiones intestinales, en tanto que otros cuerpos más voluminosos recorren toda la extensión del intestino sin producir trastorno alguno.

Carle, en su aplicación del botón para el intestino delgado, usa sistemáticamente el de 25 milímetros (3.er modelo) y dice que no ha visto nunca que se haya detenido en el intestino.

Así, pues, de una manera general se puede decir que la eliminación del botón queda asegurada

cuando se han tomado las precauciones necesarias para su aplicación.

Al querer analizar brevemente las ventajas que presenta el método de las anastomosis intestinales por medio del botón anastomótico de Murphy, sobre los demás medios empleados, debo poner en relieve algunos de los principales inconvenientes que en la práctica ofrecen estos otros medios de reunión.

La opinión médica en general ha juzgado ya y condenado á las suturas intestinales y hasta á los autores alemanes, hasta hoy rehacios en adoptar el botón, han concluído por reconocer su superioridad indiscutible.

No analizaré cada una de las muy numerosas y diversas suturas empleadas, sólo sirve ya para honrar el ingenio y la inventiva de sus respectivos autores; me limitaré simplemente á decir dos palabras de todas ellas en general.

En primer lugar, son difíciles de hacer. Casi se puede decir que este es el principal de sus in-

convenientes, todos los médicos no están en condiciones de realizar una sutura intestinal que exije mucha habilidad y mucha práctica para ser hecha en buenas condiciones, las operaciones á que se aplican pueden ser á veces de una urgencia inmediata que no nos daría tiempo de mandar el enfermo, de cualquier punto en que se encontrara, á los hábiles de la profesión para que le practiquen rápidamente una sutura.

Otro de los inconvenientes imputables á este género de reunión, es el tiempo que necesitan para su ejecución, aun para los más hábiles, pues cuanto más larga es la intervención tanto más se predispone al enfermo á las consecuencias del shock.

Producen casi siempre estrecheces peligrosas.

Se ha dicho que las suturas ofrecen mayores garantías de asepsia en la operación, creo por el contrario y acompaño en esto la opinión del Dr. Decoud, que la presencia de numerosos hilos de seda ó de catgut facilita la infección peritoneal cuando se abren cavidades en que pupulan tantas formas bacterianas como en el estómago

é intestino; la penetración de un hilo en la mucosa puede llegar á infectar rápidamente á los demás y ser el punto de partida de una infección en general que haría malograr la mejor de las suturas realizadas.

En fin, los partidarios de las suturas objetan á los botonistas, según la expresión de Momprofit, los casos malogrados que registran en sus estadísticas.

Delagenieré, por ejemplo, á consecuencia de dos casos fatales que tuvo con la aplicación del botón de Murphy y uno con el de Chaput, declara que no usará mas estos aparatos y los condena sin más apelación; por otra parte, ellos parecen olvidar la estadística de sus casos fatales. ¿Quién pretenderá que las suturas no hayan hecho y no hagan mayor número de víctimas que los botones?

La dificultad, la lentitud, la estrechéz y los peligros de la infección peritoneal, son pues los principales inconvenientes que harán disminuir cada díamás, el número de los partidarios de las suturas.

He omitido voluntariamente y para no dar una extensión excesiva á este trabajo, la descripción del botón de Mathieu, solo enumeraré sus principales inconvenientes; el primero es que la disposición de la cúpula móvil es tal que casi no existe cavidad en el anillo, y no puede por consiguiente alojar fácilmente el borde intestinal plegado en bolsa y sujeto al tallo; el segundo más sério es que los bordes del anillo, que van á apresar el intestino, son demasiado delgados y pueden cortarlo prematuramente antes de la formación de las adherencias periféricas, siendo en efecto condición indispensable á todos estos aparatos, tener los bordes de los anillos suficientemente redondeados y anchos para no llegar á producir este accidente. Otro en fin, de los inconvenientes es la supresión de los orificios de la cúpula, que hay interés en conservar, pues aseguran la circulación de las materias y de los gases en los casos posibles en que el botón se coloca de canto en la cavidad del intestino, es decir, de tal modo que el eje longitudinal del botón se dispone perpendicularmente al eje del intestino.

El principal de estos aparatos que Köning clasificó de juguete se ha convertido en un precioso auxiliar de la cirujía intestinal. Su aparición en el terreno científico, ha levantado protestas numerosas, sobre todo entre los partidarios de las suturas.

Se ha discutido y experimentado mucho para demostrar que en el perro ó sobre el cadáver el botón demasiado voluminoso no pudiendo circular libremente en el intestino debía de producir compresiones, obstrucciones, gangrenas, etc. etc., se han tomado medidas de intestino en toda su extensión y medida de los diversos modelos de botones, se ha revuelto en fin la cuestión en todo sentido y estos afanes y estos penosos estudios solo han conseguido demostrar que el botón de Murphy ha venido á producir una verdadera revolución en la cirujía intestinal y entre los cirujanos especialistas atestiguando la ingeniosidad de su invención, las tentativas numerosas de perfeccionamiento que se han hecho y los diversos modelos de botones á que ha dado orígen. La bondad y excelencia del aparato es demostrada por la

observación y la experiencia clínica y por los numerosos éxitos con él obtenidos.

Las críticas más aceptadas que se han hecho del botón Murphy dependen todas de algunos detalles de su construcción debido á esta se encuentran realmente algunas dificultades, para su limpieza y la imposibilidad de esterilizarlo por la vía seca (á causa de las soldaduras.)

No es fácil en efecto quitar de un botón que ha tenido los restos de materias fecales que se encuentran en el resorte y debajo de la cúpula móvil de la rama macho.

Esta dificultad no es al fin una imposibilidad y se puede limpiar perfectamente un botón de Murphy lentamente y debajo de una corriente de agua más ó menos fuerte que arrastrarían las partículas que hubieran quedado en él. En cuanto á su esterilización esta se realiza perfectamente bien y sin inconvenientes para la integridad del aparato por medio del calor húmedo.

Estos inconvenientes son grandemente compensados por las muchas ventajas que presenta este sencillo aparato.

Su fácil aplicación lo pone al alcance de todos los médicos por menos cirujanos que sean. Las operaciones á que se aplica son á veces urgentísimas lo repito y no puede siempre un médico de campo enviar su enfermo á la capital para que sea operado por los maestros del arte, cuantos enfermos mueren porque el médico no sabe ó no recuerda como se hace una sutura intestinal, en enfermas que se salvarían casi siempre con la aplicación del botón de Murphy que no necesita ni gran experiencia ni mayor habilidad para ser colocado.

La rapidéz del procedimiento es otra de sus grandes ventajas y aleja por ella las probabilidades del shack.

Ha permitido el Dr. Decoud practicar una colicistentorotomía total en once minutos, incluyendo en este tiempo el empleado en la apertura y cierre del abdómen.

Impide con su presencia la producción de estrecheces cicatriciales tan comunes en las suturas.

En suma, el botón de Murphy es un excelente aparato que representa un gran progreso en la ci-

rujía intestinal y querer hoy poner en tela de juicio si es más fácil, más rápido y más seguro, hacer una aplicación del botón que una sutura es sencillamente querer discutir lo que no admite discusiones.

Si bien es cierto que en algunos de los casos fatales que registran la muerte puede ser directamente imputable al aparato, estos son los menos y la mayor parte de los fracasos dependen de algunos defectos capitales cometidos en la técnica de su aplicación.

Se puede estar casi completamente seguro del éxito cuando en la aplicación del botón se llenan los requisitos siguientes:

1.º Operar sobre, intestino sano, es decir no aplicar el botón sobre un cabo de intestino de dudosa vitalidad, pues vale más sacrificar unos centímetros más de intestino, que comprometer la vida del operado.

2.º Emplear un botón de un calibre tal que el diámetro exterior de la cúpula sea uno ó dos mi-

limetros inferior al diámetro del intestino á que está destinado.

3.º Vigilar con mucho cuidado el deslizamiento y encajamiento de la bolsa intestinal en la concavidad de la cúpula.

4.º Asegurar bien el afrontamiento y la coaptación de las superficies serosas evitando los pliegues ó fisuras, y en caso que existieran, cerrarlos por algunos puntos de suturas sero-serosa bien colocados.

5.º Apretar, en fin, las dos mitades del aparato una contra otra tratando en lo posible que los ejes respectivos longitudinales coincidan en una palabra, aprietan derecho con una presión igual para todo el contorno del aparato y con una fuerza suficiente siempre; ni mucho ni poco, como dice Murphy.

Voy á presentar algunos casos prácticos de aplicación del botón de Murphy con resultados muy satisfactorios.

Observación I

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Hernia inguinal congénita (variedad pro-peritoneal derecha extrangulada)

ECTOPIA DEL TESTÍCULO DERECHO

OPERADOR, DOCTOR JAIME SALVADOR

Médico interno del Establecimiento

Sala II, cama 20.—Servicio del DOCTOR GANDOLFO

Cayetano Rodriguez, español, de 27 años de edad, casado, carpintero, entró en el Hospital de Clínicas el 17 de Agosto de 1899.

Antecedentes individuales.—Ausencia congénita del testículo derecho en las bolsas; fiebre amarilla en el Brasil el año 1890; es padre de varios niños.

Por lo demás, ha sido siempre sano y buen obrero hasta hace más menos diez años.

Interpretando los antecedentes que tenemos del enfermo, se deduce que el testículo derecho que encontraba en ectopia intersticial, abandonó el canal inguinal saliendo por su orificio superficial hace unos diez años.

Este formó un tumorcito ovoideo al nivel del orificio inguinal externo de un $^1/_2$ huevo de gallina, doloroso expontáneamente, con irradiaciones al vientre, órganos genitales y miembro inferior derecho, el dolor era más intenso si se hacía presión sobre él.

Este fenómeno se produjo un día que trabajaba en su oficio habitual y sin que en ese instante desarrollara una fuerza mayor que la de costumbre.

Este primer ataque de dolor y tumor duró alrededor de dos horas y media y la reducción de este al mismo tiempo que desaparecían completamente los dolores le permitieron reanudar nuevamente las tareas que se había visto obligado á suspender; estos fenómenos dolorosos de forma

neurálgica con aparición de un tumorcito al nivel del orificio inguinal persistieron de una manera intermitente durante unos seis años, durando cada ataque un lapso de tiempo variable; solía pasar de dos á tres meses sin experimentar ninguma molestia, pero en cuanto salía el testículo del canal inguinal, los dolores intensos le impedían todo trabajo.

El tumor inguinal que en este tiempo había, muy lentamente, aumentado de volúmen, se hace el sexto año de su aparición, es decir, desde hace unos cuatro años; parcialmente irreductible, ó lo que es lo mismo, que lo primero que hizo hernia persistió en la raíz del escroto del lado derecho constituyendo desde entonces un tumor irreductible, quedando una segunda parte reductible. Desde este instante el enfermo deja de tener crisis neurálgicas al nivel del tumor, el cual solo le produce una sensación de peso ó estorbo, ligera molestia que no le impedía dedicarse sin suspensión á su oficio.

Desde hace 4 años el tumor inguinal presenta los siguientes caractéres: Crecimiento lento, muy

rara vez algo doloroso expontáneamente, pero sí á una presión algo fuerte, situado al nivel de la ingle derecha, á gran pedículo al nivel del orificio inguinal superficial, prolongándose hácia la parte superior de la región escrotal del mismo lado en una porción reductible y otra irreductible.

La porción reductible disminuye hasta desaparecer cuando el enfermo se acuesta y aumenta con los esfuerzos de tos, defecación, y en general con cualquier acto que desarrolle algunas fuerzas. Los tegumentos al nivel de todo el tumor no habían hasta aquí sufrido ningún cambio en su coloración; no ha usado braguero ni vendajes.

Enfermedad actual—El lunes 14 de agosto, por la noche, el tumor se hizo doloroso, irreductible totalmente, duro y aumentó de volumen poniéndose á su nivel la piel tensa.

La reducción, á pesar de las tentativas ejecutadas por el enfermo (presión, aplicaciones calientes), fué imposible.

Esa misma noche tuvo varios vómitos alimenticios; solicitó los servicios de un médico quien igualmente intentó reducir el tumor por medio

de baños calientes haciendo más tarde aplicaciones de hielo y maniobras de *taxis*, fracasando completamente en todas estas tentativas, persistiendo todos los signos indicados de extrangulación de la hernia y haciéndose más intensos los síntomas de estenosis intestinal.

Al día siguiente los dolores aumentan con irradiaciones á todo el abdómen y la constipación es completa (ausencia de materias fecales y de gases). Los vómitos que al principio estaban constituídos por sustancias alimenticias, líquidos, mucosidades y bilis, verdosos y amargos, se hacen al tercer día francamente fecaloides.

El vientre se puso tenso; no ha tenido fiebre, micción escasa, difícil y dolorosa.

Tuvo que adoptar el decúbito dorsal; insomnio desde el lunes.

Como el estado del enfermo fuera cada vez más alarmante, por consejo del médico que lo asistía fué traído á este Hospital de Clínicas el jueves 17 de agosto, por la tarde; presenta á un exámen rápido los siguientes síntomas: estado general mal, facies abdominal, vómitos frecuen-

tes fecaloides, extremidades frias, pulso poco tenso y frecuente, no hay fiebre. Vientre meteorizado presentando un tumor no más grande que el puño, al nivel del orificio inguinal derecho que se prolongaba hacia la región inferior de las bolsas, doloroso irreductible y mate á la percusión. La piel á su nivel se encuentra tensa, roja y edematosa; falta al examen el testículo derecho. Además existe en el abdómen una región de forma más ó menos circular, mate á la percusión más dolorosa que el resto del mismo, dando una sensación de empastamiento, limitada por debajo por el ligamento de Poupart, por arriba por una linea horizontal que pasaría debajo del ombligo llegando hacia afuera poco más ó menos al nivel del orificio inguinal profundo y avanzando por dentro á más de un traves de dedo á la izquierda de la linea blanca.

Se diagnostica hernia inguinal derecha extrangulada, ectapia del testículo del mismo lado, y visto el estado del enfermo se procede á darle un baño tíbio de limpieza, preparándose los elementos necesarios para intervenir en seguida.

Operación—Agosto 17, á las cuatro p. m., anestesia clorofórmica. Precauciones antisépticas y asepsia de costumbre. Incisión abdominal de concavidad superior por arriba del ligamento de Poupart, empezando al nivel probable del orificio inguinal profundo y terminando por encima del púbis, cerca de la linea media.

Abierto el saco cuyo cuello se encontraba situado al nivel del orificio inguinal externo, salió una gran cantidad de líquido algo fétido y color borra de vino. El saco contenía una ansa intestinal de más ó menos 12 centímetros y el testículo con el epididimo y canal diferente correspondiente, ocupando la parte interna. Se lava el todo con agua esterilizada y se debrida el anillo que extrangulaba fuertemente el intestino; este es rojo oscuro en toda su extensión con placas equimóticas y otras verdes muy oscuras.

El surco de la extrangulación es profundo y de color gris y el ansa se encuentra dilatada por gases, no es friable y no tiene ulceraciones. Después del debridamiento del anillo, empieza á adquirir un tinte cada vez más rojizo. En vista de esto, se

trata de reducirle, lo que no se consigue; buscando la causa encontramos un nuevo saco (intersticial), conteniendo intestino con otra extrangulación al nivel del orificio inguinal profundo; nos encontramos en presencia de una variedad de la hernia inguinal pro-peritoneal, señalada por Parise y cuyo estudio muy completo se debe á Krönleim. Era una hernia de dos sacos, una grande intra abdominal (intersticial) y el otro más pequeño inguino escrutal ó vaginal. Presentaba dos cuellos, uno al nivel del orificio inguinal profundo que extrangulaba fuertemente al intestino y el otro que ponía en comunicación ambos sacos se encontraba al nivel del orificio inguinal superficial extrangulando al ansa intestinal contenida en el saco inguino-escrotal.

A pesar de no existir ulceraciones en el 37 centímetros de ansa intestinal doblemente extrangulada, su aspecto es poco satisfactorio existiendo varios puntos friables, placas equimóticas negras, y la extrangulación es tan profunda que la pared intestinal, á esta altura, parece estar compuesta únicamente por la serosa.

Resolvimos entonces efectuar la resección del ansa intestinal extrangulada; primeramente lavamos el todo en agua caliente esterilizada y debridamos el cuello del saco intraparietal con alguna dificultad, en seguida trajimos el ansa hacia afuera de manera á colocar toda la porción á resecar sobre unas compresas y fuera del campo operatorio, empezamos por colocar primero unas suturas en cadenas con catgut al nivel del mesenterio en toda la porción correspondiente á la del intestino á resecar, ó mejor dicho, entre las ramas de una V cuyo vértice se encontraría en la inserción del mesenterio y sus extremidades, un poco dentro del punto donde el intestino iba á ser incindido, extremidades que terminaban ambas por fuera de la porción extrangulada,es decir, en intestino completamente sano.

Dicha sutura era paralela y á dos traveses de dedo por debajo del intestino.

En el 2.º tiempo se colocó una pinza coprostática por fuera de uno de los puntos extrangulados y desde éste hasta abajo se vacia el intestino colocando una segunda pinza por dentro de la extran-

gulación; se continua el vaciamiento y en el otro punto extrangulado se colocan igualmente otras dos pinzas coprostáticas. Entre cada dos pinzas se incinde totalmente el intestino y se secciona el mesenterio al nivel de su inserción con aquel, resecándose así 37 centímetros. En seguida se procede á efectuar la entercopia circular con botón de Murphy; empleamos catgut para efectuar la sutura continua (en bolsa) sobre los bordes de cada extremo intestinal atravesando las tres túnicas y á cuatro milímetros del borde.

Colocados la mitad macho y la mitad hembra del botón de la manera ya descripta y aproximadas ambas se ajustan con cierta fuerza estableciendo en contacto íntimo de las serosas. Dimos por terminada la operación, pues no colocamos una corona de puntos sero-serosos. Sutura del mesenterio con catgut y á puntos contínuos no resecando nada de éste. Reducción del intestino con todas las precauciones de antisepsia y asepcia que no omitimos en ningún momento de la operación.

Por el último se hizo castración del mismo la-

do, resección de la mayor extensión posible del saco y se termina rápidamente la operación, haciendo dos planos profundos de sutura contínua con catgut grueso, segun el procedimiento de Dayen (continua á puntos reforzados;) cerrando completamente la pared abdominal, sutura de la piel con crin á puntos separados con un pequeño drenage con gaza. Curación antiséptica yodoformada. Se prescribe ópio, hielo, etc.

Temperatura por la noche: 37°3.

Agosto 18.—Antes meridiano 37° 3 efectuando una deposición muy fétida, sigue con ópio. Inyección de un centígramo de morfina para calmar el ópio aparecido; á la tarde 37°8.

Agosto 19—a. m: 37°6; ha tenido cinco deposiciones una á la mañana y cuatro entre la tarde y la noche. Por la noche al cambiársele la curación tiene 37°6 y 82 pulsaciones por minuto.

Agosto 20.—a. m: 37°3; 78 pulsaciones, p. m. 37°6, se suprime el ópio.

Agosto 23.—Se quitan algunos puntos de crin de refuerzo, el drenage, y se cambia la curación.

Agosto 26.—Se quitan todos los demás puntos

de crin; cicatrización por primera intervención.

Agosto 30.—Después de fuertes cólicos expulsa á la 7 p. m. el botón de Murphy á los trece días de la operación.

La temperatura que ese día por la mañana era de 37°6 asciende á la noche á 38°4; esta fué la elevación térmica mayor que tuvo durante toda su enfermedad.

A los dos días subsiguientes la temperatura que era por la mañana de 37°, asciende por la noche á 38°. Después osciló con diferencias de décimas en los 37°.

Setiembre 12.—Sale de alta completamente *curado.*

Setiembre 17.—Hemos vuelto á ver al enfermo. La cicatriz mide siete traveses de dedo, no es dolorosa, estado general bueno, tiene mucho apetito, pero el enfermo teme satisfacerlo completamente. Defecacion fácil y diaria.

Observación II

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Estrechez sub-pilórica. ¿Epitelioma?

GASTRO ENTERETOMIA

OPERADOR, DOCTOR PALMA

Sala IV.— Servicio del DOCTOR AYERZA

Bartolomé Del Pino, casado, italiano, de 44 años de edad, entró al Hospital el día 5 de Mayo de 1899.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia alguna.

Antecedentes individuales.—A los 13 años una afección del aparato respiratorio que duró 15 días y que el enfermo manifiesta ser bronquitis; á los 20 años tuvo una blenorragia que le duró próxima-

mente un año de la que curó siguiendo sin novedad hasta los 39 años en que tuvo un bubon que le duró un año y medio.

Hace dos años tuvo una indigestión á consecuencia de un desarreglo cometido en la comida, esa misma noche tuvo un vómito lanzando todo lo que había comido, el vómito se repitió durante cuatro ó cinco días doloroso; luego desapareció y el enfermo siguió bien durante doce días al cabo de los cuales y sin haber hecho desarreglo alguno en la alimentación, aparecen diarreas abundantes y frecuentes que impiden al enfermo dedicarse á sus ocupaciones habituales; esta diarrea dura dos días y desaparece luego para hacer lugar á nuevos vómitos abundantes biliosos y dolorosos que duran 10 días. Pasó luego un mes bien, pero más tarde tuvo nuevamente vómitos dolorosos. El apetito disminuye considerablemente y el enfermo refiere que cada vez que comía lo devolvía en seguida, motivo por el cual resuelve suprimir los alimentos sólidos reemplazándolos por líquidos sin resultado alguno, pues los vómitos continuaron.

Hace próximamente un mes que el enfermo va peor, los vómitos siguen y en mayor intensidad y frecuencia; el enfermo nota que tan pronto como come lanza á veces la misma cantidad de alimento ingerida; otras veces, la cantidad del vómito supera á la de los alimentos. Otro fenómeno que ha llamado su atención es el siguiente:

Después de un cierto tiempo de la ingestión de alimentos, nota que en el vientre hay algo que se contrae (y que él compara á una bestia que estuviera adentro revolcándose) esas contracciones toman orígen en las partes laterales del abdómen, se unen en el centro y una vez reunidas ascienden por la línea media hasta el cuello.

La orina ha disminuido de cantidad; las fuerzas han disminuido igualmente y el peso del sujeto que era hace 3 meses de 70 kilos sólo alcanza á 54.

Hay antecedentes alcohólicos bien manifiestos.

Exámen clínico.—Junio 9.

Aspecto exterior.—Hombre bien constituido, buen desarrollo muscular, muy escaso panículo adiposo, piel elástica, blanca, cubierta de abun-

dante vello, en la parte posterior del tórax hay una erupción acneica bastante confluente.

Los extremos de los dedos de las manos son aplastados al extremo de dar una marcada curvadura á las uñas. Facies indiferente, con coloración bastante rojiza de la piel, pómulos un poco salientes, ojos escavados y encuadrados en abundantes cejas y pestañas de color castaño claro, cuello con latido carotideo algo pronunciado y la fosa supra-clavicular derecha un poco más escavada que la del lado izquierdo.

Tórax amplio con una circunferencia sub-axilar de 95 centímetros, tipo respiratorio toraco-abdominal. Abdómen deprimido con señalados márgenes formados por los huesos iliacos y rebordes costales.

Aparato respiratorio.—Pulmones por *detrás.* Vibraciones normales, á la percusión, sonoridad normal. La auscultación de la respiración y de la voz no da nada de particular.

Pulmones por delante.--Vibraciones normales, sonoridad normal, auscultacion de la respiración y de la voz normal.

Aparato circulatorio—Corazón.—La punta no se vé ni se palpa, á la auscultación se encuentra el 2.° tono muy debilitado.

Pulso—Regular, igual, mediano, con 56 pulsaciones por minuto.

Aparato digestivo — Dientes medianamente conservados, muy gastados en su corona, encías rojizas, lengua pálida y húmeda.

Estómago—La auscultación percutida fonendoscópica dá los límites siguientes: borde inferior 2 centímetros encima del ombligo, borde izquierdo en la linea media entre la linea paraesternal y la mamelonar izquierda.

Abdómen—Blando, depresible con ligera sensación de cuerda cólica. Abundantes adenopatias en ambos lados.

Secreciones—Heces con caractéres de constipación, orina, nada de particular. Esputos, no hay.

Se diagnostica: estenosis subpilórica.

El día 22 de junio pasa á cirujía. El día 7 de julio es operado por el Dr. Palma, quien le practica una gastro-enterotomía posterior, procedimiento de Von Haecker.

El trozo de intestino excluído lo redujo el Dr. Palma todo lo que le fué posible. Aplicación del botón de Murphy por el método de Carle, ligeramente modificado, pues en lugar de dejarlo en la parte media de la incisión, lo llevó el Dr. Palma á uno de los extremos de esta incisión, cerrando el otro extremo con algunos puntos de sutura seroserosa.

El enfermo siguió bien durante cierto tiempo, luego ha tenido algunos vómitos nuevamente, y el 7 de agosto, 15 días después de la operación, sale de alta bastante mejorado.

Hasta hace poco he sabido que vivía y que se encontraba relativamente bien.

Observación III

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Ano contra natura del intestino delgado

OPERADOR, DOCTOR GANDOLFO

Sala I—Cama núm. 24.—Clínica del DOCTOR GANDOLFO

Enrique O....., de 29 años de edad, italiano, ingresó al servicio para ser operado de una hernia inguinal doble. Se interviene en ambos lados. La hernia derecha no ofrece dificultad alguna. La izquierda presenta un epiplón grueso. Al practicar la resección se escapa una ligadura que da abundante hemorragia; se cohibe y liga de nuevo y se sutura. Pero sea que se escapara nuevamente ó no hubiera sido ligado el vaso, se produce una nueva hemorragia que obliga á hacer una inter-

vención de urgencia y para poder encontrar el punto que daba sangre se hace necesario prolongar la incisión hacia arriba y oblícuamente en dirección al ombligo. Se infecta la herida y se produce un flemón; se abre la pared y aparece una ansa de intestino delgado, que á las 24 horas presenta una mancha necrótica del tamaño de una moneda de dos centavos.

En pocos días se elimina la placa y se constituyó el ano contra natura, sin mayores consecuencias para el enfermo. Transcurrido el tiempo necesario para la cicatrización de la herida y viendo que el ano no se estrechaba, se trató de cerrarlo. Se hicieron diversas tentativas aplicando el enterotomo de Dupuytren y practicando autoplastías, que fracasaron.

El 8 de abril se practica la enterorrafia. Incisión en la linea media debajo del ombligo. Abierto el peritoneo se busca las ansas intestinales, maniobra que se hace muy fácil por la introducción prévia de dos sondas blandas, por el ano contra natura. Se extraen y aislan por medio de compresas. Sección circular del intestino lo más pró-

ximo posible á la pared y aplicación del botón de Murphy. Temiendo por el enfermo que se encontraba muy debilitado, por una parte, y los peligros de la infección por otra, no se extraen los cabos intestinales, limitándose á suturarlos é invertirlos.

Reintegrados los intestinos á la cavidad, se sutura. La herida cicatriza, no presentando el enfermo novedad alguna hasta el décimo día, en que aparece la parte superior tumefacta y dolorosa. Se abre y da salida á un líquido de olor fecaloide.

Se mantiene así durante algunos días hasta que el 15 día el enfermo expulsa el botón de Murphy. La herida cierra completamente.

El día 6 de junio se procede á extraer el ansa intestinal excluída, que mide 8 centímetros. La operación no ofrece mayor dificultad. Como el orificio es un poco grande y la pared ofrece resistencia para aproximar sus bordes, se practica una pequeña autoplastia.

Actualmente el enfermo sigue trabajando en su oficio de panadero, y se encuentra completamente restablecido, no siente ninguna novedad y su intestino funciona normalmente.

Observación IV

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Ano contra natura del intestino delgado

OPERADOR, DOCTOR GANDOLFO

Sala II.—Cama núm. 21.—Clínica del DOCTOR GANDOLFO

Juan G....., argentino, de 22 años de edad, soltero, jornalero, ingresó al servicio el 25 de abril. Refiere que su enfermedad tomó orígen en una marcha de resistencia hecha como conscripto desde Buenos Aires hasta Santa Catalina, en marzo del corriente año. Se manifiesta por dolor y tumefacción en la ingle derecha, tumefacción que se reducía expontáneamente. Da parte de enfermo y es conducido al Hospital Militar donde

se le diagnostica hernia inguinal; se le propone la operación, rehusa y pide el alta.

Se traslada á Giles el 1.º de abril y después de un galope de 3 leguas, nota que las bolsas se le han puesto tumefactas, no hay dolor.

Al día siguiente la tumefacción desaparece.

El 13 de abril, haciendo un pequeño esfuerzo, nota nuevamente la aparición del tumor escrotal.

Esta vez es más grande y además doloroso. Guarda cama, sobrevienen náuseas y vómitos, el vientre se eleva, las bolsas toman una coloración rojiza, siente fiebre, sudores y no mueve el vientre. En ese estado llama un médico, quien trata de reducir el tumor, sin conseguirlo. Sigue en ese estado hasta que resuelve venir á la capital, é ingresa al Hospital el 25 de abril.

Su estado es el siguiente: estado general malo, sumamente flaco, hace varios días que no defeca. Fiebre alta, sudores, vómitos, pulso filiforme. En la región inguinal derecha y escroto del mismo lado, un tumor voluminoso de superficie lisa, color violáceo y con un surco profundo por el que se escapa líquido fétido.

Se diagnostica hernia inguinal extrangulada y gangrena consecutiva.

En vista de la gravedad del caso se practica inmediatamente una incisión profunda en la raíz de las bolsas, que da lugar á la salida del líquido fecaloide.

Se desprende la mäsa gangrenada y aparecen sujetos en el anillo inguinal los extremos del intestino.

Se dilata el anillo y colocado un tubo grueso en el cabo intestinal superior, se evacúa enorme cantidad de materias fecales. Se fijan al mismo tiempo las ansas intestinales.

Desde entonces empieza á mejorar el enfermo y el 12 de mayo se procede á la enterorrafia.

Abierto el vientre y tomadas las ansas, se encuentra la superior enormemente dilatada. Se hace necesario estrecharla por algunos puntos de sutura. Se aplica el botón de Murphy y se refuerza con algunos puntos de sutura. Los cabos que van al ano contra natura, son suturados é invertidos.

La operación no tiene complicación alguna.

La herida cicatriza por primera intención. El paciente mueve el vientre expontáneamente y con mucho dolor. A pesar de las recomendaciones hechas, se derramó el contenido de la vasija sin examinarlo. Es posible, y así se supone, que el botón fué expulsado esa noche, pues en los días subsiguientes no ha tenido el enfermo novedad y su estado general ha mejorado notablemente.

A los pocos días de la intervención, como los cabos intestinales excluídos continuaban segregando un líquido claro que salía por el ano contra natura, el Dr. Daniel Cranwell practicó por dos veces el raspado de la mucosa de los cabos excluídos, con una cureta; la secreción de la mucosa cesó y el ano ha cicatrizado completamente.

Hace tiempo qne el enfermo ha sido dado de alta del servicio y continúa perfectamente bien.

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Al abandonar las aulas de esta Facultad cumplo con el deber de manifestar la gratitud que siento por todos mis maestros y especialmente por aquellos que más han contribuido á formar mi criterio médico.

No considerándome desligado por completo de vosotros, os prometo seguir paso á paso vuestras sábias lecciones; así como también toda nueva producción ó adelanto en el terreno científico.

Doy sinceramente las gracias al Dr. Palma por los datos que me ha proporcionado para este trabajo. Agradezco igualmente al Dr. Jaime Salvador la amabilidad que ha tenido de proporcionarme la 1.ª de las observaciones que figuran en este modesto trabajo. Y al académico Dr. Luis Güemes la expresión de mi eterno agradecimiento por el alto honor que me dispensa al acompañarme en este acto tan solemne para mí.

JULIO LADVOCAT.

Buenos Aires Octubre 27 de 1899

Nómbrase á los Sres. Académicos Dr. Pedro Lagleyze, Profesor titular Dr. Julian Aguilar, y Profesor suplente Dr. Daniel J. Cranwell, para que constituidos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

J. T. Baca

Luis M. Acuña

Buenos Aires, Noviembre 4 de 1899

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Julio Ladvocat.

«En el local de la Facultad á 3 de Noviembre » de 1899, reunidos los que suscriben encar- » gados de dictaminar respecto de la admisi- » bilidad de la tesis presentada por el ex-alumno » Sr. Julio Ladvocat, que versa sobre «Contribu- » ción al estudio de las anastómosis intestinales » por medio del Botón de Murphy», resolvieron » admitirla, con lo que terminó el acto.»

Firmados: Dr. Pedro Lagleyze. — Julian Aguilar. — Daniel J. Cranwell—Zenon Aguilar

Luis M. Acuña

Buenos Aires, Noviembre 4 de 1899

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. T. Baca

Luis M. Acuña

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Es especialmente útil á los médicos que ejercen su profesión lejos de los grandes centros de población, saber aplicar bien un botón de Murphy.

II

En la gastro-enterotomía posterior es conveniente dejar el extremo central de intestino, lo más corto posible.

III

El procedimiento de elección para el tratamiento quirúrgico del ano contra natura, es el método intraperitoneal.