

camente por el cierre, cuatro años antes, y los caracteres del examen histológico de la pared de ese pseudo quiste y de su contenido biliar, creemos que no pueda tratarse sino de la cavidad del antiguo quiste hepático operado y rellenado progresivamente por la bilis de algún canal biliar, abierto en esa cavidad, hasta alcanzar el volumen actual.

Es la única explicación lógica que podemos encontrar para esta rara manifestación pseudo quística del hígado. En presencia de este caso, se plantea de nuevo la cuestión ya vieja y tan debatida, del rellenamiento biliar de los Q. H. operados por el procedimiento del cierre, sus peligros e inconvenientes, comparativamente al método de la marsupialización; pero a pesar de lo importante de la cuestión que se plantea, no es esa nuestra finalidad, en este caso, que dejamos aplazada para una próxima oportunidad. Nuestro fin, era llamar la atención de los clínicos sobre la posibilidad de que una cavidad quística del hígado, tratada por el cierre, puede simular, por excepción, el síndrome clínico del hidato o del coleperitoneo hidático.

Poco tiempo ha, hubiéramos dicho que este cuadro clínico, era igual y que se confundía con los quistes a forma ascítica del abdomen, que Lamas y yo denominamos así; pero hoy día sabemos bien, gracias a Del Campo a mediados de 1927 y casi simultáneamente, pero algo más tarde, Dévé en 1928, establecían categóricamente que estos quistes a forma ascítica o preperitoneales no eran sino el coleperitoneo hidático y el hidato peritoneo, tan magistralmente descritos con anterioridad, por Dévé.

Por mi parte, me es grato declarar, que en esta misma Sociedad de Cirugía, después de la comunicación de Del Campo y con motivo de la comunicación de Agustoni y Soto Blanco referente a un caso de coleperitoneo de mi clínica, me asocié a la hipótesis de Del Campo y acepté, como él, que el quiste ascítico o preperitoneal no era sino el hidato o coleperitoneo hidático. Creo que hoy es esta una verdad ya consagrada en la ciencia médica, pero me ha parecido interesante y conveniente establecer que el rellenamiento biliar de un quiste hidático del hígado, tratado por el cierre, puede dar por excepción, es cierto, una complicación post operatoria, con un cuadro clínico que se asemeja perfectamente y que se confunde con el coleperitoneo hidático, como queda demostrado con el relato de mi observación.

---

Presentado en la sesión del 6 de Noviembre de 1929

Preside el Dr. Albo

*Tratamiento de las eventraciones consecutivas a laparotomías transversas supraumbilicales por deslizamiento del recto.*

por el Dr. JUAN C. DEL CAMPO

Las eventraciones consecutivas a laparotomías transversas supraumbilicales son particularmente difíciles de tratar especialmente cuando la incisión ha sido trazada muy cerca del reborde costal. Teniendo que

tratar una eventración de esta última categoría, fuí llevado a estudiar el tema en el cadáver.

Ahora bien, hay dos músculos cuyas inserciones sobrepasan el reborde costal, bastante ampliamente, el recto y el gran oblicuo.

Si las inserciones de esos músculos pudieran ser llevadas al reborde costal sin inconvenientes, podrían ser ganados así varios centímetros, representando ésto una facilidad grande para cubrir la zona eventrada.

Los estudios anatómicos llegaron a la conclusión de que esto era posible. Había que hacer la adaptación al caso patológico.

Estudiaremos, por lo tanto, primero las bases anatómicas y luego la técnica operatoria.

## BASES ANATOMICAS

### 1.º Descenso de las inserciones del músculo gran recto (1)

El gran recto tiene por una parte inserciones óseas: extremidad de la 5.<sup>a</sup> costilla, borde del apéndice xifoide, por otra parte y principalmente inserciones cartilaginosas 5.º, 6.º y 7.º cartílago costal.

Y de aquí surge el primer inconveniente.

Es conveniente tener un elemento para reinsertar el músculo, no pudiendo contarse en caso contrario con tracciones en la dirección de las fibras musculares. Ese elemento resistente lo da en la parte ósea el periostio ruginado; en la parte cartilaginosa es dudoso que el pericondrio sirva, es demasiado débil; pero la dificultad puede ser resuelta desdoblado el cartílago frontalmente, es decir, dejándole al músculo su inserción cartilaginosa.

El decolamiento del recto del plano torácico subyacente es fácil; hay un plano celuloso laxo que lo permite.

Cuando se quiere hacer el decolamiento del gran recto de la hoja posterior de su vaina, hay dos elementos que se oponen. El primero es la mamaria interna; felizmente la elasticidad de ese vaso es tal que la tracción, por una parte, y la liberación con sonda del tejido ambiente, por otra, permiten el descenso del músculo haciendo innecesaria la sección de los vasos. Esta sección sería discutible porque llevaría a privar al músculo de su principal irrigación.

El segundo está constituido por los dos primeros filetes nerviosos destinados al gran recto. Su disección, su liberación del tejido ambiente, su tracción permiten algo el descenso, pero no tan fácilmente como la mamaria interna. Es el principal obstáculo al descenso, siendo desde todo punto de vista necesario conservar la innervación. La primera rama nerviosa, horizontal, muy corta, obstaculiza más que la segunda y en caso de entera necesidad podría seccionarse dejándose únicamente esta última.

(1) Estando la hoja anterior de la vaina del recto en continuidad con las fibras musculares del gran oblicuo, conviene estudiar ambos puntos.

Queda un último problema, ¿cómo se reinserta? Dada la dirección más o menos horizontal de la inserción superior del gran recto, y la dirección oblicua hacia abajo y afuera del reborde costal, resulta claramente que la porción de gran recto que recubre la parrilla costal es más o menos triangular y que alta hacia afuera de varios centímetros, hacia la parte interna, lo es mucho menos.

Quiere decir que lo que se gana es desigual; más hacia afuera que hacia la línea media.

Si reinsertando el músculo en el reborde costal se ve que alcanza para cubrir la zona eventrada, debe hacerse eso.

Pero si se nota que hace falta más del lado interno, puede entonces hacerse la reinsertación en la hoja posterior de la vaina del recto.

No debe haber ningún temor en ello; primero porque en las eventraciones por laparotomías transversas, la porción de hoja posterior de la vaina del recto que está situada entre ambos rebordes costales, está siempre conservada, y segundo, porque constituida en parte por fibras carnosas es suficiente para contener por si sola el empuje de los órganos de esta región, órganos que como el estómago y el hígado no tienen costumbre de herniarse.

## 2.º — Descenso de la hoja anterior de la vaina del recto y del músculo gran oblicuo.

Como decíamos en una nota, la continuidad de la hoja anterior de la vaina del recto con el músculo gran oblicuo, hace que su estudio deba hacerse juntos; en realidad se trata de un solo plano que puede descenderse en conjunto, pero que, dado el caso, podría hacerse cada uno por separado.

Siendo las inserciones del gran oblicuo costales, no existe aquí el inconveniente que señalamos para el gran recto; el periostio ruginado da un sólido apoyo para una tracción.

La constitución de la vaina del recto en su segmento superior tiene su interés, habiendo que distinguir en ella dos zonas. El punto de separación de estas dos zonas corresponde al encuentro del borde externo del recto con el reborde torácico.

Por debajo de este punto el pequeño oblicuo se desdobra en dos hojas; la posterior fusionada con la aponeurosis del transversario forma la hoja posterior de la vaina del recto; la anterior fusionada con la aponeurosis del gran oblicuo forma la hoja anterior de la vaina; hay por lo tanto allí una fijación lineal del plano hoja anterior de la vaina — gran oblicuo al plano profundo pequeño oblicuo — transversario, fijación lineal que está constituida por la parte del pequeño oblicuo que entra en la formación de la hoja anterior de la vaina del recto.

Por arriba del punto señalado, el pequeño oblicuo queda excluido de la formación de la hoja anterior de la vaina del recto; el plano hoja anterior de la vaina gran oblicuo es continuo sin que nada lo retenga a la profundidad.

Estas nociones nos permiten comprender cómo encontraremos el plano de decolamiento.

Existe aquí como para el recto, un plano celuloso que permite la separación fácil del músculo gran oblicuo de la parrilla costal. La hoja anterior de la vaina del recto, aquí como en el resto, adhiere a este al nivel de las intersecciones aponeuróticas. Hay por lo tanto que liberar esas adherencias.

Por debajo de la parrilla costal, la separación del músculo gran oblicuo del plano muscular subyacente constituido por el pequeño oblicuo es fácil. En la extensión que es necesario hacerlo se encuentra a veces algún vaso que después de atravesar el pequeño oblicuo, aborda el gran oblicuo; pero no hay inconveniente ninguno en seccionarlo.

Hecho esto, lo único que retiene el músculo es la fijación lineal que hemos señalado, constituida, como hemos dicho, por la hoja anterior de desdoblamiento de la aponeurosis del pequeño oblicuo.

La tracción hacia adelante de la hoja anterior liberada de la vaina del recto y de la porción desinsertada del músculo gran oblicuo, permite individualizar perfectamente bien esa hoja que es necesario seccionar para poder descender ampliamente el plano que estudiamos. Hay que agregar que en virtud de la situación de la eventración, es muy poco lo que hay que seccionar.

## TECNICA OPERATORIA

Conocidas las bases anatómicas, es posible reglar la técnica operatoria en la siguiente forma:

**1. Incisión de la piel.** — Transversal circunscribiendo la cicatriz operatoria. Sobre esta incisión transversal se enrama una vertical ascendente, más o menos hasta la cuarta costilla, pero que se puede prolongar más arriba. Si se ha decidido hacer un descenso total, es decir del recto y gran oblicuo (o si no se ha decidido nada) debe hacerse la vertical sobre el borde externo de la vaina del recto. Se lateralizará la incisión hacia adentro o hacia afuera si se ha decidido previamente descender respectivamente únicamente el gran recto o el gran oblicuo. Esta incisión vertical puede hacerse "a posteriori", es decir, después de haber comprobado que el acercamiento simple de los bordes no alcanza a cubrir la eventración.

Una vez hecha la incisión, se disecan los colgajos poniendo a descubierto las inserciones torácicas de los músculos abdominales.

**2. Liberación de los bordes de la eventración.** — Como en cualquier técnica se diseca el saco peritoneal liberándolo de los bordes de la eventración. Este reborde fibroso es conservarlo. Veremos después como será utilizado en su parte superior. El saco peritoneal será abierto, las adherencias viscerales tratadas como de costumbre. Se reseca en parte el saco dejando lo suficiente para hacer un buen cierre peritoneal.

### 3. Descenso del gran recto. — Comprende los siguientes tiempos:

a) Incisión vertical sobre el borde externo de la vaina del recto; se reclina la hoja anterior de la vaina hacia afuera, para lo cual es necesario completar la incisión vertical por una horizontal superior, al nivel de la inserción superior del recto y una inferior, separando la hoja del reborde fibroso de la eventración, con el cual ella está fusionada.

Hay que separarla también de las intersecciones aponeuróticas del músculo.

b) Desinserción del recto. Ruginación de las inserciones costales. Al nivel de las inserciones cartilaginosas, con un bisturí se secciona frontalmente el cartílago dejando una pequeña lámina en relación con la inserción.

c) Liberación del recto del plano torácico. No hay ningún obstáculo.

d) Liberación del recto de la hoja posterior de su vaina. Es necesario buscar en la parte superior e interna de la vaina, el orificio de entrada de los vasos mamarios internos. La disección con sonda y una pequeña tracción, son suficientes para permitir el descenso del músculo. Se buscan al nivel del borde externo las ramitas nerviosas y se disecan y se liberan lo más posible.

e) Separación del recto de los bordes de la eventración.

Al hablar de la liberación del reborde fibroso de la eventración, diremos que sería utilizado en la parte superior. He aquí como: al liberar el recto de la hoja posterior de su vaina, veremos que adhiere fuertemente al reborde fibroso de la eventración. Conviene conservar esta continuidad con el reborde fibroso separando a ambos de la hoja posterior de la vaina del recto. El reborde fibroso da un punto de apoyo importante para la sutura con el segmento inferior del recto.

### 4. Descenso del gran oblicuo y hoja anterior de la vaina del recto. — Comprende los siguientes tiempos:

a) Desinserción del músculo. Se ruginan cuidadosamente sus inserciones costales separándolo de las inserciones vecinas del gran serrato.

b) Liberación del gran oblicuo del plano torácico; no hay ningún obstáculo.

Si algún vaso se opone a esa liberación, se le secciona y liga.

Llega un momento en que lo único que se opone al descenso es la hoja con que el pequeño oblicuo contribuye a la formación de la hoja anterior de la vaina del recto. Se tracciona hacia adelante esta hoja y el músculo gran oblicuo y se secciona la banda vertical que lo retiene a la profundidad.

d) Liberación del gran oblicuo del borde de la eventración. El reborde fibroso de la eventración fusiona los músculos y se opone al descenso del gran oblicuo. Es necesario separar ese reborde fibroso del pequeño y transversal, conservando su continuidad con el gran oblicuo.

### 5. Cierre de la eventración. — Se sutura el peritoneo.

Luego se desciende el segmento liberado del recto anterior y se sutura la extremidad inferior.

Puede suturársele al segmento inferior de la vaina del recto tal como se presenta.

Pero si es posible, se abre esta vaina y se suturará el segmento al segmento inferior del recto, segmento que termina arriba en el reborde fibroso inferior de la eventración. Puede decirse que el músculo queda con una intersección aponeurótica más.

Es solamente después de haber hecho esta sutura que se hará la fijación de la inserción superior, de manera que no haya tensión.

Esa fijación puede hacerse al reborde torácico o al plano intercostal.

Pero si el músculo no da en su parte interna lo suficiente como para reinsertarlo en el reborde costal, entonces en esa parte, pero en ella solamente, se le fijará a la hoja posterior de la vaina del recto.

Por sobre el plano del gran recto descendido, se desliza el plano del gran oblicuo y hoja anterior de la vaina del recto. Hacia abajo se le fijará sucesivamente en la hoja anterior del segmento inferior de la vaina del recto y al plano muscular latero-rectal formado por los segmentos inferiores del gran oblicuo, pequeño oblicuo y transverso, fusionados en el reborde fibroso de la eventración. Hacia adentro se le fija a la línea blanca.

Una vez hecho esto, se le fija arriba, a donde sea posible sin tracción; en el caso máximo al reborde costal, en los otros casos a un espacio intercostal.

El material de sutura variará con los casos, según se tema más o menos una supuración, catgut cromado, crin, etc.

Sutura de la piel, etc., como en los casos corrientes.

**Indicaciones.** — La técnica que hemos reglado, tiene su indicación especial en aquellos casos en que el tamaño de la eventración es tal que se supone la imposibilidad de cerrarla por acercamiento simple de los bordes.

Esta imposibilidad, que puede preverse clínicamente, será comprobada en los primeros tiempos de la intervención.

Esta técnica no siempre tendrá que ser hecha en su totalidad.

Según la localización de la eventración, el descenso solo del recto o el descenso solo del gran oblicuo, podrán bastar.

En el caso que la aplicamos, vimos que después de descendido el recto, el acercamiento simple de los bordes musculares latero-rectales alcanzaba a cubrir la eventración y no hicimos entonces el descenso del gran oblicuo.

Así es que pueden concebirse tres variantes posibles:

- 1) Descenso del gran oblicuo y del gran recto.
- 2) Descenso del gran oblicuo sólo.
- 3) Descenso del gran recto sólo.

Estas dos últimas modalidades implican pequeñas modificaciones de técnica, fácilmente concebibles, sabiendo el plan total.