

Tercera nota sobre cirugía experimental en el intestino grueso

POR

J. PUIG SUREDA

Las conclusiones que derivan de los ensayos de Cirugía experimental descritos y referentes a la desinfección por la inyección de alcohol iodado como tiempo anterior a la abertura del intestino, creo que sin ningún inconveniente pueden ser aplicadas a la Cirugía humana, toda vez que el empleo del iodo en la mucosa intestinal no es cosa nueva, y suscribo lo que dice muy bien Pierre Raul en su publicación del "Journal de Chirurgie" (nov. 1923), que "ses inconvenients sont tout à fait insignifiants"; y aun creo posible que su empleo venga a solucionar uno de los escollos a que me refería en una de mis notas: el peligro del tiempo de la abertura del intestino y de la sutura mucosa. Una tentativa más, orientada a la consecución de la verdadera Cirugía aséptica del intestino, posiblemente más afortunada que otras anteriores.

En cuanto a las conclusiones que hacen referencia a la circulación sanguínea, marcan sólo una posibilidad de orden experimental que sería una temeraria imprudencia querer convertir en norma de actuación operatoria. Fundándonos en la posible irrigación demostrada en el perro, nos guardaríamos muy mucho de denudar un cabo intestinal más de lo estrictamente necesario. Estas conclusiones no pretenden quitar ni un ápice de la importancia capitalísima que tiene operar en tejidos bien vascularizados y sería una conducta vituperable suprimir un solo ramúsculo que pudiera ser conservado. Que sangre y que sangre mucho el corte intestinal, tanto mejor; que se recorte como aconseja Desmarest (Presse Méd. 24 jan. 1923) hasta quedar convencido

de una perfecta irrigación; pero entonces hacer una buena toilette del extremo en la medida necesaria y si hay necesidad de sacrificar un vaso, sacrificarlo, ya que con toda certeza no será más que uno, en la convicción de que la pequeña hemorragia en "nappe" continuará del mismo modo y de que también, si es tan al extremo, su oclusión será obra de la sutura.

Nada hay más sano en Cirugía que el temor a la isquemia de los tejidos expuestos a una infección como lo es la sutura intestinal, pero tampoco se puede ser desdeñoso con un peligro evidente como es la posibilidad de la celulitis mesentérica que es necesario evitar.

Los ensayos experimentales y las radiografías permiten afirmar la posibilidad de una correcta preparación del cabo intestinal que se ha de anastomosar. Esto es lo que puede ser aplicable a la cirugía humana.

Por otra parte no es tanta la extensión de intestino que hay que despojar de la grasa mesentérica; marca el límite, la línea en que será aplicada la sutura sero-serosa. Esta, al fin y al cabo, es la verdadera sutura intestinal y que merece ser protegida con todos los cuidados. No siempre, a pesar de una técnica meticulosa, ha podido sustraerse a una contaminación que habitualmente no tiene importancia, pero que mejor fuera haber podido evitar.

Para terminar resumiremos la técnica de la sutura término-terminal que ha dado siempre los mejores resultados en nuestro ensayos.

1.º Desinfección de la cavidad intestinal con el alcohol iodado tal como se ha descrito.

2.º Preparación meticulosa del cabo intestinal librándole de la grasa de su pedículo en el espacio necesario para la sutura superficial.

3.º Sutura mucosomucosa o mejor *submucosa*, por medio de puntos *no perforantes* que no cargan todo el espesor de la mucosa. Esta sutura se ejecuta con aguja y catgut muy finos.

4.º Sutura de afrontamiento terminal de los dos cilindros musculares. También con catgut fino.

5.º Sero-serosa rasando la última arteria recta conservada. Esta sutura la hacía con el punto de colchonero o de Cusping, pero últimamente he adoptado la sutura entrecortada, ya que parece ser la que mejor se presta a la distensión del intestino.

Comunicado al Congreso Internacional de Cirugía reunido en París en octubre de 1924