

Comentarios hechos al anterior trabajo durante la sesión del día 24 de abril de 1929

Se concede la palabra al señor Doctor Reyes, quien comienza diciendo que en una de las sesiones anteriores, presentó un grupo de enfermas anticipándose al trabajo a que ahora va a dar lectura, a fin de que, se comprobaran, de visu, los resultados obtenidos, por la técnica quirúrgica que sirve de base a su trabajo; advirtiendo, que esos mismos casos los incluye en el cuadro estadístico, y presenta además, algunas fotografías referentes a sus enfermas. En seguida, principia la lectura de su trabajo que titula "La Laparotomía Lateral", deteniéndose para recordar que una de las enfermas del grupo sufría de una hernia inguinal directa, izquierda, y que la operó siguiendo la técnica de Bassini por una incisión de 10 centímetros y, por esa misma incisión, logró hacer la apendicectomía, y la histerectomía. Y a otra enferma, que presentaba una hernia estrangulada del lado izquierdo, le hizo el tratamiento Bassini, redujo una de las asas, procedió a la exploración del útero y los anexos, y como ésta enferma sufría además de un fibroma, como del tamaño de una naranja, por la misma incisión practicó la histerectomía. Ya para terminar, dice que no había citado el caso de una operación, a la que asistió el doctor Godoy Alvarez, invitado para presenciarse. Se trataba de un cáncer del cuerpo del útero, con invasión del anexo del lado izquierdo, y que intervino por laparotomía lateral, para demostrar sus ventajas al Doctor Godoy Alvarez; pero al trabajar sobre el lado izquierdo, viendo que el anexo estaba también invadido, extirparlo en su totalidad, y no obstante que la enferma tuvo una complicación curó perfectamente bien, según puede hacerlo constar el señor doctor Rivero Borrell.

Puesto el trabajo a discusión, toma la palabra el doctor Mendizábal, quien comienza diciendo, es indudable, que el trabajo que nos acaba de leer el señor doctor Reyes, se presta a muchos comentarios. Nos refiere haber practicado intervenciones en los órganos pélvicos a través de incisiones inguinales. Esta práctica tiene inconvenientes fáciles de advertir, y

grandes dificultades en un crecido número de padecimientos ginecológicos. Basta recordar que la región inguinal es una zona del abdomen frecuentemente hipoplásica, más frecuente aún que la línea media la cual se sorprende en su desarrollo incompleto, numerosas veces en los niños, no así en los adultos. Es tan raro encontrar un abdomen normal, que el promedio de 10 a 15%, debe considerarse como exagerado. La mayoría son hipotónicos, advirtiéndose en ellos amplias zonas de hipoplasia en las regiones inguinales, y muy especialmente en los predispuestos a las hernias. Ahora bien, al restirar la incisión, para obtener mejor acceso a los órganos pélvicos, se abren más los tejidos, de suyo débiles, creando una situación que favorecerá la formación de hernias post-operatorias. En cuanto al procedimiento que nos recomienda el señor doctor Reyes, podrá usarse cuando las lesiones de los órganos pélvicos no sean muy avanzada, o que carezca de dificultades técnicas. Es posible llevar a cabo las operaciones, en los casos, como los que nos relata, pero la vía que elige, no parece ser la debida. Indudablemente que la incisión lateral que nos recomienda, podrá emplearse en mujeres delgadas, y en múltiples, pero no en mujeres gruesas. Es posible, por una incisión lateral amplia, sacar la matriz y los anexos, pero de ser posible a ser debido, y a que presente grandes, ventajas, con respecto a la incisión media, siempre hay alguna diferencia. Sigue diciendo, que el hecho de haber practicado la apendicectomía por una incisión lateral izquierda, sólo demuestra una posibilidad pero no puede constituir un principio de sistema, y otro tanto puede decirse, del caso que se refiere al cáncer del cuerpo de la matriz propagado al anexo izquierdo, y que el señor Doctor Reyes operó por una incisión lateral derecha. Continúa explicando el doctor Mendizábal, que indudablemente la vía media, es mas accesible, más fácil y más estética. En cuanto a las hernias post-operatorias, también se les vé en las incisiones laterales. Su opinión, es, que en el trabajo del señor Doctor Reyes se exhibe habilidad, pero no presenta ventajas apreciables.

Se concede, en seguida, la palabra, al doctor Rivero Borrell, quien dice: que el doctor Reyes le ha hecho favor de enseñarle sus operaciones, en que ha utilizado la incisión que él preconiza, y en ellas ha podido ver, que la incisión es amplísima para hacer todo lo que se quiera del lado derecho o del lado izquierdo, y explica, quiero hacer una pequeña salvedad, porque el doctor Mendizábal se fija en que el doctor Reyes cuenta haber utilizado incisiones inguinales, pero la incisión que él preconiza, es una línea inclinada siguiendo la dirección del músculo oblicuo, y que viene a quedar sobre el punto de Mac Burney, y que, hacia abajo, no llega sino hasta el borde del músculo recto de manera, que la altura con respecto a la línea

inguinal es muy grande, y no hay el peligro de la debilidad de la región poco resistente; yo he visto algunas veces al doctor Reyes usar esta incisión, sigue diciendo el doctor Rivero Borrell.—la hace como a seis centímetros de la línea media y después pone la valva, y al quedar ésta colocada en su sitio, no se podría decir es una incisión lateral, o de la línea media. Cuando la incisión se hace en la línea media, la sutura se establece en la aponeurosis cortada y no da una resistencia tan grande, como la que dan los músculos.

Después, pasa al encerado, donde hace un diagrama explicativo. Cree que las razones que da el doctor Reyes son de tomarse en consideración, porque un músculo como el rector del abdomen, cuyas fibras vienen desde la parte de arriba, de las falsas costillas, y del esternón, no tienen gran punto de apoyo, y naturalmente, que queda mucho más débil que la otra parte que tiene su punto de apoyo más firme. Refiere, que habiéndose detenido frente al encerado, del Hospital Juárez, en que se anuncian las operaciones del día, advirtió, que la segunda decía: "Cura de una eventración post-operatoria," y era justamente de una operación hecha sobre la incisión de la línea media. Sigue explicando, que las hernias de la línea media son muy frecuentes, que realmente, en la parte que propone el doctor Reyes, las eventraciones serían raras y además, los hechos demuestran, que sí se pueden alcanzar los anexos del otro lado y que por la disposición de los músculos, tiene que ser más sólida la parte lateral, y piensa, por tanto, que está justificada la opinión del doctor Reyes, que ilustra con un número de casos muy aceptables.

Hace uso de la palabra el Doctor Amor, quien comienza diciendo: Yo he visto en el trabajo del señor Doctor Reyes, el afán de mejorar la técnica del cirujano, pero aún cuando no pude oírlo todo, me he dado cuenta, de que se desprecia la incisión de la línea media, basándose en algunas razones, que tienen apariencias de realidad, desde el punto de vista de los cargos concretos que se le han hecho a la línea media. En la forma en que se hace actualmente, la incisión, no se debe destruir en la línea media ese entrecruzamiento de fibras de un lado a otro, de manera que desde el punto de vista práctico, todas las laparotomías deben ser laterales y, hacerse a un lado de la línea media, de modo que resulte una ceja de la vaina del recto, de un centímetro y medio o dos de ancho y una cosa semejante se hace en la hoja profunda que no influye en nada para quitarle mérito a la incisión mediana, que da un campo amplísimo. Esta pequeña ceja tiene por objeto, que al hacerse la sutura al borde del músculo este proteja las suturas, y en la línea media no se tiene más protección, que los puntos de sutura hechos con los hábitos y la experiencia de cada cirujano. Yo creo, que no es discutible, que la resistencia del recto an-

terior es mayor que la de cualquier otro músculo del vientre, y esto se prueba fácilmente, pues el recto no esta libre dentro de su vaina aponeurótica, si no que tiene adherencias representativas de las costillas abdominales, las que hacen mayor su resistencia. Las laparotomías laterales, de antaño es sabido, pueden medianizarse. Yo recuerdo mis trabajos en el Hospital Juárez, donde frecuentemente utilizábamos, sobre todo, para las operaciones del riñon, la incisión lateral, y tengo muy grabada la enorme amplitud que permiten. Yo he practicado en forma muy semejante, la incisión del doctor Reyes, y es verdad que hay ocasiones, en que se puede medianizar muy bien, pero en vientres un poco flojos, como eran los de las enfermas que vimos aquí, pero en una mujer de vientre ajustado, en doncellas, se me hace muy difícil practicar esta maniobra sin que haya peligro de roturas musculares. Dice el doctor Mendizábal, que el procedimiento está dentro de la posibilidad, y tiene mucha razón, pues puede hacerse si el cirujano es hábil, y sobre todo, si tiene empeño en realizar el procedimiento. Hay muchas cosas especiales de cada cirujano, como hay procedimientos, que en manos de unos resultan sencillos, y en manos de otros serían muy difíciles. Yo creo haber interpretado el espíritu del trabajo del Doctor Reyes, pero, si mal no he entendido su pensamiento no se puede preconizar su método para suplir a la laparatomía mediana, cuya virtud todos conocemos. Continúa diciendo el Doctor Amor, que es natural, que se conozcan más casos de eventración en las operaciones de la línea media, que en las laterales, porque las primeras se practican en una proporción enormemente más grandes que las últimas. Concluye diciendo, que él acepta el procedimiento del doctor, Reyes, para emplearse, cuando mediaran circunstancias particulares, pero de ninguna manera, como un procedimiento para sustituir a la incisión mediana,

Habla el doctor Villarreal, diciendo: que la incisión de que nos habla el doctor Reyes, la laparotomía lateral oblicua, en los casos en que está indicada es completamente anatómica; sigue la dirección de las fibras musculares y de los nervios, así como los vasos de la pared abdominal. Indudablemente, que en los casos que él ha referido de intervenciones sobre los órganos genitales internos hay que luchar con la pared abdominal que alguna resistencia debe presentar. Las enfermas del doctor Reyes, tenían un relajamiento de la pared abdominal. y creo que debe ser así, porque la incisión se amplía bastante, y esto también explica lo que dice del quiste del ovario, que llegaba al ombligo, llenando seguramente el recinto pélvico, quiste que pudo extirpar el doctor Reyes sin puncionarlo. En cuanto al tratamiento de las afecciones del apéndice, procediendo con la incisión del lado izquierdo, es factible siempre que el mesocolon se preste, pues por poco que haya adherencias del ciego o del apéndice, apa-

recerán verdaderas dificultades. En cuanto a los casos que él ha llevado a término felizmente, como dice el doctor Mendizábal, indudablemente se deben a la habilidad del doctor Reyes, y no a la bondad del procedimiento que no puede emplearse para una intervención exploradora de toda la cavidad abdominal. Si se tiene un diagnóstico más o menos cierto para intervenir y, desgraciadamente al hacer la operación se encuentra que hay un error, los órganos que están colocados en el lado opuesto no se alcanzan, no así en la línea media, y ya la intervención sobre el otro lado presentaría dificultades que podrían llevar hasta la rotura del ligamento ancho. En cuanto al caso del tratamiento de un cáncer, en que la mujer se salvó, probablemente quedaron grandes restos del tumor en la pélvis, y quizá la reproducción debe haber venido ya, mientras que operando sobre la línea media, el tratamiento se podía haber hecho más completo. La cuestión de las eventraciones, consecutivas a la operación, es una de las amenazas a la cirugía abdominal. Acabo de operar una enferma a quien le erradicaron el apéndice; pues bien, esta enferma presentaba una eventración. Igualmente hay las eventraciones en la línea media. El doctor Amor, nos dice, que no hay que destruir la unión completa de las fibras, y es por esto que se hacen más bien hacia un lado u otro, ordinariamente del lado izquierdo. Al practicar las suturas debe procederse por planos. Concluye diciendo: yo creo que debemos considerar el trabajo laborioso del doctor Reyes, como una idea, que se le ha ocurrido en algunos casos que se le han presentado, pero no puede considerarse su procedimiento como clásico.

A continuación hace uso de la palabra, el Dr. Valdés, y manifiesta; que él cree, como los que le han precedido, que en realidad la incisión que propone el doctor Reyes, adolece de los defectos señalados, afirmando, que seguramente se pueden hacer operaciones como las hizo el citado doctor, pero que no es debido hacerlas. Pasa al pizarrón exponiendo gráficamente la forma en que se imagina la incisión, tal como la vió en las fotografías. Explica que peca contra una de las principales reglas de las incisiones de la cirugía del vientre, que consiste en no dividir los nervios que cruzan la pared abdominal, y aclara, que el número de vasos, quiere decir nada más, que el cirujano tendrá mayor trabajo en hacer más ligaduras, y que la cuestión de los músculos no tiene importancia, porque una buena sutura es bastante, pero sí debe procurarse y tratar de evitar a toda costa, la división transversal de los músculos, ya que la debida forma es a lo largo de sus fibras, para no lastimarlos. Sigue diciendo:—Los nervios de la pared abdominal, vienen siguiendo una dirección oblicua, de arriba hacia abajo, y de fuera hacia dentro, y sabemos que la *sección* de las ramas nerviosas, trae como consecuencia una degeneración posterior de todas las

porciones musculares comprometidas de allí, que se aconseje, que cuando se hace la incisión oblicua, para la operación de la hernias inginales, y en su trayecto, se tropieza con las ramas del abdóminio genital mayor o del menor, o algunas veces de los dos, debe cuidarse mucho de no dividir las —Una eventración post operatoria, es fácil de remediar, pero una eventración por degeneración de las fibras musculares es irremediable.—No creo yo, afirma el doctor Valdés, que se produzcan mayor número de eventraciones, operando en la línea media, que lateralmente; seguro que cuando se hace una sutura cuidadosa, empleando cualesquiera de los procedimientos. se logrará una cicatrización. sin eventración pues ésta depende de las separaciones de las heridas y en la línea media, hay una resistencia tan grande, por lo menos. como en las partes laterales.—Ilustra sus afirmaciones con dibujos en el pizarrón, y concluye diciendo; que en resumen opina, como los demás, que la utilización de las incisiones laterales para hacer operaciones sobre lugares lejanos, pues son posibles cuando se hagan necesarias, en casos de accidentes operatorios, pero él no cree, debido, señalar el uso de las incisiones laterales en esta forma como un sistema, pues la incisión debe colocarse lo más cerca posible o encima del sitio donde se va a operar, y esta regla no debe olvidarse, especialmente en las apendicitis agudas.

Vuelve a tomar la palabra el doctor Reyes, diciendo que difícilmente va a poder acordarse de las distintas objeciones que se le han hecho a su trabajo, pero que sin embargo, por medio de un esfuerzo procurará ser muy lacónico. Desde luego, dice, voy a formular una contestación de carácter genérico, y luego otra de carácter particular. El doctor Mendizábal afirma, que la indicación de la laparotomía lateral, tal como yo la expongo, al intervenir en los órganos pélvicos, adolece de inconvenientes, y que es cuestión de habilidad solamente; pero puede estar seguro, de que el móvil no ha sido ese, sino que un encuentro accidental me sugirió el procedimiento: operando apendicitis, se me ocurrió seguir la misma táctica que cuando se trataba de hernias, esto es. explorar la matriz y los anexos, y, de estar enfermos, tratarlos por dicha incisión; y muchos de esos casos me convencieron de la posibilidad de usar la incisión tal como la he descrito. Entonces la establecí como regla, convencido de que era perfectamente posible, así la práctica me lo enseñaba. Yo no quise venir a exponer argumentos de carácter literario, sino que traje enfermas, y entre ellas, unas eran de vientres flojos, otras no; aquí está la estadística que comprende ochenta y cinco casos. En todos ellos obtuve el éxito sin grandes esfuerzos, y sin hacerlos motivo de exposición, pues sería inmoral exponer la vida de los enfermos, por manifestar habilidad. Estas operaciones las hice, porque la experiencia me demostró que era enteramente posible. Sólo

hay una defunción, la enferma murió a los cuatro días de operada con signos de peritonitis; y con excepción de este caso, todos los demás han sido enteramente favorables, y ha habido quien se haya parado a los cuatro o cinco días aunque ésto, en realidad puede tener serios inconvenientes. Respecto de las ventajas que se atribuyen a la laparotomía mediana, es preciso reconocer, que hay en ello mucho de costumbre y de tradición, puesto que los autores clásicos, no dicen por qué se utiliza la vía media, y sólo se expresa que está desprovista de vasos, y que así es donde la incisión resulta más fácil. Dice Amor, que ya no se utiliza la línea media exactamente, y en efecto, se recomienda la laparotomía submediana, pero es muy difícil llenar al pié de la letra este procedimiento. ¿Quién no tiene una buena opinión de la incisión de Mac Burney? Casualmente la incisión de Mac Burney, adolece de todos los defectos que se le señalan a la mía. Decía yo, que los clásicos apoyan la línea, media porque carece de vasos, y casualmente es el inconveniente que yo le veo, pues el tejido de cicatriz está menos nutrido. ¿Que el recto anterior es muy resistente? Yo sostengo la tesis contraria; para mí el músculo oblicuo lo es mucho más. Basta la condición de la ayuda que representan el pequeño oblicuo y el transversal dispuesto con el tipo que deben tener los tejidos, para una buena cicatrización. Y repito que no hablo nada más de eventración quirúrgica, sino también de hernias accidentales, es decir, de las eventraciones que se presentan en un porcentaje extraordinario y que se observan en el músculo recto porque su disposición aquí está dentro de un estuche. Las hernias quirúrgicas no tienen importancia pues los nervios no las complican. Así pues, anatómicamente, en mi concepto me parece que estoy en lo razonable. Hablaba yo de la incisión de Jalaguier que se parece a la mía, y casualmente las objeciones que se hacen al método de Jalaguier, son porque había una sólo línea, y yo inspirado en ese precepto lo utilicé en el cruzamiento de tres incisiones: la derecha perpendicular sobre la piel, después sobre la aponeurosis, siguiendo la dirección de sus fibras, para no disminuir la resistencia y por último, cargo sobre el espacio que separa el borde del pequeño oblicuo y el transversal y cojo el pequeño oblicuo, y el recto, hasta que se tocan. Sigue diciendo, creo, pues, en estos términos, haber contestado las objeciones que se hacen a mi trabajo, que, aunque inicial, está basado en la experiencia de cerca de noventa casos, y fundado en todas estas consideraciones de carácter anatómico, y estadístico. Yo no practico más la laparotomía media, y opero siempre a menos que se trate de cáncer—pues el caso que cité fué una cosa accidental, debido a un error de diagnóstico—por laparotomía lateral. En resúmen, que es perfectamente factible, conforme a mi experiencia, hacer las operaciones siguiendo todas las reglas generales de la técnica.