

Comentarios hechos al trabajo del Dr. Mendizabal en la sesión del 22 de Enero de 1930.

Habla en seguida el Dr. Villarreal diciendo: El procedimiento que nos propone el Dr. Mendizabal de hacer la laparotomía para encontrar el saco, semeja el tratamiento que ordinariamente se emplea en las hernias inguinales y el Dr. Mendizabal encuentra ventajoso este método por las dificultades para encontrar el saco, pero en realidad no siempre hay tales dificultades, algunas veces ocurren porque como casi siempre las hernias son antiguas, el peritoneo que forma el saco está engruesado y al hacer la separación conservando el canal, se divide el peritoneo del saco y se practica el procedimiento de reducción, siempre que no sea una hernia estrangulada. A mí me parece que emplear sistemáticamente la laparotomía inguinal, pues es un poco más de complicación en las operaciones de la hernia. Esta operación actualmente practicada con anestesia local ya me he ocupado de tratarla en otras ocasiones en intervenciones de la pared del vientre que permiten que los individuos se levanten por su pie. En los niños, en las hernias recientes, hernias en que muchas veces hay la persistencia del canal vaginal, pero en que no ha salido el *epiplón* ni el intestino, no habiendo estrangulación del saco se encuentra que el saco es completamente delicado y es difícil el aislamiento y hay que hacer una verdadera sutura del peritoneo en vez de ligadura. Yo ordinariamente empleo también algún plano resistente para la aproximación peritoneal, porque yo hago la aproximación de los dos planos en un solo plano cuando el saco es grueso se hace una incisión *antero-posterior*, se hacen uno o dos colgajos peritoneales y se sujetan con un hilo temporalmente perdido, pero si se refiere el asunto únicamente a la manera de encontrar el saco yo vería el empleo de la laparotomía como una complicación; tal vez en ocasiones particulares en que el cirujano se haya extraviado entre los elementos del cordón y no encuentre el peritoneo sumamente delicado, pues entonces pueda resultar indicado el procedimiento en cuestión.

Toma la palabra el Dr. Valdés diciendo: El asunto de la técnica quirúrgica en el tratamiento de la hernia inguinal ha estado sujeto a un gran número de eventualidades y de variantes; yo pienso igual al Dr. Villarreal por lo que toca al procedimiento que se nos propone y que ha sido ya descrito hace año y medio o dos años en el periódico de la American College. Me parece como ha dicho el Dr. Villarreal que es una complicación el hacer también la laparotomía en estas operaciones sistemáticamente y que solo es este procedimiento un recurso que debe conocer el cirujano para aquellos casos verdaderamente excepcionales, en que haya dificultad para encontrar el saco. Hay casos en que es difícil encontrarlo principalmente entre los cirujanos jóvenes que ha menudo lo pierden y una vez perdido dá ya trabajo encontrarlo, pero este caso es la excepción y creo pues que el procedimiento debe de tenerse en cuenta para los casos excepcionales en que, extraviado el saco, valga la pena abrir el peritoneo para buscarlo en la cavidad abdominal, pero para los casos sencillos que se nos presentan todos los días en la práctica, basta la técnica ordinaria para hacer la operación sin llegar a la laparotomía. De todas maneras yo felicito al Dr. Mendizábal por su trabajo.

Habla el Dr. Castro Villagrana diciendo: Me parece desde luego ingenioso el procedimiento, aunque considero que tendrá todavía algunas limitaciones más, cuando se tratara de hernias inguinales congénitas, por ejemplo, pues habría dificultad para el procedimiento; es decir que en algunos de estos casos significaría ser poco precavidos y no respetar los elementos del cordón, de manera que sería útil en mi concepto para los casos de hernias perfectamente reducibles y para hernias no muy voluminosas y al mismo tiempo en condiciones normales. Reasumiendo habría que tomar en cuenta además de las salvedades antes señaladas las que yo acabo de exponer.

Se concede la palabra al Dr. Mendizábal, para contestar a los comentarios sobre su trabajo, principia en los siguientes términos:—La práctica de una laparotomía, no debe inspirar miedo porque comprometa la vida del paciente. Será que mi relativa juventud me dá mucho optimismo, más yo creo, que debe entrar en cirugía corriente.

Lo que dice el Dr. Villarreal, sobre los enfermos que pueden levantarse después de una inguinoplastia, me hace pensar, en que también es posible parar a un enfermo laparotomizado. El Dr. Villarreal, nos refirió, en una de las sesiones del año pasado, que después de practicar una histerectomía subtotal, por fibromas, y suturar la pared del vientre, hizo que la enferma se fuera andando hasta la cama. Esto a mí no me llama la atención, pero lo que sí me parece raro, es que lo haga el Dr. Villarreal, tan escrupuloso en los detalles.

Yo creo que las suturas correctas dan una resistencia muy poderosa. El cirujano no tiene temor de una eventración durante las primeras veinticuatro horas, la sutura rinde toda su eficiencia, de ahí que no sea peligroso levantar a los pacientes, más, cuando el catgut principia a reblandecerse por el proceso natural de absorción, no debe permitirse esta práctica, a menos que el abdomen sea perfectamente vendado.

Refiriéndome a los comentarios del maestro Valdés, debo manifestar, que no he visto publicado este procedimiento. Recuerdo una técnica, que leí en *The Journal of the American Medical Association*, que tiene cierta semejanza con este procedimiento, porque en ella se practica también una laparotomía para abordar el saco, pero sólo en esto se distingue de la operación habitual; es posible que a él se refiera el maestro Valdés. (1)

La operación es así:

Se practica una incisión paralela al arco de Poupart, como a tres cuartos de pulgada de él. Se incinde la aponeurosis del oblicuo externo respetando el anillo inguinal, y se abre el peritoneo, después de separar los músculos. Se introduce el dedo, en el saco, que se disecciona a partir del fondo. Se liga por transfixión en su cuello, se corta y practica la maniobra de Barker.

Con respecto a lo dicho por el Dr. Castro Villagrana, mi experiencia, especialmente en niños, me ha enseñado que en ellos la disección del saco es más fácil. He tratado hernias adquiridas y congénitas en ocasiones de las más laboriosas, como cuando el testículo está en el fondo del saco mismo, y en ellas, el procedimiento tiene la enorme ventaja de que se va sacando el saco del cuello hacia el fondo en que se encuentra el testículo, por lo que, al llegar a un punto razonable, y con lo que queda rodeando al gonado, se le confecciona rápidamente su vaginal.

Vuelve a hablar el Dr. Villarreal diciendo: — Yo me referí a la sutura de la pared del vientre, es verdad, pero seguramente se distrajo el Dr. Mendizábal y no prestó atención a la manera de hacer la sutura, ni en el material que se empleó, que es el motivo por el cual hacia yo incapié en que los enfermos pueden levantarse inmediatamente después de una histerectomía, como en el caso a que él se refiere, tratado con anestesia local, en que la enferma, como una manifestación del progreso quirúrgico se pudo ir a su cama por su pie, cosa que antes no se hubiera podido intentar. El primer caso de histerectomía vaginal por anestesia local lo hice en 1897, dejando hilos completamente perdidos y actualmente lo estoy haciendo con hilos sin usar el catgut y la sutura es hecha con un verdadero cordel que sostiene la pared abdominal y las enfermas continúan andando los días subsecuentes y no se retira el hilo hasta los 18 o 20 días en que los tejidos

(1) A modified technic in operation for oblique inguinal hernia William A. Angwin, M. D.

tienen resistencia y yo ponía en parangón este caso en que es factible hacer con hilo todas las suturas de la pared abdominal por cualquier lado que se le haya atacado, sin necesidad de un elemento especial de sutura, que puede alguna vez faltar al cirujano, mientras que en cualquiera parte se encuentra hilo crochet para coger los planos aponeuróticos que son las partes resistentes, lo mismo en los demás casos. Antes era muy mal procedimiento comenzar por disecar el saco cuando la hernia es muy grande y los individuos muy viejos, entonces se liga la parte de arriba o se hace el procedimiento que dejo dicho. Quise hacer esa rectificación porque creí que el Dr. Mendizábal pensaba que yo empleaba el catgut.

Nuevamente toma la palabra el Dr. Mendizábal diciendo: Cuando yo fui Médico Interno del Hospital General, tuve oportunidad de observar a las enfermas operadas por padecimientos ginecológicos.

Estudiaba las modificaciones del pulso; de la respiración y el aspecto del ileus paralítico post-operatorio generalmente no séptico. Hacía yo cuatro visitas, una inmediatamente después de la operación, otra a las cuatro de la tarde; la siguiente a las siete, y la última entre once y doce de la noche, cuando ya me iba a acostar, y en más de diez ocasiones, en mi última visita de las once, tuve la oportunidad de ver a las enfermas laparotomizadas del mismo día, regresar del retrete; empujar su cama; arreglar el colchón, etc. etc. sin que les pasara absolutamente nada y a estas enfermas el maestro Castillejos, les cerraba el abdomen de la manera siguiente: Surjete al peritoneo con catgut número uno; afrontamiento de los músculos con catgut uno; puntadas en X, a la aponeurosis con catgut dos, táxico, o crómico y grapas en la piel.