

MEMORIAS CIENTÍFICAS.

CIRUJÍA.—Apuntes sobre la kelo-tomía en el enterocele estrangulado.—Comunicacion a la Facultad de medicina, por don Ramon Allende P.

Señores:

En la sesion celebrada por esta Facultad el dia 2 de setiembre de 1869, se ha leído un trabajo sobre la hernia umbilical estrangulada, sometiéndose a vuestra consideracion i estudio la siguiente proposicion: “En las hernias umbilicales estranguladas simplemente enteroceles, después de desbridado el anillo, debe dejarse el intestino en la cavidad del saco para que sirva de tapon a la abertura herniaria” (1).

Ocupado desde hace tiempo en el estudio de las hernias, i principalmente de las de la rejion umbilical, me ha llamado la atencion este punto de doctrina formulado de un modo absoluto, i a mi ver, sin estar fundado en un justo motivo que autorice tal conclusion. El objeto, pues, del presente artículo es estudiar las causas efectivas que hacen tan peligrosa la operacion de la kelo-tomía, i si puede aceptarse como doctrina, como una regla quirúrgica, la conclusion ofrecida a vuestro ilustrado criterio i a vuestra esperiencia por el honorable doctor don Carlos Leiva.

I.

Muchas son las causas que agravan la operacion de la herniotomía i determinan su éxito, funesto por lo comun. Igualmente graves, se distinguen entre ellas la peritonitis consecutiva, la inflamacion del saco, su gangrena; las lesiones inflamatorias i de continuidad del intestino i su mortificacion; la epiplóitis aguda en los casos de enteró-epi-ploceles, estensamente descrita por el profesor Goyrand i varios otros etc. etc. Sin embargo, en mi concepto las circunstancias o causas mas agravantes que se presentan son: 1.º lo avanzado del tiempo en que jeneralmente se opera (último caso), i por lo co-

(1) C. Leiva.— Véase la entrega de estos *Anales* correspondiente al mes de setiembre del año de 1899, pág. 169.

común después de exageradas maniobras de taxis: 2.º las lesiones del intestino o sus adherencias antiguas (fibrosas) o recientes, con el saco o su cuello i que la hacen irreducible, estrangulándolo muchas veces. Son estas causas, casi siempre, las que determinan el éxito funesto de la kelo-tomía i han inducido a muchos ilustres cirujanos, Guerin entre ellos, a desesperar de la ciencia i confiarse indolentemente a los esfuerzos curativos de la naturaleza.

En el trabajo de que tengo el honor de ocuparme, se atribuye toda la gravedad de la kelo-tomía al peligro que hai de la caída de líquidos, sangre, pus etc. en la cavidad peritoneal; i atendiendo sobre todo a esta idea i a la manera de evitar el accidente, se propone como un medio *nuevo* el abandono del intestino, después de desbridar, en el enterocele simple, sobre el saco, para que haga el oficio de tapon, como sucede con el epiploon en el entero-epiplocele, operando según el procedimiento de M. Malgaigne. ¿Es aceptable esta idea? ¿Es admisible de un modo absoluto? ¿Es un procedimiento nuevo, ensayado por primera vez en la ciencia? Voi someramente a estudiar estos puntos, i a formular en seguida mis conclusiones con franqueza.

II.

Creo evidentemente que nada de fijo puede estatuirse cuando se trata de un mecanismo operatorio. En todos ellos hai siempre una parte inamovible, que podemos llamar invariable, referente a los principios jenerales de cirugía operatoria; pero sobre detalles, nada puede existir de fijo, de matemático: todos son susceptibles de modificaciones, imprevistas muchas veces. Decir: en todo simple enterocele debe dejarse en su sitio el intestino después de desbridado el obstáculo, es sentar una regla fija, legislar en la operacion de la herniotomía. Como analogía, refiriéndose a la que se hace en un entero-epiplocele, está bien; puede pensarse que habrá ventajas en esperar que haga oficio de tapon el intestino e impida la caída de líquidos al peritoneo; muy bien. Pero, ¿son éstos solos los peligros de la operacion? I todos los que antes ya he apuntado ¿pierden acaso algo de su importancia i gravedad? Sin duda que no. Ahora bien, ¿qué es lo que pasa en el saco i abertura herniaria después de reducir el intestino, como en tesis jeneral aconsejan los mas ilustres profesores? La retraccion del saco i de su cuello, la secrecion fibro-plástica que ahí se opera, la inflamacion adhesiva que se desarrolla en las paredes del saco después de su acercamiento en la curacion ulterior, ¿no impiden

tambien, o por lo menos se oponen a la caída de líquidos, que por otra parte, no hai motivos para que sean tan abundantes? Evidentemente que sí; hoy, sobre todo, que se está de acuerdo en dejar abierta la herida después de practicar la kelo-tomía para ofrecer así una fácil salida a los líquidos extravasados i a los productos de nueva formación. No puede, pues, aceptarse tal teoría ni procedimiento de un modo absoluto, sino relativo, es decir, en ciertos casos, como todos los mas experimentados cirujanos lo aconsejan.

¿Es una idea nueva la de dejar el intestino en su saco después de desbridar el anillo umbilical o el cuello del saco, de destruir en fin la estrangulación? No por cierto. Es un procedimiento muy antiguo i puesto en práctica segun los casos especiales que se presentan: en una palabra, es una modificacion del método empleado por todos los cirujanos, i que depende, o del estado del intestino, o de las relaciones de éste con el saco. Basta, al efecto, dar una rápida ojeada sobre los principales autores que han escrito sobre este punto.

Gosselin, hablando del procedimiento operatorio de la hernia estrangulada, fija su cuarto tiempo para la exploracion del intestino i su reduccion *si hai lugar*. Veamos sus conclusiones:

Si hai herida del intestino, no debe reducirse i tratarse solo de la formacion de un ano contra-natura. Si hai gangrena intestinal, no debe reducirse, i sí formar un ano artificial fijando el extremo superior del intestino.

Debe reducirse cuando éste solo presenta una fuerte congestion sin herida o reblandecimiento.

Más adelante se espresa del modo siguiente:

“Si se encuentra al nivel del cuello una erosion de la serosa o de la capa muscular mas superficial, se puede temer que la pared, adelgazada por esta erosion i, como tambien puede suceder, por otra análoga de la membrana mucosa, imposible de constatar, deje pasar por exósmosis gases en la cavidad peritoneal después de hecha la reduccion. Sin embargo, como nada hai de fijo a este respecto, todos los cirujanos hacen la reduccion en semejante caso, i yo mismo he seguido este precepto. *Hoy dia desearia mejor, después de haber desbridado, dejar el intestino fuera i esperar los resultados.*” Me conduciría de la misma manera si hubiese una o muchas manchas blancas indicando una infiltracion plástica o purulenta de la pared intestinal, o una hernia de la capa mucosa al través de la musculosa i serosa erosionada. Estos casos son muy raros i no han sido

notados con bastante cuidado en la mayor parte de sus observaciones para que pueda demostrarse rigurosamente que la no reduccion sea ménos peligrosa que la reduccion. Lo *primero* me parece con todo lo *mas prudente*, pues si una perforacion debe completarse, o se la reconoce al cabo de algunos dias por la salida de materias intestinales, ha habido tiempo para establecerse adherencias que puedan oponerse al derrame en el peritoneo, dado caso que el intestino se *reduzca poco a poco espontáneamente*.

El profesor Nélaton (2) en su magnífica obra, cita el caso de J. L. Petit, que practicó solo el desbridamiento en un enterocèle irreducible i dejó fuera el intestino, obteniendo así la curacion. Mr. Nélaton aconseja que siempre que haya fuertes adherencias, se trate de destruirlas si se puede, i si no, *se deje fuera el intestino*, en contra de las ideas de Sott, que siempre insiste en la reduccion aunque sea preciso hacer prolijas disecciones. En los casos en que se deja fuera el intestino, vuelve éste lentamente a su lugar, reduciéndose merced a la contraccion intestinal i retraccion del peritoneo i epiploon. Cuando no, se cura por cicatrizacion de los tejidos sobre el mismo intestino, o se cubre éste de pezones carnosos.

A este respecto, cita el caso, que puede consultarse tambien en la *Encyclopédie des sciences médicales* de Le Vacher, en que quedó el intestino a descubierto por la gangrena del saco, i el enfermo sanó perfectamente, i concluye: “Si, pues, en unas circunstancias tan graves se ha podido conseguir la curacion sin accidentes, con mayor motivo se podrá obtener cuando se pueda cubrir toda la masa intestinal con la piel sana, i aun reunirla por medio de la sutura, a lo ménos, en la parte superior de la incision.” La reduccion en estos casos se hace espontáneamente, como ya se ha dicho, o adherido el intestino al saco, permita paso franco a los gases i materias fecales.

Relativamente a este punto, es contradictoria la opinion de Velpeau i A. Cooper, quienes aconsejan reducir aun cuando el intestino tenga pequeñas perforaciones o después de practicada la enterorrafia, sin temer los accidentes consecutivos, i asegurando haber tenido casos de curacion. El ilustre profesor Nélaton (3) se espresa, con todo, de un modo claro i preciso refiriéndose a los casos de enterocelos voluminosos (exónfalos), como cuando dice: “Es cierto que en estas

(2) Nélaton. — *Patología quirúrgica*.

(3) Obra citada.

hernias tan considerables se observa con mucha mas frecuencia una peritonitis herniaria que una verdadera estrangulacion, por lo cual en la inmensa mayoría de los casos, no es necesario recurrir al desbridamiento. Sin embargo, como puede sobrevenir la estrangulacion, con especialidad por la conjestion que determina la inflamacion, puede ser necesario conducir el bisturí al anillo constrictor, *i en este caso, la espectacion, después de haber hecho desaparecer la estrangulacion i apesar de los accidentes que puedan resultar de la exposicion de los intestinos al contacto del aire, es el medio preferible, porque la reduccion inmediata de los órganos dislocados puede provocar accidentes muy graves.*

J. Erichsen (4) en su magnífico tratado de cirugía, estudiando las modificaciones de que es susceptible la keloatomía en los casos de adherencias del intestino con el saco, es de la misma opinion que Nélaton i se espresa de la manera siguiente: "Though if the adhesions be very extensive and of old standing, it may sometimes be more prudent to dissect away that portion of the sac which is in connection with them, or even to leave them untouched and the adherent intestine or omentum unreduced rather than to endeavour to separate them." Igualmente participa de tal opinion en casos semejantes, el profesor Chelius (5). P. N. T. Malle, de Strasbourg, opina de la misma manera en su tratado quirúrgico que puede consultarse en la *Enciclopedia de ciencias médicas*.

Tenemos, pues, que la opinion jeneral i mas autorizada está conforme en sus procedimientos operatorios respecto de la keloatomía en el tratamiento de la hernia umbilical simplemente enterocele, cuando se ha estrangulado. Todos convienen en la ventaja i falta de peligros que hai en dejar a descubierto el intestino, i recomiendan tal proceder en casos semejantes. Empero, téngase presente que esto es *solo de un modo relativo* i en casos determinados, siendo la regla jeneral la reduccion, cuando es posible i para ello no hai una séria contraindicacion.

III.

Creemos, pues, inaceptable como regla en la herniotomía tratándose de un simple enterocele, la proposicion sentada i ofrecida a vuestra discusion por el honorable colega doctor Leiya. Ella es ra-

(4) J. Erichsen.—*The science and art of Surgery.*

(5) Chelius.—*Tratado de cirugía.*

cional si se estudia por analogía lo que pasa en el entero-epiplocele; pero es un *procedimiento conocido* desde muy antiguo i aprovechado en determinados casos; i no una *operacion especial*.

¿Qué peligros habria, pregunto yo, en un enterocele reciente; i recientemente estrangulado (24 a 32 horas); en reducir después de desbridar? ¿Se cree que una vez vencida la resistencia, no vendria a sustituir el intestino (caso reciente) por su misma vitalidad; i el movimiento que le imprimen las materias escrementicias i gases que circulan por su interior? Así pasaria sin duda. El peligro verdadero existe cuando el intestino presenta alguna lesion de las ya estudiadas o disposiciones anormales. Aquí, pues, solo en semejante caso tiene cabida como *regla* la proposicion de nuestro honorable colega, i pasa lo que sucede siempre, que la escepcion toma la fuerza de regla en los casos opuestos a la regla jeneral.

Concluiremos, pues, estos breves apuntes sobre la kelo-tomía en el enterocele simple (sin epiplon) sentando las conclusiones siguientes:

1.º La regla jeneral es reducir después de hecho el desbridamiento, ya solo úmbilical, o del cuello del saco tambien; si es ajente de estrangulacion.

2.º La reduccion en tal caso no aumenta los peligros de la operacion.

3.º No se debe reducir cuando el intestino presenta alguna lesion grave de su tejido o tenga fuertes adherencias entre sí (las dos asas); o con el saco herniario o su cuello. Solo se debe desbridar el ajente o ajentes de estrangulacion con la mayor precaucion.

4.º La esposicion al aire de una asa intestinal no ofrece peligro inminente i aun puede hacerse sin temor.

5.º La curacion consecutiva debe ser simple i dejando abierta la herida cuando no se reduce el intestino.

6.º Debe curarse por adherencia cuando se hace la reduccion.

Tales son, señores, nuestras convicciones i la opinion mas jeneralmente aceptada sobre este punto de cirujía operatoria.

Aceptamos, pues, la idea de J. L. Petit perfectamente estudiada i recordada por nuestro honorable profesor doctor Leiva, como un procedimiento especial, i aguardamos ponerlo siempre en práctica cuando se presente un caso *ad hoc*, sobre todo después de conocer el nuevo curso práctico relatado en las observaciones que os han sido leidas i que comento: ello nos da una esperanza mas para el porvenir en la peligrosísima operacion de la kelo-tomía.