

355 1.
Sierra Mendoza, Lucas



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Contribucion al estudio de la cirugía abdominal.
Laparotomía exploradora.

Las afecciones quirúrgicas de los órganos contenidos en la cavidad abdominal se presentan a la observación del práctico rodeadas de tal número de síntomas vagos i difíciles de apreciar, que el diagnóstico ha llegado a hacerse imposible en algunos casos aun a cirujanos tan hábiles como Nelaton, Pean, Lawson Tait, Spencer Wells ect. En presencia de tales dificultades, señores, fácilmente se concibe que la abertura de esta gran cavidad haya llegado a imponerse como un medio explorador hasta a los menos atrevidos en el arte de la cirugía. Por otra parte, los progresos ^{recientes} de la medicina, que han venido a dar en estos últimos años una

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

precisión rigurosamente matemática a gran número de operaciones ^{2.}
consideradas hasta hace poco como crímenes quirúrgicos hacen hoy
día de la laparotomía exploradora una operación perfecta-
mente justificada.

Analizar este nuevo medio de diagnóstico, demasiado aban-
donado entre nosotros, refiriéndome a algunos casos de neoplasmas
abdominales que he tenido ocasión de observar he ahí el tema
de mi memoria.

Para mayor claridad en la exposición dividiré este
estudio en los siguientes capítulos:

- 1.º Definición i división. - Historia.
- 2.º Indicaciones i ventajas
- 3.º Técnica operatoria
- 4.º Accidentes: a. - durante la operación b. - consecutivos a ella.
- 5.º Contraindicaciones
- 6.º Resultados. Estadística.
- 7.º ¿ Es preferible como medio de diagnóstico la incisión es-



Exploradora a la punción.

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Definición. La laparotomía es una palabra de origen griego; indica sección o incisión del flanco, vacío (entre) o de las partes blandas colocadas por debajo de las costillas (Ashurst). La laparotomía exploradora es pues la incisión pura y simple de las paredes del abdomen con el objeto de llegar a formular un diagnóstico. He preferido la palabra laparotomía a las de incisión exploradora por tener la ventaja de recordar siquiera que la operación se practica en el abdomen; le hago seguir el calificativo exploradora y no el de diagnóstica que prefieren los ingleses y americanos del norte. Para no prejugarse nada, pues como veremos en el curso de este análisis no siempre se llega al diagnóstico a pesar de la laparotomía.

Toda tentativa incompleta de esterificación hecha en el curso de la laparotomía exploradora sale del cuadro de esta operación. Esto

es de una importancia capital pues es demasiado subido, e insistiremos todavía en el capítulo VI, cuán graves son las operaciones incompletas. Además, como dice ^{Verrier} Gaillard Thomas, la laparotomía exploradora es tanto más peligrosa cuanto más lejos se lleva el trauma mismo quirúrgico.

Historia. Empleada accidentalmente a principios del siglo por errores de diagnósticos, no fue seriamente recomendada sino en 1842 i 1844.

Valve fue el primero, según Peaslee, que la formuló netamente el año 42. Permitía la introducción solo de uno o dos dedos, parece que se proponía únicamente reconocer si había adherencias las cuales contraindicaban casi en absoluto la operación.

Phillips i después W. Atlee en 1844 la recomendaron con entusiasmo.

Los cirujanos americanos la practicaron a juicio de Koerberlé con mas frecuencia de lo que convenia. Hicieron notar sus ventajas al mismo tiempo que demostraron sus pocos peligros.

Cuando se la practica con discernimiento.

Los ingleses han empleado con mas frecuencia la laparotomia exploradora. Bird, Baker-Brown, Rawson, Felt, Spencer Wells. ect.

Los alemanes han sido muchos mas reservados; el profesor Oehausen en su estadística publicada en 1873 señala un número bien restringido de observaciones.

En Francia hai tambien un número relativamente exeso. Pean cuenta 4 casos, Ferrier 1, Ferrillon 3; pero en estos dos últimos años se han practicado en grande ^{escala} ~~número~~ Champouvière, Ferrillon, Micaise, Monod.

Entre nosotros no sé que alguien la haya practicado antes que el profesor Barros B.; por lo menos a mi no me ha sido posible averiguarlo, por lo que me creo autorizado, salvo las reservas del caso, a sostener que ha sido el citado profesor su verdadero introductor.

II.

Indicaciones. - En un analisis como este en que tratamos de la incision pura i simple de la cavidad abdominal con el objeto de llegar a formular un diagnostico, se hace sumamente difícil deslindar con precision las circunstancias en que debe practicarse. Lo sostengo con Ferrillon que no ha habido cirujano alguno que haya practicado jamas la laparotomia exploradora sin llevar previamente la resolucion de operar radicalmente, si las coneciones del neoplasma lo permiten. Asi se confunden pues las indicaciones de la lap. expl. con las de la gastrotomia en jeneral.

Hai un hecho sobre el que queremos llamar la atencion i es que en la inmensa mayoria de los casos han sido afecciones del aparato genital de la mujer (quistes, del ovario, canceres ect.) las que han requerido esta operacion i todavia, que en todos aquellos casos en que la intervencion quirúrfica estaba indicada ha sido sólo la lap. expl. la que ha permitido ampliar o restrin-

7.
fir esa intervencion.

Por lo que hace a nosotros, no vacilaríamos en abrir el abdomen siempre que el examen atento i concienzudo del enfermo nos hiciera concebir esperanzas de emprender una operacion mas radical.

Ventajas. — Permite emprender operaciones que antes de la lap. ~~inferior~~ cepl. parecian impracticables; restringe algunas que la audacia del cirujano o el atrevimiento del enfermo juzgaban posibles. Es innumerable dice Ferrillon, el numero de pacientes que han beneficiado estas circunstancias.

Gaillard Thomas, hablando de las afecciones de los trompas i ovarios dice (Medical News. Dic. 11/86) que no sabe de que modo especial pueda contribuir la lap. cepl. a la mejoría local i jeneral del enfermo.

Nuestra observacion por lo demas, corrobora de una manera palpable la opinion casi unanime de los autores a este respecto.

III.



Técnica Operativa. Nuestros antepasados consideraban mortales en la inmensa mayoría de los casos los traumatismos (quirúrgicos o no) que comprometían el peritoneo. Hoy día subsiste aun este gravísimo pronóstico, sólo que la experiencia moderna ha llegado a demostrar en qué consiste y ha enseñado el modo de evitarlo cuando la lesión se halla desde el primer momento bajo nuestros dominios, como sucede en la abertura quirúrgica del abdomen (Cardenal). Tal es uno de los más grandes pasos realizados por la cirugía contemporánea.

Profundamente convencidos como estamos que merced sólo a la antisepsis ha llegado a hacerse aceptable esta operación permitáseme insistir un momento en los rigurosos preceptos con que se la debe practicar, ya que el éxito depende mucho menos de la habilidad del operador que de la escrupulosidad, perfección y rigorismo asepticos hasta de las más insignificantes operaciones.

9.
Preparación del enfermo. - Debe desinfectarse escrupulosamente todo el abdomen i partes adyacentes. Hai quienes recomiendan los baños generales, aconsejando también un purgante uno o dos dias antes de la operación, una lavativa el mismo dia i abundantes inyecciones vaginales en la mujer. En ayunas naturalmente para la cloroformización, no deberá tomar alimentos sino 4 8hs. despues de practicada.

Mesa i local de operación. - Puede practicarse en cualquier mesa sólida, estrecha i perfectamente limpia; es muy cómoda la de Pean. - La pieza destinada a la operación deberá ser bien ventilada i absolutamente desinfectada con lociones de sublimado o pulverizaciones fenicadas. La temperatura no debe ser inferior a 22° , 25° C.

Materiales e instrumentos. - Varían según el operador pudiendo reducirse por lo general a seda i catgut antisépticos para ligaduras i suturas, esponjas grandes i finas, franela o algodón gasa antiséptica i vendas. La seda i catgut deberán ser objeto de la más escru-

piérola alencion. El cirujano personalmente o un ayudante de su entera confianza les hervirá durante media o una hora en una cápsula de porcelana con evolución fencada al 5/100.

Como instrumentos un bisturi, sonda acanalada, reparadores, pinzas de Pean o Spencer Wells, un par de tijeras rectas o curvas, agujas para suturar, pinzas de Duplay para llevar esponjas hasta las partes apartadas de la cavidad peritoneal; tales son los mas útiles.

La nube fencada o el spray tiende a ser abandonada hoi dia podria facilitar todavia el enfriamiento del enfermo.

Mammal operatorio. - El cirujano se colocará donde quede con mayores ventajas para obrar con entera libertad. Se utilizará para hacer la incision (siempre que sea posible) la linea blanca tratando de conservar intactas las vainas de los musculos rectos del abdomen lo que no es difícil sobre todo en las multiparas.

Por lo demas, he aqui como se procedio en el caso que es objeto de mi tesis.

Laparotomía exploradora. - Cáncer inoperable - Curación por primera intención. - Alivio notable en la marcha i síntomas del neoplasma.

El Sr. Guerra es un individuo de 32 años de edad, soltero, trabajador al día, natural de Chwapa, que entra el 23 de Set./86 al servicio del profesor Barros B a ocupar la cama N° 3 de S. José.

Tiene antecedentes sifilíticos manifiestos; en la campaña al Norte padeció de fiebre intermitente durante dos años; fue atacado de escorbuto en esa misma época junto con varios de sus camaradas i ha padecido de disenteria crónica que solo ha curado radicalmente hace poco. - Se presenta con el conjunto de síntomas propios de los abscesos hepáticos (es decir fiebre, vómitos, tumefacción, dolor ect.) i refiere que un médico del hospital le ha extraído pus. ?? Diversas punciones exploradoras, hechas primero con seringa de Pravaz i luego con el aparato de Potain dieron un resultado absolutamente negativo.

Síntomas objetivos. Presenta una tumefacción que, ocupando

la mayor parte del hipocondrio derecho se avanza un poco a la izquierda de la línea media, llega por abajo hasta unos 3 centim. por encima del ombligo, por arriba forma cuerpo con el hígado; es irregularmente triangular, de vértice vuelto a la izquierda i un poco abajo; su consistencia es dura sin presentar abolladuras manifiestas. El dolor que es espontáneo i se exacerba por la presión existe solo en algunos puntos que no son fijos, varían de un día a otro. El estado general es relativamente satisfactorio. En vista de lo ya expuesto e invitado por el mismo enfermo, nuestro profesor procedió a practicar la laparotomía exploradora el día

9 de Octubre de 1886. En medio de la antisepsis mas rigurosa mantenida por un poderoso pulverizador Champouñière en una sala a temperatura no inferior de 23°C . i colocado a la derecha del enfermo procedió a hacer una incision de 12 a 15 centim. en el borde derecho del tumor, seccionó cuidadosamente capa por capa hasta llegar al peritoneo i una vez cerciorado de que

no había la menor hemorragia, abrió la serosa. Se levantaron sus bordes de tal manera que impidieran la caída de sangre a su cavidad. D. Barros B. introdujo en seguida los dedos índice i medio de la mano derecha, reconoció i vimos nosotros el borde ant. inf. del hígado i comprobó un tumor duro, de consistencia igual que formaba cuerpo con el hígado, adhería fuertemente a la pared ant. del abdomen, al mesenterio trasverso i talvez al pílora: en consecuencia "absolutamente inoperable".

El enfermo tuvo vómitos biliosos durante la operación que al fin se hicieron libremente sanguinolentos, en exámenes microscópicos nada reveló. — La herida fue suturada i curada antisépticamente; se la cubrió con bastante algodón.

A las 7 P. M. de ese día se le hizo una inyección de morfina. — Vómitos i hipo tuvo el enfermo durante 4 días; cesaron al fin al éter i morfina.

Al día 18 se quitaron los puntos de sutura; la herida había cicatrizado perfectamente. La mejoría inmediata no fue

brío manifiesta; no obstante pudo salir de alta el día 22 del mismo mes. En Febrero i Marzo del 87 lo observaron dos colegas i me aseguran que en estado local i jeneral ha mejorado notablemente.

IV.

Accidentes. — a. — durante la operacion. — No son de grande importancia i nos limitaremos simplemente a enumerarlos. Abertura de gruesas venas (S. Wells.); ruptura de la vejiga (Keasele); vómitos (Barros B.) adrepeios del bielo, ruro de metilena por S. Wells; cuerpos extraños olvidados en la cavidad abdominal. Existen en la literatura quirúrgica no menos de 30 observaciones de esta especie. No es difícil evitar este olvido si se presta la debida atención.

b. — consecutivos a ella. Son de muchísimo mas interés. Mencionaremos las hemorragias capilares; los cuerpos extraños i todas las complicaciones a que puedan dar lugar; la

15

peritonitis, el peritonismo (Gubler) el agotamiento nervioso i el shock operatorio; no hablare de las complicaciones comunes a todas las heridas.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Contraindicaciones. - Dificiles de exponer en terminos generales. Cada cirujano puede tener sus ideas propias a este respecto. Entre la temeraria audacia del nipo Alexander que lamentaba no hubiera mas organos en la cavidad abdominal para dominarlos al filo de su bisturi i la opinion de los mas reservados, existe un prudente termino medio que me parece ha sido muy bien observado por los cirujanos franceses. Con todo, debilitamiento estremado del enfermo i accitis enorme con tendencia a reproducirse frecuentemente, contraindican en absoluto la lap. espl.

VI.

Resultados. - La estadística de Ferrillon da 39 muertes en 179 casos o sea un 79/100 de éxitos. Lawson Tait

cuenta 2 muertos en 94 operaciones i Oelhausen da aun resultados mas satisfactorios.

La lap. escl. es tanto mas grave cuanto mas maligno es el tumor que la ha reclamado; esto se colije de las estadísticas i aserciones de casi todos los autores. Sin embargo ni hai un solo caso bien probado en que la lap. escl. practicada según los rigurosos principios de la cirugía moderna, haya apresurado el desenlace fatal de algun enfermo.

Es muy digno de considerarse para atenuar los peligros que se atribuyen a la lap. escl., que esta operación es practicada por lo regular solo en casos graves por sí mismos i en último recurso como si dijéramos a la desesperada, aumentando de este modo voluntariamente las probabilidades de muerte. Sabido es con que honor es mirada la cirugía del abdomen apostrofada por al-

grupos de "cirujía abominable." - Repetimos que la lap.
17
expl. debe practicarse tan pronto como el cirujano, va-
cilandose acerca de la naturaleza i relaciones de la afección
abdominal juzga que necesitará ilustrarse mas amplia-
mente antes de emprender una operación radical.

VIII.

La lap. expl. no es menos peligrosa que la
función pero da mas luces para el diagnóstico (Férrillon)
Tal es la opinión mas acertada a este respecto. Sinem-
bargo para que se vea hasta qué punto ha llegado a ha-
cerse invasiva citaremos algunos autores que sostienen
que la lap. expl. es menos peligrosa que la función. Des-
de luego R. Faît, que ha practicado cientos de laparotomías dice que la función es harto mas perjudicial
que útil. Palmer, Engelman, Stilling ect. opinan de
un modo idéntico.

Conclusiones. 1.^a La lap. extl. es una operacion que se practica mucho mas frecuentemente (casi se diria exclusivamente) en la mujer que en el hombre.

2.^a Como medio de diagnostico es preferible a la puncion (sobre todo en quistes multiloculares del ovario R. ^{R.} Fait) aunque es un poco mas peligrosa que ésta.

3.^a Practicada en las condiciones ordinarias que hemos indicado hai un 80/100 de probabilidades de éxito.

4.^a Cuando se la practica a tiempo i con el menor traumatismo quirurjico posible se cuenta con mas de un 95 por 100 de probabilidades en nuestro favor.

5.^a Está llamada a prestar los mas señalados servicios en el tratamiento operatorio de los neoplasmas abdominales.

Santiago, Nov. 1877.

R. Sierra

