

ALGUNAS CONSIDERACIONES CON MOTIVO DE DOS MIL CIENTO CUARENTA Y SEIS APENDICECTOMIAS. — TÉCNICA EMPLEADA (1).

Por el Prof. *Manuel José Luque*. Bogotá. Colombia.

En las columnas de la Revista de la Facultad de Medicina, que-remos presentar hoy, a los discípulos, una técnica para la apendicectomía que, si extraordinariamente difundida en todo el país, no la hemos hallado descrita en parte alguna, ni ha sido sistematizada u ordenada como el procedimiento lo merece, al menos que nosotros sepamos (1).

Ello se explica fácilmente. La extraordinaria sencillez, su facilidad de realización, quizás han sido los motivos para no darle la importancia a que es acreedora. Posiblemente también, eran indispensables los resultados del tiempo, la comparación con otros procedimientos más recientes, o el respaldo de una documentada y numerosa estadística para aceptarla o rechazarla.

Dos mil ciento cuarenta y seis apendicectomías llevadas a cabo por nosotros con esa técnica, sin una sola defunción imputable a ella, nos hacen hablar para recomendarla. ¿Quién es el autor? No sabríamos decirlo. Solamente podríamos afirmar que desde hace muchos años y en todos los ámbitos de Colombia se emplea; mas, si preguntásemos por su verdadero genitor, las respuestas serían muy desemejantes y muchos cirujanos, como el que escribe estas líneas, no sabríamos de dónde nació, ni en dónde la vimos por la vez primera.

Con el temor natural de lo que carece de respaldo, en el mes de julio del año de 1925, en el hospital de San José de Bogotá, ejecutamos la apendicectomía en esa forma. Los resultados perfectos, hasta donde es posible en el anfractuoso campo quirúrgico, nos llevaron a efectuarla cada vez más frecuentemente. Así fue como en el año mencionado solamente hicimos tres apendicectomías con la técnica que nos proponemos describir y que, lentamente, siempre creciendo el número, de año en año, llegamos a ejecutar en 1943

(1) En reciente publicación, apareció un estudio sobre este mismo tema. El se refiere a apendicectomías ejecutadas muchos años después de la iniciación de los nuestros y no está respaldado con estadística alguna.

doscientos treinta y dos, dando un total en el primer semestre del año siguiente de 2.146.

Para buscar la mayor exactitud posible, hemos querido referirnos exclusivamente a las operaciones efectuadas en el hospital mencionado, con la intencionada exclusión de los demás, por ser allí donde llevamos una detenida, controlable, larga y meticulosa estadística, consultable en el momento que se necesite.

De esta suerte, como puede anotarse en las cifras colocadas a continuación, en los 19 años a que hacemos alusión, lentamente fue ascendiendo el número de operados por ese procedimiento, con la satisfacción de la curación en todos ellos.

<i>Año</i>	<i>Apendicectomías</i>
1925	3
1926	16
1927	30
1928	36
1929	48
1930	67
1931	67
1932	71
1933	100
1934	117
1935	132
1936	133
1937	146
1938	183
1939	111
1940	121
1941	197
1942	190
1943	232
1944 hasta julio	145
Suma	2.146

En la prestigiosa revista "América Clínica" (Nos. 5-6. Volumen 7. Pág. 66) encontramos un artículo intitulado "Cien apendicectomías practicadas con el Método de Wyeth modificado". Estudio que nos incita a recordar nuestra labor y a exponer sus resultados.

El autor del escrito a que hacemos referencia es el doctor Henry Bregenser (Pittsburgh Pa.) que empieza en esta forma:

"El doctor John Allen Wyeth fue el primer cirujano que practicó la apendicectomía previa ligadura con hilo de lino, aplicando

a continuación ácido fénico y restituyendo finalmente el ciego a la cavidad peritoneal”.

Al referirnos a lo que nos sugiere nuestra propia experiencia, la impresión personal que de ella tenemos, es que es francamente deplorable. Sin duda alguna sus partidarios hablarán de estadísticas, de casos felices y de facilidad operatoria. Repito que nuestra experiencia no puede ser peor.

Una enferma de nuestro servicio, mujer joven operada en un todo con el procedimiento de Wyeth, y que sufría de una apendicitis subaguda, falleció casi repentinamente, en el mismo salón del hospital.

Ordenada la autopsia y efectuada ella por el Prof. Juan Pablo Llinás, se hallaron las lesiones de una peritonitis sobre-aguda. Además, se encontró necrosada la base del apéndice seccionado, y el hilo de lino que hacía la lazada, flotando en el líquido que casi llenaba la cavidad peritoneal. Había igualmente, la perforación del ciego en el sitio de implantación del apéndice que habíamos resecaado. Huelga recordar que las materias fecales, líquidas ellas, habían hecho irrupción en el interior del abdomen.

Otro caso: una enferma de regular edad, a quien se hizo una apendicectomía con el método de Allen Wyeth, fue conducida a una clínica de la ciudad para tratarle un síndrome abdominal agudo. Hecha la laparotomía se encontró acodado el colon derecho. La causa de aquella acodadura había sido la adherencia a la pared abdominal, del muñón que queda del apéndice, seccionado en su antigua apendicectomía.

“*Nuestra* modificación al método original de Wyeth consiste en el uso de catgut crómico 1 ó 2 como sustituto del lino; —continúa hablando el doctor Bregenser— en comprimir la base del apéndice con unas pinzas de presión de Kelly, y ligar el extremo proximal al punto de sujeción, a fin de que el área necrosada no se desprenda llevándose la ligadura y dejando, por consiguiente, un orificio peligroso en el muñón; en la aplicación de fenol sobre el muñón, sujetándolo después con pinzas de presión a fin de que la solución pase a través de los tejidos, seguida de otra de alcohol; y por último, en ligar la punta del meso-apéndice, previamente suturada al muñón del apéndice, con la ligadura crómica usada anteriormente en éste”.

La similitud de esta técnica, descrita por el doctor Bregenser, y la usada por nosotros desde el año de 1925, es absolutamente semejante. Siguiendo en el mismo orden de su descripción, hemos creído que serían suficientes nueve tiempos operatorios y, en efecto, hemos representado en nueve dibujos el total de la intervención.

Se puede usar cualquiera de las laparotomías empleadas habi-

tualmente para la apendicectomía, MacBurney, Jalaguier, etc. y una vez efectuada ésta, tenemos:

- Fig. 1—Exteriorización del ciego, tomando el apéndice con una pinza de corazón.
- Fig. 2—Perforando el meso con la aguja, a ras de la implantación apendicular sobre el ciego, se pasa un hilo de catgut crómico N^o 2. La maniobra puede facilitarse tomando al meso con otra pinza de corazón.
- Fig. 3—Con catgut de suficiente longitud, ha de anudarse la base del meso-apéndice, asegurando una hemostasis perfecta. La tijera separa el apéndice de su meso, dejando solamente una pequeña porción adherida a su extremidad libre.
- Fig. 4—Con una pinza de Pean se levanta verticalmente el apéndice tomándolo de la porción de meso que había quedado en su extremidad libre. Con un triturador, o con una pinza de Kelly, o con una simple pinza de Kocher fuerte, se machaca la extremidad adherente del apéndice.
- Fig. 5—Lugar donde debe colocarse la ligadura, también con catgut N^o 2, y que corresponde al sitio machacado.
- Fig. 6—Entre dos pinzas de Kocher, puestas inmediatamente encima de la ligadura del apéndice, se hace la sección apendicular, siguiendo el borde superior de la pinza inferior.
- Fig. 7—Con una sonda acanalada se coloca tintura de yodo fresca en la base del apéndice, sobre la cual hicimos la sección. En seguida con una compresa se enjuga el exceso de tintura que hubiera podido sobrar.
- Fig. 8—Los cuatro cabos (dos que quedaron de la ligadura del meso y dos que atan la base del apéndice) han de servir para asegurar, aún más, las superficies seccionadas. Pero en esta vez invirtiendo su origen así: los hilos que pertenecen al meso del apéndice se anudarán al cuello del muñón apendicular teniendo cuidado de envolverlo con el meso-apéndice. Ahora, los cabos largos que se dejaron cuando se hizo la ligadura del muñón, se anudarán a la base del meso. Con una pinza de cualquier especie, se facilitará la colocación de éste sobre el muñón apendicular.

Fig. 9—Operación terminada.



Fig. N° 1.

Exteriorización del ciego con su apéndice, tomando a este con una pinza de corazón.

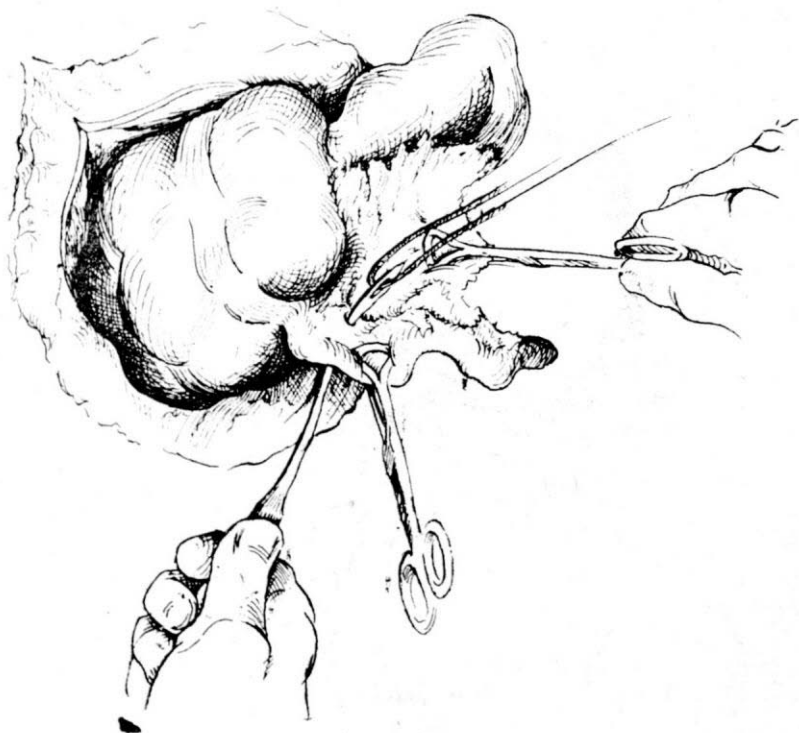


Fig. N^o 2.

Perforando el meso con la aguja a ras de la implantación apendicular sobre el ciego, se pasa un hilo de catgut crómico N^o 2. La maniobra puede facilitarse, tomando el meso con una pinza de corazón.

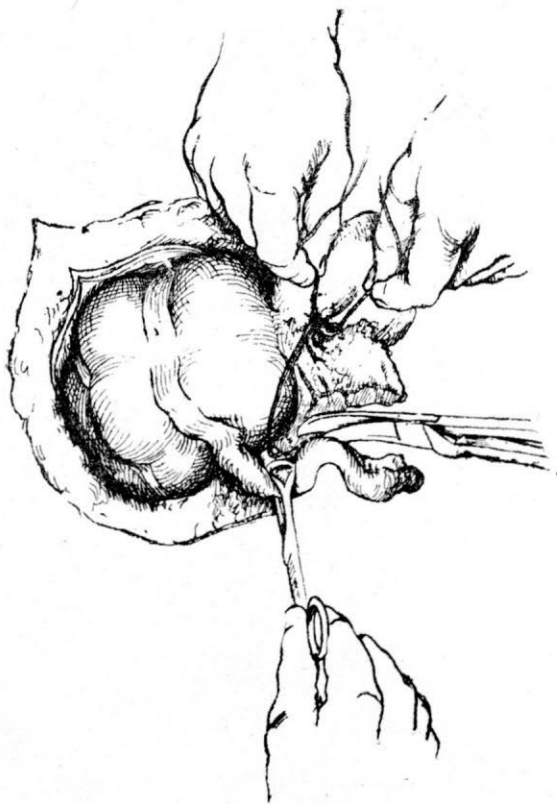


Fig. N^o 3.

Con catgut de suficiente longitud, ha de anudarse la base del meso-apéndice asegurando una hemostasis perfecta. La tijera separa el apéndice de su meso dejando solamente una pequeña porción de este, adherida a la extremidad libre de aquél.

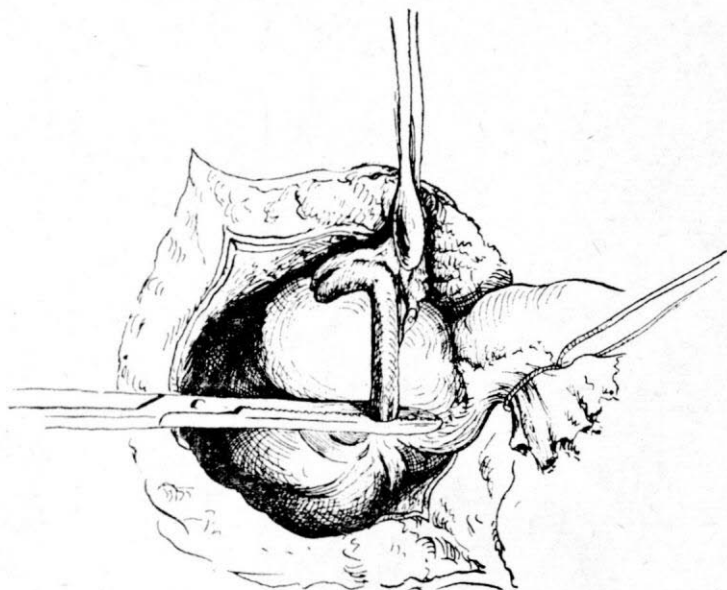


Fig. N° 4.

Con una pinza de Pean se levanta verticalmente el apéndice tomándolo de la porción de meso que se había dejado en su extremidad libre. Con un triturador, o con una pinza de Kelly, o con una simple pinza de Kocher fuerte, machacamos la extremidad adherente del apéndice.

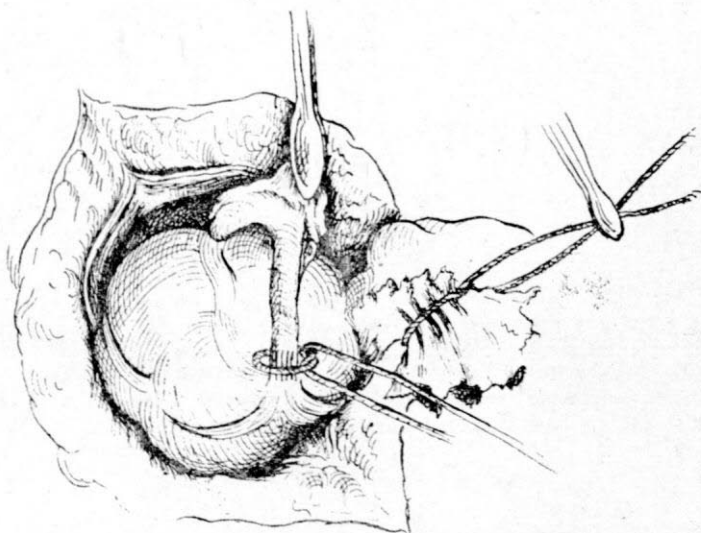


Fig. N° 5.

Lugar donde debe colocarse la ligadura, también con catgut N° 2 y que corresponde al sitio machacado.

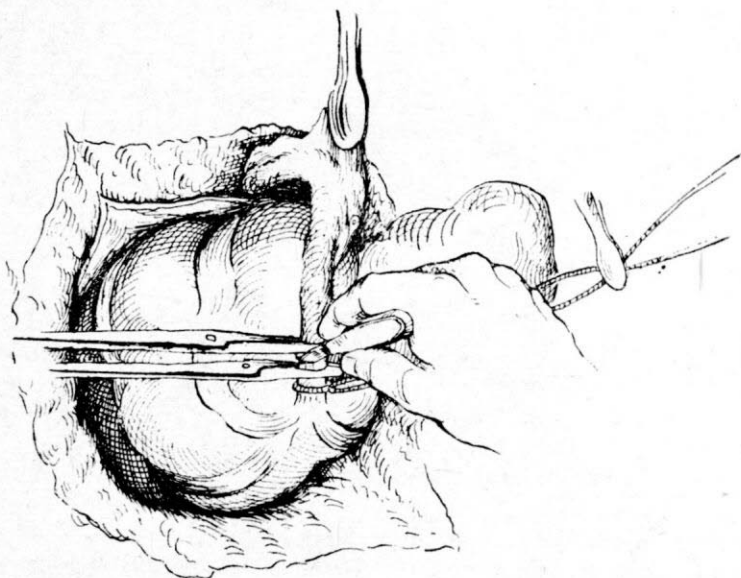


Fig. N° 6

Entre dos pinzas de Kocher, situadas inmediatamente encima de la ligadura del apéndice, se hace la sección apendicular siguiendo el borde superior de la pinza inferior.

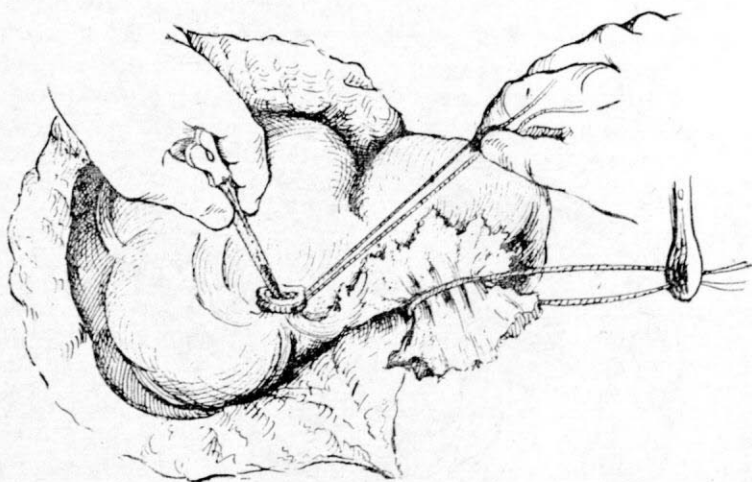


Fig. N° 7.

Con una sonda acanalada se coloca tintura de yodo fresca en la base del apéndice, sobre la cual hicimos la sección. En seguida se enjuga con una compresa el exceso de tintura que pueda sobrar.

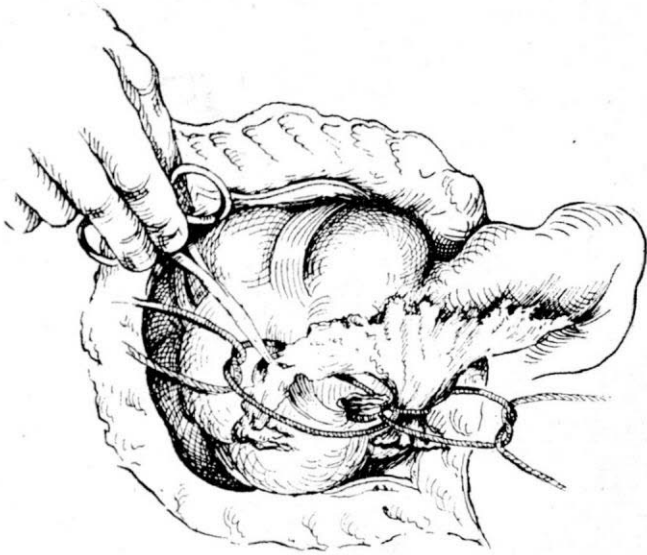


Fig. N° 8.

Los cuatro cabos (dos que quedaron de la ligadura del meso y dos que atan la base del apéndice) han de servir para asegurar, aún más, las superficies seccionadas. Pero en esta vez invirtiendo su origen así: los hilos que pertenecen al meso del apéndice se anudarán al cuello de muñón apendicular teniendo el cuidado de envolverlo con el meso-apéndice. Ahora, los cabos largos que se dejaron cuando se hizo la sutura del muñón, se anudarán a la base del meso. Con una pinza, de cualquier especie, se facilitará la colocación de éste, sobre el muñón del apéndice.

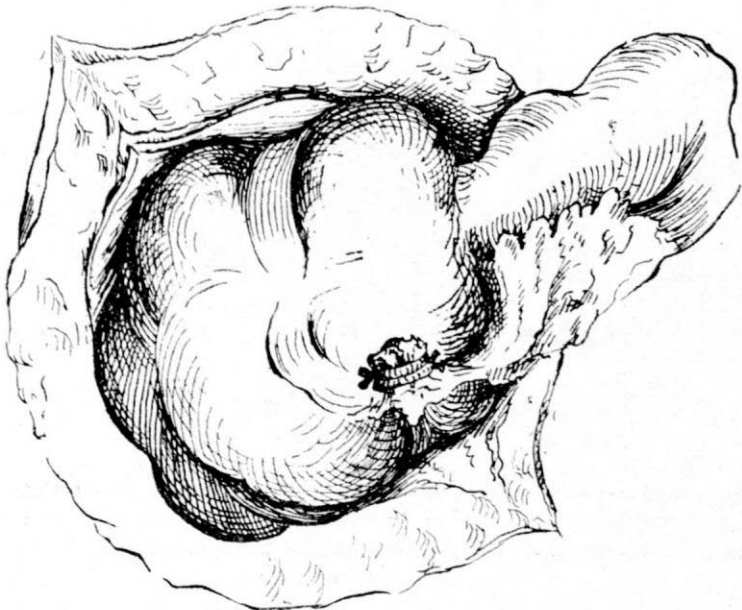


Fig. N° 9.

Operación terminada.

El doctor Bregenser pone "fenol sobre el muñón, sujetándolo después con pinzas de presión a fin de que la solución pase a través de los tejidos, seguida de otra de alcohol".

A nosotros nos ha bastado la tintura de yodo fresca. En las veces que hemos tenido que reoperar un enfermo para cualquiera otra lesión, a quien se había hecho la apendicectomía con esta técnica, hemos encontrado al ciego libre y prendido a su serosa, el meapendicular.

En un 75% de los casos operados por el doctor Bregenser se trataba de apendicitis agudas. Justamente en esas circunstancias aconsejamos no emplear esa técnica. La sola consideración de la fragilidad en las paredes apendiculares en ese proceso, la posibilidad de ruptura con la consiguiente salida de la supuración, contraíndica "comprimir la base del apéndice con unas pinzas de presión de Kelly".

Recordemos la variedad de aspectos que encuentra el cirujano que opera una apendicitis aguda. De esta suerte, una técnica reglada, ordenada, es absolutamente inaplicable en la mayoría de las veces a las modalidades siempre desemejantes que encontramos diariamente. "La cirugía sistematizada no es cirugía noble. Los casos se presentan variados y en más de una ocasión, el cirujano debe conjugar el verbo resolver", escribía un autor francés.

No está en nuestro intento entrar ahora en la discusión de la existencia de la apendicitis crónica, aceptada desde hace muchos años por Roux, Brissaud, etc., y negada en los últimos tiempos principalmente por la escuela americana. Queremos decir únicamente que en el síndrome conocido de todos los facultativos y que denominamos "apendicitis crónica", es donde tiene su especial indicación.

El factor tiempo, empleado en la ejecución de la intervención, accidental para muchos cirujanos, no es de despreciar en nuestro parecer. La operación, en el caso habitual, sin complicaciones, se suele realizar por el especialista entrenado, con relativa facilidad manual, en un lapso de tiempo que no será mayor de diez minutos, y que sí suele ser menor en ocasiones múltiples.

El Prof. Legueu, escribía desde hace largos años: "los traumatismos prolongados predisponen a la infección de dos maneras: entre más larga sea una operación son más numerosas las ocasiones de faltas operatorias y de peligros de contaminación. La longitud de la operación obra provocando el schok, deteniendo los cambios, disminuyendo la fuerza del corazón y del pulso. La resistencia del organismo se aminora, la lucha es desigual y la infección triunfa. He aquí cómo, a igualdad de contaminación, una operación corta no será seguida de ningún accidente, mientras que una operación

larga será seguida de muerte. Esto explica los éxitos obtenidos por ciertos cirujanos muy brillantes antes del período antiséptico: es esto lo que permite todavía hoy no despreciar la habilidad del operador y la rapidez de la intervención”.

Manuel José Luque

SUMARIO

- I.—El Prof. Luque presenta una técnica a sus discípulos de Clínica Quirúrgica, muy difundida en el país y que no ha hallado descrita en parte alguna, desde 1925 año en el cual él la comenzó a practicar, a excepción de recientes publicaciones, una colombiana, “que se refiere a apendicectomías ejecutadas muchos años después de las nuestras y no está respaldado con estadística alguna”; y la otra, norteamericana del doctor Bregenser, y que el autor en la Revista América Clínica presenta como una modificación suya al método original de Wyeth.
- II.—El autor conceptúa que la técnica practicada por él desde hace 20 años es igual en su fundamento a la de Bregenser. Solidifica su trabajo con 2.146 intervenciones solamente practicadas en el Hospital de San José de Bogotá, “donde llevamos una detenida, controlable, larga y metódica estadística, consultable en el momento que se necesite. Por lo tanto, la paternidad del método de Wyeth modificado, es muy difícil de precisar por las razones aducidas.
- Al considerar la técnica original de Wyeth cita dos casos cuya evolución fue francamente deplorable; no es partidario de esta técnica.
- III.—Presenta la técnica por él seguida en 9 tiempos y acompaña su trabajo con nueve nítidos dibujos. Finaliza con un comentario sobre el proceder de Bregenser, pues usó la técnica en 75% de apendicitis agudas, cuando en tal caso estaría contraindicada, pues en la apendicitis crónica, “es donde tiene su especial indicación”.

SUMMARY

- I.—Professor Luque demonstrates to his pupils of Clinical Surgery a technique which —although of widespread use in the country— has not been adequately described since he began to practise it in 1925 except in some recent publications.
- One of these publications —written in Colombia— “refers to appendectomies performed many years later” but is not supported by any statistical data. The other one is the United States production of Dr. Bregenser. The author, in the medical magazine “America Clinica” presents the above mentioned technique as his own modification of the original method of Wyeth.
- II.—Professor Luque claims that the technique which he has practised for 20 years is fundamentally the same as that of Bregenser. He backs up his work with 2,146 operations performed at the “Hospital de San José” of Bogotá “where we keep a careful, exact and strict record of all operations, which may be consulted at any time”. Therefore, it is very difficult to determine the author ship of the modified Wyeth method.

When considering the original Wyeth technique he quotes two cases which were really deplorable; consequently, he is not in favour of this technique.

- III—Dr. Luque demonstrates the technique he has practised—in nine—periods—and accompanies his work with nine sketches. He concludes his survey with a commentary on Bregenser procedure as he applied the latter technique in 75% of the cases of acute appendicitis although such technique was not indicated since it is in the case of chronic appendicitis when it is specially recommended.