37339

Nº 5

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

La Incisión Estrellada de Arce en las Operaciones del Abdomen superior

TESIS

Presentada para optar al titulo de Doctor en Medicina por

Lorenzo Galindez

Expresidente del Circulo Medico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina. Expracticante Mayor Interno del Instituto Modelo de Clinica Medica de la Facultad (por clasificaciones) Expracticante externo é interno(por concurso) del H. San Roque, Exdisector hon. (por concurso) y titular de Anatomia Descriptiva - Ex-ayudante hon. de la Cátedra de Semiologia (1ª) etc.

1918.

Padrino de Tesis

Dr. Luis Agote

Profesor Titular de Clinica Médica y Director

del Instituo Modelo de la Facultad.

A la memoria del Prof. Dr. Baldomero Sommer

A mis Padres

Dr. Carlos Galindez y Delfina Piñero de Galindez

A mis maestros:

Diógenes Decoud

Luis Güemes

A la memoria de mi hermano Carlos

Gregorio Araoz Alfaro

Marcial V. Quiroga

José Arce

A mis hermanos

Al personal del Instituto Modelo.

A mi cuñado Ignacio Colombres Abella

A mis compañeros y amigos; Jorge I del Piano
Carlos P. Waldorp, Milio Fernández Blanco y
Luis Agote Robertson./

A la memoria del Prof. Dr. Baldomero Sommer

A mis maestros:

Diógenes Decoud

Luis Güemes

Gregorio Araoz Alfaro

Marcial V.Quiroga

José Arce

Al personal del Instituto Modelo.

A mis compañeros y amigos; Jorge I del Piano

Carlos P. Waldorp, Milio Fernández Blanco y

Luis Agote Robertson,

Las operaciones en el abdomen superior constituyen sin duda un capítulo moderno é interesante de la cirujía visceral. Las intervenciones sobre estómago, vías biliares, etc., temidas no ha mucho tiempo, hoy son aceptadas por cirujanos y clínicos como tratamiento de elección en numerosas afecciones; aumentando á diario el número de las que son ventajosamente curadas por este procedimiento. Chauffard al referirse á la cirujía de la litiasis biliar dice: "Los hombres de mi generación la han visto nacer y evolucionar, desde el día en que los progresos de la técnica operatoria han hecho posible las audacias de la cirujía visceral".

INCISION ESTRELLADA DE ARCE

Son numerosos los cirujanos que han contribuído en mayor ó menor grado al adelanto de las operaciones del abdomen superior, entre ellos podemos citar: á Kocher, König, Mafio Sims, Lagenbuch, Winiwater, Tuumel, Terrier, Hartman, Tiffier, Lejars, Gosset, Riedel, Kohr, Korte, Mayo Robson, los hermanos Mayo,

Las operaciones en el abdomen superior constituyen sin duda un capitulo moderno é interesante de la cirujia visceral. Las intervenciones sobre estómago, vias biliares, etc., temidas no ha mucho tiempo; hoy son aceptadas por cirujanos y clinicos como tratamiento de elección en numerosas afecciones; aumentando á diario el número de las que son ventajosamente curadas por este procedimiento. Chauffard al referirse á la cirujia de la litiasis biliar dice: "Los hombres de mi generación la han visto nacer y evolucionar, desde el dia en que los progresos de la tecnica operatoria han hecho posible las audacias de la cirujia visceral".

Son numerosos los cirujanos que han contribuido en mayor ó menor grado al adelanto de las operaciones del abdomen superior, entre ellos podemos citar: á Kocher, Konig, Mafio Sims, Lagenbuch, Winiwater, Kummel, Terrier, Hartman, Tiffier, Lejars, Gosset, Riedel, Kohr, Korte, Mayo Robson, los hermanos Mayo,

Moynihan, Sprengel, Kausch, Courvoisier, Roubaix, Czerny, Bevan y entre nosotros el Prof. Arce quien con su procedimiento original de la gastrostomia y ultimamente con su laparotomia estrellada hace honor á la cirujia argentina.

Técnica de la incisión Arce

La incisión cutánea en este procedimiento no difiere en nada de la transversa de Sprengel, paralela á los surcos interpapilares de la piel hace por esta razón la cicatriz más estética. Al llegar á los músculos y aponeurosis del abdomen respeta la función de ellos, no cortando sus fibras, sino que las separa, disociándolas en sentido de su dirección y así tenemos que ella corta primero: la piel en sentido transversal, segundo: el oblicuo mayor se disocia de arriba abajo y de afuera adentro, tercero: el oblicuo menor de arriba abajo y de adentro afuera, cuarto: el transverso y peritoneo transversalmente.

Para facilitar la descripción, podemos dividir la laparotomia de Arce en 5 tiempos fundamentales, estos son:

1° tiempo: Se corta la piel en sentido transversal, partiendo á unos dos traveses de dedo por fuera de la linea media abdominal, alcanzando, á nivel ó un poco por debajo del reborde costal la linea axilar media. Esta incisión se hace á unos dos traveses de dedo por encima del ombligo. En caso que el higado esté muy bajo, se puede hacer la incisión á la altura de su borde anteroinferior, asi como por cualquier necesidad puede prolongarse la herida hacia adentro hasta la linea media, ó hacia afuera, hasta donde sea conveniente. Se secciona conjuntamente que la piel el tejido celular.

2° tiempo: Teniendo á la vista el oblicuo mayor se entreabren sus fibras, que corren de arriba abajo y de afuera adentro, avanzando todo lo más arriba que permita la incisión cutánea y hacia abajo hasta llegar al borde

externo del recto anterior del abdomen.

3° tiempo: Con un separador se lleva hacia abajo el borde inferior de la herida, presentándose entonces á la vista las fibras del oblicuo menor que son igualmente disociadas hasta alcanzar el borde del recto.

4° tiempo: Se incinde transversalmente la hoja anterior de la vaina del recto, desde su borde externo, donde termina la disociación del oblicuo mayor y menor, hasta donde lo permita la abertura cutánea - Con un separador de Farabeuf, se rechaza el recto hacia adentro. En muchos casos es necesario para poder rechazar al recto, seccionar las adherencias de este con su vaina, lo que se hace sin dificultad, dado que estas son generalmente escasas y debiles.

5° tiempo: Se separan las fibras del músculo transverso y se corta transversalmente la hoja posterior de la vaina del recto juntamente con el peritoneo, en un solo plano

Incisiones más comunes en las operaciones de abdomen superior

He resumido en el cuadro adjunto los procedimientos más conocidos, de las incisiones que se practican en las intervenciones del abdomen; clasificándolas según la dirección del corte que se realiza sobre la piel dividiendo cada grupo de ellas en dos sub-grupos, coloco en el primero las que corresponden al abdomen superior y en el segundo las que corresponden al inferior.

Clasificación de las laparotomias

Transversas

Abdomen superior: 1° Sprengel
2° Estrellado de Arce

Abdomen inferior: 1 Pfamenstiel

Verticales

Abdomen superior: 1 Media supra umbilical, 2 Paramediana borde recto, 3 Lateral transmuscular 4, Borde externo recto, 5 Weir tercio externo recto

Abdomen inferior: 1 Media infra umbilical, 2 Paramedianan borde interno del recto, 3 Lateral transmuscular, 4 Lateral de Jallaguier.

Oblicuas Abdomen superior:1 Kocher, 2 Courvoisier

Abdomen inferior:1 Roux,2 Mac Burney

Mixtas Abdomen superior:1 Bayoneta de Kehr,2 Incisiones angulares (Czerny, Lagenbuch, Kehr modificada, Mayo Robson),3 Ondulada de Bevan

La incisión transversa de Sprengel reune ciertas condiciones anatómicas y fisiológicas no seccionando los vasos y nervios; facilita la cicatrisación cutánea dado que la incisión es paralela á los surcos interpapilares de la piel y por tanto la cicatriz resultante es bastante estética; facilita el último tiempo de la operación, es decir la reconstrucción de la pared; pero esta incisión no respeta los músculos, pues ella corta el recto anterior del abdomen, el grande y pequeño oblicuo.

La incisión vertical media supra umbilical propuesta por Löbker y Delagenière, era empleada antes de la posición en decúbito dorsal con lordosis dorso lumbar, tenia entonces sus ventajas. Pero la modificación de la posición

del enfermo, posición aceptada como conve-
niente y necesaria por todos los cirujanos
modernos, dificulta las maniobras operato-
rias con esta incisión, porque estando la
pared extendida al maximun se separán los
puntos de inserción superiores é inferiores
de los músculos y aponeurosis de la pared
antero lateral del abdomen, no permitiendo
abrir los labios de la herida en la forma
que es necesario. Solo ella puede ser em-
pleada cuando las intervenciones se redu-
cen á vesicula; mínimo el cirujano se verá
con la necesidad, para obtener un buen cam-
po de acceso, ya sea; hacer la incisión muy
larga, lo que no deja de tener sus inconve-
nientes, ó agregarle una transversal ú obli-
cua.

Las verticales paramedianas, lateral trans
muscular, al nivel del borde externo del rec-
to, y separando el recto (como propone Weir)
sin cortar sus fibras tal cual se hace en el Jalla
guier en abdomen inferior; presentan dificul-

tades enormes en el momentoen que se efectua la sutura del plano más profundo. Los tejidos que se pretenden aproximarse son desgarrados por la aguja y el hilo en forma tal, que una vez terminada la sutura, en vez de ser uniforme el plano realizado, es irregular, criboso, haciendo hernia á traves de sus orificios el epiplón. Para realizar esta sutura en las verticales es necesario llevar al enfermo á la flexión forzada, levantando la cabeza y los pies sobre la horizontal, la anestesia debe ser profunda; y á pesar de todo la sutura de la hoja posterior del recto es dificil, muy á menudo se desgarran sus tejidos. Es que la hoja posteriorde la vaina del recto, está formada por fibrilas transversales, adosadas paralelamente unas á otras, que dependen del transverso yde la ojuela posterior del oblicuo menor; fibrillas que han sido cortadas transversalmente y que por su tonicidady elasticidad se retraeh, entreabriendo la herida y haciendo que los bordes del plano profundo

en el momento de la sutura, dado que la aguja y el hilo, los cargan y traccionan en sentido transversal ó sea paralelamente á las fibras seccionadas, se desgarrancon suma facilidad; si á esto se agrega que el enfermo sea obeso , vamos cuantos serios inconvenientes tiene estos procedimientos.

Las incisiones obliquas paralelas al reborde costal de Kocher, exponenmejor al hígado que las verticales, pero limitan la exploración y acceso á los canales biliares profundos; además necesitan á menudo tratamiento post operatorio, sobre todo en los casos en que se ha dejado drenaje, pues la herida tiene tendencia á producir hernia, como muy bien lo hace notar Keon. Para evitar esto s e puede hacer el drenje por detrás, como lo hace Morison, con buen resultado, ~~pero~~ esto es complicar mucho la técnica.Courvoissier para explorarsin dificutad la región sub hepática,la realiza á nivel del borde anterior del hígado, pero con esto no salva los otros inconvenien-

tes.

Entre los procedimientos mixtos, el más conocido es el de Kehr ó en bayoneta, es una incisión que como ha dicho muy bien Arce (Sintesis á propósito de las ideas que deben regir el tratamiento quirúrgico en la ltiasis biliar 1909-)es muy cómoda; pero innecesaria y que muy á menudo obliga á la restauración de la eventración consecutiva. Tan es así, que el mismo Kehr últimamente modifica su incisión primitiva y la hace en ángulo recto, en la forma siguiente:una rama vertical y mediana que se extiende del apendice xifoides hasta un punto equidistante entre este y el ombligo, de allí parte una horizontal en angulo recto, que llega hasta el reborde externo del recto derecho. La ondulada en S de Bevan, las angulares de Mayo Robson, son también incisiones extensas, en que la restauración de los tejidos lesionados no es siempre perfecta.

Ventajas é inconvenientes con la incisión Estrellada de Arce.

La incisión de Arce respeta los planos superficiales (piel y tejido celular) en igual forma que lo hace la de Sprengel y respeta los planos profundos, cosa que no hace ninguna otra incisión; ella no corta el recto del abdomen sino que lo rechaza, ella no lesiona el oblicuo mayor, menor y transverso, sino que los disocia.

La reconstrucción de los planos profundos en los otros métodos, exceptuando el de Sprengel es una tarea difícil;con la de Arce se sutura el peritoneo,transverso y hoja posterior de la vaina del recto en un solo plano, en forma ideal

En las incisiones verticales ya hemos visto que la aguja y el hilo, desgarran con cierta frecuencia, los tejidos que se pretenden aproximar, en tal forma que el plano resultante despues de la sutura tiene el aspecto de una criba irregular, atraves de cuyos orificios hace hernia el epiplón. Otras veces las des

garraduras imposibilitan cerrar la herida por planos, viendose el cirujano obligado á reunir en una sola sutura toda la pared abdominal, exceptuando la piel. En cambio, en la incisión de Arce no se ha presentado nunca esta dificultad, a pesar del espesor considerable de la pared de algunas operadas. Terminada la operación, con el procedimiento de Arce, los bordes de la herida hecha á nivel del peritoneo, transverso, oblicuo menor y mayor, no tienen tendencia á separarse, cosa que ocurre en las incisiones verticales, sino que ~~xxxx~~ en ella hay más bien tendencia á unirse, facilitando enormemente la sutura. La posibilidad de eventraciones puede descartarse en absoluto, tan comunes en los procedimientos de Kocher y de Kehr; esta ventaja es debida á que la dirección de las fibras de los tres planos musculares atravesados es distinta, la herida en su conjunto en vez de ser lineal como en los otros métodos, resulta estrellada, entrecruzándose los distintos trazados en un punto,

que con el autor del procedimiento podemos decir que es virtual; ademas en las distintas suturas los tejidos son cargados y traccionados perpendicularmente á sus fibras, disociadas (no seccionadas) resistiendo perfectamente y dando lugar á una cicatriz simple.

El drenaje de las vias biliares en caso necesario se hace con suma facilidad, por esta incisión, que dá un declive bastante pronunciado hacia el flanco derecho, cosa que no sucede en los otros procedimientos mencionados.

Se ha formulado como principal inconveniente de este método, en las operaciones sobre vias biliares en que no se puede exteriorizar ampliamente el higado, viendose obligado el cirujano á trabajar dentro del vientre y algunas veces á una profundidad relativamente incómoda. Esto unicamente en lo que se refiere á la ligadura del cistico y cistica, pués la decolación de la vesicula de su lecho no ofrece dificultad. Esta pequeña desventaja está compensada con creces con las ventajas

anteriormente enumeradas, y si es cierto que se opera con mayor facilidad exteriorizando el higado, tambien es cierto que las desgarraduras en estas maniobras son muy frecuentes, asi como también el traumatismo que sufre el lóbulo derecho por la compresión prolongada que exige la operación.

Operaciones que se pueden practicar con la incisión de Arce

En el hipocondrio derecho se pueden practicar las diferentes operaciones de vias biliares, quistes y abscesos de cara superior é inferior del higado, intervenir sobre piloro y duodeno, y en caso necesario hacer una gastro-enterostomia y apendicectomia; del lado izquierdo se puede intervenir sobre el bazo; asi con este procedimiento el Dr. Arce ha realizado una esplenectomia con excelente resultado.

OBSERVACION N° 1

Instituto Modelo de Clinica Medica de la Universidad

Director Prof. Luis Agote

Sala Montes de Oca

Jefe de clinica Dr. Merlo

N°de Registro 2598 N°de Cama 3

Nombre Aristides L. Edad 52 años, casado relojero. Diagnóstico Colecistitis subaguda con obstrucción del colédoco. Entrada Mayo 29-1918. Salida Julio 30-1918.

Antecedentes hereditarios: Padres fallecidos, ignora causa, 4 hermanos vivos y sanos.

Antecedentes personales: Tifoidea á los 5 ó 6 años, niega venereas. No es alcoholista, bebe vino con moderación en las comidas Casado hace 29 años, tiene 6 hijos sanos.2 fallecidos á los 6 meses ignorando la causa la esposa ha tenido dos abortos. Hace 9 años una litiasis biliar.

Enfermedad actual: El 14 del mes de Abril á la 1 a. m. sufrió subitamente un dolor en la región vesicular; atendida por un facultativo practió la medicación indicada. El dolor se irradiaba en forma de cinturon. El enfermo cree haber bajado como 12 kilos de peso. Dàòor en el hipocondrio derecho durante 4 dias se hizo inyecciones de morfina, se puso verde y las materias fecales macillosas, lo pusieron á regimen lacteo, agua de Vichy y bolsa de hielo en el vientre, regimen que se prescribió despues de un purgante de aceite de ricino y calomel

Estado actual: Hombre de mediana talla, obeso, tinte amarillo de la piel. Tejido celular grasoso, abundante, músculos reducidos. Buen esqueleto. Cabeza: ligera calvicie, varicosidades en los pómulos. Cuello: corto con pequeños ganglios indoloros. Torax: regularmente constituido, respiración costo abdominal con predominio costal, la base de-

recha está más abombada que la opuesta, vibraciones conservadas en ambos pulmones, con ligero aumento derecho, á la percusión sonoridad menor base derecha, resto normal, auscultación murmullo vesicular disminuido en el lado derecho, con inspiración ruda y espiración prolongada. Aparato circulatorio: pulso 75 por minuto, igual, ritmico, buena tensión, aorta no se vé ni se palpa en la fosa supra esternal. Corazón area normal exageración de segundo tono en todos los focos/ Aparato digestivo: lengua húmeda, ligeramente saburral, mala higiene bucal, fauces libres, en exófago no hay perturbaciones funcionales. Abdomen: vientre flácido, indoloro á la palpación, salvo en el cuadrante superior derecho, donde se constata dolor á la presión en la zona pancreático-coledociana de Chauffard y en la intersección de la bicectriz del cuadrante con el borde inferior del higado. Higado: Borde superior nivel 6 costilla. Inferior sobrepasa 4 traveses de

dedos por debajo de las falsas costillas. Bazo: se palpa con facilidad. Sistema nervioso normal.

Sección cirujia: Fecha de la operación 28 Julio 1918. Operador Prof. Arce. Anestesia Cloroformo 25 gr. Eter 105. Tecnica: Laparotomia Estrellada - Pericolecistitis intensa adherencias al epiplón y ángulo cólico derecho que se desprenden con dificultad, cálculos enclavados en el colédoco, en la vesicula no hay cálculos, colecistectomia de fondo á cuello, la vesicula se desgarra, pues las paredes son friables. Terminado el aislamiento de la vesicula y abierta y vaciada de su contenido (bilis) se la secciona al nivel del cuello y cistica siguiendo el cistico dilatado y adosado en un trayecto de 3 cm. al hepático que llega al colédoco que se secciona. Despues de algunas tentativas dificultadas por el adosamiento hepato-cistico y de de agrandar la coledocotomia rechazando el duodeno, se consigue explorar

el hepático donde hay un gran cálculo. Seccionando el tabique hepato-cistico se extraen 3 grandes cálculos, se sondan y se encuentran libres las ramas derecha é izquierda del hepatico asi como el colédoco hasta el intestino Sonda de Nelaton en el hepático fijado con un punto de catgut, drenaje de cauchu enchufado en la sonda Nelaton. Cierre del vientreen 3 planos. Piel con crin. Post-operatorio: Protoclisis Murphy con adrenalina. Este enfermo hizo despues una congestión de ambas bases, luego se produjo una oclusion del drenaje del hepático, esta oclusión se refirió á una constricción por el catgut de fijación por lo que se resuelve drenar la bilis por el tubo exterior. Julio 30 Curados sus pulmones, la bilis corre al intestino, el drenaje suprimido, se dá de alta al enfermo curado.

OBERVACION N° 2

Instituto Modelo de Clinica Medica de la Universidad

Director Prof. Luis Agote

Sala Bosch

Jefe de clinica Dr. Novaro

Historia clinica

N°de Registro 2705 N°de Cama 5

Nombre P. N. de M. Nacionalidad espñ.

Edad 30 años Estado casada.

Fecha de entrada Agosto 6-1918.

Salida Septiembre 19-1918. Curada.

Antecedentes hereditarios: Padres vivos. y sanos. Tiene 4 hermanos sanos, 5 muertos ignorando la causa - La madre tuvo un aborto.

Antecedentes personales: Alos 16 años estuvo 6 meses enferma con fiebre - Reglé a los 17 años, dolorosas, escasas. Casó a los 23 años habiendo tenido un aborto de 2 meses. No tiene hijos. Des-

pués del aborto sentia un dolor en la parte infero izquierdo del abdomen, dolor contínuo y muy molesto, teniendo ademas flujo - Un facultativo le efectuó una cura en la matriz, mejorando bastante.

Enfermedad actual: Hace 8 meses tuvo la enferma un dolor muy fuerte en el hipocondrio derecho, que se irradiaba á la región lumbar de ambos lados, epigastrio, espaldas, etc., Tuvo ademas chucos y fiebres durante los dolores por espacio de un mes - Su piel se puso de un color verdoso, sus orinas se cargaron y las materias fecales tenian un color amarillento. Desde esa fecha ha quedado con dolores en el hipocondrio derecho, epigastrio, riñones y espaldas.

Desde hace unos años sufre cefaleas que aumentan por las tardes - El médico que la asistia le dijo que tenia una afección del higado.

Estado actual: (Agost. 17) Mujer bien desarrollada, buen esqueleto, estatura mediana, piel morena, no hay deformaciones oseas, ni edemas en las extremidades. Cabeza: Crameo y cara simétricos, pómulos rosados. Ojos: pupilas iguales, reaccionan á la luz y á la acomodación. No hay nistagmus. Boca: lengua humeda, saburral en toda su extensión, dientes en regular estado de conservación, Cuello: corto, no se palpa estruma. La palpación del punto frenico derecho es sumamente doloroso, el izquierdo duele también pero poco. No se notan latidos arteriales ni venosos.

Torax: Simetrico, diametros iguales, tipo respiratorio costo abdominal superior. Sonoridad normal, bases movibles. Vibraciones existen, respiración vesicular, no hay ruidos agregados.

Corazón: Punta no se vé, ni se siente. A

la percusión se determina en el 6° espacio línea mamilar - Tonos y focos normales - Pulso regular, rítmico, buena tensión, 80 por minuto. La palpación de la zona hiperestesica de Head del punto sub-escapulo apexiano y de toda la región mamaria del lado derecho son sumamente dolorosos. Higado: borde superior 5° espacio intercostal, borde inferior reborde falsas costillas. La palpación del borde inferior es doloroso en toda su extensión y especialmente en el punto cistico, cuya palpación profunda es intolerable. La región epigástrica y la zona pacreático-coledociana de Chauffard son igualmente dolorosas. Al nivel del epigastrio y cuadrante superior izquierdo existe una cicatriz, retractil, queloide y pigmentada Abdomen: Abovedado, paredes flacidas gran paniculo adiposo. A la percusión hay sonoridad con eco timpanico. La palpación

es ligeramente dolorosa en toda su extensión especialmente en los puntos de Lentz y Mac Burney. La palpación del ciego y colon ascendente que no pueden individualizarse perfectamente debido al espesor de la pared abdominal. El bazo y riñones no se palpan. Sistema nervioso normal.

Sección Cirujia: Pre-operatorio: Cloruro de calcio.

Diagnóstico: Litiasis Biliar

Operacion: Sept. 2-1918. Operador Dr. A. Galindez. Tecnica: Laparotomia Estrellada Arce. Grandes adherencias de vesicula á epiplón, que se cortan á tijera y se ligan Pericolecistitis. Se notan cálculos en la vesicula la que está hidrópica con paredes sumamente tensas - Colecistectomia de fondo á cuello, ligadura del pediculo por transficción al retirar las gasas de protección se nota en una un filamento de mucus bilioso, por esto se deja un tubo de drenaje por 48 horas. Cierre del vientre en la forma de siempre.

Post-operatorio: Morfina - Protoclisis de Murphy - Aceite alcanforado -

Alta: Se le da el alta á la enferma el 19 de Septiempre de 1918, en perfecto estado.

Nº de Registro 2828 Nº de Cama 5

Nombre Florencia A. Argentina, 23 años, soltera. Entrada Octubre 18-1918. Alta Diciembre 15-1918. Curada. Diagnóstico: Litiasis biliar.

Sección cirugia: Pre-Operatorio: Cloruro de calcio.

Operación: Noviembre 29-1918. Operador Prof. Arce. Anestesia: Cloroformo 30 gr. Ether 35

Tecnica: Laparotomia Estrellada - Vesicula con cálculos, fuertes adherencias al duodeno se libera con dificultad del lecho cistico, la ligadura del pedículo es laboriosa, en el momento que se cierra el peritoneo se nota una copiosa hemorragia que obliga á abrir la incisión, nueva ligadura del cistico y cistica.

Post-operatorio: Protoclisis Murphy, morfina, aceite alcanforado. Se dió de alta curada.

OBSERVACION N° 3

Instituto Modelo de Clinica Medica de la Universidad

Sala Bosch

N°de Registro 2828 N° de Cama 8

Nombre Flofencia A. Argentina, 23 años, soltera. Entrada Octubre 18-1918. Alta Diciembre 15-1918. Curada. Diagnóstico: Litiasis biliar.

Sección cirugia: Pre-Operatorio: Cloruro de calcio.

Operació: Noviembre 29-1918. Operador Prof. Arce. Anestesia: Cloroformo 30 gr. Eter 35

Tecnica: Laparotomia Estrellada - Vesicula con cálculos, fuertes adherencias al duodeno se libera con dificultad del lecho cistico, la ligadura del pedículo es laboriosa, en el momento que se cierra el peritoneo se nota una copiosa hemorragia que obliga á abrir la incisión, nueva ligadura del cistico y cistica.

Post-operatorio: Protoclisis Murphy, morfina, aceite alcanforado. Se dió de alta curada.

OBSERVACION N° 4

Instituto Modelo de Clinica Medica de la Universidad

Sala Bosch

N° de Registro 2756 N° de Cama 12

Nombre Camila U. de C. Argentina, 34 años, casada. Entrada Septiembre 10-1918. Salida Octubre 30-1918. Curada. Diagnóstico: Litiasis biliar.

Sección cirujia: Pre-Operatorio: Cloruro de calcio.

Operacion: Octubre 4-1918. Operador Dr. A. Galíndez. Anestesia: Cloroformo 35 gr. Eter 25. Tecnica: Laparotomia Estrellada Arce.

Abierto el abdomen se notan las adherencias de colon á cara inferior higado, se cortan á tijera. La vesicula esclero-atrófica contiene dos cálculos - Hay adherencias de cuello de vesicula á duodeno. Marcada pericolitis.

Colecistectomia y apendicectomia. Cierre del vientre sin drenaje. Post-operatorio: Protoclisis de Murphy, morfina. De alta curada.

Instituto Modelo de Clinica Medica de la Universidad

Estadistica de operados con la incisión Estrellada de Arce

1 N° de Registro 2550 operada 13 de Mayo 1918 Sala Bosch Colecistectomia y drenaje cistico Operador Dr. Arce Curada

2

2 N° Reg. 2589 operada 31 Mayo Colecistectomia ideal. Operador Prof. Arce Curada.

3 N° Reg. 2564 operada 10 Junio Esplenectomia con drenaje. Operador Prof. Arce Curada.

4 N° Reg. 2616 operada 21 Junio Coledocotomia y drenaje hepático. Operador Prof. Arce. Curada.

5 N° Reg. 2609 operada 24 Junio Colecistectomia ideal. Operador Dr. Galindez. Curadá.

6 N° Reg. 2598 operada 28 Junio Sala Montes de Oca. Colecistectomia hepatocoledocotomia. drenaje del hepático Operador Prof. Arce Curado.

7 N° Reg. 2644 operada 3 Julio Sala Bosch Colecistectomia ideal drenaje del hepático

Operador Prof. Arce. Curada.

8 N° Reg. 2657 operada 19 Julio. Colecistecto mia drenaje del hepatico. Operador Prof. Arce Curada.

9 N° Reg. 2683 Operada 2 Agosto. Colecistecto mia ideal marzupialisación quiste. Operador Prof. Arce. Curada.

10 N° Reg. 2679 operada 5 Agosto. Colecistecto mia ideal. Operador Dr. Galindez. Curada.

11 N° Reg. 2696 operado 19 Agosto. Sala M, de Oca. Colecistectomia con drenaje. Operador Prof. Arce. Curado.

12 N° Reg. 2690 operada 23 Agosto. Sala Bosch Laparatomia exploratriz. Operador Prof. Arce. Curada

13 N° Reg. 2703 operada 30 Agosto Sala Fernández Gastro enterostomia posterior. Operador Prof. Arce. Curado.

14 N° Reg. 2705 operada 2 Sept. Colecistectomia con drenaje Operador Dr. Galindez. Curada.

15 N° Reg. 2756 operada 4 Octubre. Colecistectomia y apendicectomia. Operador Dr. Galindez Curada.

16 N° Reg. 2774 operada 18 Octubre. Colecistecto mia. Operador Dr. Galindez. Curada.

17 N° Reg. 2808 operada 13 Noviembre. Colecistectomia con drenaje. Operador Dr. Galindez. Curada.

18 N° Reg. no tiene operado 25 Nov. Colecistectomia ideal. Operador Dr. Arce. Curado.

19 N° Reg. 2890 operada 17 Dic. Colecistectomia ideal. Operador Dr. Arce. En vias de curación.

20 N° Reg. 2828 operada 29 Nov. Colecistectomia ideal. Operador Dr. Arce. Curada.

21 N° Reg. 2874 operada 20 Dic. Colecistectomia Operador Dr. Galindez. Actualmente se encuentra algo mejorada.

Diciembre 24 de 1918.

CONCLUSIONES

1° La incisión estrellada Arce debe de practicarse como procedimiento de elección sobre vias biliares, higado y bazo,

2° Con ellas no se destruyen los músculos de la pared sino que los rechaza ó los disocia, evitando en esta forma en absoluto las eventraciones.

3° Dá una cicatriz cutánea perfecta.

4° La sutura de la pared es fácil, ideal.

5° El drenaje de las vias biliares se hace con facilidad, pués dá un declive pronunciado hacia el flanco derecho, cosa que no lo dan los ~~otros~~ procedimientos verticales.

Valor comparativo entre la incisión de Arce y la de Jackson - Deaver

Lorenzo Galindez

24 Diciembre 1918

Ante la ausencia del músculo en la pared del abdomen en la parte superior del medio Arce

Drenaje por la misma incisión de Arce

Lorenzo

Bridge al señor Académico Dr. Lopez Vera

seguido al profesor titular Dr. Cabe Arce

y al profesor suplente Dr. Guillermo

para que, en su oportunidad, emita su dictamen con respecto de la admisibilidad del presente tesis, de acuerdo con el Art. 4° de reglamento sobre exámenes".

CONDICIONES PROFESORIAS

Buenos Aires, Diciembre 24 de 1918.

Nombrase al señor Académico Dr. Diógenes Decourt. al profesor ~~titular~~ Dr. José Arce y al profesor suplente Dr. Guillermo Zorraquín para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la "Ordenanza sobre exámenes".

Vedia Saavedra

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1ª. Valor comparativo entre la incisión de Arce y la incisión de Jackson — Decourt

2ª. Anatomía de los musculos anchos y del recto del abdomen en la parte superior del mismo — Arce

3ª. Drenaje por la incisión de Arce — Zorraquín

Buenos Aires, Diciembre 30 *de 191*8

Visto el informe precedente de la Comisión designada para dictaminar respecto de la admisibilidad de la presente tesis, por el que se aconseja su aceptación, según consta en el acta Nº 3544 *del libro respectivo; y habiéndose hecho entrega a Secretaría de los tres ejemplares reglamentarios, procédase a tomarle el exámen pertinente, remitiéndose luego a la Biblioteca el presente trabajo y sus copias.*

Félix Dassen