

## HIPERTENSION PORTAL — ASCITIS — DERIVACION ESPLENORRENAL. — RESULTADO (\*)

Dres. Walter R. Suiffet y José Scherchener

La hipertensión portal puede ser aliviada por procedimientos quirúrgicos de derivación entre los sistemas porta y cava. Lo que naturalmente, aunque en forma incompleta, hacen los medios defensivos del enfermo frente al obstáculo de retorno venoso, se puede hacer quirúrgicamente, estableciendo una vía de derivación directa y amplia entre ambos sistemas venosos.

Los procedimientos para ello son diversos, pero todos buscan el mismo fin: aliviar la hipertensión portal y evitar sus consecuencias: las hemorragias digestivas y la ascitis.

Lo que la cirugía puede dar en el tratamiento de la hipertensión portal, debe ser sometido al contralor de nuevas experiencias y al análisis cuidadoso de los casos estudiados. Es por esta razón que traemos el resultado obtenido en este caso, en el cual la derivación entre los sistemas porto cava, realizada por medio de una anastomosis esplenorrenal ha dado resultados satisfactorios y estimulantes pa a insistir en este camino.

De acuerdo a Whipple y a Linton, se pueden describir tres tipos fundamentales de hipertensión portal de acuerdo a la topografía del obstáculo:

- I) *Obstrucción portal intrahepática*
  - a) Cirrosis hepática (Laennec) con o sin transformación cavernosa del sistema porta;
  - b) Trombosis de las venas hepáticas.
- II) *Obstrucción portal extrahepática*

---

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 6 de junio de 1951.

- a) Congénita. Obliteración de la vena porta con transformación cavernosa;
- b) Adquirida. Trombosis de la vena porta o de sus tributarias.

III) *Combinados*. Cirrosis hepática con trombosis venosa.

La distinción fundamental entre los dos tipos es hecha en base al estudio de la función hepática. Si la obstrucción es intra-hepática, hay una serie de elementos de laboratorio que demuestran el déficit hepático:

- a) Inversión del índice serinas globulinas;
- b) Elevación del tiempo de protrombina;
- c) Excesiva retención de bromosulfaleína;
- d) Test de floculación de la cefalina positivo;

mientras que los test indican una función normal en los casos de obstrucción extrahepática.

Los resultados que se obtienen, son más satisfactorios en este último grupo que en el primero, por la doble razón de la buena función hepática y de la no existencia de obstáculo intra-hepático.

Nuestro caso trata de una hipertensión portal con obstáculo intrahepático y déficit hepático importante. No habían en él hemorragias, pero sí una intensa ascitis que obligaba a una extracción de 15 litros de líquido semanales. El enfermo había llegado a un estado de desnutrición y de perturbaciones metabólicas y humorales muy serias. A pesar de no ser un caso ideal decidimos la intervención y elegimos la derivación esplenorrenal en base a las razones que exponen Linton, Hardy y Volwiler y que son las siguientes:

*Primero*: Experimentalmente se ha observado que hay disturbios en el metabolismo hepático cuando se deriva totalmente la sangre porta del hígado como sucede en la anastomosis porto cava. La anastomosis esplenorrenal deriva parcialmente la sangre porta y es suficiente para descender la presión venosa.

*Segundo*: Por la proximidad del pedículo hepático, hay un mayor riesgo en el manejo de los elementos cuando se realiza la derivación porto cava.

*Tercero*: Cuando se hace la derivación esplenorrenal se pue-

de hacer la esplenectomía, hecho que se sabe reduce en un 40 % el aporte de sangre arterial al lecho portal.

*Cuarto:* La esplenectomía obliga a la sección de muchos canales venosos colaterales que derivan al esófago y al estómago la hipertensión venosa. De esta manera, el pasaje sanguíneo a través de estas vísceras puede ser disminuído.

*Quinto:* Este tipo de intervención puede ser realizado sin interferir para nada con la función renal, dado que no es necesario sacrificar el riñón. Se realiza una anastomosis término lateral que no perturba la circulación renal y existe poco riesgo de trombosis secundaria al nivel de la vena renal.

R. T., sexo masculino, 44 años, casado, uruguayo.

En febrero de 1950 comienza a notar tumefacción abdominal y adelgazamiento. En el mes de junio se punciona y se le extraen 23 litros de líquido claro. En punciones sucesivas se le extraen cantidades semejantes. Ha perdido 20 kilogramos de peso. Hace algunos meses tuvo una deposición con sangre. Apetito conservado.

*Antecedentes familiares, s/p.*

*Antecedentes personales:* Hace 9 años chancro tratado durante 1 año. *Alcoholista*, 3 ó 4 aperitivos antes del almuerzo y 1 litro de vino diarios, desde hace muchos años. Hace 2 años *diabetes* tratada con insulina que mejoró.

*Examen clínico.* Enfermo muy adelgazado. Disminución del vello axilar y púbico; manchas. Piel y mucosas bien coloréadas.

*Abdomen* enorme con signos de ascitis libre a tensión; ombligo distendido y saliente. No hay circulación colateral. Después de puncionado se palpa apenas el borde inferior hepático, duro, cortante, de consistencia francamente aumentada. No se palpa bazo (fig. 7). Circunferencia del abdomen, 144 cmts.

La diuresis oscila entre 150 y 300 c.c. en 24 horas.

*Exámenes de laboratorio:*

*Orina:* Albúmina 0 gr. 10.

*Colesterolemia:* 0,75 %.

*Takata Ara:* Positiva franca.

*Proteinemia:* 6 gr. 25 %. Serinas, 3 grs. Globulinas, 3 grs. 25. Índice 0.92.

*Bilirrubinemia*: Directa: no contiene. Indirecta: 0 mgr. 2 %.

*Glicemia*: 1 gr. ‰.

*Urea en Suero*: 0 gr. 45 ‰.

*Líquido de ascitis*: Serofibrinoso. Rivalta: Positivo débil.

Albúmina = 25 grs. ‰.

Citología: linfocitos = 100 %.

Es de hacer notar que es e examen se realizó luego de varias punciones.

|                          |           |       |      |       |   |
|--------------------------|-----------|-------|------|-------|---|
| <i>Hemograma</i> : G. R. | 4.710.000 | Hb.   | 93 % | V. G. | 1 |
|                          | G. B.     | 7.800 | N. = | 70 %  |   |
|                          |           |       | E. = | 1 %   |   |
|                          |           |       | B. = | 1 %   |   |
|                          |           |       | L. = | 23 %  |   |
|                          |           |       | M. = | 2 %   |   |

*Tiempo de sangría*: 1'30".

*Tiempo de coagulación*: 7' — Retracción del coágulo normal.

*Wassermann*: Negativo.

*Estudio radiográfico de esófago* = No hay várices esofágicas.

*Prueba de Quick*: 70 %.

*Multi instantánea funcional del riñón*: Coeficiente promedial 86 %.

*Tiempo de protrombina*: 25".

*Diagnóstico clínico*: Cirrosis de Laenec — Ascitis por hipertensión portal.

*Evolución*:

Se trata con régimen amplio, hiperproteico; con factores lipotróficos, vitaminas, diuréticos mercuriales, etc. A pesar de todo el enfermo no mejora, la ascitis se reproduce con gran rapidez, necesitando sucesivas punciones cada 10 a 15 días, obteniéndose en cada una de ellas de 10 a 15 litros de líquido. Desnutrición progresiva, notándose pérdida de fuerzas, adelgazamiento y fusión de masas musculares.

Llegado a este estado, a pesar de no ser un caso favorable por la intensidad de la desnutrición y el déficit funcional hepático, se decide intervenir con este programa a realizar:

a) ligadura de la arteria esplénica



una gruesa rama superior y una más pequeña inferior. Se liga la arteria esplénica antes de su bifurcación. La vena esplénica se constituye lejos del hilio por dos ramas de calibre desigual, una superior gruesa y una inferior más fina. Se pinzan y seccionan. Esplenectomía. Se corta la vena esplénica, en el punto donde se unen ambas ramas constituyentes, para disponer de un tronco más grueso. Se pinza con un clamp bulldog. Se disecciona de la cara posterior del páncreas hasta cerca de la línea media, ligando cuidadosamente pequeñas venas pancreáticas.

Liberación del riñón de su celda, previa liberación de la hoja prerrenal.

Disección de la arteria y de la vena renal; ésta recibe una rama polar superior grande.

Preparación del campo para la anastomosis. Se coloca un clamp bulldog en la arteria renal y dos en la vena renal, dejando un espacio entre ambos, suficiente para poder realizar la anastomosis.

Venotomía transversa en la cara anterior de la vena renal izquierda, a mitad de distancia entre el hilio renal y la vena cava.

Anastomosis esplenorenal término lateral con sutura evertida de Blalock con seda 00000. Al soltar la pinza bulldog de la vena renal ligera hemorragia que cede con un nuevo punto. Se sueltan los clamps. La anastomosis funciona perfectamente y la vena esplénica adquiere el calibre de un pulgar. No queda tensa ni acodada. Reposición visceral. Cierre de la tóracofrenolaparotomía. Drenaje pleural cerrado. Reexpansión pulmonar perfecta.

Tiempo de duración de la anastomosis: 40 minutos.

Tiempo de pinzamiento de la arteria renal: 45 minutos.

Tiempo de realización de la operación: 5 horas 45 minutos.

La presión arterial se mantuvo entre 11 y 13 de mx. y el pulso entre 100 y 110 en toda la operación.

Transfusión operatoria: 2.000 c.c.

#### *Postoperatorio:*

Por la tarde: Bien. Pulso 120-110. P. A. 11/7 — 12/8.

En las primeras 24 horas. Se le administran: *Sangre*, 2.500 (2.000 en la operación). *Suero Glucosado*, 2.500. *Suero Fisiológico*, 1.000. Diuresis: 1.000. Luego sigue bien. A las 48 horas:

el pedículo esplénico. División precoz de la arteria esplénica en *Radiografía del tórax*: Pulmón reexpandido. No hay gas ni líquido pleural; se quita la sonda del drenaje pleural. Se levanta al tercer día. Diuresis entre 1.000 y 1.500. Se alimenta bien. No se reproduce la ascitis con la magnitud que lo hacía antes de operarse y la diuresis se mantiene entre 1.100 y 1.500 sin hidratación paraenteral. Las heridas cicatrizan perfectamente.

El 9 de Enero de 1951 se le practicó onfalectomía con el fin de cerrar su ombligo. Debido al desplegamiento ocasionado por la ascitis, la piel del ombligo se adelgazó excesivamente y permitía la filtración de líquido. Para evitar la infección se intervino, practicándosele el cierre como es habitual en una hernia umbilical. La evolución fué favorable.

*Estudio anatomopatológico.* (Dr. J. Scandroglio).

*Bazo*: Espesamiento capsular por proceso de tipo, crónico, fibroso, que se prolonga a la profundidad del bazo, siguiendo los tabiques y se continúa con un engrosamiento a la trama reticular conjuntiva de la pulpa roja.

Los vasos en general, de preferencia los foliculares, presentan pared engrosada por un proceso crónico fibroso que hace ex-céntrica su luz y la obturan en algunos casos. Existe abundante pigmento (figs. 1, 2, 3 y 4).

En resumen: Proceso del tipo de fibroadenia crónica.

*Bazo accesorio*: Aspecto similar al normal, salvo un proceso de fibrosis perivascular bastante marcado en los vasos foliculares. La cápsula está ligeramente espesada.

*Pedículo esplénico*: Arteria esplénica normal. Estasis linfática (fig. 5).

*Vena esplénica*: Vena de aspecto normal (fig. 6).

*Ganglio del pedículo esplénico*: Adenitis catarral crónica con descamación seno linfático de preferencia en la medular. Estasis de algunos canales linfáticos en la periferia del ganglio.

*Evolución de la ascitis*:

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| A los 10 días de operado, 22 Diciembre. | Punción de ascitis: 7,000 c.c. |
| A los 25 días de operado, 6 Enero.      | Punción de ascitis: 4,000 c.c. |
| A los 40 días de operado, 22 Enero.     | Punción de ascitis: 2,800 c.c. |
| A los 60 días de operado, 12 Febrero.   | Punción de ascitis: 2,500 c.c. |
| A los 75 días de operado, 1 Marzo.      | Punción de ascitis: 2,000 c.c. |

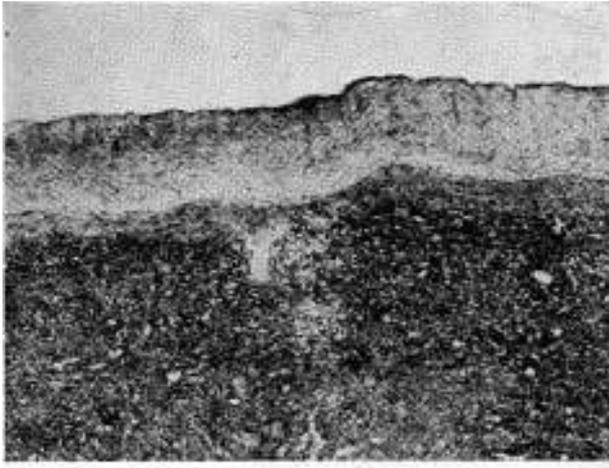


FIG. 1. — **Bazo.** —  
Engrosamiento cap-  
sular de tipo fibro-  
so; esclerosis en la  
pulpa roja

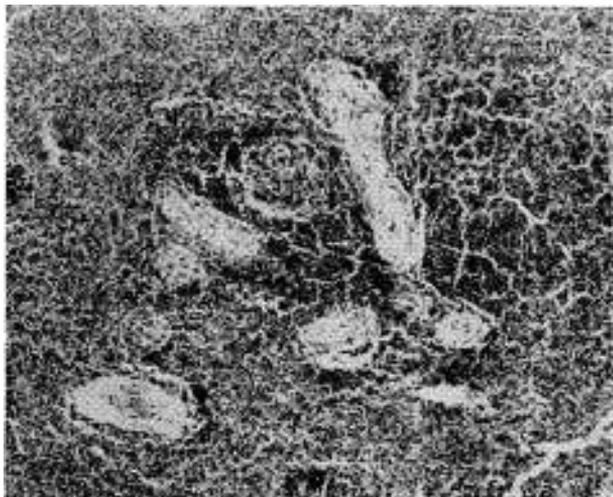


FIG. 2. — **Bazo.** —  
Vasos con pared en-  
grosada por pro-  
ceso crónico fibro-  
so. Luz excéntrica;  
obstrucción total

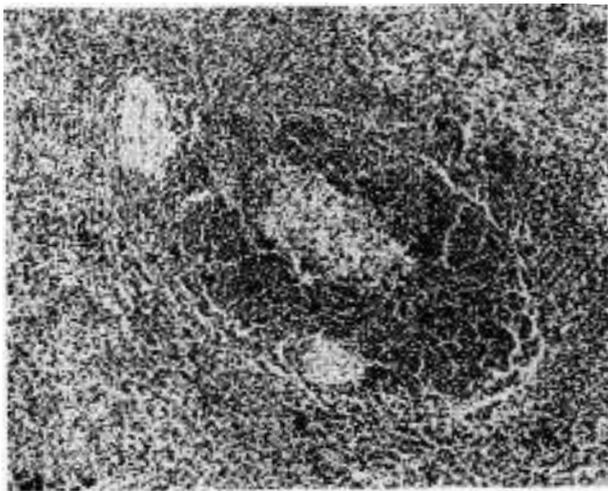


FIG. 3. — **Bazo.**  
Engrosamiento de  
la pared de los va-  
sos foliculares; ob-  
turmación de la luz

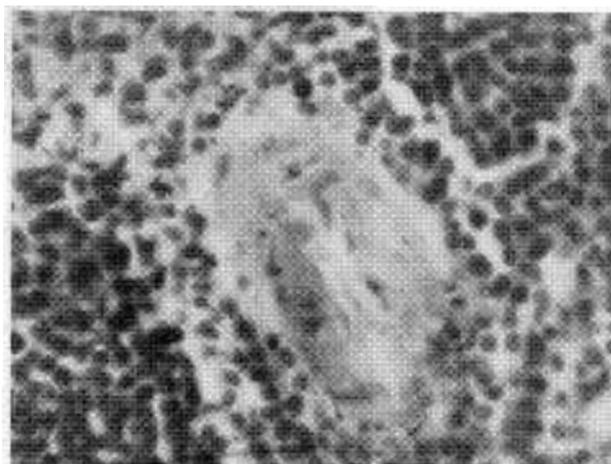


FIG. 4. — **Bazo.** —  
Arteria folicular  
con enorme engro-  
samiento parietal

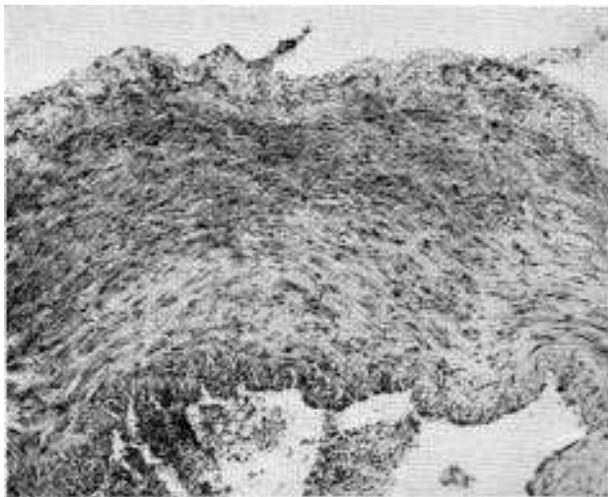


FIG. 5. — Arteria  
esplénica. — Normal

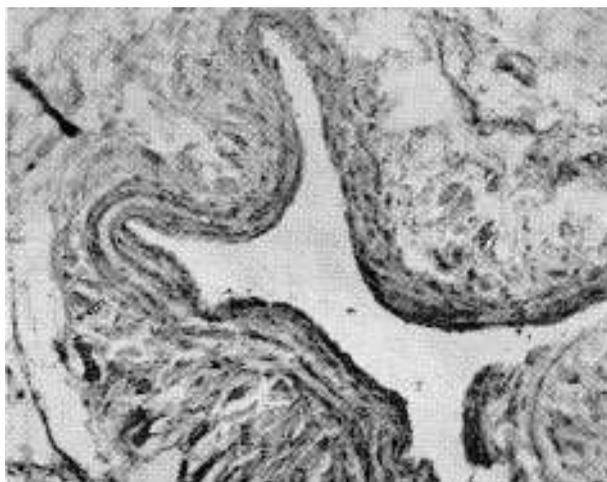


FIG. 6. — Vena es-  
plénica. — Normal

Desde entonces a la fecha (Junio 1951), no ha vuelto a ser puncionado, no habiéndose reproducido la ascitis. Antes de operarse se extraía alrededor de 10 a 15 litros de líquido cada 10 días. La circunferencia del abdomen era de 1,44 antes de operarse; actualmente tiene 1,02 de circunferencia.

*Evolución de la diuresis:*

Aumentó progresivamente pasando a 1.500, 2.000 y 2.500 c.c. sin necesidad de administración de diuréticos. Antes de operarse la diuresis no sobrepasaba de 300 c.c., siendo lo habitual 150 a 200 c.c.

*Evolución de la función renal:*

20 Enero 1951. Multi instantánea funcional renal. Coeficiente promedial 75 %. Urea en suero 0.48 %.

Esto prueba la conservación de la función renal global. No se ha hecho estudio funcional por separado.

*Evolución del estado humoral:*

20 Enero 1951. Colesterolemia 0.69 %.

Bilirrubinemia — Directa: No contiene. Indirecta: 0.09 %.

Proteinemia: 6.65 %. Serinas 3.65. Globulinas 3. Índice 1.2

Prueba de Quick: 50 %.

30 Marzo 1951. Colesterolemia: 1 gr.

Bilirrubinemia — Directa: No contiene. Indirecta: 0.10 %.

Proteinemia: 7.08 %. Serinas 3.69. Globulinas 3.54. Índice 1.04

De estos exámenes destacamos como hecho fundamental la mejoría de la proteinemia que pasó a 7 gr. 0.8 % y el ascenso del índice Serinas-globulinas, que es discretamente superior a (1.2 - 1.04), lo que prueba una mejoría en el estado humoral general. En la función hepática no ha habido mejoría evidente, habiendo sólo mejorado algo en lo que respecta al colesterol y las serinas. No se puede decir por lo tanto, que haya habido mejoría en la función hepática luego de establecida la derivación, hecho que por otra parte no es de extrañar.

La mejoría de la proteinemia se puede interpretar como consecuencia del ahorro de proteínas, dado que ha desaparecido la ascitis y la expoliación crónica de su evacuación.

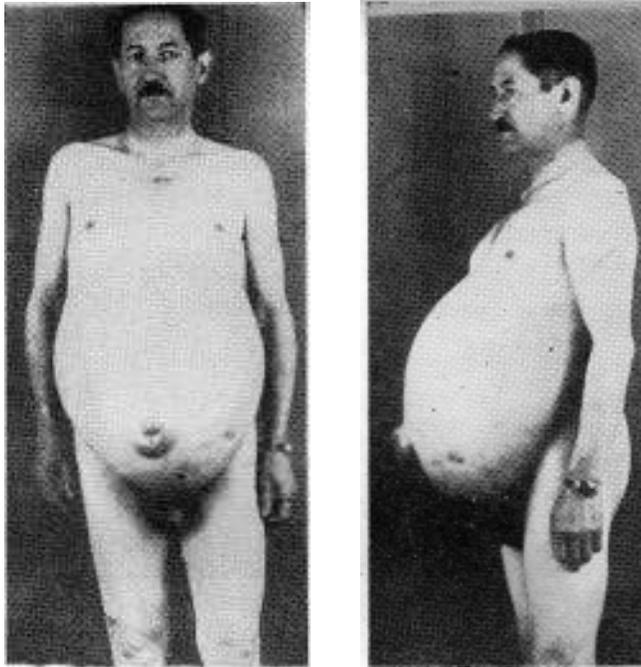


FIG. 7. — Fotografía del enfermo antes de ser operado  
(XII - 1950)

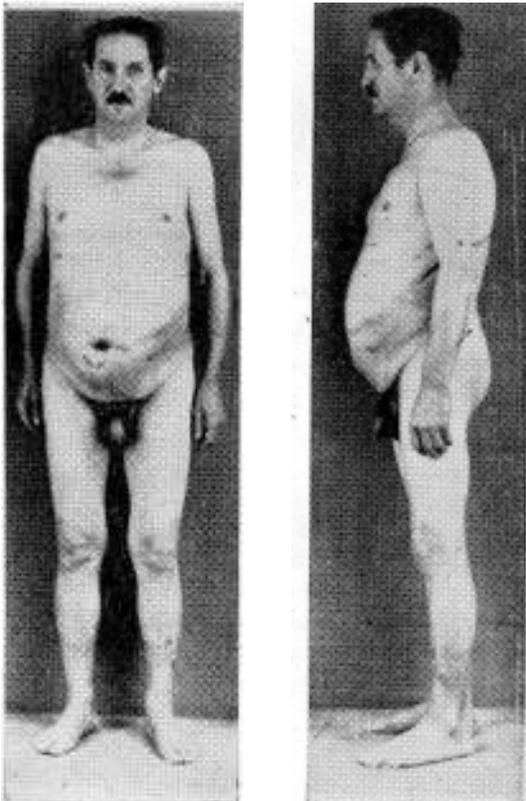


FIG. 8. — Fotografía del  
enfermo a los 4 meses de  
operado

En el momento actual, a 5 meses de operado, el enfermo se halla en excelente estado general, con buen aspecto y función digestiva y con una mejoría evidente de su estado de nutrición, y lo que es fundamental, ha desaparecido su ascitis, habiendo transcurrido ya 90 días desde su última punción (figs. 7 y 8).

*En resumen:* Presentamos un caso de hipertensión portal

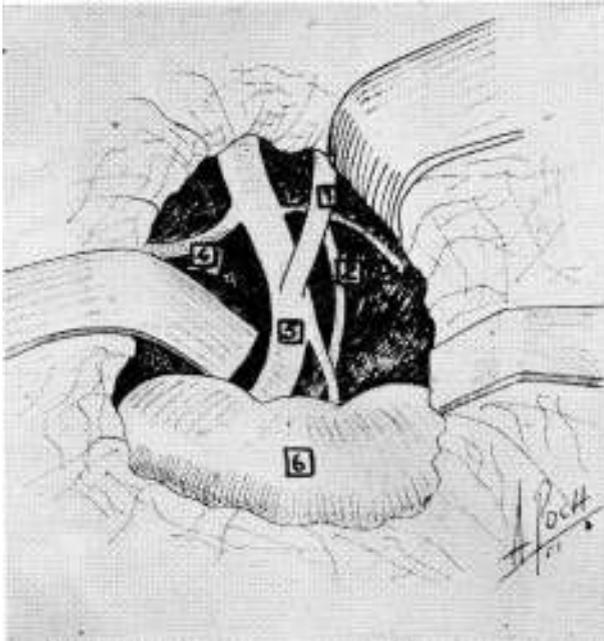


FIG. 9. — Anastomosis esplenorenal terminada. 1) Vena esplénica. 2) Arteria renal. 3) Vena suprarrenal. 4) Vena espermática. 5) Vena renal. 6) Riñón

con ascitis, sin hemorragias, debido a una cirrosis hepática, que mejoró su síndrome de hipertensión portal con la derivación esplenorrenal. A los 5 meses de operado el enfermo está sin ascitis y ha mejorado enormemente su estado general.

**Dr. Bosch.** — Felicito muy efusivamente al Dr. Suiffet por tan brillante comunicación; creo que este tipo de cirugía que nos ha traído hoy el Dr. Suiffet puede tener gran proyección en este país y creo indiscutiblemente que las personas que tenemos interés en el avance de la Cirugía de nuestro país para ponerla de acuerdo al de otros, deben de ser estimuladas. Y considero que la posibilidad de verificar nuestra técnica operatoria, exige una serie de condiciones, fruto del estudio, de la observación, de haber visto, pero creo también que es necesario proponer, o propender, mejor dicho, al aumento de los casos como éste que el Dr. Suiffet nos ha mostrado que es posible de realizar. Nada más.

**Dr. García Capurro.** — Es con extrema satisfacción que tomo la palabra para felicitar al amigo Suiffet por el brillante caso que nos presenta. En realidad tengo que repetir las palabras del Dr. Bosch, pero voy a repetir los mismos conceptos, puesto que nos causa gran satisfacción cuando en nuestro ambiente se da un paso más y nos ponemos a tono con la cirugía que se realiza en otros países. Este es el primer caso de tratamiento quirúrgico de una hipertensión portal hecho en nuestro ambiente y como ya decía el Dr. Bosch es un campo en el cual todavía tenemos todo por hacer. Esperemos que el Dr. Suiffet, y esperemos que alguno de nosotros, si podemos, sigamos por este camino que nos muestra, y si nosotros debemos tonificarlo a él, creo que no lo necesita. Es al contrario, es él que nos ha tonificado a nosotros y nos ha obligado a marcar el paso. Muchas gracias.

**Dr. Miqueo.** — Voy a empezar naturalmente asociándome a las palabras de los Dres. Bosch y García Capurro, especialmente por el resultado brillante obtenido en este caso y del cual la lectura de la comunicación, da perfectamente una idea de la dificultad con que se tropieza.

Más que nunca, en estos enfermos, la labor de equipo es fundamental, la parte médica de preparación del enfermo y de indicación operatoria tiene que ser hecha conjuntamente con el cirujano y como un primer paso previo. Por otra parte, las dificultades técnicas y quirúrgicas son extraordinarias. Puedo decirlo porque en realidad no tengo mayor experiencia, salvo un caso de un enfermo que operé este año, un enfermo de la Clínica del Profesor Varela Fuentes, con una cirrosis hepática, una hipertensión portal enorme y en la cual se puncionaba cada tres o cuatro días para retirar cantidades de arriba de 10 litros de ascitis.

En ese enfermo se decidió hacer, después de estudiarlo mucho, como primer paso previo, lo que ha dicho el Dr. Suiffet que es la ligadura de la arteria esplénica; no lo intervine con una incisión del tipo que él hizo, sino con una laparotomía paramediana transrectal, llegando a ligar la vena esplénica en el borde superior del páncreas como paso previo; cierto es que encontré dificultades enormes, porque dentro de ese abdomen las venas estaban dilatadas, formando racimos de cabezas de medusa, se derramaba sangre al menor contacto de una pinza o tubo y la ligadura de la arteria esplénica pude hacerla pero no así la de los vasos que vienen del estómago.

De manera que entonces es muy probable que en ese enfermo se haya restablecido circulación arterial hacia el bazo, por la gastroepiploica izquierda y por los vasos cortos, por cuanto hizo una evolución bien contraria a la que nos relata el Dr. Suiffet: en nuestro enfermo disminuyó bruscamente la ascitis en los primeros días y a los 25 ó 30 días volvió a restablecerse y el estado del enfermo ha ido empeorando. Creo que ese enfermo fué dado de alta porque no aceptó una nueva intervención, pero de todas maneras sí puedo localizarlo, me gustaría poder verlo con el Dr. Suiffet y tener una opinión de parte de él.

Por otra parte he visto realizar una anastomosis porto-cava al

Dr. Ochsner, en Nueva Orleans, y pese a ser un cirujano de gran experiencia en ese territorio de la cirugía, la intervención, que duró más de cinco horas y media, dejó la impresión de una dificultad extraordinaria y la enferma, por lo menos cuando yo me fuí de esa ciudad, todavía se encontraba en el límite entre la vida y la muerte. De manera que creo que realmente el Dr. Suiffet ha traído un caso interesantísimo que abre un campo enorme hacia un tipo de cirugía que no es por cierto, corriente en nuestro país.

**Dr. Karlen.** — Estoy autorizado para asociarme a las felicitaciones de los colegas, en cuanto estoy en condiciones de apreciar debidamente la proeza quirúrgica que ha realizado el Dr. Suiffet con esta operación. Durante un año me ocupé de hacer esta cirugía experimentalmente en perros y aunque las condiciones anatómicas son distintas y no se trabaja con la comodidad de una sala de operaciones, puedo asegurarles que las dificultades técnicas son extraordinarias. Provocaba la hipertensión portal de una manera experimental mediante la ligadura parcial de la porta, aumentando gradualmente y a voluntad la presión del sistema porta, desde ligaduras totales hasta ligaduras parciales de la porta. Y he ensayado de realizar las distintas anastomosis en las distintas alturas del árbol portal a la cava inferior o al sistema cavo, y llegué a la conclusión, sobre todo por las lecturas, de que la apreciación más lógica es la que hizo el Dr. Suiffet, la más lógica y la que da mejores resultados, porque indudablemente hay anastomosis porto-cavas altas, subhepáticas, que es una operación muy difícil y que expone a grandes peligros al enfermo. Además, creo que es muy ilógico, completamente ilógico realizar la fístula, la ligadura de la porta, anastomosis término-lateral porto-cava por debajo del hígado. Además, que el barrido de la sangre que fluye por la vena renal impide la producción de la trombosis a nivel de la anastomosis, de modo que en esa técnica se necesita varios factores felices que, por otra parte, disminuyen como dijo el Dr. Suiffet, el 40 % del aporte de sangre al sistema porta, lo que es una gran ventaja y conserva el riñón, lo cual es otro factor importantísimo.

De manera que me asoció a los compañeros que han felicitado al Dr. Suiffet y realmente estoy asombrado que en la Clínica del Profesor Stajano tengan un equipo tan bien coordinado que haya podido realizar esta operación. Es toda una hazaña.

**Dr. Prat.** — La comunicación que nos ha presentado el Dr. Suiffet con sus colaboradores, es una comunicación brillante puesto que plantea la realización de una operación que creo que sea la primera vez que se realiza en el país, es decir, la anastomosis de la esplénica con la renal por hipertensión portal. No se podría decir que la hipertensión portal no se haya tratado en el país; creo que hay varios cirujanos que la han tratado ya, pero no por la anastomosis. Por mi parte, no tengo ningún caso operado con anastomosis, pero haciendo un poco de historia, puedo recordar que muchos años ha, el Profesor Morelli, actuando yo de asistente del Dr. Lamas, nos trajo un caso de cirrosis con una gran ascitis

y nos pidió que buscáramos alguna solución quirúrgica para el enfermo. Recuerdo que el Dr. Lamas me encargó del paciente, le hice una omentopexia y tuve un resultado excelente, tanto que el Dr. Morelli quedó encantado y dijo que iba a hacer operar todos esos casos, pero en el correr del tiempo, no tuve noticia de ese caso, lo que quiere decir que debe haber corrido la suerte de todos esos casos.

En la práctica de nuestro Instituto hemos tratado casos de hipertensión portal por síndrome de Banti o enfermedad de Frugoni. Uno de los últimos casos está muy bien relatado en los Boletines del Instituto; allí, siguiendo las orientaciones de Blakemore y Lord, hemos realizado la técnica por ellos indicada de practicar la flebografía, haciendo previamente la manometría de los vasos esplénicos gástricos para tratar de establecer si estaba la porta libre y dónde estaba localizado el obstáculo. El hecho de que la flebografía no fuera realizada con las sondas, sino con agujas, no nos permitió practicar una flebografía y una manometría perfecta; creo que tuvimos 80 ó 120 cms. de presión, no estoy seguro; era presión muy superior a la presión normal y la flebografía no fué perfecta porque se hizo con aguja que fácilmente se salía de las venas y no la pudimos hacer con la perfección que la practican Blakemore y Lord.

En este caso nosotros hicimos ligadura de los vasos esplénicos y la esplenectomía, siguiendo lo que indicaban Blakemore y Lord, hubiéramos podido hacer la anastomosis con el tubo de vitalia, pero no nos animamos a hacerla, porque no teníamos gran experiencia, ni creímos que pudiera dar gran resultado la técnica de la anastomosis de la esplénica con la renal; me negué terminantemente a hacerla porque además del bazo teníamos que suprimir también el riñón. Me parecía que era mucha operación para obtener un resultado aun dudoso. Entonces me convencí que debía realizar sólo la ligadura de los vasos esplénicos, la esplenectomía en este caso como en la enfermedad de Frugoni, en que tuvimos resultados buenos. La evolución de este paciente fué buena.

Ahora, el Dr. Suiffet con sus colaboradores, nos presenta el caso típico con anastomosis, como se indica ahora y sobre todo con el perfeccionamiento de no hacer esa anastomosis, de tubo de vitalio, sino con sutura que se considera más perfecta. Lástima que no hayan podido realizar ni la manometría ni la flebografía tan indicada en estos casos. Si he tomado la palabra en este caso, es para poder hacer una sugerencia, para que la Mesa de la Sociedad de Cirugía realice una gestión ante las autoridades de la Facultad de Medicina para que procure que las Clínicas puedan disponer de aparatos de Rayos X que estén en los blocks operatorios para poder realizar de una manera sistemática esta flebografía y manometría que hoy día es una cosa casi imprescindible. En el día de hoy se ha presentado en esta Sociedad de Cirugía otro caso de herida arterial, caso en el que precisamente hice destacar la importancia que tenía la flebografía en esa herida de la arteria y en este caso tiene una importancia igual o mayor todavía. La Facultad de Medicina posee una cinta espléndida de cinematógrafo sobre el tratamiento de la

hipertensión portal, realizada esta operación por el Profesor Sancty de Lyon y hemos podido observar que la incisión que él usa y que parece ser la mejor, la de elección, es una incisión transversal de todo el vientre superior, toma desde el hipocondrio derecho hasta el hipocondrio izquierdo, hasta el reborde costal y abre completamente el abdomen poniendo el vientre superior al descubierto, y realiza la manometría y flebografía y puede establecer categóricamente entonces dónde están los obstáculos para resolverlos por una ligadura simple de la esplénica, por extirpación del hazo o hacer la anastomosis según las indicaciones que se establezcan. Son estos documentos y lesiones que contribuyen a generalizar esta cirugía que hoy día en nuestro medio no se hace de una manera corriente y que en esta circunstancia tenemos la gran satisfacción y placer de comprobar que el Dr. Suiffet y colaboradores han presentado el primer caso nacional, con todo éxito y por lo cual merece las felicitaciones que le hemos brindado en esta Sociedad a los cirujanos que han tenido este brillante resultado.

**Dr. Stajano.** — No es muy elegante felicitar a un colaborador y a un asistente de la Clínica, pero dada la magnitud de la empresa que acometió el Dr. Suiffet y sus colaboradores, el éxito extraordinario y el progreso que significa el realizar una intervención de este tipo, con tal resultado, tengo el gran placer de felicitarlo en público, a pesar de ser de la familia, de la misma Clínica, y creo como García Capurro, que el estímulo es una cosa indispensable. Creo que en este caso el estímulo es una cosa que no puede dejar de aparecer para felicitar al Dr. Suiffet por este éxito tan grande y, por mi parte, lo estimo para que siga en esa vía, aportando nuevos casos, perfeccionando la técnica y trayendo nuevos casos con los resultados.

**Dr. Palma.** — La Mesa se une a las felicitaciones que ha recibido el Dr. Suiffet por su espléndido caso.

**Dr. Suiffet.** — Señor Presidente, sinceramente me siento un poco agobiado por las felicitaciones tal vez inmerecidas de que he sido objeto. En primer lugar debo decir que yo las vierto en las personas que me estimularon en ese asunto, fundamentalmente en la Clínica del Profesor Stajano, donde siempre todos hemos encontrado un ambiente amplio para abordar nuevos problemas y en la Clínica del Profesor García Otero, donde por intermedio del Dr. Scherchener, que era el médico de cabecera del enfermo y del Profesor Franchi, recibimos el enfermo y el estímulo para realizar esta operación. Yo sé muy bien, como todo el que se ha ocupado de este problema, que es extremadamente arduo y difícil. Si bien éste es un éxito, no sería nada extraño que mañana yo tuviera que mostrar uno o varios fracasos, porque éste es un problema que está muy lejos de estar solucionado, no sólo en nuestro medio, sino en los medios donde se ha estudiado con atención este problema. De manera que el interés mío al presentar el caso no ha sido presentar un éxito, sino abrir un camino en una cirugía que indiscutiblemente es enormemente difícil, no tanto del punto de vista técnico, como del punto de vista de indicación operatoria.

Muchas gracias