

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Dr. Clivio V. Nario

CONTRIBUCION A LA TECNICA QUIRURGICA DE LAS GRANDES HERNIAS Y EVENTRACIONES (*)

El injerto de piel sepultado

Drs. Juan C. De Chiara y José Abdala

En 1947, en la media hora previa, presentamos los dos primeros casos de injerto sepultado de piel practicados en nuestro medio; se trataba de una hernia inguinal directa y de una eventración correspondiente a una incisión de Jalaguier, ambas intervenciones practicadas por el Prof. Nario.

Prometimos en esa oportunidad traer a esta tribuna científica la impresión que de nuestra experiencia extrajéramos. Ha pasado un tiempo prudencial; desde entonces han aparecido algunos trabajos sobre el tema (Uriburu y Zavaleta, Congreso de Cirugía de Córdoba 1950, y Chodoff, de Filadelfia, entre otros).

Al estudiar este capítulo hemos tenido presentes diversos factores que iremos enumerando.

El primero ha sido tener en cuenta la realidad de evitar la recidiva y resolver el problema inmediato de la reparación. Con ese propósito ha sido preocupación constante encontrar una *técnica y una táctica de elección*.

Se ha pasado por muchas etapas. *El material de sutura* ha ocupado la atención y se han sucedido los elementos más variados: catgut, hilo de lino, seda, algodón, etc.

En otro aspecto se han preconizado:

- a) Las amplias movilizaciones tisulares;

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 19 de Setiembre de 1951.

- b) Los homo y heteroinjertos aponeuróticos y musculares.
- c) El cutis, precursor del injerto total de piel, divulgado en EE. UU. por Cannaday y preconizado por Loewe y Rehn.

La diversidad de métodos y materiales es una prueba evidente de que los cirujanos, en general, no se mostraban conformes y buscaban algo mejor. Así se llegó a la *piel total*, preconizada por Mair y enriquecida con la experimentación por Peer y Paddock, que es lo que nosotros deseamos tratar.

En nuestra experiencia hemos tenido en cuenta un hecho: *La selección* de los casos donde debía de utilizarse el injerto de piel total con posibilidades fundadas de éxito.

Así encauzamos nuestro estudio a dos grupos:

- a) *Las hernias.*
- b) *Las eventraciones.*

En las hernias nuestra observación alcanza un vasto escenario; hemos tratado:

- a) las recidivadas, cualquiera sea su tipo;
- b) las inguinales directas con déficit tisular;
- c) las de los ancianos e hipotiroideos con evidente displacia conjuntiva;
- d) las inguinales oblicuas (intrainguinales de Corbellini), con atrofia tisular, trayecto rectificado, y amplio triángulo de Hesert (tercer grupo de Allende);
- e) las umbilicales grandes, que plantean problemas de eventración más que de simple hernia.

En las eventraciones, las recidivadas o no, pero que recidivan con frecuencia, tanto más cuanto peores condiciones generales y locales tiene el paciente. La eventración plantea una interrogante más delicada que la hernia. En nuestra opinión algunas eventraciones tienen marcada tendencia a la recidiva; no olvidemos que muchas veces son secundarias a incisiones atípicas; otras a cierres imperfectos motivados por mal estado local o general del enfermo; a supuraciones que han necrosado e inutilizado sectores tisulares amplios; en fin, una gran cantidad de factores pueden gravitar y hacer que las posibilidades de reparación de la pared sean más difíciles. *Con todos estos factores a la vista*

hemos balanceado las posibilidades de uso del injerto de piel total sepultado.

Lo hemos empleado con dos objetivos:

Como complemento de refuerzo.

Para una plastia correcta; vale decir, como una seguridad de futuro, haciendo la profilaxis de la recidiva.

No es un misterio que en el tratamiento de una eventración pueden influir muchos factores y que cualquiera de ellos (no los vamos a enumerar puesto que han sido suficientemente discutidos en trabajos y aún en Congresos), pueden ser causa de una recidiva; bien está entonces que le demos preferencia a este aspecto y en ese sentido el injerto, como *complemento de refuerzo*, nos ha prestado una ayuda de primer orden.

La segunda aplicación del injerto es lo que la escuela argentina llama *injerto sustitutivo*, verdadero parche.

Cuando la pérdida de sustancia es muy grande o hay dificultades para aproximar los bordes del anillo, o necesidad de realizar suturas a tensión, se deja la puerta abierta a la recidiva; aparentemente se ha reparado la pared, verdadera ilusión quirúrgica, y queda el paciente condenado a la dehiscencia al menor esfuerzo (recidiva potencial).

Explicadas así las indicaciones que inclinan nuestra preferencia por el uso del injerto de piel total sepultado, pasemos a la *técnica de colocación*.

A) *Preparación del injerto.*

- 1) Zona dadora: puede ser la propia cicatriz, un lugar vecino, o aún alejado, pero siempre auto-injerto.
- 2) Limpieza correcta del fragmento de piel, quitándole todo el tejido celular.
- 3) Tallado del injerto a bordes netos.
- 4) La extensión del injerto ha de ser adecuada a la superficie a reforzar o sustituir.

B) *Colocación propiamente dicha.*

Buena hemostasis y limpieza cuidadosa de la superficie a reparar.

El injerto se fija a tensión en todo su contorno y queda

“como baqueta de tambor”; se reconoce por su aspecto que es *anemiado* y por el sonido característico.

La fijación se hace con puntos separados de algodón número 20 ó 16, puntos muy próximos, dos nudos, y sección junto al nudo.

Se cuida de que no queden colecciones infrayacentes.

Queremos destacar que el injerto bien colocado tiene un aspecto *pálido*, su *tensión es uniforme*, y los puntos guardan una relativa *simetría*.

Insistimos en el detalle de la *tensión del injerto*, pues es un factor fundamental para que se produzca la metaplasia conjuntiva con pasaje al estado fibroso y evitar la secuencia posible de quistes de retención derivados de las faneras de la piel, como lo ha demostrado la experimentación.

C) *Plano de fijación del injerto.*

Cuando es un *injerto de refuerzo* el plano de fijación corresponde a la zona débil a reforzar.

En las hernias inguinales, directa o intrainguinales recidivadas se coloca por delante de la fascia transversalis, con fijación a la arcada crural, al tendón conjunto, y al borde lateral del recto anterior llenando el triángulo de Hessert. Se continúa luego con la plastia como en la cura quirúrgica habitual.

En las eventraciones el injerto de refuerzo se coloca por delante del plano aponeurótico, cubriendo la sutura del anillo.

En los casos de *injerto sustitutivo* queda fijado a los bordes del anillo, cubriendo la pérdida de sustancia como un verdadero parche.

D) *Drenaje complementario.*

En todos nuestros casos hemos utilizado un pequeño drenaje de goma de guante, que se saca por contra-abertura, que nos ha parecido de gran utilidad para evitar pequeñas colecciones serohemáticas, que pueden infectarse secundariamente. El drenaje se retira a las 48 horas.

El resto de la intervención se continúa en la forma habitual por planos. La cura plana se hace fijándola con vendaje de compresión moderada.

E) *Post-operatorio.*

a) Antibióticos.

b) Movilización precoz del operado.

La primera cura se realiza a las 48 horas para retirar el drenaje.

Es interesante hacer notar el aspecto post-operatorio de la herida para familiarizarse con él y evitar falsas interpretaciones.

La infiltración edematosa fisiológica de los primeros días es la expresión del proceso de reabsorción de la epidermis tal como la experimentación lo ha evidenciado.

Esto es normal y no debe confundirse con la infiltración hemática y mucho menos con la infección flemonosa.

Evolución del injerto

La experimentación: Peer y Paddock y los controles que han sido hechos en el post-operatorio por reintervenciones, permiten afirmar que el injerto de piel sufre un proceso metaplásico con atrofia de la epidermis y transformación al estado fibroso, no quedando en el estudio histológico ningún elemento epidérmico.

El injerto se adapta perfectamente a su lecho y se vitaliza, como lo prueban los numerosos capilares sanguíneos y linfáticos que los surcan. Zavaleta y Uriburu citan el caso de un enfermo que reintervenido por otro proceso vecino, al poco tiempo, se aprovechó para hacer una biopsia de la zona injertada. Macroscópicamente no se reconocía el injerto como tal y el estudio histológico hecho por el Dr. Polak dice textualmente:

“La biopsia toma piel con su epidermis atrófica llegando en zonas a estar constituida sólo por tres hileras de células. Los elementos malpighianos presentan fenómenos de vacuolización y existe marcada hiperqueratosis. El dermis esclerificado se halla surcado por finos capilares sanguíneos y linfáticos ocupados a veces por linfocitos y monocitos. Las fibras elásticas de moderado espesor se disponen en hacecillos irregulares”.

Los experimentos de Peer y Paddock demuestran que la atrofia epidérmica es progresiva en el tiempo y que en un plazo de

tres meses el examen histológico sólo muestra un tejido conjuntivo altamente vascularizado con fibras elásticas, sin elementos dérmicos o epidérmicos identificables, sin quistes de retención o folículos pilosos restantes.

Nuestra experiencia

Desde 1947 en que presentamos a esta Sociedad los dos primeros casos, ha sido utilizado el parche de piel total sepultado por nosotros, y por nuestros compañeros colegas de la Clínica del Prof. Nario, tanto en el Servicio como en la Clínica privada.

El número no es muy grande: 48. Nos referimos a la Clínica.

40. *Son eventraciones, de las cuales:*

12 son de 1ra. intención. 4 umbilicales.

28 son recidivadas. 12 umbilicales.

8. *Son hernias, de las cuales:*

5 son directas.

3 son inguinales grandes recidivadas.

No obstante, como nuestra experiencia la hemos tamizado haciendo una selección cuidadosa de los casos e indicaciones, creemos de utilidad traerla a esta tribuna científica para conocimiento de nuestros colegas.

Los resultados inmediatos y alejados en los cuatro años cumplidos han sido excelentes y comparables a las mejores estadísticas.

Insistimos en que este resultado bien pueda ser atribuido a nuestra preocupación en la indicación correcta y a la escrupulosidad en cumplir todos los detalles de la técnica.

Así mientras Mair en su estadística de 1938 presenta un 3.33 % de infección post-operatoria y Uriburu y Zavaleta, sobre 245 casos, en 1950, un 2.85 % de infección, nosotros solamente hemos tenido un caso de infección, esto es aproximadamente el 2 %.

En el único caso de infección destacamos que fué yugulado rápidamente, que el injerto no se eliminó, ni tampoco hubo recidiva.

En lo que se refiere a los resultados alejados, nuestro control no ha podido ser completo y total, pero hemos podido seguir-

los en su gran mayoría, y hasta el momento actual, a 4 años, no tenemos ningún caso de recidiva.

No creemos que el procedimiento que nos ocupa sea infalible y que resuelva todos los casos, pero estamos convencidos a través de nuestra experiencia y de la de otros medios científicos, que es un progreso real y efectivo a incorporar a la técnica quirúrgica y que de los utilizados hasta el momento parece ser el mejor y el de más promisoras perspectivas de futuro.

Cuando Mair lo preconizó se le hicieron objeciones de orden teórico, especulativas, referentes en su mayoría al porvenir incierto y peligroso de la sepultación del injerto de pie total; la experiencia y la realidad clínica han demostrado que esas prevenciones no tuvieron representación efectiva en la práctica quirúrgica.

Creemos que no es un método de rutina, sino que por el contrario, su indicación surge de una selección inteligente y razonada de los casos.

No debe emplearse en las hernias y eventraciones complicadas de estrangulación, donde la infección es muy probable y donde gravitan en la situación a resolver otros problemas de índole más perentoria como son la vida del paciente y la vitalidad comprometida de la viscera.

Pero en la cirugía "en frío" es un método a incorporar y que deseamos que los cirujanos hagan experiencia personal para lograr así un juicio definitivo, de donde derivará una real utilidad para resolver el problema siempre candente y aún no resuelto de la *recidiva post-operatoria*, verdadera preocupación, que desborda el campo quirúrgico para irradiar al médico-social.

Conclusiones

- 1º Presentamos nuestra experiencia personal con el uso del injerto de piel total sepultado.
- 2º Fijamos nuestro criterio para la selección de los casos a utilizarlo.
- 3º Mostramos la técnica de su colocación y los cuidados post-operatorios.
- 4º Nos mostramos francamente optimistas sobre el porvenir del procedimiento e instamos a que sea utilizado en nuestro medio para una mayor y definitiva experiencia.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CANNADAY, J. E. — The use of the cutis graft in the repair of certain types of incisional herniae and other condition. Ann. Surg. 115. 775, 1942.
- 2) CHODDOFF, R. J. — El uso del injerto cutáneo de espesor total en la reparación de las grandes hernias. An. Cir. 1949, N° 1.
- 3) HARKINS, H. N. — Cutis graft. Ann. Surg. 122-996, 1945.
- 4) LOEWE. — Citado por Mair.
- 5) MAIR, G. B. — Preliminary report on the use of whole skin graft as a substitute for fascial sutures in the treatment of hernie. Brit. J. Surg. 32-381, 1945.
- 6) MAIR, G. B. — Use of whole skin graft as a substitute for fascial sutures in the treatment of herniae. Am. J. Surg. 69-352, 1945.
- 7) PEER, I. A. y PADDOK, R. — Histologie studios on the fate deeply implanted dermal graft. Arch. Srg. 34-268, 1937.
- 8) ROHN. — Citado por Mair.
- 9) UIHLEIN. — Citado por Mair.
- 10) URIBURU y GARRIZ. — Prensa Médica Argentina, 1948.
- 11) URIBURU y ZAVALETA. — Prensa Médica Argentina, 1950.
- 12) URIBURU y ZAVALETA. — Bol. Acad. Arg. de Cirugía. 1950.
- 13) ZAVALETA y PATARO. — Bol. y trabajos de la Soc. Arg. de Cirujanos, 1947.
- 14) ZAVALETA y PATARO. — Congreso de Cirugía de Lima, 1948.
- 15) Analysis of a series of 454 inguinal hernias with Special reference to morbidity and recurrence after the whole skin graft method. Brit. J. Surg. 34-42, 1946.

Dr. Stajano. — He oído con mucho gusto la comunicación del Dr. Abdala y creo que es la primera vez que se presenta en esta Sociedad una comunicación sobre este asunto que en realidad viene a dar razón de los entusiasmos de los que han preconizado el injerto de piel total en las verdaderas indicaciones que ese método tiene.

En el Servicio que dirijo, se han hecho bastantes casos de injerto de piel total y en realidad los resultados han sido concordantes con los que ha presentado el comunicante. Es cierto lo que él puntualiza ahí, y estoy perfectamente de acuerdo con todos los términos de su comunicación, de manera que no voy a abusar de la atención de los miembros de la Sociedad. Creo que es interesante para el clínico y para el cirujano que hace experiencia, para dar al médico práctico sus recursos, porque realmente es un recurso de gran utilidad en los casos en los cuales con métodos de sutura directa o de reparación normal por cualquier método de sutura y con cualquier hilo da una impresión que era método precario cuyos resultados lamentables era la eventración recidivada una, dos y tres veces. En realidad el método del injerto con piel total soluciona casos y permite abordar el tratamiento de eventración que no hace mucho los cirujanos le sacaban el cuerpo y no hace mucho tiempo, antes de ese recurso mu-

chas veces prolongábamos la operación, dilatábamos el acto operatorio porque no sabíamos si íbamos a dar realmente beneficio al enfermo, intentando una operación que con todos los medios utilizados de gran deslizamiento, de sutura, estaban condicionados fatalmente a la recidiva. En este momento, al Dr. Abdala, lo invito a la sala para que vea un caso que está en evolución, era una enferma que estaba operada varias veces por un megacolon, después una colectomía total, después hizo no sé qué accidente de este tipo ulceroso, una oclusión, fué operada y ese vientre era un vientre completamente desamparado con pequeñas cicatrices por todos lados, con una eventración gigantesca que estuvo no sé cuánto tiempo en la sala preparándose para operar y al llegar el momento operatorio no nos decidíamos a hacer, hasta que por último la mujer, como un fantasma que nos perseguía nos indujo a intervenir e hicimos neumoperitoneo durante un mes más o menos, tratando de poner en mejores condiciones, y la operamos hace diez días e hicimos un injerto de piel que nos pareció bueno y una sutura de cierre en V de vientre sin la tracción indispensable para que ese injerto de piel sea eficaz. De manera que voy a invitar al Dr. Abdala para que vea esa enferma porque era un caso de verdadera indicación.

Lo felicito por esa comunicación que es de gran utilidad y puntualizo que no es un método para prodigar sino para indicar en los casos necesarios.

Dr. Suiffet. — Iba a hacer uso de la palabra para hacer referencia a la experiencia que nosotros hemos tenido en la Clínica del Profesor Stajano, de manera que parte de lo que iba a decir, él ya lo ha dicho. Nosotros hemos realizado en numerosas oportunidades el injerto sepultado de piel total en la cura de hernias y de recidivas y de eventración, habiendo obtenido en todos excelentes resultados; estamos completamente de acuerdo con los conceptos que se vierten en el trabajo de los Dres. De Chiara y Abdala tanto del punto de vista de los elementos de técnica como de los resultados.

No podría decir exactamente la cantidad, pero deben ser un par de decenas los casos que hemos tratado y en ninguno hemos tenido la más mínima complicación de naturaleza infecciosa de ningún accidente que pueda derivarse de la no tolerancia y de la eliminación del injerto sepultado. Todos los casos prácticamente los hemos visto y en todos ellos no ha habido eventración luego de la cura quirúrgica con este procedimiento sino que los resultados son excelentes.

Ahora, me permito sugerirle al Dr. De Chiara y al Dr. Abdala, ya que este trabajo es prácticamente el primer trabajo completo mostrando resultados que nosotros hemos escuchado aquí en la Sociedad de Cirugía luego de los dos primeros casos, insistir y que se insista más en los detalles de técnica porque es fundamental que para el buen resultado del procedimiento se cumplan una serie de pequeños detalles de técnica que parecen pequeños cuando uno los ve hacer, pero que son fundamentalísimos para el resultado y los autores que presentan este trabajo lo habrán

podido apreciar al realizar las intervenciones. De manera que esos pequeños detalles en la toma del injerto, en la preparación del injerto, en la colocación del injerto y en lo que llámase el estaqueado del injerto son importantes y los Drs. De Chiara y Abdala lo han hecho notar, han hecho mención, pero creo que ya que este trabajo puede ser un trabajo de consulta, de orientación para personas que no tengan experiencia en este tema, sería interesante puntualizar un poco más o insistir un poco más en los pequeños o mal llamados, si se quiere decir, pequeños detalles de la técnica de este procedimiento.

Nosotros estamos cada vez más convencidos, lo mismo que los autores, que este método es un método utilísimo y bien seleccionados los casos y bien realizada la técnica, creo que soluciona a la perfección los graves problemas de esta situación quirúrgica.

Dr. Bozzano. Me quiero referir a los trabajos del Dr. De Chiara y Abdala basado en una pequeña experiencia personal aprendida, desde luego en el Servicio del Prof. Nario, continuada en el Servicio del Dr. Chifflet y lo que he podido actuar en las mutualistas donde llevo unos 30 injertos con resultado magnífico. Con seguridad que el caso a que se refiere el Dr. Abdala es el que hicimos en una hernia directa en un viejo que dió una supuración de la herida pero que en ningún momento originó la exteriorización de los elementos, inclusive la eliminación del parche. En los 30, más o menos alrededor de 30 casos que llevo realizados, el resultado ha sido magnífico. En lo que se refiere el Dr. Suiffet, creo que es fundamental; hay una serie de detalles que estoy seguro que cada uno de los que hemos realizado esos parches hemos tenido en cuenta algunas cosas que ha expresado el Dr. Abdala, la tensión del parche es fundamental y en eso estaba el argumento principal de la gente que se opone a hacer, a tratar las hernias o eventraciones con el parche de piel. Se refiere sobre todo a los quistes que se pueden originar a punto de partida. El hecho de estaquear el injerto, de hacerlo bien tenso, absolutamente tenso, poniéndole cuatro o cinco puntos cardinales a partir de entonces estirar bien el parche, evita por la anemia que se produce, por el estiramiento que produce el parche, evita que a punto de partida de las glándulas sudoríparas, de las glándulas sebáceas, de los elementos, se constituya a punto de partida de ellos, se constituyan elementos que impidan o que originen la supuración de la herida.

Ahora, con respecto a las heridas, al post-operatorio: salvo ese caso que hemos tenido junto con el Dr. Abdala, a mí algunas veces me ha dado serosidad, 3, 4 ó 5 días y da la impresión de una infección, y en realidad no hay tal; se han analizado los elementos, líquido seroso que vierte la herida y se ha visto que es solamente secreción de elementos leucocitarios. En ningún momento, en el cultivo que hemos realizado, hemos encontrado bacterias, de modo que en realidad por excepción se produce una infección y desde luego nunca hemos tenido la eliminación del parche.

Con respecto a la tensión, el hilo utilizado, son elementos que es-

timo, como dice el Dr. Suiffet, a tener en cuenta para la gente que no ha realizado estos parches y que tienen necesidad de estar provistos de esos elementos para poderlo realizar.

En cuanto a indicaciones creo que los Dres. De Chiara y Abdala han insistido en las indicaciones; creo que el parche de piel no está indicado para cualquier solución de continuidad o debilidad de la pared del abdomen; creo que está indicado en casos bien precisos, creo que la eventración es el caso ideal para la constitución y ubicación del parche de piel en las grandes y dificultosas eventraciones a pesar de que uno puede hacer una buena sutura de la pared y hacer un buen sobretodo en el caso de hernia umbilical propicia para el parche de piel, a pesar de ello debe colocarse parche de piel porque aumenta la tensión, es decir da mejor resistencia a la pared frente a los métodos de tensión de la cavidad abdominal en personas habitualmente obesas, en donde hay una gran tensión de la pared abdominal, donde hay gran infiltración de grasa en la piel, de los músculos, sino también de los mesos que por esfuerzo aumentan su presión intra abdominal y pueden hacer recidivas. De manera que se justifica completamente en las grandes eventraciones.

En lo que a mí respecta, he utilizado los mismos parches de piel, en la hernia inguinal solamente en los directos con buen resultado, pero debo tener dos o tres de conjunto con el Dr. Chifflet; insisto que de acuerdo con la frecuencia he tenido alrededor de 30 casos de éxito, ha sido muy bueno; desde luego que está el hecho que hace cuatro años; hay que esperar unos años más a ver si se puede justificar esa satisfacción que uno siente por ese método.

Dr. Bermúdez. — No puedo sustraerme a hacer un breve comentario sobre este trabajo. Realmente no puedo agregar nada a todo lo que se ha dicho, pero quiero destacar que me parece un trabajo que tiene la virtud de unir los conceptos y las realidades ligadas a los hechos a la brevedad con que están expuestos. He podido comprobar la verdad de todo lo que se ha dicho porque he vivido junto con ellos la evolución de estos enfermos y la técnica realizada y he podido comprobarlo en los casos que fuera del hospital he realizado.

Creo que se ha hecho muy bien en insistir y lo ha hecho también el Dr. Bozzano sobre las indicaciones. En la clínica, en todos los casos operados por los Dres. De Chiara y Abdala, no se ha practicado el injerto de piel en cualquier caso, a título de experiencia sino que se han seleccionado los casos en que el injerto de piel era realmente indispensable tanto como refuerzo o como injerto reconstitutivo. Me veo en la obligación de decir estas cosas porque cuando se empezó a hacer el injerto de piel sepultado, yo era de los que tenían ciertos reparos a incluir un cuerpo extraño en una operación plástica. Sin embargo he tenido que convencerme de que los resultados son magníficos y que lejos de complicar el acto operatorio y la evolución, lo benefician extraordinariamente.

Ahora, el Dr. Stajano se refería a la ampliación de las indicaciones

operatorias en las eventraciones incisionales de cualquier tipo y eso es lo que a mi manera de ver tiene más trascendencia en la implantación de este procedimiento operatorio, porque es verdad como dice el Profesor Stajano y todos lo hemos vivido: enfermos que por eventraciones grandes y aun con eventraciones no muy grandes, pero con tejidos que no permiten hacer cumplir con las directivas de la cirugía plástica, eran enfermos que deambulaban y que los cirujanos muchas veces hemos postergado la operación o que la hemos ido aplazando y me parece que el injerto de piel sepultado viene a llenar una necesidad en estos enfermos sobre todo para el injerto sustitutivo, sobre todo cuando las lesiones parietales no permiten cumplir con las indicaciones...

De manera que estoy completamente de acuerdo, en realidad ya lo estaba desde hace tiempo, con las indicaciones de esta operación y como he vivido los resultados he llegado a la convicción de que es un procedimiento excelente y que debe aplicarse en los casos que realmente está indicado y felicito a los doctores por el trabajo que está, a mi manera de ver, realizado con conceptos, con realidades y con claridad.

Dr. Nozar. — No puedo dejar pasar esta oportunidad sin decir dos palabras que resumen, si se quiere junto con los relatores Dres. De Chiara y Abdala en la clínica del Prof. Nario, la experiencia vivida y además unas varias decenas de casos fuera de la clínica, donde nos ha permitido a nosotros sacar unas conclusiones que vamos a tratar de ensayar en una clasificación aquí en la Sociedad de Cirugía.

Estoy perfectamente de acuerdo, en primer lugar, con todos los términos e indicaciones dichas por los relatores. La experiencia demuestra que es cierto y la técnica es perfecta. Los resultados, hasta ahora, son excelentes. Pero me parece que si es posible ensayar al lado de la precisión de la indicación operatoria de esos casos que siempre es posible una clasificación de los injertos de piel total, de operaciones abdominales, sería completar de una manera eficaz y práctica el trabajo de los compañeros De Chiara y Abdala y de ese punto de vista, pensando en la Anatomía Fisiológica de las paredes abdominales, me parece que se puede hacer una clasificación de tres grupos para poder establecer algunos detalles de técnica operatoria que tienen mucho valor con relación a los planos musculares del abdomen, porque a mi manera de ver no es lo mismo tomar uno u otro plano fibroso o muscular como punto de apoyo de un injerto de piel a tensión; tiene que ser distinto. Por eso me parece que se puede ensayar una clasificación anatómo-fisiológica en tres grupos.

En un primer grupo se puede decir: tratamiento de las eventraciones post-operatorias en regiones no herniarias. El segundo grupo sería: tratamiento de las grandes eventraciones de la región umbilical. Y el tercer grupo sería: tratamiento de las grandes hernias o eventraciones de regiones esfinterianas.

Porque indudablemente del punto de vista del tratamiento es totalmente distinto en los tres sectores.

En el primer grupo, el tratamiento por medio de este procedimiento de las eventraciones post-operatorias en regiones no herniarias, por ejemplo, hemos tenido oportunidad de operar en incisiones eventraciones de Jalaguer, eventraciones de hipocondrio izquierdo, de hipocondrio derecho, y un caso de incisión de Huck transversa de epigastrio con sección total de los dos rectos por encima del ombligo. El tratamiento ha sido satisfactorio, pero teniendo en cuenta algunos detalles de técnica en estos casos: en primer lugar cuál es la relación de conjunción o de unión y a qué plano pertenece el lugar de implantación entre el injerto y las paredes abdominales. Nos parece que en algunos casos es posible decir que se puede hacer con el transverso y el pequeño oblicuo pero otras oportunidades nosotros no hemos podido discernir dentro de los límites de la eventración cuál es el plano exacto que corresponde a transverso y a pequeño oblicuo y nos hemos encontrado con la siguiente situación: que los bordes de la eventración son haces aponeuróticos relativamente débiles y en esos casos hemos hecho un puente total en los tres planos de los músculos del abdomen; de manera que ese es el punto de apoyo de las zonas cardinales de tensión del injerto. Cuando hemos podido realizar buscando el músculo electivamente lo hemos hecho en el transverso y oblicuo menor, despreciando el oblicuo mayor y hasta ahora la experiencia nos ha demostrado en 3 o 5 casos que en 3 años no tenemos recidivas.

El segundo grupo se trataría de las grandes eventraciones o hernias umbilicales. Indudablemente, de acuerdo con el concepto del Dr. Chifflet muchas veces dicho y repetido en la Cátedra de Medicina Operatoria donde nosotros hacíamos funciones de ayudante, es una zona de conflicto, zona de conflicto difícil, de establecer, aquí corresponde lo de arriba, aquí corresponde la zona inferior cuando hay una zona de gran eventración, sabiendo de antemano que mientras la zona superior, respiratoria es una zona de relativo poco movimiento, pero con función de línea blanca, la zona inferior es una zona de expansión que va a tener relación con la zona esfinteriana.

Nosotros tenemos más de diez eventraciones umbilicales tratadas por injerto de piel, pero nos parece que mientras el hemi anillo superior es fácil restablecerlo en un plano sólo de la línea media y tomando nada más que la aponeurosis superficial de recto en la parte lateral, no sucede lo mismo en el hemi círculo inferior, porque es más flácido. Nos hemos encontrado muchas veces con la necesidad de hacer una implantación total del injerto, tomando músculo y serosa; es de acuerdo con nuestra clasificación el primer momento en que se pone en contacto en un punto de implantación un injerto que va a tener una transformación fibrosa con un tejido muscular. Nosotros, hasta ahora, no hemos tenido oportunidad de arrepentirnos de ese tratamiento utilizado y por eso insisto que la clasificación en hacer como punto de implantación dentro de los planos funcionales de la pared abdominal.

El tercer grupo son las regiones esfinterianas, fundamentalmente

la región inguinal, porque creo que hay que precisar que es lo que se hace y como se ubica el cordón en tres circunstancias: cuando se trata de un enfermo muy viejo que está indicado este procedimiento, se puede sacrificar el cordón con consentimiento del enfermo y transformar esa región esfinteriana en una gran eventración operatoria y sería trasladar este problema al primer grupo.

La segunda posibilidad es del enfermo joven que primero fué operado y tenemos dos casos, uno de ellos operado de peritonitis apendicular, drenaje supra púbico, que quedó flácido donde no se pudo discernir que era un supra púbico, que era como la contra-abertura total de la región y que era lo que quedaba como región inguinal; era una eventración enormemente grande, que medida en centímetros tenía 16 en el sentido oblicuo abajo y 9 en el sentido transversal; nosotros a ese enfermo lo estudiamos, lo equilibramos y le hicimos el injerto de piel y ese injerto de piel pudo ser hecho porque el oblicuo menor y transversal en la parte alta era relativamente eficiente y entonces ese cordón inguinal fué trasladado, transformándolo en un proceso retrofunicular, buscando la implantación de tal manera que no quedaran ángulos y que fuera correcto el punto de implantación, en la línea media con las aponeurosis del músculo. Ahora el argumento que hacen los autores, en la parte baja el oblicuo menor y transversal en la parte alta, quedando un esfínter inguinal formado por un borde inferior que era el borde superior del injerto de piel y un borde superior que es el funcional formado por el oblicuo menor y transversal.

Y la tercera posibilidad que hemos tenido, que es un caso solo que traigo como una relativa novedad porque es interesante saber resolver ese problema, es el caso que el enfermo tiene una pared muy mala y se trata de un enfermo de edad avanzada este caso nuestro, de 55 años, que no consentía en que se le seccionara el cordón y que se pudo hacer el siguiente procedimiento: llevar el cordón a la parte alta era imposible conseguir un contacto con el borde superior del pequeño oblicuo y transversal y entonces nos hicimos un doble injerto de piel total, un injerto de piel habitual, grande, llevado en la parte alta, buscando contactos en la parte interna y en la parte externa y un injerto por encima del cordón tratando de establecer un esfínter que fuera entre los dos segmentos de injerto de piel implantado; de esa manera fabricamos al enfermo un trayecto inguinal vertical ántero-posterior pero cuya zona esfinteriana era únicamente realizada con injerto de piel; este enfermo lleva seis meses de operado, por ahora no podemos decir nada. No hay ningún elemento que hasta ahora ha sido mal realizado.

Eso es, señor Presidente, a mi manera de ver, una contribución al conciso y buen relato presentado por los Dres. De Chiara y Abdala, referente lo nuestro a un ensayo de clasificación anatómico-dinámica en las paredes del abdomen.

Dr. Prat. — Me voy a permitir hacerle tres preguntas al Dr. Abdala. La primera: ¿con qué anestesia se hicieron estos injertos?

Dr. Abdala. Los hicimos con toda anestesia: general, con gases y con local. La mayoría son con local.

Dr. Prat. — ¿De qué región sacan el injerto?

Dr. Abdala. — Generalmente tomamos la cicatriz.

Dr. Prat. — ¿Y siempre este injerto se colocó como indican los autores?

Dr. Abdala. — Sí.

Dr. Prat. — Sr. Presidente, debo aclarar que no he operado ningún caso por este procedimiento; no he hecho ninguna quelotomía con injerto de piel y sin embargo de primer momento me entusiasmó este procedimiento y me hizo ver así a priori, que tenía que ser un excelente método para muchos casos que tenían su indicación clara. El primer elemento que quiero tomar en cuenta y que parece que uno pudiera hacer algunas consideraciones a pesar de no haberlo practicado, es el siguiente: considero como lo han dicho y han puesto bien de manifiesto los comunicantes, que una quelotomía no tiene éxito por un solo factor, sino por múltiples factores; eso es lo fundamental de la comunicación y dentro de ello destacan la aplicación del injerto de piel. Bueno, quiero llamar un poco la atención fundamentalmente sobre la conveniencia de usar la anestesia general en el tratamiento de las hernias, en las quelotomías. Creo que se puede hacer una técnica más perfecta, más completa, aunque durante muchísimos años hicimos esta operación por anestesia local y estamos plenamente satisfechos de ella, pero me parece que es un perfeccionamiento grande al realizarlo por la anestesia general, sobre todo la anestesia general por gases cuando uno tiene la seguridad de una anestesia perfecta, de una anestesia que no tiene ningún inconveniente que puede llamarse de elección. Por eso cuando el Prof. Bustos, en esta misma Sociedad, estableció el principio de operar el bocio con anestesia general por gases, manifesté que yo iba un poco más lejos que el Prof. Bustos porque en la cirugía biliar la consideraba de elección la anestesia por gases, en la cirugía gastro-duodenal igual y para mí, en la hernia, le había pedido a mis asistentes en una orden del día, estableciendo la conveniencia de que todos usaran anestesia general por gases en la técnica de la quelotomía, salvo indicaciones especiales. Esta es la primera cosa que me parece impórtante y me parece también que en caso de usar el injerto completo de piel, se puede hacer mucho mejor con anestesia general por gases que con anestesia local. Da amplitud mayor al campo operatorio, está en mejores condiciones, con una visibilidad mucho mejor, los desplazamientos se pueden hacer, etcétera.

El segundo elemento que quería considerar es este: dijeron los comunicantes: "auto-injerto", y creo que han hecho perfectamente bien en establecer eso de auto-injerto, porque si bien es cierto que nosotros los

cirujanos generales tenemos casi establecido, de una manera firme y categórica, el principio biológico de que los injertos por lo general tienen que ser auto-injertos, con gran sorpresa he visto usar por cirujanos plásticos hetero-injertos. Es decir, homo-injertos y precisamente injertos de piel; tanto me llamó la atención que a una persona que la citaban habitualmente a un hospital para sacarle los injertos para otra persona, le decía: "Mire que los injertos no le van a servir". Sin embargo se han seguido haciendo y no sería raro de que algún cirujano hiciera hacer un homo-injerto y quizás le diera resultado, pero me parece que los principios biológicos por ahora no nos autorizan a ello y debe hacerse el auto-injerto. Me parece excelente esa técnica o esa táctica, que aunque no la he hecho, estudié mucho la comunicación de los cirujanos argentinos cuando la presentaron y me impresionó muy bien y me parece que en ciertos casos, cuando encontramos esas hernias amplias con una gran distensión de los músculos transversos con respecto a la arcada, que están muy separados, que hay un triángulo débil muy amplia, que por más que se haga para traer ese plano superior al inferior corre el riesgo de que al más mínimo esfuerzo pueda esa sutura fallar y escape y esos son los casos en que corresponde hacer las plastias y la plastia por piel parece que ha demostrado perfectamente que llena estas necesidades. De manera que en ese sentido, me parece perfectamente bien el uso de esta práctica y es muy posible que en la primera oportunidad que tenga, que esté indicado, lo use.

Ahora sí, no puedo admitir en absoluto, como dicen, que la piel esa se atrofie, que se altere, se transforme en un elemento... y que no tiene casi las características de piel, porque recuerdo que en la Academia de Medicina de París se presentó un caso, está claro no común, raro y anormal, de que en un caso operado por injerto no sé de qué, hubo un tumor benigno, no sé si era un quiste sebáceo o un tumor de esa clase, pero tuvo que ser operado para extirparlo; es un dato que hay que establecerlo por si podría venir un epitelioma, pero me parece que no tiene inconveniente de ninguna clase porque por una excepción no se va a legislar, sino que se hace por regla general.

Ahora sí, voy a insistir sobre otro elemento que me parece que tiene importancia: consideran los comunicantes de que la sutura del parche por los elementos vecinos se hace con hilo de algodón. Creo que es indudable que la sutura tiene que hacerse con hilos no reabsorbibles, pero creo que todos estos hilos tienen un ligero inconveniente, sobre todo cuando se hacen uniones de elementos aponeuróticos con elementos de piel o elementos conjuntivos mismo. Hace una cicatriz, pero una cicatriz de orden conjuntivo. Aprendí una cosa de la Plástica, de los cirujanos plásticos, que establece categóricamente que en la sutura de los tendones el único material de sutura que hace una cicatriz fija, es decir no hace verdadera cicatriz conjuntiva, sino la unión precisa que al corte histológico no se puede encontrar la unión, es con los hilos metálicos, el hilo metálico sumamente fino, y es por eso que los cirujanos plásticos se han

dedicado mucho a usar o usan corrientemente las suturas éstas con el hilo metálico 2 ceros, 4 ceros, etc. De manera que me pregunto, y en ese sentido hago la sugerencia, si en estos casos no convendría hacer sutura por el hilo metálico, es decir, el hilo que usan los plásticos. De manera que esas son las consideraciones de un cirujano que no ha hecho esa práctica, que hago yo, que me parece que es excelente y creo que debemos agradecerle a los comunicantes Dres. De Chiara y Abdala hayan traído esta comunicación, porque me parece que es un excelente método y nos va a guiar corrientemente porque tiene muchas indicaciones.

Dr. Chifflet. — El procedimiento del parche de piel lo vi en los trabajos del Dr. Bossano y sabía que en la Clínica del Dr. Nario se usaba en forma regular. Cuando el Dr. Bossano comenzó a concurrir al Servicio siguió haciendo los parches de piel, donde tuve oportunidad de verlos aplicar por primera vez. La impresión que uno saca de ese procedimiento es de que es altamente satisfactorio y la opinión que me he formado por los casos que he tratado en el Servicio, coinciden con las versiones hechas por los comunicantes.

Pero quiero anotar lo interesante que significa una preocupación dentro de la Sociedad de Cirugía por un tema que parece de menor cuantía dentro del Servicio de Clínica Quirúrgica; la preocupación por tratar las hernias y eventraciones es una preocupación de una alta significación social; se trata de inválidos que habitualmente escapan a los cirujanos de alta escuela y dejan que esos pobres hombres anden con una disminución del rendimiento de trabajo y que me parece muy importante y quedan expuestos en el Servicio, por la poca preocupación, a que el enfermo caiga en las manos de ayudantes y cirujanos de segunda categoría y que ello explica la frecuencia de recidivas, y para decir esto voy al aspecto al cual de paso se referían los comunicantes, que es posible que en esos éxitos obtenidos, que parte de ellos se deba a la particular atención con que han sido tratados y estudiados estos enfermos, es decir, que quien sabe si ese procedimiento transformado en un procedimiento de "tout le monde", para todo el mundo, que pase a cirujanos menos expertos, quien sabe si no da malos fracasos, y lo útil es que debe aplicarse una técnica perfecta, en lo cual han insistido me parece muy bien, los Dres. Suiffet y Bossano, por cirujanos de carrera.

Otro asunto al cual deseaba hacer referencia es el siguiente: para mí, la pared abdominal no es una valla de contención del impulso intra-abdominal; para mí, la pared abdominal está constituida por sistemas musculares que juegan primero la funcionalidad de los músculos y accesoriamente cumple una función de retención del contenido abdominal, es decir, que cuando miro un músculo abdominal, no lo miro como pared de contención, sino como musculatura que se contrae, que tiene tendón, y que tiene orientación y funciones distintas de la simple contención abdominal, lo miro como músculo de un miembro, como músculo de la vida de relación. Con ese criterio nosotros tratamos de subsanar todas

las soluciones de continuidad de la pared, ya sea naturalmente como puede ser las hernias, o adquirido a consecuencia de una intervención quirúrgica con un criterio plástico funcional, tratando de reconstituir la pared no para tapar el orificio, no para poner un parche a esa altura, sino para orientar los músculos y tendones en tal forma que al jugar esos músculos y tendones, tendrán que cumplir con la función de contención abdominal que cumple secundariamente; yo no me apeo de esa posición.

Creo que un enfermo que tiene una hernia debe ser tratado con criterio de músculo que se reconstituye en su trayecto, con un criterio de cirugía plástica y no con idea de sostén de la pared abdominal, pero comprendo que esa refacción hecha con ese criterio a veces no es suficiente y a veces imposible. Por esa razón admito de que en esas circunstancias se fortalezca la pared constituida por el parche de piel y que se reemplace esa pared con dificultad para reconstituir con ese parche de piel.

Digo esto porque el entusiasmo que tenemos por el parche de piel, que por los éxitos obtenidos, no vaya a ser que este parche de piel reemplace a la buena técnica operatoria, a la constitución anatómica y aun cuando son muy buenos.

Dr. Abdala. — Agradezco, en primer lugar, la atención que le han prestado a nuestro trabajo.

Al Prof. Stajano le tenemos que agradecer, de veras, el haberle abierto las puertas de su servicio al procedimiento que relatamos.

Los casos de su servicio los conocemos bien; tienen una evolución semejante a la nuestra y si no los hemos solicitado para incluirlos en nuestro trabajo ha sido simplemente porque preferíamos nuestra experiencia personal y responsabilizarnos de cuanto hemos comunicado.

Claro que eso no quita que formemos experiencia en común; repito que los casos los conocemos —estamos en buena relación con sus asistentes— de manera que su aporte es fácil. Más aún; para formar juicio más amplio, pediría que todos aportaran el material que tienen; lo mismo si conocen algún fracaso que lo hagan saber; de otra manera partiríamos de datos falsos.

El Dr. Bozzano hizo la experiencia con nosotros cuando el Prof. Nario trajo el procedimiento y nos lo entregó a la Clínica.

Creo que ha estado bien en aclarar que el caso que presentó una supuración le correspondía; yo le agrego: en el momento actual, que conocemos mejor las cosas, pienso que aquello que como lo recordará era abacteriano no fué una supuración, sino el propio proceso reaccional.

En cuanto a lo que ha dicho de que vamos a seguir trabajando, me parece muy bien; el porvenir dirá si el parche es bueno, malo o regular. A esta altura es necesario decir lo siguiente: los que participamos de la preferencia por el parche seguiremos insistiendo en él y perfeccionándolo

si es posible; pero los que no lo son ¿qué nos van a traer? Será necesario de que por su parte si no los satisface busquen algo que lo supere.

Hay en nuestra intención un noble afán de recuperación del individuo y la defensa de un procedimiento X puede pasar inadvertido y en ese sentido tiene razón el Dr. Chifflet en llamar la atención sobre el problema social que no hemos olvidado, ya que decimos en algún lugar que "desborda el problema quirúrgico".

Al Dr. Suiffet debemos decirle lo siguiente: con el Dr. De Chiara hemos meditado la proyección que podría tener esta comunicación; no quisimos que apareciera como que tenemos el monopolio y de ahí surgiera una invitación a que se circunscribiera el problema en torno nuestro; por eso rechazamos las figuras y en homenaje a la Sociedad de Cirugía hacer lisa y llanamente la presentación de los enfermos.

Comprendo que hemos sido breves en algunos aspectos, pero eso no quita entidad a lo que él propone y se puede con la experiencia de todos hacer una monografía ilustrada.

El Dr. Bermúdez se ha referido al objeto que llena el parche y además ha agregado que en principio rechazaba el procedimiento; quiere destacar que si lo hace actualmente es porque lo considera bueno.

El Dr. Nozar plantea un problema nuevo y por nuevo no despreciable; se puede estudiar y lo pueden hacer mejor que nosotros los anatomistas.

El Prof. Prat nos hace dos observaciones: 1º) El del material de sutura —no se si esto debe registrarlo la versión taquigráfica—, el material de sutura en nuestro medio apareja un problema económico; el hilo metálico es muy costoso y esa entre otras es una de las razones que nos inclinan al hilo de algodón. 2º) La segunda observación es lo referente a la anestesia. Yo sé que la anestesia general por gases es la mejor y personalmente la preferimos, pero no siempre disponemos de ella; por eso usamos la local, que nos da resultados satisfactorios.

Ahora me toca contestarle al Prof. Chifflet; yo soy muy respetuoso del tiempo de los demás y por eso seré breve; usted me conoce de mucho tiempo y en muchos aspectos hemos luchado juntos; puede creer que no he olvidado; mejor no nos hemos olvidado del problema social; no es así, el Dr. De Chiara participa de la misma situación espiritual que yo y en el servicio del Prof. Nario siempre se le ha prestado preferente atención al problema de los lisiados y en arteriales, varicosos, etc.; pensamos en el porvenir de nuestros enfermos, que los procedimientos que se utilicen no los transformen en incapacitados. Yo me atrevería a decir en esta tribuna científica lo que afirmé en un concurso: los procedimientos a veces son calumniados, porque están en malas manos parecen pésimos aun cuando son muy buenos.

Me acuerdo en mi aprendizaje en el Servicio del Dr. Prat; como tenía fama de trabajador, me quisieron otorgar una hernia para operar y yo no quise; frente a mi negativa me dijeron que nunca sería un buen cirujano. No me arrepentí y posiblemente llegué a más en cirujano. Creo

que es un problema muy grande y como la hernia es una enfermedad recidivante y que mutila, debe prestársele atención. Generalmente se toma como cosa de poca cuantía, y este procedimiento, me atrevo a decir, que lo contempla; me parece que es un procedimiento útil en muy buenas manos y que puede dar resultados.

Voy a citar un caso, porque cuando apareció el anuncio del trabajo, creyeron que habíamos inventado un método; al final del trabajo está la bibliografía. Se hizo en un servicio un parche de piel, pero se entusiasmaron tanto, que tenían dos eventraciones y querían hacerlo en seguida. Fui en busca del jefe del servicio para decirle que los enfermos no estaban preparados, había que estudiarlos previamente; y en ese sentido, Dr. Chifflet, me alegro que haya llamado la atención en los dos aspectos, tanto técnico y quirúrgico, como lo otro. Usted sabe, por los cargos que ha desempeñado, que las Cajas están cargadas de gente con una imposibilidad relativa y mucha gente puede llegar a beneficiarse tanto, que pueden llegar a una vida activa. Son muchos. No sé si puntualizar alguna cosa más; creo que el trabajo, si bien es breve y claro y que llamamos la atención de cosas muy grandes y si nos hemos quedado cortos en la cuestión de la técnica es porque como la manejamos con cierta soltura, creemos que los demás también podrán hacerlo. Porque ya ven que Suiffet, Bozzano y Nozar la manejan perfectamente y tienen casi tanta experiencia como nosotros.

En último término, aunque sea una crítica, pero es una crítica constructiva, voy a llamar la atención que con mi compañero De Chiara leímos la bibliografía argentina, leímos la discusión del trabajo argentino y llegamos a una conclusión, que ellos ya la confesaban en el último trabajo: que puede fallar porque lo prodigaron. De manera que nosotros que ya lo vivimos, no lo queremos prodigar y hemos precisado sus indicaciones.

Ahora voy a hacer un pedido. Hay dos experiencias en cuanto a la parte patológica, una que estudia los casos del punto de vista experimental y la otra es el trabajo de Anatomía Patológica del Dr. Pollak en un individuo reoperado por otra cosa y que aprovecharon para extraer fragmento; son los dos aporte del punto de vista de la evolución del injerto. Si alguno de los cirujanos tiene oportunidad, que traiga un fragmento para ver en el tiempo transcurrido qué evolución tuvo el injerto. En lo que me es personal, quedo muy agradecido.