

## LOS REFLEJOS INTERSTICIALES DEL PULMON DE PROCEDENCIA PERITONEAL (ATELECTASIA) HERNIA Y COMPLICACION PULMONAR (\*)

### El peritoneo visceral y sus reflejos

Dr. Carlos V. Stajano

En publicaciones anteriores, destacamos *la etiología distensiva aguda del peritoneo visceral*, en el advenimiento de los más graves síndromes de shock. A su vez el Dr. Otero, aportó un caso de hematoma subcapsular del hígado, simulando una grave anemia aguda, inexistente como tal en el campo operatorio. La muerte consecutiva y la necropsia, mostró la evidente injuria distensiva del peritoneo de la cara superior del hígado. Hemos presentado a esta Sociedad, las bien conocidas hemorragias subcapsulares del bazo, con análisis de piezas y el fundamento fisiopatológico de su expresión clínica, destacando la pequeña hemorragia que por el hecho de estar contenida bajo una tienda serosa, irradia una intensa sintomatología, simulando una anemia extrema inexistente. Es el mismo problema desarrollado en la trompa — en el curso del embarazo ectópico. Es desde entonces (1922) que modificamos la rutina interpretativa de la Patología clásica y apelamos a la fisiopatología para interpretar la sintomatología de los procesos elementales dentro del abdomen. La fisiopatología del dolor de los distintos elementos tisulares de la economía, así como las diferentes injurias mecánicas inflamatorias, o simplemente congestivas, que ocuparon sin tregua nuestra atención.

Creemos haber dado al médico joven y al cirujano de urgen-

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 6 de mayo de 1953.

cia, armas sencillas y útiles para su proceso de interpretación clínica frente al caso agudo y eso ha sido fruto del análisis de pieza tras pieza, confrontando la sintomatología clínica de cada caso. En esa forma, vimos caer muchos dogmas, tales como *el mecanismo del dolor del fondo del Douglas* en los procesos de la pelvis, o el del dolor de *la fosa lumbar izquierda en las pancreatitis agudas*, etc., etc., así como la tolerancia de la sangre vertida en la cavidad peritoneal (*hemoperitoneo*) en ciertas regiones, y la protesta dolorosa en otros sitios configurando el tema: “*cuándo y cómo duele el hemoperitoneo*”.

Hoy puntualizaremos otro aspecto del vasto problema.

### **El peritoneo parietal y sus reflejos.**

Capítulo fundamental y fecundo en consecuencias, es el relacionado con los reflejos cuyo punto de partida es la injuria del peritoneo parietal. El aporte clínico y experimental, así como la documentación necrósica, ha sido traída a la Sociedad y al Congreso de Cirugía de 1951.

Lo evidente es que:

La distensión violenta de esa serosa es intensamente reflejogena. Esa distensión mecánica, puede ser producida por procesos inflamatorios o por derrames gaseosos o hemáticos, o la brutal acción de un traumatismo accidental u operatorio.

Pareció en un principio paradójal, la tolerancia de inmensos hematomas del subperitoneo de la fosa ilíaca o lumbar, en oposición a la reactividad tremenda, de pequeños hematomas del subperitoneo supracervical de una histerectomía, por ejemplo: cuya explicación nos es dada claramente, por la disposición anatómica regional del peritoneo decolable sobre un subperitoneo laxo, como en fosa ilíaca y lumbar, y así como en otros casos adherente y poco decolable, y con poca tolerancia para alojar hematomas mayores como en las peritonizaciones pélvicas. Debería ser motivo de enseñanza especial *el gran capítulo de la hemorragia subperitoneal chocante*, constituyendo una entidad nosológica cuyo conocimiento no es sólo conceptual, sino de una precisa utilidad clínica, práctica y terapéutica, dado la severidad pronóstica de ciertas localizaciones. En los cinco casos presentados hace años a esta Sociedad, la reoperación y el drenaje del

hematoma a tensión, no evitó la muerte, en oposición a los casos de hemorragias copiosas hechas en cavidad libre y todos ellos salvados.

La acción distensiva del hematoma a tensión descarga toda su nocividad en un momento, proyectando excéntricamente esa injuria y siderando al enfermo en el shock. Estos enfermos murieron no de expoliación sanguínea que fué mínima, sino de sideración chocante, por la injuria distensiva del peritoneo continente.

### **Grados de nocividad de la injuria distensiva.**

La nocividad pronóstica y vital varía con la intensidad y violencia de la injuria — hemorrágica y chocante. Presentamos hace un año varios casos mortales a minutos del accidente a 2 y 3 horas después, con grandes hematomas subperitoneales traumáticos, con fractura de pelvis, grande hemorragia y otros de hemorragias subperitoneales obstétricas.

En grado de menor cuantía, la muerte no es fatal, y aparecen entonces cuadros de shock segmentarios, con su particular fisonomía clínica.

En unos casos, es el íleo paralítico reflejo, con un peritonismo de difícil diagnóstico que siempre alarma, tendiendo a desaparecer en 24 ó 48 horas.

En otras circunstancias domina el cuadro cardiovascular con toda su expresión periférica, tensional y capilar, pudiendo constituir toda la sintomatología.

En todos los casos y esto lo podemos afirmar por tener la prueba experimental así como la autóptica humana inmediata al accidente, de que en el cien por ciento de los casos está presente la fluxión intersticial refleja del pulmón, pudiéndola considerar como una complicación fatal y constante, y cuya cronología afirmamos que es instantánea y contemporánea a la injuria determinante.

El viejo problema de la atelectasia pulmonar postoperatoria y postraumática de origen tan confuso e impreciso hasta hoy, ha dejado de ser un problema puramente radiológico y clínico, para convertirse en un inagotable campo de investigación relacionado con los reflejos intersticiales del pulmón de muy variada procedencia y en el caso especial que hoy nos ocupa, con el *Capítulo de los Reflejos parieto-seroso-intersticiales del pulmón.*

**El aporte que hacemos a la Patología y a la Clínica.**

Respecto al nexo hasta ayer ignorado, entre la agresión de una intervención herniaria y la mal llamada atelectasia pulmonar, permite dar claridad a muchas incógnitas de la clínica quirúrgica, del post-traumatismo y del post-operatorio más trivial.

La cirugía de las hernias inguinales, crurales y, en particular, la umbilical, con su multiloculación tan frecuentemente adherente a vísceras y a epiplón, y que el cirujano desprevenido ataca sin la menor aprensión, es ocasión propicia para la injuria nociva del tironeo y la distensión, generando reflejos a punto de partida sacular, y determinantes de la fluxión intersticial refleja en uno o en ambos campos del pulmón.

El nexo entre complicación pulmonar y la más inocente hernia inguinal, operada con cualquier tipo de anestesia, hay que buscarlo en el traumatismo de la serosa sacular y totalmente independiente de las causas concurrentes y accesorias, a cuya responsabilidad se atribuyó la C. P. Hoy descubrimos sistemáticamente el pequeño síntoma respiratorio, permitiendo evitar con el antibiótico, el incendio inflamatorio de la fluxión vásculo intersticial refleja del pulmón, que no pocas inquietudes proporcionó a operador y operadores que no pudieron relacionar en su justo término, los efectos y las causas de la complicación.

**Neumoperitoneo experimental.**

Purriel en un ensayo experimental inédito, pero que hemos tenido la satisfacción de citar, intentó demostrar una tesis relacionada con la atelectasia pulmonar, y para ello obliteró bronquios e insufló peritoneo, provocando la misma fluxión intersticial refleja que nosotros por vías diferentes y de acuerdo al concepto genérico de la distensión aguda que hemos sustentado, nos permitió reproducir en el animal las mismas circunstancias de la patología y de la clínica. En efecto, el neumoperitoneo y esto es necesario que lo sepan los fisiólogos, provoca sistemáticamente, cuando la distensión llega a un límite, *la fluxión pulmonar intersticial refleja*, con el *rejuvenecimiento conjuntivo consiguiente*. Manejar esa fluxión y gobernar al conjuntivo, es tener en las manos la dirección de la fibrosis y la organización de la

cicatriz que es el común denominador de la curación de toda tuberculosis. (1).

Esperamos que la fisiología incorpore a sus verdades este nuevo hecho, y los agregue o sustituya a los conceptos puramente mecanicistas de la acción útil del neumoperitoneo, en la terapia de la tuberculosis pulmonar. Es ésta una colaboración de la clínica quirúrgica a la clínica médica del pulmón.

### Resumen.

Se expone en esta comunicación, el fundamento clínico y autóptico, y la referencia a las comprobaciones experimentales realizadas que demuestran que el peritoneo parietal es intensa y variablemente reflexógeno; 2º) que la injuria distensiva obra como elemento etiológico básico de la reacción; 3º) que el intersticio pulmonar reacciona instantáneamente con su tormenta vasomotriz, variablemente intensa; 4º) el nexo hasta hoy indeterminado, entre la cirugía herniaria y la complicación pulmonar surge claramente de los hechos concretos que hemos descripto; 5º) la complicación pulmonar, que inusitadamente aparece en el post-operatorio de una hernia, tiene un punto de partida en las injurias saculares intempestivas o violentas; 6º) configura con otros hechos concordantes, el capítulo de los Reflejos Seroso-parieto-intersticiales del pulmón.

### Referencias a trabajos ya publicados en relación con el tema.

STAJANO Y SCANDROGLIO. — El pulmón reflejo post-operatorio y post-traumático experimental. Bol. de la Soc. de Cirugía del Uruguay. Tomo XXI, N° 2, 1950.

— Clasificación de los Reflejos intersticiales del pulmón. Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo. Tomo 35, Nos. 10, 11 y 12. Págs. 1249 - 1254. (1950).

— Estudio autóptico sobre la Atelectasia Pulmonar refleja, post-traumática. Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo. Tomo 36, Nos. 2, 3. Págs. 109 a 120. (1951).

STAJANO. — La hemorragia chocante del subperitoneo. Modalidades anatómicas y clínicas de los hematomas subperitoneales. En Sistema Vegetativo y Choc. Ed. Salvat. Págs. 150 a 162.

**Dr. Mourigán.** — Para evitar esos reflejos nocivos hace más de cuarenta años, Chile había propuesto la asociación anociva, la anociva aso-

(1) Trabajo presentado al Congreso Internacional de Fisiología de Montevideo. Setiembre de 1953.

ciación (la anestesia general y la anestesia local) y ahora yo le encontraba el inconveniente que la anestesia local desaparece muy pronto y el sufrimiento que desencadena el post-operatorio, o la cual hay que agregar la modificación mecánica, por el dolor, entonces hago anestesia local de la pared y de los mesos con alcohol y novocaína, novocaína 2/3 y alcohol 1/3 para que se prolongue el efecto anestésico en el post-operatorio y he visto enfermos con gran incisión que se pueden levantar precozmente y que lo que es más, en el mismo día pueden toser y tener vómitos sin dolor y respirar ampliamente con grandes incisiones de vientre superior.

Ahora, en cuanto a la complicación pulmonar, declaro que ha dado gran resultado aparte de todos los métodos usados la **infiltración del mediastino** (personal), para modificar por anestesia del simpático la fluición vásculo intersticial del pulmón de que habla el Dr. Stajano. En el caso impresionante de una neumopatía aguda post-operatoria el enfermo que estaba con un pulso casi incontable y 60 respiraciones por minuto, cianosis de miembros y se había hecho toda la terapéutica, basta la infiltración mediastinal con 60 cc. de novocaína hecha en 2 ó 3 minutos por una simple punción de cuello llegando al plano vertebral y tomando el tejido celular prevertebral bastó esa inyección para que el enfermo en 20 minutos hubiera bajado su respiración a 30, el pulso se hizo palpable, después 120 y a la media hora el enfermo dormía perfectamente. Las radiografías mostraron la persistencia del **foco** pulmonar pero todos los otros fenómenos **reflejos habían desaparecido**.

**Dr. Barani.** — Desde hace años Ud. se ocupa de este tema; conozco perfectamente su posición; para Ud. hay dos componentes: el uno inmediato y constante cuya sede es intersticial, es lo que Ud. llama colapso por fluición refleja del tejido intersticial broncopulmonar y luego dos componentes que son concomitantes y sucesivos y que adquieren personalidad clínica en los casos graves, el componente intraalveolar (hipersecreción seromucosa, plasmática y globular) y el componente constituido por la parálisis o paresia del tono traqueobronquial. **En la práctica, en esos dos casos que Ud. mostró de hernias inguinales operados y con complicaciones pulmonares que estuvieron muy graves, le digo que si los hubiera atendido yo, les habría hecho broncoaspiración y tengo la seguridad que hubieran estado menos grave.**

Si ustedes observan esta radiografía correspondiente a un operado de hernia inguinal con una complicación pulmonar verán una opacidad de los dos tercios inferiores del hemitórax derecho. Para el Dr. Stajano este enfermo **no necesita broncoaspiración** pues esta opacidad, para él, no es debida a obstrucción bronquial por un tapón mucoso sino a un colapso pulmonar por fluición refleja del tejido intersticial broncopulmonar. **En estos casos nosotros hacemos siempre broncoaspiración.**

Las complicaciones pulmonares post-operatorias han variado de importancia con el uso de los antibióticos. Recordemos la mortalidad después de operaciones de estómago y vías biliares ocurridas por obstrucciones

bronquiales que daban estas opacidades radiológicas y que al no ser aspiradas, en las primeras horas, se infectaban y daban lugar a procesos irreversibles. Actualmente, también ocurren, atelectasias post-operatorias pero los antibióticos impiden, en la gran mayoría de los casos, que se produzca la infección; al cabo de unos días el enfermo expulsa el tapón mucoso y se restablece la aereación del pulmón; sin embargo, algunos enfermos mueren por estos procesos pulmonares aún con el uso de los antibióticos. La broncoaspiración tiene indicación clara y terminante en estos casos de procesos pulmonares que creemos, los partidarios de las teorías mecánicas, debidos a obstrucciones bronquiales por secreciones.

**Dr. Caprio.** — Recuerdo que, desde hace muchos años, se aconseja a los enfermos que se han de operar de hernia, el reposo previo en cama unos días y ello por dos razones:

1. Porque lo acostumbra a la posición horizontal, no siempre fácil de soportar, sobre todo en el post-operatorio.

2. Para evitar en lo posible la llamada hipostasis pulmonar que sobreviene más fácilmente si el reposo post-operatorio es muy severo.

Más o menos me atengo a estos principios siempre, sobre todo en personas obesas, y aún cuando agrego los cuidados de movilización pasiva y activa en el post-operatorio, mismo levantándolos sino precozmente bastante pronto.

Confieso que no recuerdo haber visto en enfermas operadas por mí, y son bastantes, este género de complicaciones, por lo menos en forma llamativa y alarmante. Pero aún admitiendo que ocurran, y sin cavilar sobre la interpretación del proceso pulmonar en sí, lo que no veo claro es cómo se puede establecer de una manera categórica el nexo de unión entre el presunto tironeo del peritoneo o del cuello del saco, más propiamente, como ocurre especialmente en la hernia inguinal, que requiere esa liberación completamente, para la correcta resección. No veo el proceso, el nexo que explique, como afirma el Dr. Stajano, entre esta liberación más o menos groseramente hecha del peritoneo, y el proceso reflejo intersticial pulmonar. A pesar de la experimentación del Dr. Stajano no veo el mecanismo ni la consecuencia en este género de operaciones de hernia por más que se decole y tiree y aún, que se hagan hematomas. Más fácil, en cambio, es pensar en otro género de injurias operatorias y sobre todo aceptando la explicación clásica de la hipostasis por la hipoventilación pulmonar.

Por otra parte, el decolamiento del saco es en la mayoría de las veces una maniobra simple y fácil; si el cirujano ejecutante no la hace así, entonces se podrá esperar cualquier cosa.

En una palabra, guiándome por mi experiencia me cuesta aceptar que el simple hecho de manipular de una manera correcta el saco de una hernia inguinal puede ser la causa del proceso pulmonar. Para mí, me atengo a la concepción clásica.

**Dr. Victorica.** — Las varias veces que he oído hablar al Dr. Stajano

de este tema y cuando se ha referido en particular a la posible acción del neumoperitoneo, me ha parecido muy interesante de cómo el neumoperitoneo actúa como método curador de la tuberculosis y entonces le pediría que hiciera una comunicación a la Sociedad de Tisiología para tratar este punto porque el neumoperitoneo siempre sigue siendo un tratamiento actual de la tuberculosis pulmonar; se hace con gran frecuencia, y sobre todo en casos desesperados en que no hay nada que hacer, y entonces podría ponerse en contacto con los tisiólogos y ver si hay observaciones que hacerle al Dr. Stajano.

En cuanto a lo que dijo el Dr. Barani que a esos enfermos tan graves si se le hubiera hecho una traqueotomía no hubieran estado tan graves, también soy de esa opinión.

**Dr. García Capurro.** — Creo que en lo que se ha dicho y en lo que dice el Dr. Stajano tiene mucha razón, pero evidentemente por lo expresado hasta ahora no se explican algunos casos. Hemos tenido con el Dr. Barani, recuerdo uno del Hospital Español, una atelectasia típica; se hizo la bronco aspiración y en la radiografía tomada poco después el pulmón está normal y el enfermo se cura desde ese momento. Existen las lesiones descritas por Uds. pero también hay atelectasia por tapón mucoso.

**Dr. Stajano.** — Claro.

**Dr. García Capurro.** — Considero que en los casos de atelectasia conviene hacer la aspiración bronquial, puesto que no hay elementos para distinguir lo descrito por el Dr. Stajano y los casos de tapón mucoso que deben ser aspirados.

**Dr. Cosco.** — Quería confirmar la impresión de los Dres. Barani y García Capurro, los cuales sin desconocer y sin contrariar tampoco los conceptos del Profesor Stajano, tuvieron la valentía de afirmar lo que han visto, colocándose en una posición en cierto modo contradictoria con la del Prof. Stajano. Debo decir que me ha impresionado el efecto rápido y eficaz de la broncoaspiración en ciertos casos de atelectasia precoz. He vivido el problema y he observado cómo después de una broncoaspiración el pulmón queda completamente limpio. Haciendo recopilación de esos casos de atelectasia tratados por broncoaspiración en el Servicio del Prof. Larghero, el Dr. Sicardi expuso ante esta Sociedad una comunicación en la cual ponía en evidencia casos de efectos espectaculares obtenidos con la broncoaspiración. Esos mismos casos podrían haber sido interpretados por el Prof. Stajano con otro criterio, de acuerdo a su concepto, ya que, como expresa el Dr. Otero, en enfermos tratados con penicilina y sin broncoaspiración es difícil el diagnóstico retrospectivo entre la atelectasia clásica de origen mecánico y la atelectasia de origen reflejo.

**Dr. Cendán.** — Voy a dar mi opinión. La teoría mecánica de la oclusión bronquial por tapón mucoso, que explica los procesos pulmonares agudos post-operatorios es una teoría que ha hecho carne en todo el mundo



y que ha traído como consecuencia una terapéutica que es la de la aspiración bronquial. Creo que eso es absolutamente exacto y lo demuestran los resultados obtenidos; pero creo que el hecho de la existencia de la atelectasia o del síndrome de fluxión intersticial del pulmón que es un hecho indiscutible a través de las experiencias que ha traído el Profesor Stajano y las interpretaciones justas que le ha dado a ese proceso, significa un adelanto considerable en el conocimiento de las complicaciones pulmonares post-operatorias. Si bien la obstrucción bronquial es un hecho frecuente, ella no explica muchos fenómenos pulmonares post-operatorios y esa explicación se ha encontrado a mi manera de ver en el concepto unicista de la patología refleja del pulmón como lo ha enseñado el Pro. Stajano. Si bien se puede atribuir a la obstrucción bronquial esos grandes fenómenos pulmonares ostensibles del punto de vista clínico y ostensibles del punto de vista del estudio radiológico, no sucede así con los pequeños fenómenos pleuro pulmonares que se observan corrientemente en los post-operatorios, que nosotros, después de los trabajos del Prof. Stajano, hemos podido observar y que no encuentran otra explicación que la teoría del Prof. Stajano.

**Dr. Stajano.** — Voy a contestar dos palabras al Dr. Mourigán, que ha ido más allá de lo que yo proponía. No me he atrevido a hacer alcohol y novocaína, pues no tengo experiencia, y no conozco sus posibles inconvenientes, pero el resultado que él obtiene merece ser tenido en cuenta para luego extraer conclusiones.

Con la anestesia, del saco, en el curso de la anestesia local para la hernia, no se bloquea la vía aferente del reflejo.

Hay cirujanos que toman el saco, y he visto tirar varias veces con la inconsciencia del que no sabe lo que tiene entre manos, en el momento del decolamiento del saco. He visto y presenciado cómo un hecho experimental, ese tironeo del peritoneo, y ya no pregunto, ni dudo en su nocividad, que es más que suficiente para provocar instantáneamente el reflejo. Del mismo modo hemos demostrado que un hematoma que distiende el peritoneo, desencadena la fluxión pulmonar. Hemos mostrado piezas de autopsias de muertes súbitas, en accidentados, en que la hemorragia provocó la distensión de la serosa peritoneal, dando hematomas subperitoneales, terriblemente reflexógenos.

En casos de hernia, la anestesia local circumscripta no modifica ni interrumpe el camino del reflejo. Del mismo modo que el bloqueo del pedículo hepático, cuando sacamos una vesícula, no bloquea nada. Es menester bloquear, no la periferia, sino cerca de los centros, y hacer anestesia desde la pared hasta los plexos para evitar toda la nocividad. Recuerdo el trabajo del Dr. Cosco Montaldo, en que presentó la técnica del perfecto bloqueo de la injuria en la cirugía biliar. Recuerdo que antes, con un criterio simplista al operar con anestesia general, se infiltraba el pedículo hepático, y claro está que así no se evitaban las complicaciones pulmonares discretas, que siempre buscaba, pero cuando empecé a blo-

quear el plexo correctamente, interfiriendo todas sus vías aferentes, las complicaciones pulmonares prácticamente disminuyeron. En la cirugía de la hernia pasa lo mismo. El tironeo del peritoneo sacular sigue actuando en la serosa por encima de la infiltración, no interfiriendo pues, la brusquedad de los cirujanos que operan con desconocimiento de esa sensibilidad tisular que debe respetarse.

Al Dr. Caprio creo contestarle, pidiéndole que tome en consideración el concepto de la injuria distensiva y su nocividad, que he presentado sucesivamente a esta Sociedad desde hace dos años.

He llegado al convencimiento del mecanismo de la nocividad de las injurias, por tracción ejercidas en la serosa peritoneal, del mismo modo que hemos aportado hechos coincidentes respecto a los reflejos de este tipo, en la serosa pleuro parietal.

En cuanto al factor obesidad, vejez, peso, decúbito en la cama, etc., le doy importancia como causas contingentes indiscutibles, y que favorecen, pero eso puede evitarse, tanto en las hernias chicas como en las hernias grandes, levantando inmediatamente en la tarde, a todos los operados.

Recuerdo hoy algo que Chifflet me preguntó hace muchos años respecto a mi opinión sobre pronóstico y consecuencia de las operaciones de hernia. Inocentemente, le contesté: Creo que es benigno a no ser la recidiva herniaria, pues considero nula la gravedad quirúrgica en sí, dado que mis enfermos evolucionaban bien, sin estas complicaciones que no son mías, sino de otros enfermos, operados por otros cirujanos.

Entonces yo creía sinceramente que no tenía complicaciones, del mismo modo que creía no tener complicaciones pulmonares en la cirugía biliar, hasta que me propuse pesquisar en todos los operados más perfectos, y en alto porcentaje, estaba presente la complicación pulmonar. Lo mismo acontece con las hernias; creemos que el operado está muy bien, no tiene nada, el post-operatorio perfecto, y sin embargo tiene un síndrome pulmonar en menos; es el cuadrito discreto, y si lo buscamos, lo vamos a encontrar muy frecuentemente.

Al Dr. Barani y en lo referente a la bronco aspiración sistemática, sigo siendo fiel a lo que pienso. Creo hacer un bien en decirlo; creo que la bronco aspiración es heroica en los casos de pulmón húmedo, hipersecretante, pero creo que es abusiva e inútil en los casos iniciales que podríamos llamar de pulmón seco, y que evoluciona bien en 24 o 36 horas sin hacerles nada.

Hoy podemos afirmar, por la experimentación, por la anatomía patológica, por las piezas de autopsias humanas, inmediatas al accidente, que el fenómeno inicial es intersticial y vaso motor, y siempre y en todos los casos de este tipo, el bronquio está permeable y sin secreción. No quiero insistir en que el concepto de la obstrucción brónquica, como única y universal causa etiológica, debe pasar a la historia. Toda la patología endobrónquica obstructiva, en sus variadas formas, obra no por obstruc-

cion hermética verdadera; actúa como espina reflexógena endo-laríngeo-tráqueo-bronquial, desencadenando la tormenta vaso motriz del intersticio.

Purriel, con su experiencia, sobre obstrucción bronquial, confirma nuestro concepto en forma terminante y esos hechos deberían difundirse, pues modificarían muchos conceptos de la clínica y de la terapéutica.

Es muy alentador y agradable el ver que no estamos tan en oposición, y los preceptos tan precisos de Barani tienen su razón de ser, en lo que él llama la teoría, que no es tal, sino que condensa hechos positivos de valor real, y que aportan al conocimiento, moldes que sustituyen al dogma clásico sobre la Patología pulmonar. Dentro de un año estaremos totalmente de acuerdo, y completaremos en común nuestro criterio.

La teoría refleja endo-bronco-intersticial que he fundamentado en las experiencias de Purriel, y que considero magníficas, demuestran la fluxión intersticial de origen endo bronquial.

El concepto mecánico de la obstrucción, ha guiado hasta hoy a la terapéutica. Es necesario saber que la irritación del endobronquio, determina reflejos intersticiales, y que al suprimir la causa del reflejo, desaparece la consecuencia.

No quiero insistir en el caso presentado aquí últimamente, de un traumatizado de tórax, con ocho costillas fracturadas, y con un hematoma subpleural a tensión, en toda la zona de fractura. Ustedes vieron placas y fotografías de la pieza, y la atelectasia radiológica bilateral de ese enfermo, que murió a las 24 horas, en choc.

Pues bien, ese enfermo no tenía absolutamente nada endobronquial, ni clínicamente, ni a la autopsia, hecha con toda detención, mostrando el bronquio vacío en totalidad; era la fluxión intersticial seca. Este y otros casos bien vistos, le dan a uno base, para afirmar que ese sujeto murió, no porque tenía el bronquio tapado, sino porque tenía un proceso vaso motor bilateral masivo, sin una gota de secreción.

Recuerdo el caso que se cita como caballo de batalla en todas las discusiones sobre atelectasia por obstrucción bronquial (de Bergamini y Shepard). En él se muestra que no era necesaria la obstrucción del bronquio, causa que se cita en todos los casos de gran atelectasia, coincidiendo con todo lo que hemos demostrado experimentalmente.

Yo pregunto qué puede hacer la bronco aspiración sistemática en un bronquio que no segrega, o en la etapa inicial de la complicación, que es siempre seca y de naturaleza vaso motriz e intersticial?

**Dr. Barani.** — Yo, si tengo un enfermo con traumatismo de tórax, hago traquetomía y aspiro los bronquios, y se salvó o no se salvó. Pero no me quedo en una teoría plantado, y dejo al enfermo morir. Estas teorías pueden fallar.

**Dr. Stajano.** — Podemos ponernos de acuerdo, lentamente, no sobre teorías, sino sobre hechos. Yo no le haré traqueotomía inmediatamente, ni traqueotomía por las dudas, por si puede aparecer la atelectasia. El otro día, frente a un caso de ese tipo, no le hice la traqueotomía, hice

espectación armada, y cuando hizo hipersecreción tardía, la bronco aspiración terminó el asunto. Si el hombre está grave, no voy a renunciar al recurso de la traqueotomía, aconsejado inteligentemente por Barani, pues en esos casos de pulmón húmedo, la simple bronco aspiración no alcanza, porque hay que repetirla a intervalos breves. Ahí está la indicación de nuestro amigo, precisa y puntualizada, y que deben tenerla muy en cuenta todos los cirujanos.

No estamos, pues, tan en oposición, porque sería negar evidencias. Y estaremos más cerca, cada vez, que nos compenetremos más, de las verdades que vamos aportando a este tema en total remoción.

Al Dr. Victorica le voy a decir que me anticipé a eso, y fuí al Instituto de Tisiología, a cambiar ideas y a aprender con los tisiólogos, al través de una discusión ilustrativa para mí, sobre todo, porque llevé a ese ambiente, hechos, experimentación y conceptos, y obtuve opiniones.

Me ofrezco a ir a la Sociedad de Tisiología para someterme a la sanción de los tisiólogos, a los que someteré el nuevo hecho, y el mecanismo probable de acción del neumoperitoneo en el proceso curativo de la tuberculosis pulmonar.