

OCLUSION INTESITINAL POR ADHERENCIAS OPERACION DE NOBLE (*)

Dr. José A. Piquinela

R. F. L. — 46 años. Ingresa a la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros, en diciembre de 1953 por un cuadro oclusivo que data de 16 horas. Se inició inmediatamente después del almuerzo; los dolores tipo cólico, con periodos de calma, se han ido acentuando progresivamente y son muy intensos en el momento del ingreso. Vómitos acuosos y biliosos. Los dolores son máximos en fosa iliaca derecha donde en el momento de la crisis se percibe una clara reptación. El estudio radiológico muestra asas delgadas distendidas y ausencia de gases en el colon. Este cuadro culmina una larga historia de accidentes obstructivos que se repiten desde hace 8 años, siendo el actual el de mayor intensidad.

Apendicectomizado hace 27 años, a través de una incisión de **MacBurney**, sufre en 1942 una grave contusión de abdomen (es apretado por un ascensor). Se le hace entonces una **mediana infraumbilical** exploradora comprobándose una ruptura de bazo; se le practica una esplenectomía a través de una **incisión oblicua**, que va del reborde costal izquierdo al ombligo. Tres años después, en 1945, inicia su historia de cuadros obstructivos a repetición; por uno de ellos es hospitalizado en Maciel y se le opera — **incisión de Jalaguier** — seccionándosele una brida según se le expresó al enfermo. Pasa bien dos años; a partir de entonces — desde hace 6 años — los cuadros obstructivos se repiten motivando en tres oportunidades, hospitalización y tratamiento por aspiración. Desde hace varios meses tiene constipación y casi diariamente dolores en F.I.D., acompañados a veces de distensión abdominal pasajera, en las primeras horas que siguen a la ingestión de alimentos; estos malestares le impiden su trabajo (peón de frigorífico).

Hay una eventración a nivel de la incisión de Jalaguier; las reptaciones terminan a esa altura haciendo pensar que ese es el sitio de máximas adherencias. Se pasa sonda de Cantor y se instituye el tratamiento general habitual en estos casos. La mejoría clínica y radiológica es rápidamente evidente. A los 10 días, un estudio de tránsito del delgado pone de manifiesto una alteración de las últimas asas ileales que aparecen con contornos irregulares y un asa delgada muy dilatada. (Fig. N° 1).

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 11 de mayo de 1955.

Previa cuidadosa preparación, se le interviene un mes después con la finalidad de realizar una operación de Noble.

Intervención (18 - I - 54). — Prof. Piquinela, Dr. H. Suárez, Pte. Quinteros. Anestesia general gases (Bach. O. Lucas). Transfusión desde el comienzo. Incisión paramediana derecha que pasa en su trayecto por la cicatriz — que se reseca — del Jalaguier anterior, a cuyo nivel hay una eventración. Abierto el peritoneo, se entra en la cavidad abdominal por la parte alta de la incisión; se encuentra el epiplón engrosado, infiltrado y con bandas de fibrosis adherido al peritoneo parietal y a las asas



FIG. 1. Tránsito delgado pre-operatorio. Se ve un asa delgada muy dilatada y una neta alteración de las últimas asas ileales que aparecen con contornos irregulares.

delgadas, formando bridas y divertículos numerosos; adhiere íntimamente a la cara anterior del ciego y a la gotiera parieto-cólica derecha a la que se fija fuertemente. El ángulo derecho del colon, completamente móvil, está traccionado hacia abajo por una gruesa brida epiploica; el ciego es totalmente móvil lo mismo que la parte baja del colon ascendente. Hay una brida epiploica muy firme que se fija a la cicatriz de la incisión oblicua por la que se hizo la esplenectomía.

Se hace **omentectomía total**. El foco adherencial máximo está a nivel de la fosa ilíaca derecha. **Liberación de las asas delgadas** que adhieren íntimamente entre sí, al epiplón, a los bordes de la eventración y en especial manera a la cicatriz de mediana infraumbilical. Dos pequeñas bre-

chas que se producen al separarlas de esta última son cerradas con un plano total y otro sero-seroso (gastergut). **Intimamente adheridas a las últimas asas delgadas y al fondo del ciego, existen unas formaciones múltiples — 18 a 20 — groseramente ovoideas, de 1.5 a 3 cms. por 0.5 a 1 cm., de color rojo vinoso y de consistencia firme.** La incisión amplia y la excelente relajación muscular obtenida con la anestesia, permiten una correcta exploración de todo el abdomen, facilitada a esta altura de la intervención por la extirpación en totalidad del epiplón mayor; esas formaciones están sólo en la f.i.d., no encontrándose ninguna otra en el resto del abdomen; no las hay en la región esplénica. Hay dos conglomerados de 3 y 6 nódulos fijados a corta distancia uno del otro en el delgado; los demás están aislados. Se extirpa uno de los nódulos fijados al fondo del ciego; se encuentra, tal como parecen estarlo los restantes, íntimamente unido a la pared visceral; aún cuando se pasa al ras del nódulo, se abre la cavidad intestinal lo que evidencia la verdadera incorporación del nódulo a la pared visceral. Cierre en dos planos de la brecha cecal. El apéndice ha sido extirpado en una operación anterior.

El balance de la situación en este momento, antes de iniciar el plegamiento a la manera de Noble, es el siguiente: 1) **ángulo derecho del colon completamente móvil;** tiende a caer espontáneamente hacia la fosa ilíaca; 2) **ciego y parte baja del ascendente totalmente móvil;** las primeras asas yeyunales están sanas, con su serosa intacta; no integran el foco adherencial; a partir del tercio superior presentan las alteraciones propias del intestino que ha sido liberado de un magma de adherencias; esas alteraciones son máximas en las últimas asas ileales y toman en algunas zonas el borde antimesentérico.

Se procede de la manera siguiente: 1) **fijación del ángulo derecho del colon,** suturando al peritoneo parietal las dos ramas del ángulo; 2) **fijación del ciego,** dejando libre su fondo, por entender que su extrema movilidad puede crear una angulación del delgado terminal; 3) **plegamiento total del delgado,** a la manera de Noble, cubriendo cuidadosamente las zonas deperitonizadas; se respeta la dirección que tiene la última asa ileal, haciendo el primer bucle ascendente; se lleva el plegamiento hasta 15 cm. del ángulo duodeno-yeyunal; se utilizó material de sutura no reabsorbible (hilo de algodón); se reduce sin mayores dificultades la masa delgada en el vientre; 4) **cierre de la pared** por planos, haciéndose la **cura de la eventración** paramediana derecha; lino en la piel.

La intervención que ha sido perfectamente tolerada, ha durado tres horas y media.

Post - operatorio: sin incidentes; alta a los 15 días. El enfermo se encuentra perfectamente bien a los 16 meses de operado; su tránsito intestinal es normal. Han desaparecido la constipación y los dolores que tenía casi diariamente con distensión abdominal, en las primeras horas que seguían a la ingestión de alimentos. A los dos meses de la intervención ha sido reintegrado a su trabajo.

Un estudio de tránsito practicado a los dos meses de operado mues-

tra un tránsito de duración normal; la disposición regular de las asas suturadas unas a otras; asas verticales en el lado derecho del abdomen; luego sensiblemente oblicuas; las acodaduras no son bruscas, sino regulares; no hay zonas de estasis, ni áreas de dilatación o estrechez.

El estudio anatómico - patológico del nódulo extirpado, practicado por el Dr. Juan F. Cassinelli, muestra que él tiene la estructura de **parénquima esplénico** y se le interpreta como un **nódulo esplénico heterotópico**, que en base a los datos clínicos tiene verosímelmente la significación de un injerto: implantes o siembra de tejido esplénico proveniente de un bazo dilacerado por el traumatismo. (J. A. Piquinela: **ESPLENOSIS. Siembra peritoneal múltiple post - ruptura traumática de bazo.** Soc. de Cirugía, Montevideo, 4 - VIII - 54).

En resumen:

1) Enfermo de 46 años, que hace 11 años sufre una contusión con ruptura de bazo; se le hace una mediana infraumbilical exploradora y una oblicua supraumbilical izquierda para la esplenectomía; apendicectomizado hace 27 años, mediante una incisión de Mac - Burney.

2) Cuadro obstructivo a repetición a partir de los 3 años de la intervención, que obligan a una nueva operación en la que se secciona una brida, a través de una incisión paramediana derecha.

3) A los dos años, se reinicia la historia obstructiva con cuadros de intensidad creciente, apareciendo en un fondo de sufrimientos casi permanentes (constipación tenaz; dolores en f.i.d. y distensión post - prandiales).

4) Eventración a nivel de la paramediana derecha.

5) *Intervención:* omentectomía total; comprobación de una esplenosis localizada a la f.i.d. (siembra múltiple de tejido esplénico); fijación de ángulo derecho de colon y ciego; operación de Noble, haciendo plegamiento total del delgado; curación de la eventración.

6) Evolución excelente; desaparición de los accidentes.

El caso relatado entra, en cuanto a la indicación de la operación de Noble se refiere, dentro del grupo de enfermos para

los cuales el procedimiento fué inicialmente aconsejado y en el que ha sido más frecuentemente ejecutado.

En el enfermo en cuestión ha puesto término, hasta ahora, a una situación cada vez más seria ya que en un fondo de sufrimientos casi permanentes, con una constipación tenaz, rebelde a todos los tratamientos instituidos, se sucedían crisis obstructivas de intensidad creciente y a intervalos más cortos. Una intervención destinada a "seccionar una brida", en fosa iliaca derecha, no impide la reaparición y agravación de los sufrimientos, dos años después. Es por otra parte la historia bien conocida de las adherencias post-operatorias que cuando asientan, lo que es frecuente, en el sector inframesocolónico, interesan el delgado perturbando a menudo el tránsito intestinal y dando origen a trastornos de variable intensidad que pueden ir de los dolores y la constipación hasta la oclusión mecánica aguda en sus aspectos más graves.

Aún cuando el mecanismo de producción de las adherencias post-operatorias es bien conocido, los métodos puestos en práctica para impedir su formación son tan numerosos, como frecuentemente ineficaces y no siempre exentos de riesgos (hemorragias por el uso de la heparina, por ej.); algunos de ellos mismo realmente contradictorios. Ni las medidas destinadas a evitar la lesión de la serosa y la formación del exudado fibrinoso, ni la hemostasis cuidadosa, ni el uso de los antibióticos, ni la peritonización más rigurosa, aseguran el éxito de su profilaxis.

La liberación quirúrgica, es en la mayoría de los casos ineficaz porque lo habitual, es que se reproduzcan después de su sección; muchas reintervenciones dejan después de practicadas mayores adherencias lo que explica que se operen sólo aquellos enfermos que hacen cuadros oclusivos agudos que no pueden dominarse con sonda y aspiración. Es que el depósito de fibrina es más rápido que la formación de un endotelio; la organización de la fibrina vuelve a crear las adherencias.

De nuevo se insiste en Norte América, muy recientemente, sobre la utilización de los injertos de peritoneo, ligamento suspensor o epiplón libre, aún cuando la experimentación sigue mostrando a sus propios partidarios que las adherencias se forman nuevamente después de ellos. Se sostiene sin embargo, que si-

guiendo una técnica adecuada, es posible lograr que las adherencias consecutivas, sean fibrinosas y reabsorbibles en un período aproximado de 6 meses y no fibrosas y definitivas.

La operación de Noble aparece, frente al fracaso habitual de los procedimientos médicos y quirúrgicos para evitar la formación de adherencias, como un método inspirado en una idea evidentemente original: guiar lo que no se puede impedir de producirse. El principio de la intervención consiste en transformar adherencias anárquicas, incontrolables, que se forman en cualquier dirección y cualquier sitio, generadoras por ello de trastornos, sufrimientos y accidentes oclusivos en *adherencias dirigidas*, ordenadas, controladas y en consecuencia inofensivas, haciendo que se produzcan en la posición y situación seleccionada por el cirujano.

Expuesta inicialmente para ofrecer un tratamiento satisfactorio y permanente a la obstrucción intestinal crónica, sus indicaciones se han ido extendiendo utilizándose posteriormente en los cuadros de oclusión intestinal aguda post-operatoria y en ciertos casos, para prevenir la obstrucción.

Se trata de una intervención larga, penosa para el cirujano y chocante para el enfermo. Quizás lo primero explique el que no haya tenido en ciertos ambientes, la repercusión que era dable esperar. Lo habitual es que la indicación de efectuarla se presente al final de una operación que, como la liberación de las asas delgadas de un magma adherencial, haya sido particularmente laboriosa y muy larga. Agréguese que esa liberación puede determinar lesiones intestinales que justifiquen una resección. Es comprensible que se considere extremadamente tedioso adosar de nuevo por fastidiosas suturas un intestino penosamente liberado. Sin embargo, los resultados obtenidos llevan a pensar que tal esfuerzo se justifica.

Lo precedente evidencia también que esta operación debe ser emprendida en enfermos bien preparados, previamente intubados, con una anestesia perfecta y disponiendo de todos los medios de sostén y reanimación que pueden ofrecerse en el momento actual a un paciente durante la intervención y en el post-operatorio inmediato.

En una próxima comunicación consagrada a la operación de Noble, analizaremos el problema de sus indicaciones, la técnica y los resultados obtenidos. Pero adelantamos desde ya que estamos convencidos de que algunos detalles de técnica son extremadamente importantes y que ellos gravitan sobre los resultados regulares o malos mucho más de lo que parece haber sido admitido en general. Abonan esa convicción el análisis de accidentes post-operatorios inmediatos y mediatos relatados en la literatura médica y ciertas comprobaciones efectuadas en reintervenciones por otra causa que por oclusión. Cirujanos de gran experiencia en el Noble, afirman recientemente que la mayoría de los fracasos deben imputarse a errores de técnica; es sugestivo que en algunos de ellos una revisión o extensión ulterior del plegado ha traído un buen resultado.

De la técnica seguida en el caso presentado señalamos:

a) *La incisión*: hemos utilizado una paramediana infraumbilical derecha reclinando el recto del mismo lado hacia afuera; pasa en su trayecto por la cicatriz de una de las intervenciones anteriores a cuyo nivel había una eventración. No es la incisión preferida por Noble, quien le reprocha la tendencia a la separación de sus bordes por contracción muscular o elasticidad de la vaina, lo que deja zonas sin peritoneo en las que el epiplón adhiere o se fija el intestino. Impuesta en este caso por la topografía de la eventración, diremos que en general la preferimos a la mediana infraumbilical que es aceptada y aconsejada por Noble. Hacemos notar que en este enfermo, las adherencias eran máximas justamente a nivel de la cicatriz de mediana infraumbilical de una operación anterior, con fusión íntima de las asas delgadas a la pared.

Lo que es evidente que cualquiera sea la incisión empleada debe hacerse un cierre particularmente cuidadoso de la incisión peritoneal y que es necesario también reparar las lesiones de la serosa parietal después de la liberación visceral.

b) *La liberación intestinal*: debe ser completa antes de iniciar el plegado en forma tal que todo el intestino y su mesenterio quede libre; es este un tiempo fundamental de la operación, a veces tremendamente largo, que puede llevar a la abertura de la luz visceral como nos sucedió en este caso, que puede obligar en

otros a una resección intestinal impuesta por la magnitud de las lesiones resultantes. Pero de su ejecución correcta depende en buena parte el éxito del procedimiento.

En este caso las adherencias dejaban sólo libres las dos primeras asas yeyunales, aun cuando como es lo habitual predominaban en el sector del íleon, siendo máximas en la f.i.d.

c) *Movilidad del ángulo derecho del colon y del ciego*: antes de iniciar el plegado del delgado fijamos el ángulo derecho del colon que una fuerte brida, antes de la liberación, traccionaba agudamente hacia abajo y fijamos el ciego, dejando libre su fondo, por entender que la excesiva movilidad de ambos podía crear una angulación del delgado terminal.

d) *El plegado*: hicimos un plegado total; en este caso lo imponía la extensión de las lesiones, pero aun cuando este es un punto de técnica debatido, la experiencia tiende a demostrar que sus resultados son mejores que los plegados parciales. Noble insiste repetidamente en sus trabajos sobre la flexibilidad del método que permite aplicarlo según el juicio del cirujano, adecuándolo a la intrincación de las situaciones presentadas por la patología. Ha hecho siempre con buen resultado, según las lesiones, plegados totales o parciales, continua o intermitentemente, dejando o no, de acuerdo al estado patológico encontrado, segmentos sin plegar.

No obstante y por una serie de razones que analizaremos en nuestra próxima comunicación, tenemos la impresión que es también la de otros cirujanos, de la superioridad de los plegados totales salvo para los casos, que son los menos, de lesiones muy limitadas. De cualquier manera, es absolutamente fundamental que al terminar la operación y antes de reintegrar el intestino, no quede ninguna zona deperitonizada, por mínima que sea, sin cubrir adecuadamente por el plegado. Es este un punto de técnica donde el menor descuido puede aparejar accidentes ulteriores que comprometen el éxito de la operación y han obligado alguna vez a reintervenir.

e) *La sutura*: sin insistir por ahora en la longitud de los pliegues, en la orientación de los mismos, en el sitio de la sutura con relación a los bordes mesentérico y antimesentérico, en el cuidado de los ángulos, todos hechos importantes como veremos

próximamente, señalamos tres puntos de técnica seguidos en este enfermo: 1) *la última asa ileal* ha sido plegada haciendo un bucle ascendente; Noble aconseja proceder así sistemáticamente; nosotros entendemos que debe respetarse la dirección normal de la última asa — que en este caso era descendente — para evitar, cuando ella es ascendente, una angulación acentuada próxima



FIG. 2. — Tránsito delgado post-operatorio. Se aprecia el intestino plegado; las asas regularmente dispuestas, verticales en el lado derecho, oblicuas las medianas, sensiblemente horizontales las superiores. No hay zonas de estasis, ni de estrechez, ni de dilatación. Los ángulos son regulares, sin acodaduras bruscas.

a la junción íleocecal; 2) hemos hecho *sutura continua* con puntos bastante próximos unos a otros, tomando la serosa y un poco de la muscular; la experiencia muestra que es netamente preferible a los puntos separados si se quiere obtener una coalescencia extendida, continua, sólida y durable; 3) utilizamos material no reabsorbible por entender que, salvo en los casos infectados, donde su uso puede ser discutible, es el que permite asegurar mejor una unión firme entre las asas plegadas.

f) *El epiplón*: hemos practicado una omentectomía total

como lo hacemos habitualmente en las grandes eventraciones donde es frecuente encontrar, como en este caso, lesiones acentuadas del epiplón. Estamos convencidos que con ello se beneficia nétamente la evolución post-operatoria.

Algunos cirujanos terminan el Noble descendiendo el gran epiplón por delante de la masa plegada, colocándolo en su posi-



FIG. 3. — La evacuación se hace normalmente; empieza a llenarse el ciego.

cion anatómica normal, sea sistemáticamente o cuando la superficie antimesentérica de muchas asas plegadas está denudada en varias zonas, con el fin de evitar que puedan adherir a la pared. Otros lo suturan sobre la superficie anterior del plegamiento para sostener el intestino plegado en su lugar y evitar que “cuelgue”, sobre la aorta como punto central fijo, lo que podría originar o favorecer la producción de accidentes obstructivos a nivel de los ángulos. Noble no le concede a este aspecto técnico mayor importancia.

Nosotros creemos que en casos como el que relatamos donde el epiplón presenta marcadas alteraciones — hecho habitual en eventraciones grandes — su resección es aconsejable y mucho más si se considera necesario en estos enfermos practicar un Noble. La reintegración de un epiplón infiltrado, edematoso, con bandas de esclerosis múltiples por delante de un intestino ple-



FIG. 4. — El tránsito continúa haciéndose normalmente.

gado puede significar la producción de adherencias a las asas y a la pared, generando accidentes del tipo de los que se trata de evitar: dolores, crisis obstructivas.

g) *La estimulación del intestino en el post-operatorio:* Noble estimula vigorosamente la actividad intestinal en el post-operatorio, administrando pituitrina cada hora hasta obtener deposiciones líquidas. Esta indicación no ha sido seguida por la mayoría aún cuando parece recomendable en los casos en que la liberación intestinal no ha provocado lesiones que hayan exi-

gido la sutura de una o más perforaciones o la resección, habiéndose simplemente liberado y plegado. En este enfermo hemos mantenido la aspiración alta y vigilado cuidadosamente el balance humoral del enfermo hasta el restablecimiento normal del tránsito que se ha hecho sin inconvenientes.

El estudio radiológico post - operatorio ha mostrado un trán-



FIG. 5. — Ha pasado casi toda la comida opaca al grueso

sito ligeramente acelerado y nos ha permitido obtener una serie de bellas placas donde se puede apreciar el aspecto plegado del delgado “en acordeón”; las asas regularmente dispuestas suturadas unas a otras; asas verticales en el lado derecho del abdomen y luego sensiblemente oblicua perpendiculares a la raíz del mesenterio recordando la disposición señalada como normal en muchos textos de anatomía; acodaduras regulares; ausencia de todo

nivel líquido; la inexistencia de zonas de estasis, dilatación o estrechez (Figs. Nos. 2, 3, 4, 5 y 6).

Este aspecto coincide con el resultado clínico; han desaparecido todos sus trastornos, en especial manera la constipación; tiene deposiciones diarias con caracteres normales. Ha sido rein-



FIG. 6. — Intestino grueso relleno por la sustancia baritada.

tegrado al trabajo a los dos meses de la intervención con excelente estado general y sin ningún sufrimiento, permaneciendo en esas condiciones hasta el momento actual.

Dr. De Chiara. — El trabajo que nos ha presentado el Dr. Piquinela sobre un tema, en nuestro país, poco difundido, me induce a decir algunas palabras ya que tomé contacto con esa operación en la Clínica del Maestro Nario en el año 1949, donde se operaron tres enfermos, dos de los cuales he podido seguir hasta el momento actual. Uno de ellos, debe ser al que ha hecho referencia el Dr. Piquinela, quien en el año 1952,

tuvo oportunidad de ver reintervenir con la extensión del plegado intestinal.

Los tres casos fueron de enfermos muy seleccionados, tratándose de vientres crónicos postoperatorios; uno a consecuencia de una apendicectomía en frío, el otro, por una intervención sobre vías biliares y el tercero, había sido operado por una hernia inguinal estrangulada, donde se había reintegrado un intestino dudoso. En los tres casos, se hizo en primer término la liberación de las zonas adheridas y el plegado del intestino, pasando tres o cuatro asas más allá de la zona en conflicto. Se trató de respetar la orientación natural de las asas, cosa importante en lo que el Dr. Piquinela acaba de insistir y en cubrir todas las zonas desperitonizadas. Uno de los casos hubo que reintervenirlo en 1952, por recidiva del sufrimiento, extendiendo la zona del plegado totalmente, siguiendo después bien; los otros dos han marchado bien, con pequeñas molestias, pero sin episodios de obstrucción.

Pero la operación de Noble, discutida en el momento actual, tiene desde el punto de vista científico y doctrinario, un interés que desborda lo que puede significar una operación más en el debatido y difícil problema del tratamiento de las perivisceritis crónicas recidivantes. Porque es evidente, que todos los que tienen alguna experiencia quirúrgica habrán visto enfermos que tienen un vientre lleno de adherencias y jamás han sufrido y otros con adherencias de menor extensión, sufren en forma intensa y reproducen el cuadro clínico y anatómico-patológico con una desesperante reincidencia, pese a penosas intervenciones iterativas.

El Prof. Clivio Nario, pensaba que existía, además de los factores ya conocidos, un factor intrínseco intestinal, satélite de los fenómenos que origina la obstrucción del asa apresada por las adherencias, y que tendría la responsabilidad de crear nuevas adherencias en progresividad y persistencia, englobando nuevos sectores, estableciéndose así un verdadero círculo vicioso. La operación de Noble, al crear una verdadera legislación ordenada de la perivisceritis, evitando los fenómenos de obstrucción, venía a demostrar la realidad de lo sostenido por el Prof. Nario.

Faltaba la prueba experimental y ver si el intestino en estado de obstrucción, es capaz de crear adherencias; y bien, uno de los discípulos, el Dr. Juvenal Botto, realizó experiencias en perros y su trabajo fué motivo de su tesis de Adscripción de Patología y posteriormente de una publicación en el libro, que en homenaje al Maestro, publicamos sus discípulos del Instituto de Clínica Quirúrgica. (1953)

El Dr. Botto pudo, en el perro, provocando obstrucciones de asas, ver reproducir las adherencias intestinales que se pueden ver en el ser humano. Si la experimentación realizada, que yo tengo por seria, confirma la hipótesis, la operación de Noble, ya de por sí, tendría un lugar predominante en la patología del vientre, puesto que podrá ser mejorada la técnica, podrán buscarse otros recursos, pero habrá dejado un concepto, un concepto del vientre crónico postoperatorio que del punto de

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

vista de las perspectivas para nuevas inquietudes y nuevas técnicas, me parece muy grande.

Es por tal motivo, que a la Operación de Noble, la he visto, con simpatía, no tanto como gesto técnico, sino por lo que tiene de conceptual, y además porque la he aprendido de un Maestro siempre recordado, en un momento en que en nuestro país, no se oía hablar de esa intervención.