

las lesiones provocadas experimentalmente y lógico tenía que ser, ya que, volvemos a decirlo, sea cual fuere la causa de la irritación de un tejido conjuntivo, el substratum anatómico de su reacción es la modificación vascular. Pero en el entendido que en la epiploitis marginal como en la traumática, el proceso es de congestión activa y no de patología venosa pura.

Las epiploitis hemorrágicas dependerían de modificaciones patológicas de la pared venosa, muy bien estudiadas por varios autores, y de modificaciones fisiológicas en la presión venosa. Pero no hay necesidad para explicar este aumento de la presión de recurrir a lo que él llama la vasodilatación venosa activa. Basta con la congestión activa que provoca el rico aporte sanguíneo de un sistema arterial regional vasodilatado.

En el capítulo de comentarios terapéuticos el autor insiste en la manipulación cuidadosa del epiplón, en especial en sus astas. En cuanto a las consideraciones sobre el respeto o sacrificio de la vena gastroepiploica en cirugía gástrica o del epiplón, no creo que se puedan utilizar deducciones sacadas de las ligaduras aisladas de las venas, ya que el cirujano hace en cualquier caso la ligadura de vena y arteria.

Al terminar estos comentarios quiero testimoniar nuevamente la simpatía con que leí, línea a línea, el trabajo del Dr. Nario, recordando en este momento que la necesidad de no salir del comentario concreto sobre la comunicación presentada, me impide traer a la Sociedad múltiples sugerencias de fisiopatología surgidas de su lectura y que valen, no lo dudo, más que todas las pequeñeces que he leído.

### *Respuesta a las consideraciones del doctor Chifflet*

Por el Prof. CLIVIO NARIO

C. Nario. — Agradece al Dr. Chifflet la preferente atención que le ha prestado a su comunicación.

Iremos anotando algunas de las discrepancias más importantes que el Dr. Chifflet emite en su contestación y las examinaremos rápidamente.

1.º En cuanto al primer grupo de experiencias (ligaduras venosas multiformes) no hay motivos de discusión.

2.º En lo que se refiere al segundo grupo (obstrucción venosa provocada y ligadura) el Dr. Chifflet considera que este tipo de experiencia, en definitiva, es igual al anterior, "con la única diferencia — dice — que aquí se observan los animales quince días después y no en el mismo acto operatorio. Las lesiones obtenidas — agrega — vie-

nen así a ser las consecuencias de la lesión primera provocada por ligadura venosa”.

El Dr. Chifflet padece un doble error al sacar esta consecuencia.

La experiencia no es la misma en uno y otro caso como lo hace presumir, lo que se sabe que se oblitera por ligadura simple o infección esclerosante en otros sistemas venosos, ya sea clínicamente o ya sea experimentalmente. Con tal criterio sería indiferente ligar o esclerosar quirúrgicamente una várice; y tal concepto no creo que pueda ser defendido en el momento actual.

Por otra parte, yo he vuelto a abrir el vientre de los perros operados, asépticamente con el primer procedimiento, no hallando las lesiones epiploicas que se obtienen por el segundo procedimiento. Hay una lesión epiploica importante que creo sea la primera vez que se obtiene a voluntad, que queda vinculada necesariamente a la inyección de salicilato y no a la ligadura, como se afirma equivocadamente.

En segundo lugar: la pequeñez de la cantidad que ha penetrado en las venas de sustancia irritante, no puede invalidar esta experiencia, por cuanto en las inyecciones venosas habituales en clínica, los efectos a distancia son grandes y extensos y no guardan relación con la exigüidad de las inyecciones, ni con la limitación del sitio inyectado.

Precisamente en esta noción está basada la técnica de las fleboesclerosis por medios médicos simples o con ligadura complementaria.

La indemnidad del bazo se anotó en la experiencia como elemento accesorio, porque con frecuencia en el perro existen diferencias importantes en el sistema venoso epiploico de un sujeto a otro, y podía haber escapado algún colector espleno-gástrico a la ligadura, cosa que yo hago notar en el trabajo.

En cuanto a que el estómago está sano haciendo una inyección de salicilato de sodio en la vena marginal gastro-epiploica, no estamos de acuerdo con mi amigo Chifflet. Creo que muy por el contrario debe llamar mucho la atención el hecho que, esclerosando una misma vena que recibe por sus dos vertientes colectores epiploicos y gástricos y a la misma altura, se realice en una vertiente una epiploitis masiva y tumoral, y en la otra vertiente, a pocos milímetros de distancia, se observe que la pared gástrica está sana macro y microscópicamente. Podrá dársele al hecho interpretaciones diversas, pero contrariamente al Dr. Chifflet creo que tiene su real importancia. Si se hiciera en serie este estudio en el abdomen, probablemente tendríamos nociones más exactas sobre marcha y evolución de las flebitis abdominales, que aún están lejos de estar aclaradas.

3.º Al hablar del rol depletivo que le asigno al sistema venoso,

se dice lo siguiente: "Se me ocurre pensar que el sistema venoso del epiplón se llena de sangre venida de las venas de los órganos digestivos en períodos de actividad, la ligadura de las venas impidiendo ese pasaje al epiplón, en lugar de aumentar la presión en él, la disminuiría". No ha habido seguramente compenetración de la experiencia o yo me he expresado mal. En efecto, la doble ligadura que yo he establecido no impide que el epiplón se coloque en situación de plétora experimental. Al contrario, ha sido instituída con ese fin y con el resultado consabido (infarto perivenoso). Cantidades crecidas y crecientes de sangre quedan en remanso en el sistema venoso epiploico porque las corrientes que bajan del estómago por la gran curva, se vuelcan en la gastro-epiploica, obstruída por sus dos extremos, y constituyen algo así como un "encombremiento" de tráfico que es de la mayor evidencia. En cuanto a atribuir esta plétora a la circulación arterial hemos dicho que la inyección de sustancias arterio-constrictoras o dilatadoras no modifica el fenómeno y con esto creemos dejar contestada la objeción del Dr. Chifflet.

4." "La circulación del epiplón es única" — se dice. — "La constituyen las arterias, capilares y venas regidas por el sistema vegetativo". Nadie ha pensado que podía ser de otra manera, pero conviene pensar que lo mismo que para los miembros no se puede superponer y tomar en block los hechos so pena de imbricar o intricar los problemas. Un esfuerzo realizado en el sentido de comprender el valor de cada uno de estos elementos se hace necesario, como fué necesario hacerlo para los miembros. Precisamente mi modesta contribución trata de dar una fórmula más concreta de lo que nos enseñan los clásicos y que podrá no ser compartida pero que realiza el examen de ese intento por el propio título que le he puesto.

5." Me he referido a los linfáticos del epiplón, al estado normal y he señalado que las opiniones más autorizadas afirman la vaguedad de esas nociones crecientes. La existencia de formaciones linfáticas en las vecindades de un quiste de siembra no pueden gravitar en el problema que yo he planteado, por cuanto las dichas formaciones pueden crearse de todas piezas por irritación inflamatoria simple como lo afirma muy bien Bloccard.

Una cosa es "circulación linfática" y otra es formación linfática de irritación. Lo que está muy lejos de estar demostrada es la primera, y eso es lo que hemos querido hacer resaltar para que la hipótesis del ganglio gigante no cobrara un cuerpo demasiado grande en el espíritu médico por más sugestiva que fuera la hipótesis. En cuanto a la invasión epiploica por cáncer cobra cada vez más valor entre

Los patólogos de más fama, la posibilidad del injerto directo más que la de la metastasis por predestinación circulatoria de la linfa.

En las demás observaciones las cuestiones que quedan son de divergencia interpretativa y no de hecho. No entro, pues, en este campo en el que la libertad de juicio debe ser alentada y agradecida cuando, como en el caso actual, está hecha con franco afán de examen libre. Pero si nos ponemos de acuerdo sobre los hechos, tal vez las discrepancias puedan allanarse aún más.

De cualquier modo, al agradecer nuevamente al Dr. Chifflet su importante contribución dejo constancia que tendré muy en cuenta sus sugerencias para cuando vuelva a trabajar sobre lo mismo, que será en breve.

*Sutura simple en un caso de ulcus gástrico perforado. Gastrorragia intensa post-operatoria. Gastrectomía secundaria alejada.*

Por el doctor GERARDO CAPRIO

En el curso del tratamiento de este caso que presento a consideración de la Sociedad, los hechos nos han planteado los más arduos problemas relacionados con el tratamiento de los ulcus gastroduodenales y sus complicaciones más serias, es decir, la hemorragia intensa y la perforación, y aún, en nuestro caso, una seria complicación renal.

El análisis minucioso de cada una de estas circunstancias nos llevaría fatalmente a la tan debatida cuestión del tratamiento radical del ulcus por las operaciones llamadas grandes, gastrectomía amplia, o por las otras intervenciones que Vds. conocen, lo cual no es mi intención en esta oportunidad.

Resumiré la historia clínica:

F. G. H., 40 años, uruguayo. Veo este enfermo en Enero del año actual. Tiene un sufrimiento típico de ulcus gástrico datando de 20 años. Hizo irregularmente tratamiento médico, régimen y alcalinos. Hace 4 años sufre más intensamente. Tuvo una hematemesis y melena hace un año.

Fué estudiado e ingresó al Servicio a principios de Febrero, en un período de calma que terminó entonces volviendo a sufrir.

Se prepara para operar y dos días antes del fijado para la intervención, hace un dolor izquierdo a tipo de cólico nefrítico. El examen de orina muestra algunos glóbulos rojos. Se posterga la intervención y se redoblan los cuidados, pues asociamos este accidente con la posibilidad de complicaciones hemorrágicas o de perforación como ya conocíamos y más en un enfermo que ya había sangrado anteriormente. Sigue sufriendo con ligera febrícula y a las 48 horas del cólico hace un violento cuadro de perforación a predominancia sintomática izquierda.

Hago notar que, diariamente, se le hacía lavaje gástrico como preparación habitual, y terminaba de hacerse cuando sobrevino la perforación, pero no creo que