

Sesión del 24 de Octubre de 1935

Preside el Prof. A. Fossati

Asuntos entrados.

Nombramiento del Dr. José María Silva, en carácter de delegado de la «Sociedad de Cirugía» ante la «Federación de Sociedades Médico Científicas del Uruguay».

ORDEN DEL DIA

Mal de Pott, como cuarta localización osteoarticular del bacilo de Koch, curado. (Presentación del enfermo)

Por el doctor DIEGO LAMAS

Queloides post-quemadura, tratado con electro-coagulación

(Presentación de enferma)

Por el Prof. CARLOS STAJANO

A propósito de la comunicación del Prof. Nario, sobre «Circulación del gran epiplón».

Por el doctor ABEL CHIFFLET

Abel Chifflet. — La comunicación del Dr. Nario constituye para los que aspiramos a vivir la cirugía basada sobre conceptos fisiológicos, un sacudimiento que nos lleva un poco a la preocupación del por qué de las cosas. Además de las conclusiones a que llega, llena pues un importante rol en nuestra Sociedad. Al ocuparme hoy de su comunicación quiero contribuir, dentro de mis fuerzas, a mantener esas preocupaciones en nuestro ambiente. La lectura y meditación de su trabajo me ha sugerido algunas observaciones que lanzo a la consideración de la Sociedad de Cirugía con la idea de hacer luz en ciertos puntos en que discrepo con el autor.

Ha comprobado, previo estudio preparatorio para sus experiencias, que la ligadura de las venas del epiplón provocan la aparición de focos hemorrágicos perivenosos. Esos focos hemorrágicos adquieren importancia cuando se hace la experiencia en pleno período digestivo. En dos oportunidades observó las mismas lesiones producidas espontáneamente (un caso clínico con hipertensión portal y un perro de experiencia). Estos hechos le permiten afirmar que la hipertensión portal o ciertos factores que hagan sobrepasar el límite de las presiones

toleradas en las continuas modificaciones de la presión sanguínea en el epiplón, pueden provocar en el hombre procesos semejantes, cuyas consecuencias no siempre interpretamos al ver al enfermo con lesiones constituidas. Conceptuamos muy importantes las experiencias y deducciones anotadas.

En lo que se refiere a sus experiencias de obliteración venosa provocada, el autor liga las venas y luego hace una inyección de salicilato, que el mismo reconoce que apenas entra en las venas y que no las trombosa. Esta experiencia es igual, en definitiva, a la de ligadura de las venas, con la única diferencia que aquí se observa a los animales 10 o 15 días después y no en el mismo acto operatorio. Las lesiones obtenidas (epiploitis masiva hipertrófica) vienen así a ser las consecuencias de la lesión primera, provocada por la ligadura venosa. La distensión vascular siendo el substratum anatómico de todo proceso inflamatorio, lógico es que se obtenga por ligadura de la vena lo mismo que se obtiene por la inyección omental, por la torsión del epiplón, por su contusión, etc., etc., es decir, por cualquier factor que irrite o congestione el epiplón.

El hecho que no halle alteraciones en el bazo no tiene nada de particular, ya que la obstrucción de la corriente venosa que va a la esplénica no modifica para nada el régimen circulatorio de ese órgano. En cuanto a la indemnidad del estómago, recordamos que no es de extrañarse, ya que la inyección de salicilato no obstruyó las venas, no modificando, por lo tanto, la normal nutrición de ese órgano.

Consideraciones sobre los pliegues peritoneales y sobre la importancia de las lesiones obtenidas por la sola acción sobre las venas, llevan al autor a considerar al epiplón como una gran lámina portavenas. Estas venas, dada su estrecha vinculación con las gástricas y esplénicas, constituirían un sistema de depleción de emergencia, que recibiría el trop plein en los momentos de actividad de esos órganos. Las importantes alternativas que imprime a la circulación regional los períodos de actividad y de reposo de los órganos digestivos, encontrarían en esta especie de divertículo del sistema venoso una válvula de escape para almacenar excesos sanguíneos que podrían ser perjudiciales. Esta importancia de la red venosa hace que el autor llegue a ponerle con el nombre de circulación de función a la escasa circulación arterial a la cual reserva el nombre de circulación de nutrición. Sus experiencias mostrando la hemorragia miliar especialmente acentuada en animales en digestión parece ser un argumento para su opinión. Se me ocurre, sin embargo, pensar, que si el sistema venoso del epiplón se llenase por sangre venida de las venas de los órganos digestivos en el período de actividad, la ligadura de las venas, impidiendo

ese pasaje de sangre al divertículo del sistema venoso, es decir, al epiplón, en lugar de aumentar la presión en él, la disminuiría. Dicho de otra manera: si la presión aumenta en territorio venoso llegando a la hemorragia por ligadura de las venas, en el período digestivo, quiere decir que el aflujo sanguíneo se produce por los vasos que han quedado intactos, es decir, por las arterias. Estas consideraciones nos llevan a admitir que si la congestión pasiva del epiplón puede encontrarse con sus consecuencias en Patología, como lo admitíamos al comenzar nuestras consideraciones, no creemos que la congestión fisiológica en determinadas circunstancias de la vida sean de ese tipo, sino congestión activa.

Dada la constitución tan simple del epiplón es lógico que su patología como toda la patología del tejido conjuntivo tenga la principal fuente de alteraciones en las modificaciones del régimen circulatorio. Admitamos que el epiplón por su simplicidad constituye un territorio preparado para el estudio de la influencia de la circulación en el tejido conjuntivo. Pero debemos reconocer que habiéndole quitado al sistema venoso el privilegio de la congestión en la vida normal que le atribuye el Dr. Nario, no hay razones para darle a tal sistema el derecho de ostentar el título pomposo de circulación de función. La circulación epiploica es única. La constituyen las arterias, capilares y venas regidas todas por el sistema nervioso vegetativo.

Para terminar con el capítulo de circulación digamos dos palabras sobre los linfáticos. La disposición de estos canales sobre la vaguedad de cuya descripción insiste el autor es un punto de real interés como hecho de Anatomía y Patología General. Anotaremos que si bien en la anatomía constituyen un punto complejo, su existencia y disposición se hacen evidentes en determinados procesos patológicos. Es así como los vemos dibujados bajo forma de hilos en las carcinomatosis que han invadido el epiplón. En los quistes hidáticos del epiplón, por otra parte, la existencia de linfáticos en las vecindades del parásito y aún a cierta distancia ha sido puesta en evidencia por Ardao, con quien estudiamos la hidatidosis peritoneal secundaria. La simplicidad anatómica del epiplón, a lo que me refería más arriba, fué lo que nos indujo a aprender quiste hidático, comenzando allí su estudio.

En el capítulo de comentarios clínicos el autor analiza, a la luz de sus opiniones, tres tipos de epiplitis.

Las epiplitis marginales, sobre las cuales anota la superposición con los trayectos venosos y la semejanza con las lesiones de origen vascular por él provocadas.

Las traumáticas presentan como las anteriores semejanzas con

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-