

*LAS HERIDAS DE LOS NERVIOS **

Dr. Mario Cassinoni

Hemos querido traer al seno de la Sociedad de Cirugía el problema de las suturas nerviosas, dado su real y permanente interés. Se trata en efecto de una cirugía, cuyos resultados son todavía malos, pese a lo que la experimentación y la clínica han aportado en ocasión de dos guerra mundiales.

Puede seguir afirmándose todavía con Elsberg: "Que la era de la cirugía nerviosa no ha llegado aún"; o con Leriche, "que en esta materia los fracasos siguen siendo más numerosos que los éxitos", lo que obliga a tomar en consecuencia las mayores precauciones y realizar su tratamiento dentro de las normas más estrictas y con todos los recursos disponibles, a fin de acercarnos a los mejores resultados, aunque en su conjunto no sigan siendo satisfactorios.

A lo antedicho cabe agregar, que los resultados son en parte producto de factores ajenos a la técnica y al resto de la terapéutica; pero también que si en ciertas circunstancias no se alcanzan éxitos relativos, se debe al olvido de algunas normas o al juicio poco afortunado de que se trata de una terapéutica sencilla, que aleja al paciente de los medios donde se le puede efectuar por las mejores manos y en las más óptimas condiciones.

Observando una estadística —con muchas imperfecciones desde luego— que hemos estructurado en base a las observaciones recogidas en la Policlínica de E. Médica del Hospital Maciel, podemos comenzar por hacer algunas consideraciones.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 1º de diciembre de 1948.

En el conjunto de las lesiones traumáticas observadas pueden distribuirse así.

Nervio mediano	{	Parálisis altas: 9 bajas: 22	Total: 114
Cubital	{	" altas: 15 bajas: 39	
Radial	{	14	
Mediano y cubital	{	10	
Plexo braquial	{	2	
Tibial anterior	{	1	
Facial	{	1	
Ciático Poplíteo Externo	{	1	

La clase de lesión neurotmesis (o sección), axonotmesis (o compresión), neurapraxia (o contusión) ofrecen estas diferencias.

Mientras en el radial sólo observamos 2 neurotmesis y 14 axonotmesis, en el cubital 24 son neurotmesis y 13 axonotmesis, destacándose que entre éstas por partes iguales están las debidas a la colocación de un aparato de yeso y las ocasionadas por el traumatismo que ha tenido lugar en la mesa operatoria.

En las parálisis altas de mediano, cinco corresponden a inyecciones de cloruro de calcio fuera de las venas.

La neurapraxia ha sido poco frecuente, como es habitual. En 109 casos (neurotmesis y axonotmesis) la evolución puso en

evidencia una R. D., que fué estudiada cuando fué posible repetidamente, buscando de ella los índices de la regeneración.

De las 65 secciones, en 58 hubo sutura inmediata: En dos había habido desconocimiento de la lesión; en otras dos la sutura fué diferida de expofeso.

De estas 65 secciones sólo pudieron ser observadas más de un año: 33; 32 de ellas abandonaron el control antes del año, lo que indica claramente la poca constancia, —debido a múltiples factores— que caracteriza estos enfermos, que son portadores de una invalidez que en los mejores casos ha de continuar por meses, años o definitivamente.

Hemos estudiado 17 reintervenciones: 15 observadas más allá del año, muestran en 11 de ellas regeneración.

Esquema del tratamiento.

a) *El tratamiento quirúrgico es el primer tiempo; pero no es el único tratamiento. No nos corresponde por falta de autoridad, abordarlo.*

b) *Tratamiento por los medios físicos comprende localmente: medios para combatir la esclerosis a nivel de la sutura, principal obstáculo a la regeneración.*

Ellos son:

1º) Ionización yodada el más empleado por nosotros.

2º) Ionización con tiosinamina (propuesto más recientemente y que aún no lo hemos empleado, en este problema en particular).

3º) Rayos X con el mismo fin.

Además es preciso no olvidar que la seccion por sus trastornos tróficos y su déficit motor obliga a atender.

1º Las articulaciones; asiento frecuente de artritis dolorosas y rebeldes: la movilización se impone precozmente y continuadamente en forma pasiva. La movilización activa por medio de las funciones posibles, de la vecindad, auxilia los sectores paralizados.

2º El déficit circulatorio de orden reflejo; que agrava el estado articular, a la vez que contribuye a aumentar la atrofia muscular y la retracción de los músculos. La hidroterapia, la diatermia, las ondas cortas, los infrarrojos; en una palabra: toda la termoterapia justifica por esta razón su empleo.

3º La atrofia muscular: las nuevas experiencias han contribuido a demostrar la innegable ventaja de las corrientes excitomotoras que deben usarse como un medio de hacer que la atrofia sea menos importante (galvánica interrumpida, corrientes progresivas onduladas, crecientes, etc.).

En suma: todos estos métodos tienden a la preparación del sector desinervado para que en el caso de que la regeneración tenga lugar, encuentre un sistema apto para entrar en funciones y que éstas se operen dentro de la mayor normalidad.

El mismo tratamiento puede instituirse, cuando se trata de una sutura diferida.

Evolución de la sutura: apreciación de la marcha.

Se realiza por medio de métodos clínicos y por el electrodiagnóstico moderno.

El signo de Tinel es una útil maniobra. La irradiación periférica de un hormigueo despertado por la percusión, hecha más allá de la sutura, acompaña casi siempre la regeneración.

Estudio de la sensibilidad: El retorno de la sensibilidad hecho en un prolijo examen, también es un buen índice. La disminución de las áreas de anestesia permite llegar a conclusiones favorables.

Examen eléctrico.

La R. D. persiste durante todo el tiempo que dura el proceso de regeneración y sólo desaparece en totalidad, cuando ésta llega a ser completa. La transformación en una R. D. parcial, es índice de una regeneración que ya ha tenido lugar y que como siempre, adelantándose en unas fibras más que en otras, se hace parcial, aún en el caso de que la regeneración llegara más tarde a ser total. Esta comprobación es contemporánea a la aparición de una disminución apreciable de los valores de cronaxia, en los músculos

desinervados y precede en muy poco tiempo la aparición del movimiento voluntario.

El verdadero valor del método eléctrico consiste en estudiar un fenómeno que Bourguignon llamó: repercusión y que indica una marcha favorable, cuando se comprueba todavía en los músculos paralizados, el cuadro eléctrico de la R. D.

Este estudio está basado en una experiencia de Bourguignon, quien comprobó que si se secciona un nervio, se produce una variación en la cronaxia de los músculos del miembro opuesto innervados por el nervio homólogo. Esta variación que se manifiesta ya por un aumento, ya por una disminución de valores, desaparece cuando el neuroma se organiza definitivamente. Si entonces se secciona el neuroma y se procede a la sutura, la regeneración en el lado opuesto reaparece y dura tanto como el proceso de regeneración tiene lugar. Transportemos a la clínica las conclusiones de esta experiencia.

1º La existencia de un neuroma por falla o ausencia de sutura, dará lugar a la repercusión en la misma forma que la sutura evolucionando bien.

2º El neuroma organizándose no dará más repercusión. Si en los primeros momentos la distinción entre uno y otro proceso activo: neuroma y sutura con regeneración en marcha es imposible, la desaparición de la repercusión anteriormente comprobada no podrá ser interpretada sino como falla de la sutura, y su desaparición es una indicación para la reintervención. Así lo confirma nuestra experiencia plenamente.

3º En el caso de una axonotmesis (compresión) en que exista una R. D. y un déficit motor que se prolonga, la comprobación de la repercusión o su ausencia, es de un real valor para abstenerse o indicar el tratamiento quirúrgico.

La repercusión ha sido estudiada por nosotros en 40 casos. La aparición más precoz, se comprobó a los 24 días de la sutura. En éstas, 27 veces, el valor estaba disminuído y 13 aumentado. El valor más alto fué de 2°50 y el más bajo de 0°05 (para grupos de 0°16 a 0°32). Es de señalar que en el mismo sujeto la variación se hace en uno u otro sentido, en más o en menos, en diferentes circunstancias (neuroma, regeneración luego de la reintervención, etc.).

El electrodiagnóstico debe ser señalado además como una ayuda en el diagnóstico exacto de la topografía de la lesión. Habiéndose demostrado que en la mayoría de los casos la inervación de la mano no se hace en la forma indicada por la anatomía clásica, la exacta distribución permitirá juzgar debidamente el éxito de una sutura a distancia.

El electrodiagnóstico en el acto operatorio, a desnudo, no lo consideramos una maniobra indispensable y aún en las secciones parciales, los resultados se superponen plenamente a un electrodiagnóstico bien practicado a través de la piel.

La electromiografía parece ser también un estudio eficaz que se complementa con el electrodiagnóstico. No poseemos experiencia personal en este método.

Consideraciones y conclusiones.

Frente a toda sutura nerviosa debemos mirar el porvenir sin mayor optimismo, en cuanto a los resultados que derivan del acto quirúrgico y la terapéutica posterior. La mejoría funcional es cosa distinta y a veces se logra un buen rendimiento por suplencia, aún con el fracaso total o casi total de la sutura.

El porvenir depende en gran parte del nervio seccionado. Una regeneración que comienza haciendo abrigar el más completo optimismo, —como en las parálisis altas, al cumplir la etapa de la reinervación de los músculos del antebrazo satisfactoriamente— se agota la mayoría de las veces progresivamente, al acercarse a la mano. De ahí que un radial, cumpliendo esa primera etapa llega al éxito casi total, dado que los músculos que inerva son de antebrazo y no tiene intervención importante en la musculatura de la mano propiamente.

El electrodiagnóstico tiene una importancia real en el diagnóstico de la lesión, en su topografía, en la extensión de la misma. Es útil en la neurapraxia, en la axonotmesis y en la neurometesis. En estas dos últimas lesiones, sirve a los fines de estudiar la marcha de la regeneración y de indicar la reintervención en caso de detención del proceso regenerativo. La repercusión nos parece un auxiliar precioso, e indudablemente insuperado todavía, por otros signos.

Es de toda evidencia que en nuestro medio, hay una atención

creciente por procurar hacer de la mejor manera posible el tratamiento de las heridas nerviosas. Es ya un concepto arraigado que no puede ser considerado como una cirugía de principiantes.

Sin entrar a discutir, con un número de casos pequeño si se compara a las grandes estadísticas de los más importantes centros del mundo, la oportunidad de la sutura precoz o diferida, es elocuente el número de las regeneraciones observadas en las reintervenciones. Atribuimos el éxito a que ellas se realizan en las mejores condiciones posibles: enfermos bien estudiados, bien preparados y con un exacto diagnóstico; el haberse provisto para realizar la intervención con los mejores materiales; el disponer del tiempo necesario cosa no siempre posible, en los centros de cirugía de urgencia. Un hecho más: el enfermo que acepta la reintervención está dispuesto de la mejor manera para cumplir un tratamiento y procurar su cura; en consecuencia se somete al tratamiento quirúrgico y a la fisioterapia posterior, lo que asegura un mayor éxito.

El porvenir no depende tan sólo de la recuperación motora: el déficit sensitivo, los trastornos circulatorios, la aparición de neuromas parciales, la existencia de heridas tendinosas asociadas —hecho frecuente— y fundamentalmente las artritis, ensombrecen más aún el porvenir de los suturados. En los casos mejores, siempre algo queda diferenciando el nuevo estado de la normalidad y nuestra impresión es que se mira con criterio poco severo, cuando se anotan en las estadísticas regeneraciones completas.

El acto quirúrgico reparador es, demás está decirlo, imprescindible; pero es sólo una parte del programa terapéutico. El enfermo antes —en caso de sutura diferida— y después de la sutura en todos los casos, debe ser sometido a una terapéutica física que deberá ser permanente y prolongada. En este tiempo debe comenzarse además a pensar en las suplencias y en la readaptación, teniendo en cuenta la posibilidad desgraciadamente frecuente de un fracaso. Sería de real interés contar en nuestro

medio con talleres especializados confundidos o relacionados con los servicios de Física Médica o mejor todavía centros de rehabilitación, para dar al enfermo a la vez que la terapéutica propiamente dicha, la posibilidad de adquirir un nuevo oficio, una tarea ajustada, a su probable incapacidad futura. Para el enfermo y para la Sociedad contar con estos medios es de una utilidad indiscutible.

Dr. Pedemonte. — Quiero felicitar al Profesor Cassinoni que nos ha traído un trabajo muy interesante en el que se observa que él ha visto el problema perfectamente bien y ha tratado algunos de los puntos más importantes por lo cual se llega a un éxito en la reparación de las lesiones nerviosas. Me parece que es un trabajo que está basado en una estadística grande y sobre todo muy bien documentado, muy bien seguido, muy bien observados los enfermos, y sobre todo muy bien observados los motivos por los cuales puede llegarse a resultados satisfactorios. Por eso me extrañó un poco que dijera al principio que la reparación nerviosa tenía un pronóstico tan malo. En general es cierto: la reparación nerviosa tiene un pronóstico malo; pero eso es en el conjunto: en las reparaciones primarias, primitivas, en las reparaciones secundarias más reparaciones tendinosas, en las reparaciones hechas globalmente y en las reparaciones secundarias, yo creo que el pronóstico no es tan malo y al mismo tiempo creo que es la opinión del Dr. Cassinoni por lo que dice al final de su trabajo de que ha visto regresiones si no completas, bastante completas. Esa es la experiencia y esa es la sensación que tenemos nosotros en nuestra experiencia personal. Ya la vez pasada, hablaba yo en la Sociedad de Cirugía, contestándole al Dr. Larghero que había hecho esta apreciación; yo le decía que no le podía traer todos los enfermos o tener presente todos los enfermos en los que hemos hecho reparaciones nerviosas pero tengo la impresión que en general nos ha ido bastante bien, que los resultados son bastante satisfactorios sobre todo con las reparaciones secundarias. Nosotros no estamos organizados, en esto también le doy toda la razón al Dr. Cassinoni en que sería necesario establecer un centro, un lugar donde se dirigieran todos los heridos de los nervios. No estamos organizados para hacer las reparaciones primarias; en general en el Instituto de Traumatología, donde yo trabajo no se hace; hacemos la reparación secundaria, después de tratarlo definitivamente y ver que no regresa por los medios físicos y la fisioterapia y todos los tratamientos médico-físicos, hacemos la reparación secundaria y de esta reparación secundaria tengo la impresión de que en general nos ha marchado perfectamente bien. He tenido la ocasión de presentar aquí un grueso neuroma del mediano producido por mí mismo al tratar una fractura de los dos huesos del antebrazo y al colocar, (hace varios años que usaba ese método) el método de colocar aquellos cigarrillos de madera en la parte palmar y dorsal del antebrazo se produjo un

gran neuroma del mediano y un Volkman con todas las características del Volkmann clásico, es decir la buena movilidad de la mano. En ese caso hicimos la resección de los dos huesos del antebrazo para poder extirpar el neuroma que era como de 5 centímetros de largo y poder suturar cabo a cabo el nervio mediano. El resultado cuando lo traje acá después de un año, de la sutura, era si no perfecto, casi; le quedaba muy poca cosa, la oposición era perfecta solamente le quedaba una cierta hipoestesia del dedo mayor que iba regresando y que estaba en vías de desaparecer totalmente.

También le hacía referencia al Dr. Larghero que habíamos tenido una lesión grave del brazo izquierdo con sección del mediano y el cubital reparado y el cirujano no conforme del todo con la operación pensaba que no iba a tener resultado bueno, pero pasó el tiempo y yo quedé asombrado de los resultados, de manera que en general tengo la impresión que las suturas secundarias técnicamente bien hechas, es decir con la sección en parte sana y la sutura periférica pequeña, sutura periférica por 4 ó 5 puntos agregándole a todo esto el tratamiento fisioterápico dan buenos resultados. Estoy perfectamente de acuerdo con el Dr. Cassinoni con su trabajo pero le agregaría un detalle que es de suma importancia y que me parece, si yo no oí mal, que no lo mencionó en su trabajo y que es la posición de función de los músculos del nervio interesado: si es el radial la posición en extensión, si es el mediano en posición de función de la mano y el cubital no tiene casi mayor importancia. De manera que en general estoy casi completamente de acuerdo con el profesor Cassinoni en las apreciaciones de su excelente trabajo que ha traído a la Sociedad de Cirugía; solamente quería exponer la impresión de mi experiencia, que en la reparación secundaria de los nervios el pronóstico no es tan malo como al principio expresaba el Dr. Cassinoni.

Dr. Mourigán. — Creo muy importante la comunicación que ha hecho el Dr. Cassinoni y los resultados tan bien estudiados; me parece también muy bien lo que dice el Dr. Larghero. Ahora, quiero dar mi opinión personal sobre el tema, porque creo que es una obligación dar opiniones personales sobre todo cuando uno tiene que tratar habitualmente las lesiones de urgencia. Entonces conviene decir lo que se ha hecho y los resultados obtenidos. Yo, en general, no le doy mucha importancia a la técnica quirúrgica ni a la indicación de sutura primaria o secundaria, me parece que ese no es el problema fundamental; creo que todo cirujano que esté versado en el problema sabrá elegir los casos en que se debe proceder a la sutura primitiva y en los que se debe proceder a la sutura secundaria, pero me parece más importante lo que dijo el Dr. Pedemonte, la posición de función que hay que dar al territorio paralizado mientras se produce la regeneración y a lo que dice el Dr. Cassinoni: la fisioterapia aplicada al miembro que soporta la lesión, pues cuando el nervio se reconstruye y encuentra elementos inservibles, sería como una máquina que hubiera perdido la corriente eléctrica y el día que va a fun-

cionar está herrumbrosa. Me parece que más capital que la indicación de sutura primitiva o secundaria y las técnicas más o menos sutiles que quieren solucionar problemas tan complejos, es la función y la fisioterapia antes y después de la sutura nerviosa. Los enfermos que yo he tratado los he seguido y casi todos ellos se los he enviado al Dr. Cassinoni para el estudio clínico, para el estudio eléctrico y para la evolución y para el tratamiento fisioterápico. Ahora, en nuestro ambiente y en esto aunque haya redundancia insisto, en que los enfermos no están preparados para el largo tratamiento que se necesita no hay un lugar donde mandarlos. Tenía la esperanza que en el Instituto de Traumatología se organizara esa parte tan importante. Le prometo a la Sociedad de Cirugía y al Profesor Larghero que lo pedía particularmente, traer los enfermos con los resultados clínicos y con los resultados del estudio eléctrico hecho por el Dr. Cassinoni. Aclaro también que allí no se insiste, o por lo menos no se marca bien que nosotros en el Servicio de Urgencia operamos en general lesiones complejas, es decir que las secciones tendinosas, lo dice el Dr. Cassinoni en su trabajo, modifican de una manera importante la función y la última enferma que tratamos junto con el Dr. Cassinoni ha hecho la reparación de su nervio cubital del punto de vista clínico, y del punto de vista eléctrico, pero tiene una garra que no es la garra cubital por lesión del cubital sino que es la garra por retracción de los tendones por cicatriz viciosa y ese problema es casi insoluble porque pasa como en las adherencias peritoneales que uno deshace adherencias y se forman otras nuevas que no se sabe como van a ser.

Los enfermos nuestros no están educados, no aceptan todo ese tratamiento laborioso, de constancia, de paciencia, de la inmovilización y en general abandonan el tratamiento; pero así como yo no soy tan pesimista en los resultados del punto de vista de la reparación nerviosa, creo que no es tanto un problema de técnica quirúrgica sino más bien un problema de posición, de función y de fisioterapia y que la sutura, el cirujano de carrera la puede hacer, cumpliendo los principios fundamentales de la técnica corriente.

Dr. Del Campo. — En el Servicio a mi cargo, el tema de sutura de nervio ha sido tratado varias veces este año; la persona que se ha ocupado más es el Dr. Otero que no quiere entrar en la discusión y no lo hace porque sabe lo que es el problema de la sutura de nervio. Yo, que ya no tengo vergüenza de hablar aún no sabiendo algunas cosas, voy a decir 3 o 4 nada más, al respecto.

Primero de todo que el problema de sutura de nervio no lo vamos a resolver nosotros, no alcanza la práctica individual para resolver este problema. Este problema ha sido estudiado en forma intensa en dos ocasiones: cuando el problema de la sutura de nervios deja de ser un problema individual para ser un problema colectivo, para ser un problema nacional. Así fué encarado durante la primera guerra mundial y así ha sido encarado en la segunda guerra mundial. En la primera guerra mun-

dial terminó con los relatos a un Congreso Internacional de Cirugía, relatos que dejaron el asunto inconcluso y la conclusión no vino nunca porque se diluyó en la práctica civil en la cual las heridas de nervios no llegan a constituir un problema nacional. En la segunda guerra mundial el problema fué estudiado sobre todo en dos partes: en Inglaterra bajo la dirección de H. J. Seddon en Norte América bajo la dirección de R. G. Spurling, con un material de 8.000 casos y con un despliegue de casos que hizo admirar a los mismos norteamericanos. El problema está en estudio, no se ha llegado todavía a conclusiones, pues debido a eso conviene decir algunas cosas. Diremos en primer lugar que se puede ser optimista o pesimista respecto a las heridas de nervios: se puede ser optimista si se miden los resultados en las heridas de nervios por lo que se ha ganado desde la herida hasta la terminación de la asistencia de los enfermos y se es pesimista si se aprecia lo que le falta al sujeto hasta la recuperación total; son dos maneras de medir; yo soy pesimista.

La segunda cosa que es muy interesante es respecto a lo que se puede pedir a la técnica quirúrgica en sí; dentro de la técnica de la última guerra hay factores señalados pero hay una anotación muy interesante de un cirujano norteamericano que le preguntó a algunos de los cien cirujanos más o menos que trabajaban bajo la dirección de Spurling y que habían trabajado en la otra guerra si había diferencias técnicas entre la actual y la anterior y le contestaron que no, que no había ninguna, que era exactamente la misma; que sólo había pequeñas modificaciones técnicas, eso de utilizar un hilo determinado que es aceptado por unos y negado por otros, pequeñas cosas cuyo valor es absolutamente discutible en el conjunto.

Otro elemento importante es el momento de la intervención; en eso se cambió de la primera guerra a la 2ª guerra mundial. Pero se cambió por un asunto muy sencillo. En la primera guerra se sostenía que la sutura debía ser secundaria y a los 7 u 8 meses, en la guerra actual se dijo que debía ser secundaria después de 3 ó 4 semanas, pero la causa fundamental no está en una diferencia de concepto en el resultado del tratamiento de las heridas sino que en las heridas de la primera guerra mundial el factor infección jugó un papel más importante que el que jugó en esta guerra, es decir se trata de diferencia de situación, de casos, y esto es quizás lo que nos interesa más a nosotros porque podríamos preguntar en la misma forma que relación tiene la herida de la práctica de guerra y la herida de la práctica civil, yo diría que cuando la herida de la práctica civil se acerca a la herida de la práctica de guerra, nosotros deberíamos seguir los consejos dados por los cirujanos de la guerra actual, pero por ejemplo hay un tipo de herida muy particular, las heridas causadas por corte de vidrio, yo diría que estamos en las condiciones de una intervención quirúrgica, de una incisión simple, de una incisión franca, y no veo por qué rechazar la sutura primaria.

No voy a hablar de los problemas ortopédicos ni del tratamiento médico del cual se ocupó el Dr. Gonzalo Fernández en nuestra clínica.

tratamiento médico que parece ser muy importante en algunos aspectos, está conocido perfectamente y ya desde la guerra de 1914 a 1918 pero quiero recordar al final lo siguiente: que lo hace ser a uno pesimista no solo en este momento, sino pesimista de futuro, y es que se trata de un problema de regeneración, que la regeneración es el privilegio de los organismos interiores o de los tejidos organizados inferiormente y que por lo tanto es un poco difícil ver como ha de venir un progreso en este problema que es un problema de regeneración.

Y respecto de la regeneración de los elementos nerviosos hay que agregar una cosa que es de las cosas más importantes, la desviación del cilindraxil, cuando enfila hacia el cabo periférico, desviación total que puede hacer tomar a los cilindraxiles motores, las vainas de Schwan, de fibras sensitivas, desviación menos importante de fibras motoras en vainas motores pero no las suyas que obligan a una adaptación cortical que no se en que condiciones puede hacerse. De todas maneras valdría la pena, por lo menos que hubiera una especie de standardización de las indicaciones, que es lo que puede uno seguir, y en que o hasta cuando puede uno evitar un mal resultado de las heridas de nervios, es decir qué medidas podemos tomar nosotros los cirujanos para evitar el mal resultado en las heridas de nervios dentro de lo posible. Felicito al Dr. Cassinoni porque nos ha presentado el problema tal cual él es y creo que es así en todas partes del mundo.

Dr. Etchegorry. ¹ Estoy completamente de acuerdo con Del Campo: "me madrugó" en lo que pensaba decir. A medida que los años pasan, uno se va haciendo más escéptico, cuando tiene oportunidad de revisar los resultados alejados. Desde el punto de vista si se quiere "metafísico", también tiene razón Del Campo, al decir que en esas regeneraciones más o menos completas intervienen otros fenómenos además de la habilidad del Cirujano. Algo muy importante es la readaptación cerebral o intelectual del paciente, la cual hace que muchas veces los resultados reales queden esfumados tras las manifestaciones optimistas o pesimistas del lesionado. Pediría pues, una vez que hemos tenido el placer de oír al Dr. Cassinoni, que dejáramos la discusión abierta, a fin de que cada uno de nosotros pudiera aportar los casos que posea, sobre todo los que escapen a una marcha normal, y que no son tan excepcionales como se cree. p. ej., tengo una enferma que está bastante contenta con una sutura nerviosa que... no efectué. La operación fracasó porque hecha bajo anestesia local, no pude darme el campo necesario para encontrar el extremo proximal del nervio seccionado. Me limité a localizar y liberar el segmento inferior, que fijé a la masa muscular para poder encontrarlo fácilmente en la reintervención futura. Como les decía, la paciente está bastante contenta con el resultado; posiblemente, cada uno de nosotros tiene casos similares. Se deben pues relatarlos en esta tribuna para aprendizaje de todos. No hay que olvidar el viejo adagio francés que dice: "Enseña más un fracaso que cien éxitos".

Dr. Cassinoni. — Voy a ser muy breve. Voy a dejar, primero, constancia, contestando a los Drs. Mourigán y-Pedemonte que yo no me he ocupado de la posición de función que es fundamental, porque corresponde a la parte del trabajo que debió tratar el Dr. Ardao; lo habíamos dividido así.

En cuanto a las consideraciones generales que ha hecho el Dr. Del Campo, evidentemente, no puede haber sobre esto dos opiniones. La cirugía nerviosa en sus resultados es mala y hay que mirarla con pesimismo. En la última estadística presentada por un gran centro especializado de Inglaterra, hecha sobre varios miles de casos, el promedio de regeneración del cubital (en heridas bajas) sólo alcanza al 5 %. De manera, que cuando nosotros tenemos resultados malos debemos relacionarlo a lo que hacía notar el Dr. Del Campo: a las condiciones propias del tejido que se trata no al hecho de que procedamos mal.

Tenemos la obligación de hacer las cosas lo mejor posible para que a las pocas posibilidades de regeneración que nos da el propio fenómeno de la naturaleza, no le agreguemos nosotros lo que puede ser culpa nuestra. Evidentemente existen aquí muchos factores, que perjudican el buen éxito y el éxito relativo de las suturas nerviosas. Una cuestión hasta ahora un poco vulgarizada dentro de los medios, quirúrgicos, es que la sutura tendinosa y nerviosa pertenece a la pequeña cirugía elemental. Todos los que hemos hecho guardia en los hospitales tenemos que arrastrar sobre nosotros muchas culpas y el haber persistido algunos años en esta actitud, se debe al hecho de no conocer como evolucionaban estos enfermos, a los que generalmente hacíamos un pase a Policlínica Quirúrgica y no los veíamos más. Evidentemente es una cirugía que aún cuando no sea difícil, hay que tomarla como sería por sus consecuencias. Hay una diferencia fundamental entre lo que es la regeneración obtenida por medio de la Cirugía y de los procedimientos de la fisioterapia que se hacen posteriormente: y el resultado funcional a lo que aludía muy bien el Dr. Etchegorry. Muchas veces por ejemplo hemos visto cirujanos muy satisfechos de suturas del mediano, hechas en el puño y sucede muchas veces que está perfectamente demostrado que el cubital inerva casi toda la eminencia tenar y lo que corresponde a la función del mediano en la eminencia tenar es tan poco, que aún fracasada la sutura, el déficit funcional perjudica muy poco al sujeto.

De manera que muchos éxitos, de la aparente recuperación, no se deben a la regeneración nerviosa sino a una readaptación.

Yo le oí decir al Dr. Etchegorry una cosa interesante, que es necesario recoger, la dijo en voz baja, que gran parte de la culpa de que estos enfermos no se traten o que quieran persistir en su invalidez, la tienen nuestros sistemas de seguros; muchos de estos sujetos buscan proseguir en su invalidez para recibir su retribución por meses y muchas veces al proponerles una reintervención, no la aceptan como rechazan también los tratamientos continuados y son poco constantes en los mismos.

En cuanto a la regeneración total de que nos hablan las estadísticas, le oí decir al Prof. Del Campo en una conversación particular, que él desearía ver una regeneración total; y yo hoy pronunciaría su misma frase: "yo quisiera ver una regeneración verdaderamente total". Los casos mejores que encontré, revisando la estadística para hacer ese trabajo, tienen todos ellos algunos defectos que invalidan en parte la funcionalidad normal del sujeto. En los tres casos mejores que he visto, uno de ellos por ejemplo, tiene un dolor exquisito a nivel de la cicatriz que le impide determinados movimientos; el otro ha perdido las funciones del 5º interóseo y no puede acercar su dedo meñique; el otro operado por el Dr. De Chiara con resultado más feliz, tiene un neuroma parcial al nivel de la cicatriz y una hiperestesia del 5º dedo que le molesta mucho. Esos son los tres resultados mejores que he visto y yo no me atrevería a clasificarlos dentro de la regeneración total.

Creo de utilidad, de todo lo que se ha dicho, insistir en el valor del electro-diagnóstico, como medio de indicar la posibilidad de una reintervención cuando la sutura no ha sido feliz. En todos los casos en que hemos pedido la reintervención, la falla de la sutura fué observada y muchas veces hemos tenido posteriormente en esos enfermos, regeneraciones.

Cuando hablé de regeneraciones en las reintervenciones no especificué si ellas son parciales o son totales; la mayoría son parciales; en las parálisis altas, esa regeneración se limita a reinervaciones del antebrazo y quedan los músculos de la mano en un estado de hipofuncionalidad bastante acentuada.