

CONTRIBUCIONES:

Sr. PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. Abdala.

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS EVENTRACIONES CON EL INJERTO DE PIEL TOTAL SEPULTADO

Dr. José Abdala

El tratamiento de las hernias y eventraciones ha sido motivo de especial atención en la que fué Clínica del Profesor Nario.

Esa circunstancia nos ha permitido hacer un estudio exhaustivo de métodos y procedimientos.

Muestra de esa inquietud, es que en diversas oportunidades nos hemos ocupado con nuestro compañero De Chiara de aspectos diversos de este tema y lo hemos llevado a la discusión en la Sociedad de Cirugía.

Queremos contribuir hoy, al relato oficial con nuestra experiencia en el tratamiento de las eventraciones, con el injerto de piel sepultado.

En 1947 en la media hora previa de la Sociedad de Cirugía, mostramos los dos primeros casos operados en nuestro medio por el Profesor Nario.

De esa fecha a setiembre de 1951, en que presentamos a la misma tribuna científica nuestro trabajo sobre el tema, hemos acrecentado nuestra experiencia, lo que nos ha llevado para porvenir los múltiples componentes que gravitan en esta forma u otra sobre el porvenir de los eventrados.

Como lo saben los señores congresales la eventración y su tratamiento continúa siendo una gran preocupación para los cirujanos de carrera.

Nosotros hemos vivido esa inquietud y hemos superado muchas etapas estudiando y balanceando los complejos factores que inciden sobre el resultado del tratamiento, ya sea inmediato o alejado. La recidiva ha sido la complicación más importante y lo que ha obligado a buscar un método de elección, que ponga al paciente a cubierto de esta desagradable complicación.

El material de sutura y la naturaleza de los tejidos, fueron durante algún tiempo, los dos sistemas que concitaron la mayor atención y condujeron a interminables discusiones. A eso se ha venido a agregar la preparación de los enfermos. Los hombres de ciencia, no han

podido ponerse de acuerdo en cuanto a procedimiento, pero el des-acuerdo no se basa ni en capricho ni en sectarismo científico, el des-acuerdo estriba en que ningún método conformaba y naturalmente no conformaba porque los resultados no eran satisfactorios.

Quiero significar que el injerto de piel, no es un método nuevo, en todo caso es un método actualizado.

Y viene a contemplar la circunstancia por todos conocida, de que las eventraciones en la mayoría de los casos son secundarias a insicciones atípicas o a abordajes realizados en enfermos con evidente déficit metabólico, ya sea por la propia enfermedad, ya sea por complicaciones, por la edad, en fin, por causas que llevan a una inevitable pérdida de sustancia y en consecuencia, obligan a revitalizar o suplir un sector de la economía.

En nuestro concepto, el injerto de piel ya dedujo tercería en el tratamiento de la eventración y lo ha hecho con éxito, que lo habilita para ser tenido en cuenta siempre que surja su indicación.

Decíamos en nuestra comunicación que probablemente nuestros buenos resultados, se debieran a que en la preparación de los enfermos, tuvimos en cuenta muchos factores, a mi juicio conocidos por todos aunque muchas veces olvidados. Insisto en la preparación correcta del eventrado.

El injerto tiene sus indicaciones precisas y esas indicaciones se vienen seleccionando desde que Cannaday, divulgó el cutis preconizado antes por Loewe y Rehn y que son los precursores del injerto. La técnica del injerto total, se debe a Mair, que lo divulgó; y en la experimentación se vió enriquecida con los aportes de Peer y Paddock.

En el Río de la Plata la Escuela Finochietto con Uribe, Zavaleta, Garriz y Pattaro, son los que más han trabajado y más han luchado por la incorporación de este método.

En nuestro ambiente fuimos los del servicio de Nario, los que nos preocupamos por la difusión de este excelente sistema. Es así que en 1951, llevamos a la Sociedad de Cirugía nuestra experiencia.

Cabe consignar que de 1947 a 1951, se operaron en el servicio gran cantidad de hernias y de eventraciones y que solamente aplicamos el parche en cuarenta y ocho casos. Esto para significar otra vez, que el parche no debe ser prodigado, que tiene sus indicaciones precisas y que cuando se llena esta condición el éxito corona la empresa.

Aportaron en esa oportunidad su contribución sacada de su experiencia, Stajano, Bermúdez, Suiffet, Bozzano y Nozar.

El número de enfermos tratados por estos colegas en conjunto superaba al nuestro.

He citado los que ya en ese momento tenían experiencia y habían formado juicio, sin desconocer las observaciones muy oportunas y la predilección que mostraron otros colegas por la técnica, aunque no daban su opinión definitiva por no haberlo realizado.

Desde ese momento hasta ahora, el número de partidarios de este procedimiento es mayor y lo han hecho muchos la técnica de elección.

Claro está que no es el remedio para todos los males y que algunos no lo han aplicado en el caso indicado ni han llenado las condiciones indispensables, a eso se debe que pueda haber algún resultado no tan brillante como el de los otros colegas.

También entre los críticos se encuentran los que no han hecho experiencia y no obstante vierten su opinión, fundada en consideraciones de orden teórico y así vemos u oímos, que alguno está de vuelta sin haberlo realizado.

Al injerto se le han hecho objeciones entre otras las que se refieren al porvenir incierto y peligroso de la sepultación de la piel total.

Respondemos: la experiencia y la realidad clínica han demostrado que esas prevenciones no tienen representación efectiva en la práctica quirúrgica y si recordamos la anatomía patológica del auto injerto, expresada por Polack, más razones tenemos para reafirmar nuestro entusiasmo. En efecto, dice Polack analizando un fragmento de injerto sepultado extraído tiempo después: "La biopsia toma la piel con su epidermis atrófica, llegando en zonas a estar constituida por sólo tres hileras de células. Los elementos malpighianos presentan fenómenos de vacuolización y existe marcada hiperqueratosis. El dermis esclerificado se haya surcado por finos capilares sanguíneos y linfáticos, ocupados a veces por linfocitos y monocitos. Las fibras elásticas de moderado espesor se disponen en las asechillos irregulares".

Los experimentos de Peer y Padock, demuestran la atrofia epidérmica, progresiva en el tiempo y que en un plazo de tres meses el examen histológico sólo muestra un tejido conjuntivo altamente vacuolizado, sin elementos dérmicos o epidérmicos identificables sin quistes de retención o folículos pilosos restantes.

Estas conclusiones derrumban el fantasma de la probable degeneración del injerto.

Quiero insistir en un aspecto que tuvo unanimidad de pareceres en la Sociedad de Cirugía, cuando discutíamos este punto, tanto las hernias como las eventraciones exigen múltiples detalles de técnica que deben ser salvados meticulosamente en el acto quirúrgico y hay detalles imprescindibles, que deben ser cuidados al máximo tanto en el pre como en post operatorio.

D) *Drenaje complementario.*

En todos nuestros casos hemos utilizado un pequeño drenaje de goma de guante, que se saca por contra-abertura, que nos ha parecido de gran utilidad para evitar pequeñas colecciones sero-hemáticas, que pueden infectarse secundariamente. El drenaje se retira a las 48 horas.

El resto de la intervención se continuúa en la forma habitual por planos. La cura **plana** se hace fijándola con vendaje de compresión moderada.

E) *Post-operatorio.*

a) Antibióticos.

b) Movilización precoz del operado.

La primera cura se realiza a las 48 horas para retirar el drenaje.

Es interesante hacer notar el aspecto **post-operatorio** de la herida, para familiarizarse con él y evitar falsas interpretaciones.

La infiltración edematosa fisiológica de los primeros días es la expresión del proceso de reabsorción de la epidermis tal como la experimentación lo ha evidenciado.

Esto es normal y no debe confundirse con la infiltración hemática mucho menos con la infección flemonosa.

Sr **PRESIDENTE.** — Tiene la palabra el Dr. De Chiara.

NUESTRA EXPERIENCIA CON EL NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO EN EL TRATAMIENTO DE LAS EVENTRACIONES

Dr. Juan Carlos de Chiara

Ya nos ocupamos de este tema en el curso del corriente año, en el seno de nuestra Sociedad de Cirugía, en colaboración con el doctor José Abdala. Ahora con motivo del relato a este Congreso del Dr. Rafael García Capurro, hemos querido contribuir al mismo con un modesto informe para reactualizar nuestra experiencia con el *Neumoperitoneo Progresivo Preoperatorio*, procedimiento que venimos utilizando desde 1947, en la Clínica Quirúrgica del Prof. Clivio V. Nario, y en la práctica privada, con excelentes resultados y en total acuerdo con lo que sostiene y preconiza el doctor Ivan Goñi Moreno, de la Argentina, autor del método.

Es evidente que los cirujanos de todas las épocas han debido enfrentar problemas de compleja solución en el tratamiento quirúrgico