

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

## EL TRATAMIENTO DE LAS EVENTRACIONES MEDIANAS

Prof. Agr. Héctor A. Ardao

Las eventraciones medianas constituyen a menudo un problema quirúrgico muy complejo. El uso extendido de la vía mediana en el abordaje abdominal o pelviano se justifica por la rapidez y facilidades de su realización, la ausencia de vasos y nervios parietales importantes y la amplia brecha que ofrece susceptible de ensancharse en uno o varios sentidos. A estas ventajas debe agregarse la facilidad del cierre el cual se mantiene ulteriormente por un tipo de cicatriz similar al que constituye la línea blanca, permitiendo a menudo, reiterar el abordaje medio sin menoscabo de la resistencia de la pared a su nivel. Reconstituída la línea blanca los músculos que la forman recuperan su acción como músculos aislados y vuelven a participar en las sinergias funcionales de sectores.

Por causas variadas cuyo conocimiento el cirujano adquiere con la experiencia se constituye la Eventración Progresiva.

### FACTORES CAUSALES

Su conocimiento en cierto modo permite hacer la profilaxis. Dependen de la enfermedad, de la técnica operatoria empleada, y de la constitución del individuo.

1º) El drenaje de supuraciones intraabdominales. Se contamina la pared y en el sitio la cicatrización se realiza por tejido de granulación infectado. El cierre ideal es el que realiza la cicatrización por primera intención.

2º) La supuración de la pared. Destruye músculos y aponeurosis los cuales también se reparan por tejido de granulación infectado.

3º) La tos repetida y la distensión abdominal post-operatoria que deshacen la sutura. El empleo de hilo no reabsorbible en el cierre de las incisiones medianas ha hecho posible el levantamiento precoz con el cual se realiza la profilaxis de numerosas complicaciones post-operatorias. (Trombo-flebitis de los miembros, parálisis intestinal, colapso e infecciones pulmonares).

Dependen de la técnica operatoria:

1º) En las incisiones supraumbilicales especialmente en la vecindad del ombligo suele abrirse la vaina del recto izquierdo. Como consecuencia los dos labios se retraen hacia afuera y al efectuar el cierre si no se dispone de una buena anestesia los puntos de sutura desgarran en la hoja posterior que además de ser delgada tiene sus fibras dispuestas transversalmente. En esta brecha de la hoja posterior de la vaina rectal tienen su origen muchas eventraciones.

2º) Al practicar el cierre de la parte alta en las incisiones supraumbilicales puede interponerse tejido grasoso subperitoneal y comprender en los puntos de sutura de la línea blanca la hoja izquierda del ligamento suspensor del hígado.

3º) Hematomas sub-peritoneales. Simples o supurados.

4º) Material de sutura. El empleo de hilo no reabsorbible solo o alternado con puntos de catgut ha disminuído considerablemente el porcentaje de las eventraciones.

En la constitución individual interviene como factores de eventración la obesidad, desnutrición, hipoproteinemia, trastornos metabólicos, etc.

### OPERABILIDAD

La operabilidad de cualquier eventración debe determinarse particularmente en cada caso. La cura operatoria de una eventración grande es siempre una operación de riesgo y hay casos que no deben ser operados.

### CONTRAINDICACIONES

Individuos viejos, diabéticos, obesos, tosedores crónicos, con lesiones renales, prostáticas o cardíacas. La hipertensión no es una contraindicación, pero cuando el miocardio está sobre cargado de grasa el shock y la hemorragia producen infartos. Estos casos deben tratarse por medios ortopédicos.

En las grandes eventraciones antes de decidir la intervención se debe estimar si la capacidad de la cavidad abdominal permite alojar la reducción del contenido sin tensión exagerada y sin entorpecer la **respiración**. En las eventraciones reductibles ésto se determina con precisión, en las irreductibles se puede tener solo una impresión aproximada. Cuando la reducción produce mucha tensión no es aconsejable realizarla ni un en las eventraciones estranguladas. En estos casos **be** **tr tar** el estrangulamiento y cerrarlo.

Decidida la intervención la preparación del enfermo es fundamental.

### TRATAMIENTO PREOPERATORIO

Está destinado a:

1º) Disminuir el tono de los músculos parietales con el reposo en cama durante tres o cuatro semanas. La mejor posición es la de Trendelenburg. En igual sentido se ha aconsejado la parálisis transitoria del nervio frénico.

2º) Disminuir la tensión abdominal por un régimen dietético que suprima la producción de gases en el colon. El neumoperitoneo se ha aconsejado en igual sentido.

3º) Disminuir la infiltración grasosa mediante curas de adelgazamiento controladas.

4º) Aumentar la ventilación pulmonar mediante ejercicios respiratorios.

5º) Limpieza repetida de la región operatoria durante dos o tres días previos.

### TRATAMIENTO OPERATORIO

*Anestesia.* Preferimos la general por inhalación.

Incisión elíptica vertical muy amplia que comprende la cicatriz y el saco llegando por ambos lados hasta la vaina de los rectos la cual se despoja completamente de tejido adiposo hasta el cuello del saco que debe reconocerse en todo su contorno. Abertura del saco, liberación roma, con tijera, de adherencias hasta que quede libre el orificio del cuello. Reducción del contenido, resección del saco eliminando en lo posible todos los tejidos fibrosos cicatriciales sin aptitud plástica. El epilón mayor debe researse en las porciones con infiltración fibrosa.

La técnica de la reparación varía con las condiciones del caso y la topografía de la eventración. Si el orificio es pequeño se puede intentar una nueva reconstrucción anatómica de la línea blanca. Si la sutura exigiera una tensión exagerada en las eventraciones supraumbilicales procedemos a cerrar en un solo plano de abajo a arriba hasta donde sea posible. Luego de arriba a abajo el peritoneo liberado de su adherencia al cuello también se sutura hasta donde sea posible. (Fig. 1).

Para cerrar el resto como lo ha aconsejado Cames, practicamos dos incisiones verticales a tres centímetros del borde del cuello en la hoja anterior de la vaina de los rectos en toda la altura del orificio. Esta simple incisión trae como consecuencia inmediatamente un ensanchamiento considerable de la pared abdominal. Los labios de cada incisión se separan varios centímetros, el músculo recto se ensancha y en la mayor parte de los casos se puede entonces completar el cierre del orificio restante sin tensión indebida.

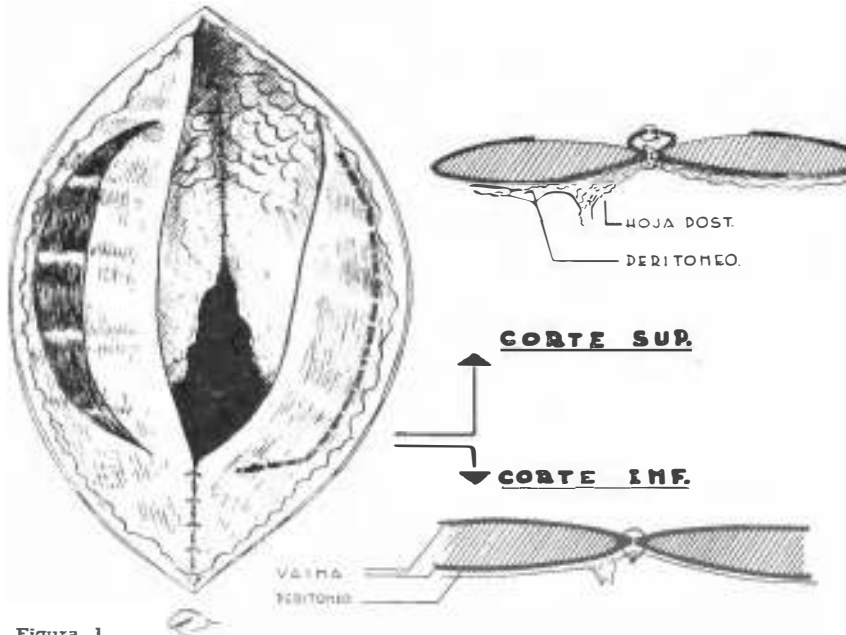


Figura 1

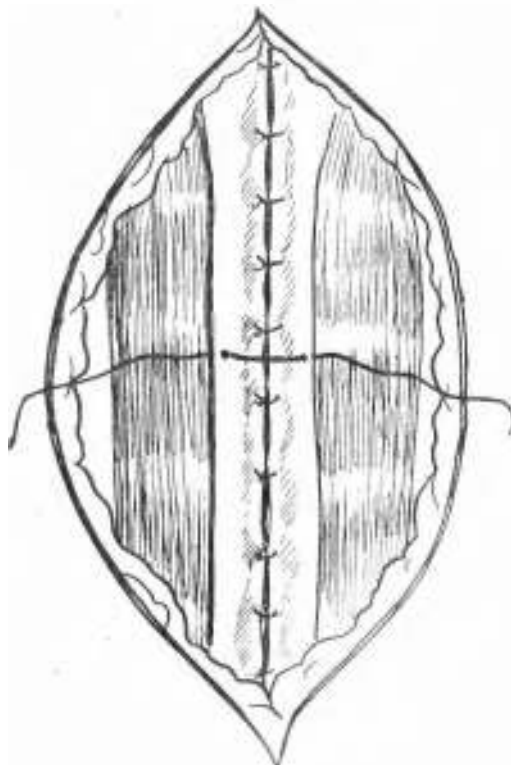


Figura 2

Cuando este cierre ofrece dudas se puede reforzar suturando encima los labios internos de las incisiones levantadas en forma de colgajo. Esto no agrega mayor tiempo a la operación, y solo es necesario disecar los colgajos de las intersecciones aponeuróticas de los músculos. (Fig. 2. En las eventraciones umbilicales e infraumbilicales el procedimiento es igualmente aplicable. Solo hay que tener en cuenta que en la región infraumbilical la aponeurosis del oblicuo mayor pasa por delante de la vaina del músculo recto sin adherirle y que es preciso disecarla desde adentro hacia afuera, esto es desde el orificio del cuello hasta unos tres o cuatro centímetros y en este punto incidir verticalmente a ambos lados de la hoja anterior de la vaina de los rectos. El cierre entonces puede efectuarse simplemente o con refuerzo de los colgajos rotados hacia la línea media. (Fig. 3).

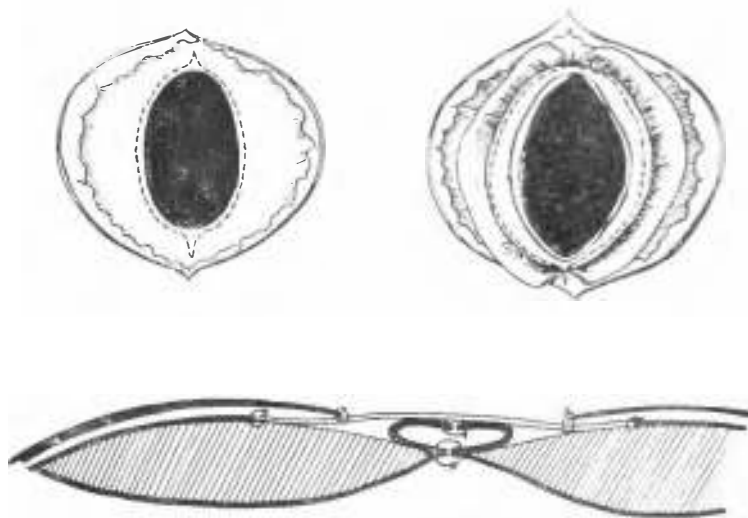


Figura 3

Con este procedimiento se logra tratar satisfactoriamente la inmensa mayoría de las eventraciones media. Sin embargo, en las grandes eventraciones bordeadas por músculos rectos infiltrados por la fibrosis que parte del anillo, en las eventraciones que alcanzan la región xifoidea, en las que si bien el cierre en este punto es menos importante porque no crecen mucho ni son dolorosas y por último en las eventraciones recidivadas, especialmente en las umbilicales, se ha tratado de complementar el cierre quirúrgico reforzando la pared mediante la colocación de láminas aponeuróticas, musculares, telas metálicas e injertos de piel completa o de dermis.

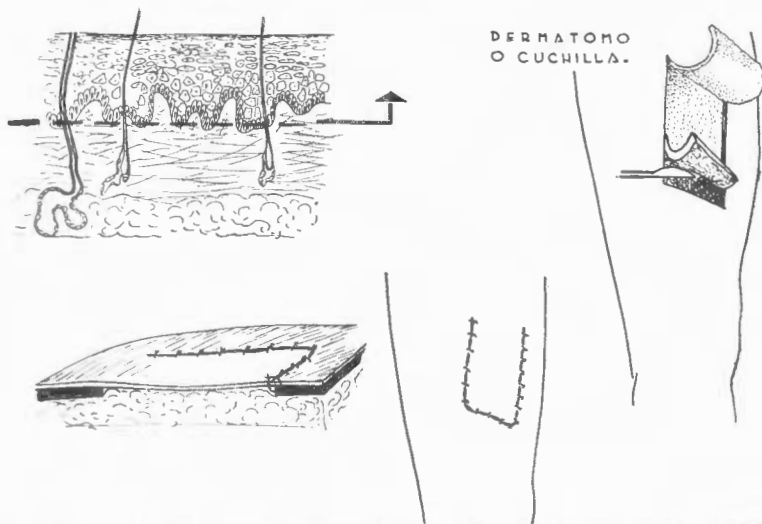
## EL INJERTO DERMICO

La resistencia elástica de la piel procede de las redes de tejidos conjuntivo y elástico que posee el dermis. Naturalmente en las regiones de apoyo el dermis humano tiene mayor espesor y resistencia.

Diversos autores han empleado piel total habiéndose comprobado éxitos y fracasos. Estos han sido debidos a la supuración que conduce a la eliminación del colgajo, formación de quistes epiteliales, granulomas con sustancia córnea en el centro, etc. Creemos que no está justificado actualmente el empleo de injertos de piel completa y de manera especial debe proibirse el empleo de la propia piel atrófica incluyendo la cicatriz que recubre la eventración. Desde hace siete años utilizamos con resultados favorables el injerto espeso de dermis como complemento final de la reparación anatómica en los casos de grandes hernias y eventraciones. Consideramos que es un recurso valioso que no se debe despreciar y al que no debe confiársele la responsabilidad total de la reparación de la pared. Es fundamental la restauración anatómica en la medida de lo posible y en muchos casos ella sola basta.

El injerto de dermis cuando está indicado es sólo como complemento final de la reparación. Utilizamos la dermis de las regiones postero-externa del muslo, glútea o dorso lumbar que por ser piel destinada al apoyo posee un dermis de mayor espesor.

El tallado es muy simple y se puede realizar con demátomo o con cuchilla. Primero se levanta un colgajo dermo-epidérmico rectangular muy delgado, del tamaño apropiado, dejándolo unido por uno de sus



**TECNICA DE LA OBTENCION DEL INJ. DE DERMIS**

Figura 4

bordes al resto de la piel. Luego se talla a bisturí el dermis del lecho rectangular. Esta disección debe ser cuidadosa a fin de evitar que lleve tejido adiposo adherido en su cara profunda. Terminada la extracción se hace la hemostasis del lecho con una compresa empapada con suero caliente y luego se reaplica en su sitio el colgajo dermo-epidérmico que debe suturarse cuidadosamente en sus tres bordes. (Fig. 4).

El injerto de dermis se aplica como un parche extendido sin tensión exagerada y se sutura a los lados borde a borde con la vaina de los rectos. Arriba y abajo a la línea blanca. (Fig. 5).

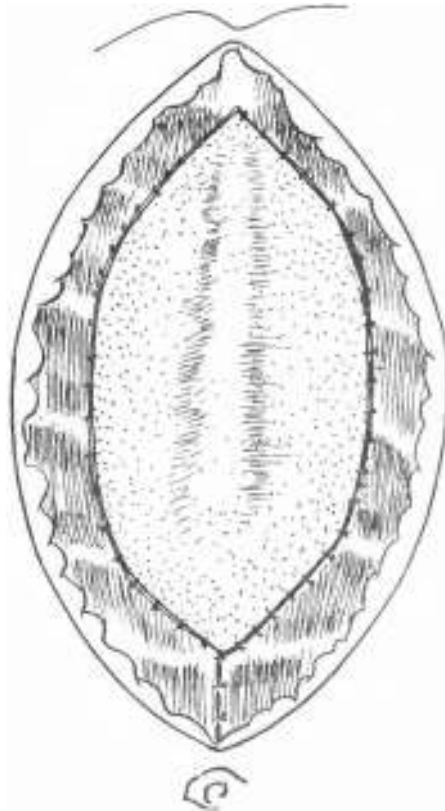


Figura 5

Se debe particular atención a la manipulación del trozo de dermis. Debe mantenerse estéril envuelto en una compresa de suero tibio hasta su aplicación. Debe ser manejado solamente con instrumentos y después de terminar la sutura se debe lavar con un chorro de suero por debajo para arrastrar la sangre o coágulos. Cierre de la piel sin drenaje.

## B I B L I O G R A F I A

1. **Cannaday, J. E.** — The Use of the Cutis Graft in the Repair of Certain Types of Incisional Herniae and Other Conditions. *Annals of Surgery*, 115, 77-781. Mayo de 1942.
2. **Cannaday, J. E.** — Some of the Uses of Cutis Graft in Surgerv, *Am. J. Surg.*, 59, 409-419. Febrero de 1943.
3. **Cannaday, J. E.** — Comunicación personal. Diciembre 29 de 1944.
4. **Davis, J. S. y Traut, H. F.** — The Production of Epithelial-lined Tubes and Sacs. *J. A. M. A.* 86, 339. Enero de 1926.
5. **Loewe, O.** — Uber Hautimplantation an Stelle der Freien Faszienplastik. *München, med. Wchnschr.*, 60, 1320-1321. junio 17 de 1913.
6. **Loewe, O.** — Uber Haut-Tiefenplastik. *München, med. Wchnchr*, 76, 2125-2128. Diciembre 20 de 1929.
7. **Mair, G. B.** — Preliminary Report on the Use of Whole Skin-grafts as a Substitute for Fascial Sutures in the Treatment of Herniae. *J. Surg.*, 32, 381-385. Enero de 1945.
8. **Mair, G. B.** — Use of Whole Skin Grafts as a Substitute for Fascial Sutures in the Treatment of Herniae: Preliminary Report. *J. Surg.*, 69, 352-365. Setiembre de 1945.
9. **Peer, L. A., y Paddock, R.** — Histologic Studies on the Fate of Deeply Implanted Dermal Grafts: Observations on Section of Implants Buriel from One Week to One Year. *Arch. J. Surg.*, 34, 268-290. Febrero de 1937.
10. **Rehn, E.** — Das kutane und subkutane Bindegewebe als plastisches Material, *München med. Wschnschr.*, 61, 118-121. Enero de 1914.
11. **Scola, J. V.** — Improved Technic for Preparing al Buriel Derma Graft in Hernial Repair. *Am. J. Surg.*, 66, 249-251. Noviembre de 1944; idem: *Bull. New York Acad. Med.*, 21, 439. Agosto de 1945.
12. **Straatsma, C. R.** — Use of Dermal Graft in Repair of Small Saddle Defects of the Nose. *Arch. Otolaryngol*, 16, 506-509. Octubre de -932.
13. **Swenson, S. A., Jr. y Harkins, H. N.** — Cutis Grafts: Application of the Dermatome-flap Method: Its Use in a Case of Recurrent Ineisional Hernia, *Arch. Surg.*, 47, 564-570. Diciembre de 1943.
14. **Swenson, S. A. Jr., y Harkins, H. N.** — The Surgical Treatment of Recurrent Inguinal Hernia: With Special Reference to a Cooper's Ligament Herniotomy and the Use of free Fascial Grafts, *Surgery* 14, 807-818. Diciembre de 1943.
15. **Uihlein, A. Jr.** — Use of the Cutis Grafts, in *Plastic Operati'ns.* *Arch. Surg.*, 38, 118-130. Enero de 1939.
16. **Zimches, J. L.** — Frankfurt. *Ztschr. f. Path.*, 42, 203, 1931. Citado por Peer y Paddock, 9, 1937.
17. **Zintel, H. A.** — Resplitting Split-thickness Grafts with the Dermatome: A Method for Increasing the Yield of Limited Donor Sites. *Anales de Cirugía*, 4, 3. Enero de 1945.
18. **Harkins, H. N.** — Cutis Grafts, *Ann, Surg.*, 122: 996, 1945.



19. **Chadoff Richard, J.** — El uso de injertos cutáneos en la reparación de grandes hernias.
20. **Albanese, A. R.** — Eventración mediana xifumbilical gigante. Método para su tratamiento. Revista de la Asociación Médica Argentina. 65: 376-378. 1951.
21. **Goni Moreno, I.** — Eventración xifumbilical, preoperatorio. Utilización del neumoperitoneo progresivo. Revista de la Asociación Médica Argentina. 6': 371. 1951.
22. **Bernardo de Olivera, A.** — Cura das Eventrações post-operatorias do epigastrio pela plastica tendino-muscular do grande obliquo. Revista de Cirugía de Sao Pablo, 5: 339-354. 1940.
23. **Gray Turner, G.** — Modern operative Surgery. 1943.
24. **Cames, O.** — Anales de Cirugía. Vol. VI. Nº 3.
25. **Hinton, J. W.** — The extraperitoneal operation for massive hernia Surg., Cl. N. Amcr., 19: 453, 1939.
26. **Cole H. Warren.** — Surgical treatment of the soft tissues. J. B. Lippincott Co. 1946.
27. **Clarke, S. H. C.** — The formation of inclusión dermoid cysts following, Whole-Thickness Skin-Graft Repair of Hernia. Brit. J. Surg., 39: 346-349, 1952.
28. **Rothschild, N. S.** — Treatment of Recurrent Incisional Hernia By Flaps of anterior. Sheath of Rectus. Ann. Surgery, 101: 754. 1935.
29. **San Martín, A. F.** — Técnica para el tratamiento de las grandes eventraciones medianas suprumbilicales. Procedimiento anatómo-fisiológico. Boletines de la Acad. Arg. de Cirugía, 32: 328-336. 1948.
30. **San Martín, A. F.** — Técnica para el tratamiento de las grandes eventraciones medianas infraumbilicales. Bol. de la Acad. Arg. de Cirugia, 33: 189-196, 1949.
31. **Watson, L. F.** — Hernia. Balmes. Ltd. 1952.

---

## DISCUSION

**Dr. Etchegorry.** — Queda abierta la discusión al relato del Dr. García Capurro sobre Eventración. De acuerdo con lo que marcan los reglamentos, los que intervienen en la discusión tienen un máximo de cinco minutos para exponer y cada expositor lo podrá hacer solamente una vez.

Tiene la palabra el Dr. Abdala.

**Dr. Abdala.** — Yo he oído con mucha atención todas las contribuciones que se han hecho sobre el tema y lo que acaba de decir el doctor Ardao me obliga a hablar, porque en primer término dice que el injerto de piel debe ser proscrito. Yo creo que no. Que no se puede ser tan absoluto; el injerto de piel presta en el momento actual una gran utilidad en el tratamiento de la eventración. Creo haber sido claro en la exposición. Creo haber sido claro también al leer la anatomía patológica, que no es mía, de cuál es el porvenir, y cuál es la evolución de ese injerto.

En cuanto a eso de las formaciones, yo creo que no hay mucha experiencia y que alguno ha citado de que hay alguna degeneración, pero no hay una comprobación y los casos que se han hecho son muchos, no los míos, pero los de muchos de mis colegas; aquí totalizamos, los que andamos en el ambiente, casi varios centenares, de manera que ya la experiencia tiene un valor.

Por otra parte, la última estadística de Zavaleta, presenta casi medio millar sin haber presentado nunca esa complicación, los números son claros. Si en tantas no se encuentra esa complicación, yo no veo ninguna razón para no tenerlo como elemento de primera fila.

Por otra parte, quiero significar que es de muy fácil aplicación y la utilidad fluye precisamente de esa facilidad que hay en la aplicación y de los resultados que se obtienen. En cuanto a lo de la eliminación, afirmo que no es así, porque he visto muchos, tanto que le voy a citar un caso por vía de ejemplo: hace pocos días en un Servicio, en el transcurso de la operación quedó un cuerpo extraño, una gasa; se trató como si fuera una supuración, se pensó que se iba a eliminar todo; no fué así y se quiso poner una curación a plano, creyendo que nos veníamos con todo el injerto y las cosas sucedieron de otra manera; se suprimió el cuerpo extraño, se suprimió la supuración y el injerto prendió perfectamente.

Ahora, ¿cuántos han supurado?

Han supurado muy pocos, como supura con cualquier otro material porque yo creo que nadie, a la altura de los acontecimientos, puede afirmar: "A mí no me supura una herida".

Con cualquier materia que se utilice, en cualquier circunstancia, como afirmaba muy bien el doctor Fernández Chapela, los medios hospitalarios, en general, están muy contaminados y nuestra mayor experiencia está precisamente en los medios hospitalarios, quiere decir que si hay condiciones que conspiran sobre el buen éxito están ahí también y no los hemos visto.

Yo no voy a defender el parche de piel como quien defiende una fortaleza, pongo sí el entusiasmo como lo pongo en todas mis cosas y porque en cierto modo tengo alguna honestidad personal; yo he visto resultados de otras personas con otros métodos, pero no es tampoco cuestión de traerlos al ambiente y ponerlos como en corrida de toros. No lo voy a hacer así.

Hay otras personas que tienen procedimientos que consideran mejores que el nuestro, supuraciones y más todavía puedo afirmar que hay procedimientos más complicados; el mismo procedimiento ese de desprender los colgajos del recto anterior y traerlos al frente, yo lo he visto, yo lo he hecho también, es muy laborioso, y aparte de ser laborioso, del punto de vista de lo que puede ser complicación, ofrece tantas como las que puede ofrecer el de piel.

Yo no le tengo ningún temor, repito, al uso del parche; no creo en el fantasma de la degeneración y menos creo en el problema de la su-

puración; si creyera en la supuración yo no operaría nunca porque con todos los procedimientos, por buenos que sean, repito, se está expuesto al problema de la supuración y yo, en fin, un poco lo he defendido en la Sociedad de Cirugía cuando lo discutimos; creo que hablamos lo suficiente y el acuerdo no fué un acuerdo diplomático, un acuerdo después de haber analizado. Está a continuación del trabajo nuestro, la discusión está expuesta en nuestro trabajo, los resultados, quiere decir que es algo así como la resultante de un trabajo hecho, meditado, etc.

Si el doctor De Chiara me permite una estadística que tiene; nosotros tenemos muchos eventrados tratados, no lo hemos prodigado, ese es el problema. Entre hernias y eventraciones, se han tratado muchas en el servicio del Profesor Nario donde yo actúo. Son 75 eventraciones en cinco años, y el parche de piel lo hemos puesto a la mitad; quiere decir que hemos elegido muy bien, y si se elige bien y la técnica es perfecta, ya puedo asegurar que el procedimiento es muy bueno, presta mucha utilidad y que está lejos de ser proscrito.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Larghero.

Dr. Larghero. — Yo creo que este trabajo debe quedar como una contribución de la que se han sacado enseñanzas muy importantes. La primera consideración que voy a hacer es el acierto que han tenido los que han propuesto este tema. Considero que el tema de eventraciones es uno de los temas más importantes para el cirujano, porque cuando se analizan con rigor y rigor de moral quirúrgica los casos de la eventración, se puede llegar a la conclusión que el responsable de eventración es en el 90 % de los casos el cirujano.

Segundo, creo que el relator doctor García Capurro ha agotado el tema como pocos podían haberlo hecho y conocedor de eso yo hice la salvedad de que aportaré una consideración personal, pero no consideraciones al tema en sí, porque está totalmente agotado

Considero que surge de lo que se ha aportado esta tarde, principalmente del estudio de las estadísticas que en el tratamiento de la eventración y en la profilaxis de la eventración continúan siendo inmutables los principios quirúrgicos de manipulación de los tejidos. Los principios quirúrgicos detallados y los tipo de reparación de las heridas.

El tiempo visceral es el tiempo fundamental y punto de la vida del enfermo, pero la entrada al vientre y reconstitución de la pared es también fundamental y es necesario sobre todo que esto se inculque en el ánimo de los que comienzan la era actual de la cirugía bajo la defensa y con la complicidad de los antibióticos para que comprendan que los antibióticos no resuelven totalmente el problema de las infecciones de las heridas y que los principios imputables de la evolución de las heridas siguen inmutables a pesar de los antibióticos y que no se puede confiar de ningún modo en antibióticos, lo que debe hacer un cirujano evitando el traumatismo de los tejidos y reuniendo y seccionando cuidadosamente las partes.

Creo, desde ya, que no hay cirujano que no tenga eventraciones y que no hay cirujano que no tenga infecciones de las heridas. Cuando uno cree que las heridas no se le infectarán es porque no ha ido a revisar los casos o porque ha sido demasiado complaciente en lo que debe considerarse como infección de la herida. Nosotros aplicamos al criterio de la infección de la herida el criterio que vimos aplicar en Chicago, en el tratamiento de las lesiones tendinosas; se considera que toda sutura de tendón está infectada desde el momento que aparece una gota de serosidad en la herida, infección de la herida no es supuración, porque ¿cuál es el riesgo de la infección? La falla de la sutura y bien, la aparición de serosidad indica una infección, verdad, y la sutura está condenada al fracaso aunque no haya supuración profunda.

Si aplicamos a la infección de la herida, el criterio de supuración profusa, naturalmente el porcentaje de infección disminuye, pero no disminuye el porcentaje de eventración.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. De Chiara.

Dr. De Chiara. — Yo voy a hacer nuevamente uso de la palabra para reiterar mis felicitaciones al relator por lo completo de su tema, pero quiero aprovechar una vez más para destacar el mérito de Goñi Moreno en haber agregado a todo lo que se sabía sobre el eventrado, que está magníficamente presentado por el relator y los que se han ocupado de los correlatos correspondientes, una idea dinámica del eventrado, no ya una idea puramente morfológica de un continente que ha quedado chico y al cual hay que reintegrar vísceras que han perdido derecho al domicilio, sino la idea de que ese gran eventrado es un profundamente perturbado en su régimen tensional abdominal.

Los clínicos y los cirujanos debemos incorporar a nuestras investigaciones clínicas y pre-operatorias ese otro método que es la presión intra-abdominal del cual en nuestro medio ha habido un magnífico trabajo hecho por los Dres. Duomarco y Rimini titulado “La presión abdominal en estado normal y patológico” y que puede explicar muchas de las cosas que tiene el eventrado. Así al pasar diremos que ese capítulo que tanto le interesa al doctor Fernández Chapela, el cual yo comparto, que es el capítulo “Dispepsia y eventración”, yo sostengo que muchas de las dispepsias del eventrado obedecen a las perturbaciones clínicas y perturbaciones digestivas originadas por la perturbación tensional que crea una anoxia tisular, una mala circulación y por lo tanto un mal metabolismo y mal estado funcional. Son dispepsias funcionales, son directamente imputables a la alteración tensional intra-abdominal.

Pensando así este capítulo, me resulta apasionante, porque tiene proyecciones más allá del eventrado, entraría para un entusiasta de la investigación en estudiar cuánta dispepsias funcionales que andan por ahí, que no tienen explicación del punto de vista orgánico, obedecen a alteraciones de la tensión intra-abdominal, el porqué con una faja ortopédica se ha resuelto finalmente en forma aparentemente simplista, problemas de muchos dispécticos, que han deambulado por consultorios. Yo

creo que la tensión intra-abdominal es un elemento que debemos prodigar más en el estudio de la clínica y el gran eventrado es uno de ellos.

Es un profundamente perturbado como lo he analizado en el correlato y ahí la aplicación del neumoperitoneo podrá ser mejorada, pero tiene una directiva. No es como yo he oído decir por ahí, que la ejecución del neumoperitoneo obliga a la vigilancia del enfermo, al reposo consiguiente y que es por la vía del reposo que el enfermo beneficia. No, beneficia en forma directa, digamos patogénica, porque se opone como de medida a la perturbación fisiológica del gran eventrado, teniendo así un concepto dinámico.

Creo que hemos progresado realmente en el estudio del enfermo eventrado, tenemos un concepto dinámico y no un concepto morfológico, que no puede ser exacto, es excluyente.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Roglia.

**Dr. Roglia.** — Yo no he tenido la suerte de oír el relato del doctor García Capurro, pero me voy a permitir felicitarlo porque he tenido referencias muy buenas.

Quisiera solamente decir una palabra: que el problema actual de la eventración, me parece muy diferente del problema de hace varios años, es decir del problema cuando no teníamos ciertas anestésicas generales, curare, que nos permitieran una relajación de la pared abdominal, cuando no teníamos un equipo de reanimación que nos permita operar con tranquilidad durante dos, tres horas y media, es decir durante todo el tiempo que se requiere para hacer un trabajo minucioso, delicado, que es el trabajo que se debe hacer hoy en cirugía moderna.

Vuelvo a repetir que creo que el problema de la infección actual no existe; en su profilaxis que existen dos grandes causas de la profilaxis y es el cerrar mal la pared y es la infección de la pared.

Cerrar bien la pared, hoy se cierra bien la pared porque donde antes se daba un punto con un cagut grueso, hoy se coloca cinco puntos sucesivos con un hilo fino reabsorbible, y en la profilaxis de la pared hay que decir la verdad hoy se cuida más de la hemostasis, hoy no se traumatizan tejidos, no hay necrosis, algunos limpian la herida aun mecánicamente con suero y poseemos por más que se haya hablado un poco en contra de la eficacia de los antibióticos, como profilaxis de la infección. Yo soy un fanático de los antibióticos, como profilaxis de la infección de la herida de la pared abdominal y personalmente, no es exagerado, yo no he tenido desde el uso de los antibióticos, ninguna infección de la pared que me haya hecho siquiera soltar un punto.

Quiere decir pues que en el terreno de la profilaxis y de la infección, del terreno de la profilaxis, sutura perfecta, cuidadosa de las heridas que son las dos grandes causas de eventración, la era moderna de cirugía que es ésta, creo que la ha dominado y en el terreno del tratamiento sigo fiel partidario al cierre de la pared de un eventrado como la cerramos cuando hacemos una laparatomía, es decir: borde a borde

y plano por plano, pero para eso es necesario que los bordes se acerquen y yuxtapongan, y eso hoy día se obtiene con gran facilidad gracias al curare y a los que utilizan raqui-anestesia, a la gran relajación que permiten esas anestésicas, la disección se hace mucho más cuidadosa, la hemostasis mucho más perfecta; disponemos de tres horas, tres horas y media para hacer operaciones cuidadosas y creo que en la mayoría de las eventraciones abdominales se pueden tratar con esta técnica de aporximamiento de borde a borde y de sutura plano por plano.

Yo, de la misma manera que soy fanático de estos adelantos, le tengo un odio, quizás un poco en fin, escondido al sepultamiento de tejidos en planos que no le corresponden y es posible que por eso que no haya aceptado, sin haberlo, desde luego, nunca hecho, a pesar de que conozco los trabajos de Zavaleta y Goñi Moreno; conozco sus conferencias, los he visto operar, no me agrada el problema del parche, como no me agrada el problema del parche en un pantalón siquiera.

Pero el doctor Ardao ha dado aquí un parche mucho más lógico: el parche de tejido dérmico. Eso me ha resultado muy interesante y es la primera vez que yo he oído hablar de este parche, de un parche elegido ahí, donde el dermis es más grueso y es posible que este parche en algunas situaciones, en esas que no se pueden acercar los bordes, a pesar de todo el esfuerzo que hace el cirujano para relajar la pared, que ese parche, disminuía la herida, pueda dar gran utilidad.

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

**Dr. Stajano.** — Ante todo quiero felicitar al doctor Rafael García Capurro por su brillante y documentado relato. Coincido con Larghero en que la elección de este tema ha sido de lo más útil, por ser un tema inacabable, a pesar de todas las realidades y hechos positivos que se han presentado y que no está, ni con mucho, resuelto ni terminado.

Ha sido útil por la cantidad de sugerencias que suscita y por la serie de hechos que han condicionado la formulación de lo que se ha dicho, incluso lo que ha dicho hace un momento el doctor De Chiara. Cierto es que los cirujanos hemos tenido la obsesión del elemento morfológico de la eventración; nos hemos desvelado por buscar artificios técnicos para poder resolver quirúrgicamente esas situaciones; las hemos tratado como una cosa estática y morfológica, a pesar de todas las palabras fisiopatológicas y todos los conceptos que se han vertido sobre el estado general del eventrado, y no deja de salir el tema de su molde predominantemente morfológico y accesoriamente fisiopatológico.

En realidad se ha destacado el problema del eventrado inmediato y del eventrado tardío y a su vez del eviscerado; problemas fisiológicos y fisiopatológicos trascendentes y especialmente en la parte que tocó el doctor Larghero de las evisceraciones post operatorias que es otro gran capítulo de este tema; capítulo muy particular y que requiere que le prestemos atención puesto que al operar distintas cosas de abdomen, nos encontramos que en la clínica se presentan sujetos que hacen evisceraciones inmediatas. Es el **agredido crónico**, el canceroso caquético, el he-

morragico crónico, que da eventraciones que las podemos hasta predecir, operatoriamente, no, por lo que vemos en el cuerpo, sino por su estado general, es decir que esos enfermos pueden eventrarse y lo sospchamos y esa previsión se cumple exactamente. Vemos otros nfrmos de este tipo y con los enfermos agudos, los grandes hemorrágicos agudos, que han pasado cierto umbral, los anémicos extremos, expliados intensamente, y que también contribuyen a la evisceración del tercero o cuarto o noveno día.

Este es un capítulo de fisiopatología importante que nosotros, cirujanos, debemos resolver en un futuro próximo. No pude traer gran documentación porque me dieron las historias a último momento, y no quiero improvisar, pero prometo a la Sociedad de Cirugía ese aporte, destacando los dos tipos de enfermedad quirúrgica: **el agredido agudo** y **el agredido crónico**. En el agudo, incluyo al infectado agudo, el toxémico agudo, el hemorrágico agudo, que tienen una similitud perfecta en cuanto a sus reacciones y concomitancias y consecuencias, a las cuales seguirá la evisceración. Por el otro lado el espoliado crónico, o el agredido crónico, como es el canceroso, el caquético, el hemorrágico, que ha andado dos o tres años, o más, reparando su sangre y ha llegado a un grado de agotamiento de su reparación vital, convirtiéndose en un sujeto shocado crónico, en inminencia de irreversibilidad, que sigue caminando por la calle pero que llega al hospital, exhausto, y que no podemos decir antes de la operación que esté en estado de shock clínico, pero bajo el punto de vista humoral, bajo el punto de vista orgánico, bajo el punto de vista de su reactividad trófica y tisular, es un perfecto shocado en potencia, y un shocado probablemente irreversible. Este sujeto se opera con todo cuidado, se cierra técnicamente la pared, con más cuidado que nunca, y se eventra a los cuatro, seis o nueve días irremisiblemente. Son sujetos que uno encuentra con una herida muerta, en un herido de muerte; es un cadáver viviente que se ha abierto con dehicencia total de su pared y con la masa intestinal debajo de la curación.

Hay un problema grande, hondo, muy ignorado, que no consiste sólo en la hipoproteinemia, ni en la hiposalinidad del suero o de la sangre; no es sólo un trastorno metabólico, así groseramente dicho, es otra cosa más seria y más general; esos sujetos tienen un trastorno de su sistema nervioso vegetativo central. Son enfermos de sus centros vegetativos que han sufrido la injuria en forma exhaustiva, donde todo su poder de regulación está inhibido totalmente por agotamiento y de ahí el panorama de la muerte perférica.

El shock, cuando es irreversible y mortal, es irremediable porque la célula nerviosa de los grandes centros tiene un umbral de tolerancia, pasado el cual muere definitivamente, ya sea por la anoxia, la intoxicación o la anemia, en sus formas ultra agudas, o en las formas crónicas y prolongadas y extenuantes.

Seguimos fieies a nuestro concepto clínico del shock al través de la fisiopatología vegetativa mesocefálica, y ningún concepto de los que han dominado hasta hoy, ha dado con la explicación de los misterios que dan

entrada al terrible shock irreversible y mortal, en cuya sintomatología aparece frecuentemente la evisceración, índice de la muerte peuférica general y local. Es la muerte central mesocefálica definitiva, precedida por síntomas de gran claudicación como lo es la evisceración, que de por sí es un síntoma de honda gravedad.

Hice uso de la palabra para dejar un concepto pendiente; y felicitar al Relator y a los que propusieron este tema que va a seguir dando mucho más en lo sucesivo.

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

**Dr. Prat.** — Deseo felicitar al relator y destacar también, que esta felicitación debe extenderse a las contribuciones que se han hecho aquí, que si el relato ha sido muy bueno, estas colaboraciones han sido de un jerarquía muy grande.

No pensaba hablar, señor presidente, en este relatorio, porque en cinco minutos es muy poco lo que se puede decir de un tema tan vasto y tan complejo, pero el doctor Fernández Chapela en su hermosa estadística, con datos tan buenos como los que ha presentado, me ha sacado del mutismo y quiero manifestar una cosa referente al detalle de la importancia tan grande que le da al factor biológico de la eventración, debido a la infección de las heridas por apendicectomía. En 17 años que actué como cirujano de urgencia, me di cuenta perfectamente al principio de mi actuación del inconveniente tan grande que tenían esas apendicitis operadas y peritonitis localizadas o difusas, el inconveniente terapéutico de tener que dejar ampliamente abierta la herida, porque eso era sinónimo de eventración como lo han establecido en esta asamblea.

Consecuentes con nuestro deseo de mejorar los resultados, adopté una técnica especial: lo que he llamado la técnica de apenóicectomía en agudo, realizándola dentro del vientre, en el mismo foco intra abdominal cosa de que los elementos supurados no vengán a tocar los bordes de la herida, siempre que se pueda practicarla, claro está, que no vamos a practicarla en la apendicitis retrocecal, pero cuando se puede hacer, el técnico que tiene experiencia, la puede realizar fácilmente, y entonces adopté una técnica especial para el drenaje; es lo que llamaba la técnica de Rehn que consiste en hacer el drenaje y cerrar la herida alrededor del tubo. Este cirujano germano, además de esto, preconizaba los grandes lavajes abdominales que yo nunca hice, salvo en la iniciación de mis primeras armas en cirugía; tuve resultados muy buenos al punto que en un trabajo que anda por ahí, digo que las cicatrices de las apendicitis agudas supuradas, en muchos casos pueden competir perfectamente con la cicatriz de una apendicitis en frío; eso quiere decir que el método me colmó de satisfacción y varias veces establecimos estas consideraciones en trabajos y publicaciones.

Existe, señor presidente, un dogma de la apendicitis aguda supurada que hoy día casi todos los cirujanos del mundo, especialmente nuestros colegas del Uruguay, establecen esa norma, que hay que dejar la herida completamente abierta. Algunos todavía, como en la clínica del



Profesor Larghero hacen el cierre de los planos musculares y dejan sólo la piel abierta. Yo cerraba los planos musculares y la piel, dejando cerrada la herida alrededor del tubo, haciendo lo que llamaba la reconstitución de la presión intra abdominal con el drenaje a la Rehn.

En estos momentos y eso, me va a evitar ser más extenso, acabo de publicar una comunicación en homenaje al maestro de Gastroenterología argentino Dr. Carlos Bonovino Udaondo en la Prensa Médica Argentina, que acaba de aparecer el 14 de noviembre, donde trato este tema muy sintetizado, pero mi práctica está completa. Ruego a los colegas que quieran conocer las opiniones mías sobre esto, además de los trabajos publicados en Boletines y Revistas Nacionales que pueden leer este trabajo, donde está condensada nuestra experiencia.

Ahora bien, creo señor presidente, que el movimiento se manifiesta caminando y entonces desearía someterme a la prueba de fuego y me voy a permitir ofrecerle al doctor Fernández Chapela, que quedo a la disposición de él para cuando quiera mi colaboración y tendré el mayor gusto en colaborar con él en algunas operaciones de apendicitis agudas graves y con peritonitis, creo, no estoy bien seguro, pero voy a pasar esta prueba de fuego para poderle demostrar que por este método se puede llegar a obtener aun en apendicitis supuradas, un brillante resultado, una excelente cicatrización sin eventración o con eventración mínima que queda limitada solamente al punto donde ha correspondido al drenaje.

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

**Dr. Ardao.** — Yo también me asocio a las congratulaciones expresadas al señor relator García Capurro por la amplitud y magnífica aportación que ha hecho al tema de la eventración.

De su relato se deduce bien cuál es el punto en que se encuentra la cirugía moderna frente al problema de la eventración. La mayor parte de la preocupación del relator ha radicado en el estudio de las causas imputables al enfermo, a la enfermedad y a la condición metabólica y por otra parte, al estudio de la técnica empleada en la intervención generadora de la eventración.

En el capítulo final, al enfocar el tratamiento de la eventración en sí misma queda flotando una especie de duda acerca de los resultados definitivos de la cura operatoria, y en consecuencia, todavía cierta ambigüedad respecto al problema del refuerzo de la pared, cuando su constitución anatómica ha sido alterada.

Justamente en este aspecto nosotros hemos querido traer una aportación minúscula si se quiere, que tampoco es personal sobre el tratamiento de las eventraciones medianas y ahora queremos destacar que el problema fundamental es la reparación quirúrgica de la pared reconstituyéndola anatómicamente y que el injerto de piel solo es un complemento final en ciertos casos, en ciertas eventraciones, como la manera más eficaz en el momento actual de reforzar la pared abdominal.

En ese momento señalamos los detalles de la técnica del Injerto de dermis y relatamos el origen del procedimiento. Dijimos que el injerto

de piel total ha sido empleado desde hace mucho tiempo. Lo empezaron a usar como creo que lo relató el doctor Abdala, Loewe y Rehn en Alemania, y Mair posteriormente en Escocia, Cannady, Chodoff y Harkins en U.S.A. han hecho sucesivas aportaciones a este problema hace ya de esto varios años.

Posteriormente en Estados Unidos, numerosos autores se han ocupado del problema del Injerto Enterrado de Piel Total, y en estos últimos años se han hecho trabajos experimentales exclusivamente para condenar su empleo. Todos los autores destacan éxitos y fracasos en el empleo de la piel total como elemento de refuerzo. Yo he dicho que debe proibirse el empleo de la cicatriz, y la piel vecina a la eventración porque la cicatriz no ofrece ventaja como material plástico y porque la piel tiene su constitución anatómica alterada pero he dicho más y quiero recalcarlo: que lo útil en la piel es el dermis y se puede obtenerlo puro mediante la eliminación de las capas epidérmicas superficiales que son elementos que perturban la fijación plástica y que a veces hacen fracasar el injerto de piel porque llevan gérmenes microbianos de la supuración y porque llevan gérmenes corneo-epiteliales que se injertan. Hay trabajos publicados con micro-fotografías que ilustran quistes serosos y en muchos trabajos están las estadísticas porcentuales con especies bacterianas que se han encontrado en el cultivo de las glándulas que llevan esos injertos. Yo creo que el problema de la curación de una eventración no es un problema de injerto y que éste es un elemento accesorio en la reparación de herida y eventraciones. Por tales razones no puedo suscribir la opinión del doctor Abdala cuando hace responsabilizar al injerto de piel toda la reparación parietal.

Yo creo que esto no se puede hacer. Primero hay una reconstitución anatómica de la pared por planos que todo cirujano debe hacer y que en muchos casos es suficiente. Sólo a los efectos de completar el refuerzo, en ciertos casos, debe utilizarse el injerto y yo no veo que inconveniente puede haber si lo útil del injerto de piel radica en el dermis o en el cutis, eliminar lo que no sirve o que puede ser perjudicial. Llegamos a esta conclusión a pesar de reconocer que en muchos casos el injerto de piel total ha dado beneficios y no se ha eliminado ni supurado.

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

**Dr. Mourigán.** — Yo tuve que ocuparme muy especialmente del problema de la eventración porque en dieciséis años a esta parte practico el levantado precoz que salva del fantasma de la eventración. Puedo asegurar que en dieciséis años de levantar precozmente no ha eximido para nada en la producción de eventración. Además también casi simultáneamente con el levantar precoz dejamos de hacer el vendaje abdominal que si es muy compresivo tiene que ir el interno de guardia a cortarlo de noche y si es flojo no sirve en su rol de contención.

En cuanto a los progresos modernos para el éxito de la terapéutica de la eventración, creo en la anestesia general moderna con los relajantes,

y con los antibióticos y en los grandes eventrados con un método que me parece más inteligente, que es el método neumoperitoneo preoperatorio progresivo, que es inteligente, es fisiopatológico porque reduce el contenido visceral, mejora la dinámica respiratoria y permite la reintegración del abdomen con la misma simpleza con que vemos después de evacuar una enorme ascitis reintegrarse la masa visceral en un abdomen complaciente con una pared flácida.

Sr. PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. García Capurro para cerrar la discusión.

Dr. GARCIA CAPURRO. — El punto que más se ha discutido ha sido evidentemente el de los injertos de piel. Como en lo que se ha dicho, hay algunas opiniones contrarias, me parece conveniente leer la página de mi trabajo correspondiente a ese tema para poner las cosas en claro. (Lee).

Ahora, en los últimos números del *British Journal of Surgery*, este tema ha interesado mucho y hay cuatro o cinco trabajos al respecto. Sin embargo le quitan valor al método.

Todos están de acuerdo que al hacer el neumoperitoneo existe el peligro de embolia gaseosa, es Durand, que ha hecho estudios, quien demostró claramente, que si el enfermo tiene una embolia gaseosa debe colocarse en decúbito lateral izquierdo y así el aire se desplaza y la circulación sanguínea puede restablecerse. Si se vuelve a poner en decúbito dorsal vuelve a tener fenómenos asfíxicos, pero vuelto al decúbito lateral izquierdo desaparece, tarda 7 u 8 horas para reabsorberse el aire. Como es un accidente posible y esto parece importante, por eso lo comunico a la reunión.

Lo que dijo el doctor Fernández Chapela es muy interesante y estoy completamente de acuerdo que una cosa son las supuraciones en los medios hospitalarios y otra en los medios sanatoriales. Que hay dos factores: los microbios del ambiente y los microbios que traen adentro los enfermos. En el medio sanatorial, el material humano es muy superior. En general, puedo cerrar las paredes y no tengo ninguna complicación. La piel la cerramos y el número de supuraciones que tenemos, es mínimo, y siempre en casos que tienen algún factor séptico.

Al doctor Piquinela ya le he dicho yo que su trabajo es muy interesante y que yo había transcrito la descripción que él hace de los síntomas y de las condiciones anatómicas de la eventración intersticial del Mac Burney.

Al doctor Abdala le agradezco los conceptos que ha tenido sobre mi comunicación.

A los demás colegas que han hablado, agradezco también muchísimo el haberme hecho el honor de contribuir, especialmente al doctor Larghero. Ha sido para mi un honor que él completara mi tema con su muy abundante y sólida experiencia personal.

A los doctores Stajano, Roglia y Prat, muchas gracias.