

Montevideo, Enero 21 de 1953.

Dr. Ignacio González
Concepción:

Querido

Estimado profesor:

Hace pocos días recibí
su carta del 3 de Enero, que había llegado a la secre-
taria del Hospital, y no al servicio del Prof. Fontaine.
Sus impresiones de Estados Unidos me extranaron un
poco. Yo pensaba que encontraría novedades técnicas
importantes en la cirugía norteamericana, y eso que
no fui así. En cambio, me parece de trascendencia
todo lo útil que nos tiene a Concepción de organiza-
ción y enseñanza médicas; en especial, respecto a
investigación en forma rutinaria. Y es de esperar que
tenga los medios para obtener la acumulación necesaria.

Si las impresiones
de mi carta anterior eran francamente de desilusión
por todo lo que había encontrado acá, ahora es muy
distinto. Yo no había entonces todas las cosas de
Francia que supe y conocí después. La verdad que
hay decadencia en algunos sectores de la sociedad y
en algunos aspectos materiales. Pero, todas las
perfecciones que aquí se han dado, son más poderosas,
y cubren esos defectos. Y lo mejor es como todas
esas perfecciones armonizan, y se encuentran en cual-
quier campo de los artes, o en cualquiera disciplina;
desde la cocina a los cantos gregorianos, y desde las
reacciones de los niños hasta la cirugía. Ahora como
puedo mi nostalgia por Europa, y en especial por Francia:

En Paris, junto con Pimentel, vivía en la cité Universitaire, que usted debe haber conocido. La cité es sencillamente formidable. 3.500 estudiantes de todas las razas y de todos los rincones del mundo, que viven en una pequeña ciudad, forman un conglomerado muy especial. Sentarme a la mesa con un norteamericano, una australiana, un chino y una noruega, era el pan de todos los días, cuando no eran grupos aún más diversos. El ambiente es favorable al estudio, y además hay teatro estudiantil, con regionales, deportes, bailes, etc; lo cual, ahora, he visto mucho de nuevo. Aquí, pese a ser un centro universitario, el ambiente es muy tradicionalista y aburguesado. Esto último es más bien por lo que me han dicho, porque el horario de trabajo -10 horas- del servicio de Fontaine, me absorbe el día entero, y apenas le conozco algo la ciudad.

BIBLIOTECAS UdeC

Aquí, en Sherbourg, no me pude alojar en el Hospital, como esperaba, porque no había lugar disponible. En cambio, el servicio de cirugía me paga el hotel, independientemente de la beca, lo cual me parece una gentileza extraordinaria. Yo no lo quería aceptar, porque al comienzo me pareció una compensación de no haber tenido alojamiento en el Hospital; pero Fontaine me aseguró que el servicio le paga el Hotel a todos los médicos que en forma más o menos oficial hacen una estada allí. Y con su bonhomie habitual me dijo que no fuera de los claros, que era asunto terminado. Por supuesto, que no tengo como agradecerlo. - Le explico también que no llevaba carta alguna de presentación porque usted estaba en viaje en EE. UU. - Cuando recibí su carta le di los saludos suyos, y me encargó responderle cuando le escribiera.

Ahora, respecto a lo que vió en cirugía. Asistí los meses de Noviembre y Diciembre al servicio del Prof. D'Almeida, donde se operan más de 10 corazones por semana. También se hace cirugía vascular y de neurovegetativa en menor cantidad. Los resultados son lentos y las indicaciones quirúrgicas aumentan.

Trataré de hacer un resumen de lo que vi y de mis impresiones. Tengo apuntes, aunque desordenados todavía, de todas las técnicas, y podría escribir más detalles de cualquier punto que a usted le interesa. - Primero abordaré las generalidades y después me referiré a distintas técnicas en particular!

Equipo cardiovascular. - Formado por cardiólogos, cirujanos, anestesiólogos y enfermeros especializados. Sobre su importancia y la existencia de un centro de cirugía cardiovascular, creo que cualquier comentario estaría demás.

Pre operatorio. - Todos los enfermos permanecen en el servicio de cirugía, por lo menos durante los 8 días anteriores a la intervención. La conducta a seguir varía según las afecciones, y otros factores, como rickson o insuficiencia cardíaca. Hay sí, algunas normas generales.

Para la escuela de D'Almeida, en el pre operatorio, lo fundamental es tratar la insuficiencia cardíaca cuando existe. Pero, si esta es irreductible, y su origen es un trastorno hemodinámico que la intervención puede corregir, ya no constituye una contraindicación operatoria. Al contrario. La compensación

siene en el postoperatorio en forma espectacular, como puede verse en más de una estenosis mitral grave. En algunos casos, de estenosis, que para mi habrían sido intocables, hicieron primero ligadura de la cara y defirieron la intervención sobre el corazón: A ello, también les iba contra el pelo operen en enfermos, el comienzo. Y ni lo hicieron la sido por el empuje e insistencia de los cardiólogos, en especial de Lénique. Los resultados han sido buenos.

Lo segundo, es oxigenar los enfermos, 4 u 5 litros diarios, en tienda, durante la e 8 días. Esto forma parte del postoperatorio inmediato, haya o no necesidad aparente de hacerlo. Con mayor razón si son científicos: Fundamento: la ansia, mejor dicho

hipoxia, del miocardio, predispone a los accidentes arritmicos, trastornos del ritmo, y miopes reflejos. Ahora bien, no hay que olvidar que muchos cardíacos, compensados, de buen color, y aparentemente en excelentes condiciones, tienen una hipoventilación pulmonar, por varias razones que no es del caso incluir ahora; y que la hipoxia del miocardio es la regla, aún subclínica:

Digital por op: ¿sí o no? Esto ha sido muy discutido, y no están las opiniones de acuerdo. En el Broussais, si administrarla, en forma de digitalina, solo por dos motivos. Cuando hay insuficiencia cardíaca, y cuando, aún sin insuficiencia, el pulso es rápido sobre 100: No interfiere en agudas arritmias.

Subintervención por operatoria. Ellos no lo llaman así. Es nada más que un título que le ponga a la serie de medidas que tiene por objeto de

neras farmacológicamente el corazón, por medio de inhibición neurovegetativa. Es el mismo procedimiento, en principio - y los mismos drogas en distintas dosis - además de la aplicación de frío, que se utiliza para la intervención artificial. La intervención mercuria, en realidad, un extenso párrafo aparte. Pero, me disculpo de hacerlo, ya que le envié hace unos dos meses una publicación al respecto, que espero haya recibido. Si no es así, leuego avisarme y le enviare otra porción. Le agregare, si, algunas líneas, de lo que en el Broussais se está haciendo. Durante los 2 o 3 días que preceden la intervención, y durante la intervención misma, se administran a los cardiacos, una serie de drogas, que tienen por objeto, primero, producir una verdadera inhibición neurovegetativa, que sea imposible los reflejos vago-vagales, trastornos del ritmo y sincopes, que podrían producir los mercurios en el mediastino, pericardio, o corazón mismo; y segundo, permitir una (superf) anestesia más superficial: las drogas, no son tóxicas, constituyen un "cocktail lítico", y el sinergismo terapéutico obtenido es indudable.

- Se usa:
- Novocaina endovenosa, o subcutánea.
 - curare,
 - demerol, (doloral)
 - pheneyen, (antehistaminico)
 - sulfato de eparteina,
 - nebutal (desconexión cortical)
 - Pendionide (derivado del hexametonio)

El resultado es indudable, se trabaja como en un corazón desnervado, la novocaina intrapericardica se hace innecesaria, y no se ningun accidente cardiaco, en más de 60 intervenciones.

El resto de los cuidados pre op. son los

habituales de la gran cirugía. Vale la pena, si, decir que le dan importancia a viteminizar los enfermos, en especial complejo B y vit. C:-

Anestesia:- Siempre general con intubación traqueal. Empiezan con pentotal, continúan con eter y curare. Administran oxígeno en forma permanente, y mantienen la anestesia en un plano relativamente superficial. Además, hacen norocainización de los intercostales correspondientes a la toracotomía, antes de poner el reparador. No operan bajo hipotensión controlada, aunque usan sales de litio en el coque lítico.

El electrocardiograma preoperatorio es de rutina, y del mayor interés. Sobre todo, por los riesgos eléctricos pueden preceder a trastornos cardíacos, aunque sean amortiguados por las medidas que ya hemos visto. Ante el anuncio o presencia de cualquier accidente, por poco importante que parezca, pueden a suspender las maniobras operatorias, reexpandir el pulmón colapsado y oxigenar al enfermo; ya que, como le decía antes, invocan a la hipoxia del miocardio como la condición más perjudicial, y a la oxigenación como terapéutica esencial.

Tras, al llegar a Francia, gran interés por informarme sobre reanimación cardíaca, que allá se la da por llamar reanimación. La verdad, es que me he quedado con los genes, porque no le permitieron los accidentes que le hacen necesaria. Hay ni, buena literatura al respecto, y hay que estar preparado si se presenta la ocasión. En la misma revista, a que hice mención antes, hay un artículo muy completo al respecto.

Los anestesicos, tan buenos y tranquilos, es una de las cosas que me han llamado más la atención. No le vió actitudes apurados, carreras, ni contingencias imperiosas; cuando se realizaba una cirugía, que desde luego es grave; y muchas veces, sobre enfermos acriados y débiles. Sin duda, fuera de la competencia de los anestesistas, esto se debe en gran parte a la buena preparación de los pacientes.

Hidratación y transfusiones durante la intervención. Pérdidas sanguíneas. Shock operatorio. Como usted lo pudo ver, son muy cuidadosos de la hemostasia y los enfermos pierden un minimum de sangre. En los esternos nitales no hacen transfusión. En los ductos temporales. En telerología de Fallot, coartación de aorta, reseciones arteriales, infarto vascular, etc, hacen transfusión en proporción a las pérdidas sanguíneas, que son inevitables por gran desarrollo de circulación colateral o por otras razones. En todo caso, tienen sangre disponible dentro del hospital. Como hidratación usen de 1/2 lt. a 1 lt. de suero glucosado, con 50 a 100 r.e. de novocaina al 1%. Esto último es sistemático.

No vi shocks operatorios en el sentido que usted lo entenderes, aunque si bajas de presión consecutivas a hemorragias operatorias, que se recuperaron rápidamente con la transfusión.

Traortomía y posición en la mesa. - Prácticamente siempre hacen traortomía anterolateral, con el enfermo en decúbito dorsal. Técnica: Incisión excipiente de cavidad superior, que pasa a nivel del surco submanerio y se dirige desde la línea media anterior hasta la axilar poste-

rior. Se levanta el colgajo superior de piel, celular (y la gl. mamma en la mujer). Sección transversal de arcos pe-
torales, y completa la toracotomía con o sin resección de la
3ª costilla. Sección del cartilago costal superior e inferior.
Apertura de los intercostales. Separador.

Los razones que me dieron para preferir la
toracotomía anterior a la postero-lateral fueron los siguientes.
Hicieron postero lateral en más de 100 casos, y tienen experie-
cia con ella. Reconocen que el campo operatorio es más am-
plio. Pero, tienen más accidentes que con la anterior. Hicie-
ron un cuidadoso estudio comparativo de ambas, y consi-
deran que en la anterior en decubito dorsal el enfermo queda
en posición más fisiológica; en especial, frente a los cambios
de posición del mediastino y corazón. Esto es de
la mayor importancia en los casos graves. Notare, por ej., que
al practicar la toracotomía anterior disminuye la hiper-
presión que existe en el circuito pulmonar y la sobrecarga
del ventriculo derecho, lo cual produce una inmediata des-
rotación del corazón; que es manifiesta en el E.C.G. y aun a
la vista. Estos cambios son mejor reportados en decubito dorsal,
en especial en cuanto comprometen a las venas coronas. "Por otra
parte", me dijeron, "hemos operado más de 400 Fallot por vía
anterior, y nunca hemos tenido inconvenientes por la toracotomía,
ni hemos desistido de la operación por razones técnicas"; "esto
también le podríamos decir de los estenosis mitrales"

Vi operas por toracotomía postero lateral, en decubi-
to lateral, solo en casos de la aorta, donde ~~se~~ hay
que visualizar bien la aorta descendente.

Lo no podría decir que el criterio de ellos,
al respecto, me parece preferible al de otros, porque a los otros
no los he visto. Lo vi a Sauty en Lyon y a Brock en Lon-
dres. Ellos operan por vía lateral.

Cada tiempo en particular, se los detallare más adelante. Prefiero continuar con el cierre de la pared y los cuidados del post operatorio, que son más generales.

Tiempo la pared sin derraje endopleural. Hacen respiración del pulmón y espiración intermitente por pequeña sonda de goma, indicaciones realicen los suturas. Los rozos que me dieron, son, que no se ha interesado sobre el pulmón ni bronquios, y que hacen tenostosis cuidadosa. J, que cuando dejaban espiración, no obtenían salida de aire, y solo escapado en pequeña cantidad, por lo cual consideran que es innecesaria. Puede comprobar que tienen razón. La reexpansión pulmonar es completa, y solo una vez hicieron punción para evacuar pequeño derrame. La pleuritis basal y marginal, casi de rutina en los post operados de pulmón, no se presenta tampoco, o es insignificante.

Post operatorio: Las indicaciones, y cuidados del post operatorio, en forma casi estándar, son los siguientes:

- 1) Oxígeno a permanencia; tunda y doble sonda: Por lo menos durante 2 días, aunque quizás innecesario.
- 2) Pies de la cama levantados.
- 3) Ejercicios respiratorios. Movimientos de brazos y piernas.
- 4) Penicilina 200.000 U. $\frac{1}{3}$ hrs.
Etiopirone 1/2 gr. $\frac{1}{12}$ hrs.
- 5) Morfina 0,01 g. al despertar
Supositorios 0,20? Nembutal $\frac{1}{8}$ hrs.

Plumage (antitelmico) 1 cup, 9/12 las
demerol, si es necesario.

6) Controlar : pulso
presión arterial
respiraciones
(airea, etc.)

7) Radiografía en la cebra, diariamente.
Electrocardiograma

8) Agua e tomas, desde el primer día. Regimen blando desde
el 2º o 3º, según estado del enfermo.
(No dejar hidratación parenteral)

9) Digitalina, si hay indicación. -

BIBLIOTECAS UdeC

Bueno, profesor, esto es lo que se lee allá
en general. Comprendo que tal vez incluido muchos detalles
que están demás, y que para usted serán sobradamente cono-
cidos: Pero le he preferido hacerlo así, aunque sea para copie-
mentos. Y sobre todo, porque estos detalles son justamente
lo que nadie publica; y, yo pienso, que por sí solos pueden
constituir la diferencia entre el éxito y el fracaso de un
tratamiento; vale decir, entre la vida y la muerte de un
enfermo.

Con los técnicos en particular, iré más rápido,
ya que en el Broussier serán prácticamente los mismos que
están publicando en todas partes. Pero, como le decía antes,
tendría mucho gusto en incluir los detalles que usted me
especificara.

Extensores mitiales:

Proectores standard. Especial insistencia en compensar la insuficiencia cardiaca cuando existe; que es peor compensada que la coexistencia de insuficiencia valvular o de lesión aórtica.

Posición en la mesa, decubito dorsal, levantando unos 5 cm. la región escapular izqda. con un paño doblado.

Traectomía anterior izqda, con o sin resección de la 3ª costilla.

Separación del pulmón

Inyección de novocaina intrapericardial, 5 c.c. al 2%. No es indispensable, preparado el paciente como ellos lo hacen.

Pericardiotomía. Longitudinal, a 1 cm. por delante del recorrido del nervio frénico. lo más larga posible, en especial hacia arriba. Cuando la exploración peria demuestra que el corazón está muy rotado y la base de la vejuela izqda queda bastante posterior, hacen incisión retropericardial del pericardio que permite clavar mejor.

Se libera la vejuela, en forma roma, hasta su base. En los casos que está algo adherida al corazón y la arteria pulmonar, rasgan algunos pequeños vasos, que es mejor no ligar.

Alrededor de la base de la vejuela se coloca un clamp blando que deje excluida una buena porción de ella. Reuidado, al poner el clamp, de no incluir los vasos circunflejos.

Para estas maniobras, se toma la vejuela con una pinza de Harrington en su borde libre.

Incisión transversal en la cara externa de la vejuela. Levado de la vejuela para extraer coágulos. Se puede retirar un poco el clamp, para que la sangre esté coagulada que estaban comprimidos.

Al lado apical del clamp, doble garata, con puntas

transfixiónes.

Se introduce el índice des. en la subclotomía, los cables de las gasetas los toman los ayudantes, se cierra el clamp, y se avanza el índice hasta la mitad. Exploración del tamaño del orificio valvular, regurgitación desde el ventrículo (insuf. valvular aórtica), y se utilizan las comisuras. Comisurotomía pasando el índice. El orificio, si es posible, debe dejarse del diámetro de 2 índices. Si la válvula es muy dura, se introduce el clámpo, desligándolo bajo la mano y el índice, con el cual se recciona la válvula. Siempre utilizando primero una comisura y después la otra: Debut una en comisurotomía de la forma siguiente



con el cual se hace comisurotomía retrograda, introduciéndolo hasta el ventrículo, asegurando la válvula. Parece más fácil, en especial si la válvula es muy dura.

En tanto se agrandan el diámetro del orificio valvular, hay cambios hemodinámicos muy importantes, que se manifiestan en el E.C.G. porque el eje eléctrico pasa desde desviación a la des. a desviación izqda, lo cual expresa que cesa la sobrecarga del ventrículo des. y el corazón se desvota espontáneamente. Por ese motivo, y para medir los cambios de presiones intracavitarias, una vez realizada la subclotomía, el cirujano deja el índice 1. e 2 minutos frente a la mitad, y de a poco permite el aumento de la corriente.

Se retira el dedo y se cierra el clamp. Luego se retira este, al mismo tiempo que se retiran las gasetas. Se busca el exceso de coágulo, y se reemplaza las gasetas con algo un punto simple.

Sutura incompleta del pericardio, dejando la abertura en la parte superior.

Siene del torax:-

Tambien hacen la intervencion sin gaceta. Colocan el clamp igual, y luego introducen el dedo: cuando lo sacan, reforan el clamp. Antes de retirar este hacen cutanea de la orejuela. Es indicacion precisa si hay orejuela fructifera. Son las gacetas las que dan los desgarros, al reducir a 0, un diametro que era de 3 cms. o mas



sin gaceta



con gaceta.

Variedades: Valvulas muy duras, antiguas, que no permiten dilatacion lo suficiente. (¿Indicacion de intervencion relativamente pocas?)

Orejuelas muy elasticas, que no permiten pasar un dedo hacia la auricula. En otros casos, claudas con comisuras o pieza leucostitica que luego abren, a traves de una zona pulmonar. No lo vi hacer. En una ocasion D'Maines desistio la intervencion por orejuela muy pequena

Resultados. Muy buenos. Clinica desde luego. 1: Al E.C.G no hay mas desviacion derecha del eje electico
A Rx, desaparece progresivamente la tipica forma de corazon mitral, y la congestion bilia:

Mortalidad. No tengo datos exactos, o que no les quite datos. Pero, en unos 35 a 40 casos, de Nov. y Dic. hubo una sola muerte. Al 2º dia del post op. Vi la autopsia, y esto se explica por insuficiencia cardiaca irreductible desde antes de la intervencion. (conclusion: empezar por lo bien compensado)

Ductus.

Toracotomía anterior izquierda. en el 2º o 3º espacio.

Reclazo del pulmón

Troncha de la pleura mediastinal entre el pericardio y el neurogastro. Visualizar con cuidado y el neumón, para no lesionarlo.

Dirección del ductus. Puede haber un repliegue del pericardio que lo cubra en parte. Reclazarlo. Si hay dificultades, incidir el pericardio para ubicarse mejor.

Doble ligadura, una cerca del esterno costal y la otra del lado pulmonar. Tener cuidado y progresivamente las ligaduras, para no dañar el ductus.

No lo reccionar. Le impetán A.C.C. o más de men glucosado al 30 o 40%. Debera ser el 60%.

Sutura pleura. El pericardio si la sido incidido base de la pared.

Post op. Standard

Mortalidad, 0%.

Variedades. Ductus muy corto, así difícil.

Conviene cerrar tempranamente el ductus antes de ligarlo. Si aparecen cianosis, quiere decir que hay una estenosis pulmonar asociada, que ha pasado desapercibida, y el ductus debe respetarse, ya que evita la compensación de riesgo al árbol pulmonar.

Mortalidad. 0% cuando el canal no está impedido. Si está impedido, uno que actualmente es del orden del 15%. Pero no hay número suficiente para juzgar.

Localización de la corte. O estrechez del Tórax costal. Hacer más de 50 operados:

Toracotomía lateral

Dirección de la corte descendente, desde el cayado.

Reseción de la estenosis. Anestomosis término-terminal de la aorta. Esto es lo que se hace en su caso. Son muy buen resultado. Operación pectoral, que no había antes, y disminuimos la hipertensión en los brazos.

En otros casos, si la estenosis es más extendida, practican también resección de toda la estenosis, y reconstituyen con injerto de aorta conservada y anestomosis término terminal en ambos extremos. Es más fácil que lo anterior.

La operación de Blalock, para coartaciones aórticas: (Anestomosis término lateral del cabo proximal de la subclavícula izquierda reccionada, en la aorta, más abajo de la estenosis). No la hacen. Prefieren resección e injerto.

Mortalidad ± 20 %:

Tetralogía de Fallot. La anestomosis de Potts (anestomosis directa aorta-arteria pulmonar) la han hecho. Consideran que los resultados no son buenos, y la han abandonado.

Op. de Blalock 1: la consideran la mejor. Anestomosis término-lateral de subclavícula derecha-arteria pulmonar, rama des: Pero, ellos la hacen a izquierda. Si la subclavícula queda corta, interponen injerto arterial conservado.

Op. de Blalock 2: Anestomosis término-terminal de subclavícula - con el cabo distal de una de las arterias pulmonares reccionadas. la consideran sin justificación.

Op. de Blalock - Dubost. Anestomosis término-terminal de subclavícula izquierda, en la extremidad proximal de la art. epico dorsal izquierda. Fácil. Da buenos resultados. En la art. epico dorsal para sangre desde la subclavícula hasta ambos pulmones. Mejora la oxigenación y para la rianosis:

Mortalidad, con Blalock, y modificación de Dubost, alrededor de 5%.

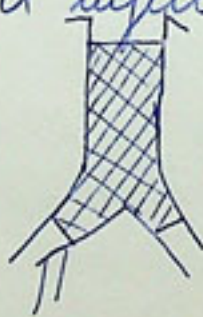
Ulcera operada más de 400 Fallof. - Jamás ha renunciado a una anestomosis por razones técnicas.

Pericarditis:

No le vió nada nuevo. Li opera un solo caso. No se preocuparon de liberar las coronas, lo cual me parece raro. Les pregunté por que no lo hicieron. Tame respondieron que lo fundamental era liberar el musculo cardiaco, y el ventriculo izdo. en particular.

Aneurisma obstructivo de la porcion terminal de la aorta. Li un caso. Practicaron abordaje extraperitoneal, resección de los 10 a 15 cm. terminales de la aorta incluyendo el nacimiento de la mesenterica inferior, y resección de 3 cm de la ilíaca primitiva izda. y 5 cm. de la der. Reconstitución con injerto de aorta conservado en liquido de Gross. Resultado bueno. Cierpo de alta con buena circulación de las extremidades inferiores.

Esto me parece extraordinario. Lo injerto me muy bien tolerado y las suturas arteriales son seguras. Hay que pensar que si una pequeña parte del injerto se necrosara, o un punto de las 3 anastomosis fallara, habría una hemorragia fulminante. El injerto compendió enquistamiento



También si venas arterias femorales obstruidas por arterioesclerosis, reemplazadas por injerto vascular.

Injerto de riñón: se hizo un caso, por ayuda de
 de D'Almeida, urologos del Hospital Necker. Lo no lo sé, porque
 no le arribaron a nadie. Pero conozco los detalles. No tiene
 nada de especial como técnica, pero sí que el enfermo esta
 vivo, después de 26 días: Ha sido objeto de muchos copu-
 las en los diarios, y oportunidad de autógrafo para mi cur-
 pous. La historia superintensiva es así: Joven de 17 o 18
 años. Anteriormente grave del riñón yzdo. Nefrectomía yzda. en
 un pueblo chico cerca de Paris. Uremia progresiva. Era riñón
 izquierdo. La madre tenía los dos riñones y era del mismo gru-
 po sanguíneo. Injerto del^{mo} riñón de la madre, en el hijo.
 Se cuestionaron los vasos ilíacos del niño con los vasos madre del
 injerto; sutura término terminal de uretra, cateterismo. La
 intervención se realizó al 5º día de la nefrectomía, con unemia
 de 4,50 gr. El riñón injertado se dejó en la f. i. porque la
 uretra para renal del joven estaba recién operada. Evolución:
 la diuresis llegó hasta 4 lts. diarios y la unemia bajó a
 nivel de 1 gr. A los 15 días el joven estaba en pie. Ahora,
 me le informo solo por los diarios, que dicen que se la equi-
 vado. No creo que el injerto sobreviva, ya que en todos los
 casos anteriores publicados, de riñón u otros órganos de parenqui-
 ma renal, los anticuerpos que el injerto mismo provoca, ter-
 minan por provocar la lisis. De todo modo, no deja de ser
 un caso muy interesante.

Esto es lo que vi en Paris.

Aquí, estoy viendo muchos casos interesantes de
 venulas periféricas, y en gran cantidad. Llevo solo 3 semanas
 de trabajo, y no quisiera adelantar opiniones todavía. Pero,
 le envío oportunamente un informe de lo que está haciendo
 de la escuela Leitch - Fontaine.

Como le decía en mi carta anterior, de aquí
quiero ir a los servicios de Montreuil en Barcelona, y de Brock
en Londres, y a propósito de eso, le agradeceré mucho la carta
de presentación que usted me ha ofrecido para Helen Briz. Me
será muy útil, ya que no tendré en España las conexiones ofi-
ciales que le tengo aquí. No tengo seguridad en que pueda
hacer esos estudios, pero se lo avisaré con tiempo.

Bueno, muy pocas otras noticias tengo que darle.
De la guerra, en Europa, ni se habla: El feste de foie de Strasbourg
es formidable. Y las rebajas normandas de Au Vent Voyage, en Paris,
también. Pero desgraciadamente, los cafés filtrados de Francia, no
son tan buenos como los express del Don.

Le ruego igualmente si llegaron al servicio el oxió-
metro y el termómetro cutáneo. Como también de cualquier ne-
cesidad de importancia.

¿Se le ofrece algo en Francia?

Le ruego también dar mis saludos a todos los miem-
bros del servicio.

Atentamente

Forit

P.D. Omití voluntariamente, lo que sé de cirugía del
rinofaringe, para incluirla en conjunto con lo
que estoy viendo aquí, donde se hace en gran escala.

Strasbourg Enero 21 de 1953

Dr. Ignacio González

Concepción.

Estimado profesor:

Hace pocos días recibí su carta del 3 de Enero, que había llegado a la Secretaría del Hospital y no al servicio del Prof. Fontaine. Las impresiones de Estados Unidos me extrañaron un poco. Yo pensaba que encontraría novedades técnicas importantes en la cirugía norteamericana, y veo que no fue así. En cambio, me parece de trascendencia todo lo útil que nos lleve a Concepción de organización y enseñanzas médicas, en especial, respecto a investigación en forma rutinaria. Y es de esperar que tenga los medios para obtener la asimilación necesaria.

Si las impresiones de mi carta anterior eran francamente de desilusión por todo lo que había encontrado acá, ahora es muy distinto. Yo no sabía entonces todas las cosas de Francia que supe y conocí después. Es verdad que hay decadencia en algunos sectores de la sociedad y en algunos aspectos materiales. Pero, todas las perfecciones que aquí se han dado, son más poderosas, y anulan esos defectos. Y lo mejor es como todas esas perfecciones armonizan, y se encuentran en cualquier campo de las artes, o en cualquiera disciplina; desde la cocina a los cantos gregorianos, y desde las canciones de los niños hasta la cirugía. Ahora comprendo su nostalgia por Europa, y en especial por Francia.

(Página 2)

En París, junto con Pimentel, vivía en la Cité Universitarie, que usted debe haber conocido. La Cité es sencillamente formidable. 3.500 estudiantes de todas las razas y de todos los rincones del mundo, que viven en una pequeña ciudad, forman un conglomerado muy especial. Sentarse a la mesa con un norteamericano, una australiana, un chino, y una noruega, era el pan de todos los días, cuando no eran grupos aún más diversos. El ambiente es favorable al estudio, y además hay teatro estudiantil, coros regionales, deportes, bailes, etc; lo cual, ahora, hecho mucho de menos. Aquí, pese a ser un centro universitario, el ambiente es muy tradicionalista y aburguesado. Esto último es más bien por lo que me han dicho, porque el horario de trabajo - 10 horas- del servicio de Fontaine, me absorbe el día entero, y apenas he conocido algo la ciudad.

Aquí, en Strasbourg, no me pude alojar el Hospital, como esperaba, porque no había lugar disponible. en cambio, el Servicio de Cirugía me paga el hotel, independientemente de la beca, lo cual me parece una gentileza extraordinaria. Yo no quería aceptar porque al comienzo me pareció una compensación de no haber tenido alojamiento en el Hospital, pero Fontaine me aseguró que el servicio le paga el Hotel a todos los médicos que en forma más o menos oficial hacen una estada allá. Y con su bonhomía habitual me dijo que no fuera de las claras, que era asunto terminado. Por supuesto, que no tengo como agradecerlo. Le expliqué también y no llevaba carta suya de presentación porque usted

estaba de viaje en EE.UU. Cuando recibí su carta le di los saludos suyos, y me encargó corresponder los cuando le escribiera.

(Página 3)

Ahora, respecto a lo que he visto en cirugía. Asistí los meses de Noviembre y Diciembre al servicio del Prof. D' Allaines, donde se operan más de 10 corazones por semana. También se hace cirugía vascular y de neurovegetativo en menor cantidad. Los resultados son alentadores y las indicaciones quirúrgicas aumentan.

Trataré de hacerle un resumen de lo que sé y de mis impresiones. Tengo apuntes, aunque desordenados todavía, de todas las técnicas, y podría enviarle más detalles de cualquier punto que a usted le interesara. Primero abordaré las generalidades y después me referiré a distintas técnicas en particular.

Equipo cardiovascular. Formado por cardiólogos, cirujanos, anestesistas y enfermeras especializadas. Sobre su importancia y la existencia de un centro de cirugía cardiovascular, creo que cualquier comentario estaría demás.

Pre operatorio. Todos los enfermos permanecen en el Servicio de Cirugía, por lo menos durante los 8 días anteriores a la intervención. La conducta a seguir varía según las afecciones, y otros factores, como cianosis o insuficiencia cardíaca. Hay sí, algunas normas generales.

Para la escuela de D'Allaines, en el

pre operatorio, lo fundamental es tratar la insuficiencia cardíaca cuando existe. Pero, si ésta es ineductible, y se origina en un trastorno hemodinámico que la intervención puede corregir, ya no constituye una contraindicación operatoria. Al contrario. La compensación

(Página 4)

viene en el post operatorio en forma espectacular, como pude observar en más de una estenosis mitral grave. En algunos casos, de asistolia, que para mí habrían sido intocables, hicieron primero ligadura de la cava y difirieron la intervención sobre el corazón. A ellos, también les iba contra el pelo operar esos enfermos, al comienzo. Y si lo hicieron ha sido por el empuje e insistencia de los cardiólogos, en especial de Lénigne. Los resultados han sido buenos.

Lo segundo, oxigenar los enfermos, 4 a 5 horas diarias, en tienda, durante 6 a 8 días. Esto forma parte del preoperatorio inmediato, haya o no necesidad aparente de hacerlo. Con mayor razón sí son cianóticos. Fundamento: la anoxia, mejor dicho hipoxia, del miocardio, predispone a los accidentes anestésicos, trastornos del ritmo, y síncope reflejos. Ahora bien, no hay que olvidar que muchos cardíacos compensados, de buen color, y aparentemente en excelentes condiciones, tienen una hipoventilación pulmonar, por varias razones que no es del caso incluir ahora, y, que la hipoxia del miocardio es la regla, aún subclínica.

Digital pre op. ¿Sí o no? Esto ha sido muy discutido, y no están las opiniones de acuerdo. En el Broussais, si administrarla, en forma de digitalina, sólo por dos motivos. Cuando hay insuficiencia cardíaca, y cuándo, aún sin insuficiencia, el pulso es rápido sobre 100. No interfiere los agentes anestésicos.

Sub intervención pre operatoria. Ellos no lo llaman así. Es nada más que un título que le pongo a la serie de medidas que tiene por objeto de-

(Página 5)

nervar farmacológicamente el corazón, por medio de inhibición neurovegetativa. Es el mismo procedimiento, en principio - y las mismas drogas en distintas dosis- además de la aplicación de frío, que se utiliza para la Inervación Artificial. La intervención merecería, en realidad un extenso párrafo aparte. Pero, me disculpo de hacerlo, ya que le envié hace unos dos meses una publicación al respecto, que espero haya recibido. Si no es así, le ruego avisarme y la enviaré otra por avión. Le agregaré, sí, algunas líneas, de lo que en el Broussais se está haciendo durante los 2 o 3 días que preceden la intervención, y durante la intervención misma, se administra a los cardíacos, una serie de drogas, que tienen por objeto, primero producir una verdadera inhibición neurovegetativa, que hace imposible Los reflejos vago- vagales, trastornos del ritmo y síncope, que podrían producir las maniobras en el mediastino, pericardio, o corazón mismo, y segundo

permitir una (superf) anestesia más superficial. Las drogas no son tóxicas, constituyen un "cocktail lítico", y el sinergismo terapéutico obtenido es indudable.

Se usa: Novocaína endovenosa, o subcutánea.

curare,
demerol, (dolosal)
sulfato de esparteína,
phenergan (antihistamínico)
nembutal (desconexión cortical)
Pendiomide (derivado del hexametonio)

El resultado es indudable, se trabaja como en un corazón denervado, la novocaína intrapericardíaca se hace innecesaria, y no sé de ningún accidente cardíaco, en más de 60 intervenciones.

El resto de los cuidados pre op. son los

(Página 6)

habituales de la gran cirugía. Vale la pena, sí, decir que le dan importancia a vitaminizar los enfermos, en especial complejo B y vit. C.

Anestesia. Siempre general con intubación traqueal. Empiezan con pentotal y continúan con éter y curare. Administran oxígeno en forma permanente, y mantienen la anestesia en un plano relativamente superficial. Además, hacen novocainización de los intercostales correspondientes a la toracotomía, antes de poner el separador. No operan bajo hipotensión controlada, aunque

usan sales de hexametonio en el cocktail lítico.

El electrocardiograma pre operatorio es de rutina, y del mayor interés. Sobre todo, porque los signos eléctricos pueden preceder a trastornos cardíacos, aunque sean amortiguados por las medidas que ya hemos visto. Ante el anuncio o presencia de cualquier accidente, por poco importante que parezca, proceden a suspender las maniobras operatorias, reexpandir el pulmón colapsado y oxigenar el enfermo, ya que, como le decía antes, invocan a la hipoxia del miocardio como la condición más perjudicial, y a la oxigenación como terapéutica esencial.

Traía, a llegar a Francia, gran interés por informarme sobre reanimación cardíaca, que allá se ha dado por llamar resucitación. La verdad, es que me he quedado con las ganas, porque no he presenciado los accidentes que la hacen necesaria. Hay sí, buena literatura al respecto, y hay que estar preparado si se presenta la ocasión. En la misma revista, a que hice mención antes, hay un artículo muy completo al respecto.

(Página 7)

Las anestésias, tan buenas y tranquilas, es una de las cosas que me han llamado más la atención. No he visto actitudes apuradas, carreras, ni contingencias imprevistas, cuando se realiza una cirugía, que desde luego es grave, y muchas veces, sobre enfermos aseriados y lábiles. Sin duda, fuera de la competencia

de los anestesiistas, esto se debe en gran parte a la buena preparación de los pacientes.

Hidratación y transfusiones durante la intervención. Pérdidas sanguíneas. Shock operatorio. Como usted lo pudo ver, son muy cuidadosos de la hemostasia y los enfermos pierden un minimum de sangre. En las estenosis mitrales no hacen transfusión. En los ductus tampoco. En Tetralogía de Fallot, contracción de aorta, resecciones arteriales, injertos vasculares, etc, hacen transfusión en proporción a las pérdidas sanguíneas, que son inevitables por gran desarrollo de circulación colateral o por otras razones. En todo caso, tienen sangre disponible dentro del pabellón. Como hidratación usan de 1/2 lt. a 1 lt. de suero glucosado, con 50 a 100 cc. de novocaína al 1%. Esto último es sistemático.

No vi shocks operatorios en el sentido que nosotros lo entendemos, aunque sí bajas de presión consecutivas a hemorragias operatorias, que se recuperaron rápidamente con la transfusión.

Toracotomía y posición de la mesa. Prácticamente siempre hacen toracotomía anterolateral, con el enfermo en decúbito dorsal. Técnica: incisión arciforme de concavidad superior, a nivel de surco submamario y va desde la línea media anterior hasta la axilar pos-

(Página 8)

terior. Se levanta el colgajo superior de piel y célula (y la gl. mamaria en la mujer). Sección transversal de ambos pectorales, y completar la toracotomía con o sin resección de la

3ra costilla. Sección del cartílago costal superior e inferior.

Anestesia de los intercostales. Separador.

Las razones que me dieron para preferir la toracotomía anterior a la postero-lateral fueron las siguientes. Hicieron postero lateral en más de 100 casos, y tienen experiencia con ella. Reconocen que el campo operatorio es más amplio. Pero, tenía más accidentes que con la anterior. Hicieron un cuidadoso estudio comparativo de ambas, y consideran que en el anterior en decúbito dorsal el enfermo queda en posición más fisiológica, en especial, frente a los eventuales cambios de posición del mediastino y corazón. Esto es de la mayor importancia en los casos graves. Notará, por ej, que al practicar la comisurotomía mitral disminuye la hipertensión que existía en el circuito pulmonar y la sobrecarga del ventrículo derecho, lo cual produce una inmediata desrotación del corazón, que es manifiesta en el E.C.G, y aún a la vista. Estos cambios son mejor soportados en decúbito dorsal, en especial en cuanto competen a las venas cavas. "Por otra parte", me dijeron, "hemos superado más de 400 Fallot por vía anterior, y nunca hemos tenido inconvenientes por la toracotomía, ni hemos desistido de la operación por razones técnicas", "otro tanto le podríamos decir de las estenosis mitrales". Vi operar por toracotomía postero lateral, en decúbito lateral, sólo en coartaciones de la aorta, donde hay que visualizar bien la aorta descendente.

Yo no podría decir que el criterio de ellos, al respecto, me parece preferible al de otros, porque a los otros no los he visto. Ya veré a Sauty en Lyon, y a Brock en Londres. Ellos operan por vía lateral.

(Página 9)

Cada técnica en particular, se las detallaré más adelante. Prefiero continuar con el cierre de la pared y los cuidados del post operatorios, que son más generales.

Cierran la pared sin drenaje endopleural.

Hacen reexpansión del pulmón y expiración intermitente por pequeña sonda de goma, mientras realizan las suturas. Las razones que me dieron, son, que no se ha intervenido sobre el pulmón y bronquios, y que hacen la hemostasia cuidadosa. Y, que cuando dejaban espiración, no obtenían salida de aire, y sólo exudado en pequeña cantidad, por lo cual consideran que es innecesaria. Pude comprobar que tienen razón. La reexpansión pulmonar es completa, y sólo una vez hicieron punción para evacuar pequeño derrame. La pleuritis basal y marginal, casi de rutina en los post operados de pulmón, no se presenta tampoco, o es insignificante.

Post operatorio. Las indicaciones, y cuidados del post operatorio, en forma casi standard, son las siguientes:

- 1) Oxígeno a permanencia, tienda y doble sonda. Por lo menos durante 2 días, aunque parezca innecesario.
- 2) Pies de la cama levantados.
- 3) Ejercicios respiratorios. Movimientos de brazos y piernas.
- 4) Penicilina 200.000 u. c/3 horas
Estreptomycinina 1/2 gr. c/12 horas.
- 5) Morfina 0,01 gr. al despertar
Supositorio 0.20? Nembutal c/8 horas.

(Página 10)

Phenergan (antihistamínico) 1 amp. c/12 hrs.

Demerol, si es necesario.

6) Controlar: pulso

presión arterial

respiraciones

(orina, etc)

7) Radiografía en la cama, diariamente

Electrocardiograma

8) Agua a tomar, desde el primer día. Régimen blando desde

el 2° o 3°, según estado del enfermo.

(No dejan hidratación parenteral)

9) Digitalina si hay indicación.

Bueno, profesor, esto es lo que se hace allá en general. Comprendo que habré incluido muchos detalles que están demás, y que para usted serán sobradamente conocidos. Pero he preferido hacerlo así, aunque sea para confirmarlos. Y sobre todo, porque estos detalles son justamente lo que nadie publica, y, yo pienso, que por sí solos pueden constituir la diferencia entre el éxito y el fracaso de un tratamiento, vale decir, entre la vida y la muerte de un enfermo.

Con las técnicas en particular, iré más rápido, Ya que en el Broussais usan prácticamente las mismas que están publicando en todas partes. Pero, como le decía antes, tendría mucho gusto en enviar los detalles que usted me especificara.

(Página 11)

Estenosis mitral.

Preoperatorio standard. Especial insistencia en compensar la insuficiencia cardíaca cuando existe, que es peor compañía que la coexistencia de insuficiencia vascular o de lesión aórtica.

Posición en la mesa, decúbito dorsal, levantando unos 5 cms la región escapular izquierda, con un paño doblado.

Toracotomía anterior izquierda, con o sin resección de la 3ra costilla.

Separación del pulmón.

Inyección de novocaína intrapericardíaca, 5 cc. al 2%. No es indispensable, preparado el paciente como ellos lo hacen.

Pericardiotomía. longitudinal, a 1 cm. por delante del recorrido del nervio frénico. Lo más larga posible, en especial hacia arriba. Cuando la exploración previa demuestra que el corazón está muy rotado y la base de la orejuela izquierda queda bastante posterior, hacen incisión retrofrénica del pericardio, que permite abordar mejor.

Se libera la orejuela, en forma roma, hasta su base. En los casos que está algo adherida al corazón y la arteria pulmonar sangran algunos pequeños vasos, que es mejor no ligar.

Cerca de la base de la orejuela se coloca un clamp blando que deje excluida una buena porción de ella. Cuidado, al poner el clamp, de no incluir los vasos circunflejos.

Para estas maniobras, se toma la orejuela con una pinza de Harrington en su borde libre.

Incisión transversal en la cara externa de la orejuela.

Lavado de la orejuela para extraer coágulos. Se puede

soltar un poco el clamp, para que la sangre bote coágulos que estaban comprimidos.

Al lado afuera del clamp, doble garetta, con puntos

(Página 12)

transfixiantes.

Se introduce el índice derecho en la orejuelotomía, los cabos de las garetas los toman los ayudantes, se suelta el clamp, y se avanza el índice hasta la mitral. Exploración del tamaño del orificio valvular, regurgitación desde el ventrículo (insuficiencia vascular asociada), y se ubican las comisuras.

Comisurotomía pasando el índice. El orificio, si es posible, debe dejarse del diámetro de 2 índices. Si la válvula es muy dura, se introduce valvulótomo, deslizándolo bajo la mano y el índice, con el cual se secciona la válvula.

Siempre ubicando primero una comisura y después la otra. Dubot usa un comisurotomo de la forma siguiente

DIBUJO

con el cual hace comisurotomía retrógrada, introduciéndolo hasta el ventrículo y engancho la válvula. Parece más fácil, en especial si la válvula es muy dura.

En tanto se agranda el diámetro del orificio valvular, hay cambios hemodinámicos muy importantes, que se manifiestan en el E.C.G. porque el eje eléctrico pasa desde desviación a la derecha a desviación izquierda, lo cual expresa que cesa la sobrecarga del ventrículo derecho y el corazón se descota espontáneamente. Por ese motivo, y para suavizar

los cambios de presiones intracavitarias, una vez realizada la valvulotomía, el cirujano deja el índice 1 a 2 minutos frente a la mitral, y de a poco permite el aumento de la corriente.

Se utiliza el dedo y se coloca el clamp. Luego se retira este, al mismo tiempo que se cierra las garetas.

Se reseca el exceso de orejuela, y se refuerza las garetas con algunos puntos simples.

(Página 13)

Sutura incompleta del pericardio, dejando la abertura en la parte superior.

Cierre del tórax.

También hace la intervención sin garetas. Colocan el clamp igual, y luego introducen el dedo. Cuando lo sacan, reponen el clamp. Y antes de retirar este hacen sutura de la orejuela. Es indicación precisa si hay orejuela fiable. Son las garetas las que dan los desgarros, al reducir a 0, un diámetro que era de 3 cm o más.

DIBUJOS

Variedades. Válvulas muy duras, antiguas, que no permiten dilatar lo suficiente (¿Indicación de intervenir relativamente precoz?)

Orejuelas muy chicas, que no permiten pasar un dedo hacia la aurícula. En esos casos, abordar con comisurómetro o pinza hemostática que luego abren, a través de una vena pulmonar. No lo sé hacer. En una ocasión D'Allaines desistió la intervención por orejuela muy pequeña.

Resultados. Muy buenos. Clínicos desde luego. Y:

Al E.C.G no hay más desviación derecha del eje eléctrico.

A Rx, desaparece progresivamente la típica forma de corazón mitral, y la congestión hilar.

Mortalidad. No tengo datos exactos, porque no les gusta darlos. Pero en unos 35 a 40 casos, de Nov y Dic hubo una sola muerte. Al 2º día del post op. vi la autopsia, Y sólo se explicaba por insuficiencia cardíaca ineductible desde antes de la intervención (Conclusión: empezar con los bien compensados).

(Página 14)

Ductus

Toracotomía anterior izquierda, en el 2º o 3º espacio.

Rechazo del pulmón.

Incisión de la pleura mediastinal entre el frénico y el neumogástrico. Visualizar esos nervios y el recurrente, para no lesionarlos.

Disección del ductus. Puede haber un repliegue del pericardio que lo cubra en parte. Rechazarlo. Si hay dificultades, incindir el pericardio para ubicarse mejor.

Doble ligadura. Una cerca del extremo aórtico y la otra del lado pulmonar. Cerrar cuidadosa y progresivamente las ligaduras, para no desgarrar el ductus.

No lo seccionan. Le inyectan 1 cc o más de suero glucosado al 30 o 40%. Debiera ser al 60%.

Sutura pleura. Y pericardio sí ha sido incindido.

Cierre de la pared.

Post op. standard.

Mortalidad 0%

Variedades. Ductus muy corto, sale difícil.

Conviene curar temporalmente el ductus antes de ligarlo. Si aparece cianosis, quiere decir que hay una estenosis pulmonar asociada, que ha pasado desapercibida, y el ductus debe respetarse, ya que efectúa la compensación de riego al árbol pulmonar.

Mortalidad. 0% cuando el canal no está infectado. Si está infectado, creo que actualmente es del orden del 15%. Pero no hay número suficiente para juzgar.

Coartación de la aorta. O estrechez del istmo aórtico. Llevan más de 50 operados.

Tricotomía lateral.

Dirección de la aorta descendente desde el cayado.

(Página 15)

Resección de la estenosis. Anamostosis término-terminal de la aorta. Esto es lo que vi hacer en un caso. Con muy buen resultado. Apareció pulso femoral, que no había antes, y disminuyó la hipertensión en los brazos.

En otros casos, si la estenosis es más extendida, practican también resección de toda la estenosis, y reconstituyen con injerto de aorta conservado, y anastomosis término terminal en ambos extremos. Es más fácil que lo anterior.

La operación de Blalock, para coartaciones externas. (Anastomosis término lateral del cabo proximal de la subclavia izquierda seccionada, con la aorta, más abajo de la estenosis). No la hacen. Prefieren resección e

injerto.

Mortalidad +- 20%

Tetralogía de Fallot

La anastomosis de Potts, (anastomosis directa aorta- arteria pulmonar) la han hecho. Consideran que los resultados no son buenos y la han abandonado.

Op. de Blalock 1. La consideran la mejor anastomosis termino lateral de subclavia derecha- arteria pulmonar, rama derecha-. Pero, ellos la hacen a izquierda. Si la subclavia queda corta, interponen injerto arterial conservado.

Op. de Blalock 2. Anastomosis termino- terminal de subclavia - con el cabo distal de una de las arterias pulmonares seccionadas. La consideran sin justificación.

Op. de Blalock - Dubost. Anastomosis termino-terminal de subclavia izquierda con la extremidad proximal de la arteria ápico dorsal izquierda. Fácil. Da buenos resultados. Por la arteria ápico dorsal pasa sangre de la subclavia hasta ambos pulmones. Mejora la oxigenación y para la cianosis.

(Página 16)

Mortalidad, con Blalock, y modificación de Dubost, alrededor del 5%.

Llevan operados más de 400 Fallot. Jamás han renunciado a una anastomosis por razones técnicas.

Pericarditis.

No he visto nada nuevo. Vi operar un solo caso. No se preocuparon de liberar las cavas, lo cual me parece raro. Les pregunté por qué no lo hacían. Y me respondieron que lo fundamental era liberar el músculo cardíaco y el ventrículo izquierdo en parti-

cular.

Aneurisma obstructiva de la porción terminal de la aorta. Vi un caso. Practicaron abordaje extroperitoneal, resección de los 10 a 15 cms. terminales de la aorta incluyendo el nacimiento de la mesentérica inferior, y resección de 3 cm de la íliaca primitiva izquierda, y 5 cm de la derecha. Reconstitución con injerto de aorta conservado en líquido de Gross. Resultado bueno. Enfermo de alta con buena circulación de las extremidades inferiores.

Esto me parece extraordinario. Los injertos son muy bien tolerados y las suturas arteriales son seguras. Hay que pensar que si una pequeña parte del injerto se necrosara, un punto de las 3 anastomosis fallara, habría una hemorragia fulminante. El injerto comprendió esquemáticamente.

DIBUJO

También vi reseca r arterias femorales obstruidas por arteriosclerosis y reemplazadas por injerto vascular.

(Página 17)

Injerto de riñón. Se hizo un caso por ayudantes de D'Allaines y urólogos del hospital Necker. Yo no lo vi, porque no le avisaron a nadie. Pero conozco los detalles. No tiene nada de especial como técnica, pero sí que la enfermo está vivo, después de 26 días. Ha sido objeto de muchas copuchas en los diarios y oportunidad de autobombo para "un" cirujano. La historia súper sintética es así. Joven de 17 o 18 años. Contusión grave del riñón izquierdo. Nefrectomía izquierda en

un pueblo chico cerca de París. Uremia progresiva. Era riñón único. La madre tenía los dos riñones y era del mismo grupo sanguíneo. Injerto de un riñón de la madre, en el hijo. Se anastomizaron los vasos iliacos del niño con los vasos renales del injerto, sutura termino terminal de uréter, cateterismo. La intervención se realizó al 5to día de la nefrectomía, con uremia de 4,50 gr. El riñón injertado se dejó en la f.i., porque la única fosa renal del joven estaba recién operada. Evolución: la diuresis llegó hasta 4 lts diarios y la uremia bajó a menos de 1 gr. A los 15 días el joven estaba en pie. Ahora me he informado sólo por los diarios, que dicen que se ha agravado. No creo que el injerto sobreviva, ya que en todos los casos anteriores publicados, de riñón u otro órgano de parénquima noble, los anticuerpos que el injerto mismo provoca, terminan por provocar la lisis. De todos modos, no deja de ser un caso muy interesante.

Esto es lo que vi en París.

Aquí, estoy viendo muchas cosas interesantes de vascular periférico, y en gran cantidad. Llevo solo 3 semanas de trabajo, y no quisiera adelantar opiniones todavía. Pero, le enviaré oportunamente un informe de lo que está haciendo la escuela Leriche- Fontaine.

(Página 18)

Como le decía mi carta anterior, de aquí quiero ir a los servicios de Martorell en Barcelona, y de Brock en Londres, y a propósito de eso, le agradezco mucho la carta de presentación que usted me ha ofrecido para Soler Roig. Me será muy útil, ya que no tendré en España las conexiones ofi-

ciales que he tenido aquí. No tengo seguridad en qué fechas haré esas estadias, pero se lo avisaré con tiempo.

Bueno, muy pocas otras noticias tengo para darle. De la guerra, en Europa, ni se habla. El paté de foie de Hasbourg es formidable. Y las salsas marinadas de Au Vert Vocaye, en París también. Pero desgraciadamente, los cafés filtrados de Francia, no son tan buenos como los express del Don.

Le ruego informarme si llegaron al servicio el oscilómetro y el termómetro cutáneo. Como también de cualquier novedad de importancia.

¿Se le ofrece algo en Francia?

Le ruego también dar mis saludos a todos los miembros del Servicio.

Atentamente

HGouet

P.D. Omití voluntariamente, lo que sé de cirugía del simpático, para informarla en conjunto con lo que estoy viendo aquí, donde se hace en gran escala.