

CANCER DE COLON DERECHO (*)

Dr. Juan C. Del Campo

Continuando la revision de las técnicas para cáncer abdominal abordamos hoy el estudio en lo referente al cáncer del colon derecho.

Dos principios directrices han sido seguidos como en otras situaciones.

De acuerdo al primero hemos investigado la invasion linfoganglionar hasta los territorios lumboaórticos, fueran los casos operables o inoperables.

Segundo, para la interpretación de los datos hemos tenido en cuenta no sólo la situación adquirida, sino también la situación embrionaria antes de la rotación intestinal.

Todo esto con el propósito de definir hasta dónde es posible perseguir la extensión linfática y las dificultades que se presentan a su realización.

Material estudiado:

Hemos estudiado 11 casos, cuya localización era:

Segmento fijo del colon transversal, 3.

Angulo cólico, 0.

Colon ascendente, 5.

Ciego, 1.

Ileo cecal, 1 (carcinoide).

Unión del colon derecho e izquierdo, 1.

La técnica seguida al principio ha sido en lo que respecta a la exéresis la clásica, igual o más o menos para todas las situa-

(*) Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía, en la sesión del 5 de setiembre de 1951.

ciones, íleo-hemicolectomía derecha y ha ido siendo ensanchada hasta los dos últimos casos, en que hemos practicado la técnica que ahora presentamos.

La interpretación de los resultados no es fácil en algunos puntos.

La corriente linfática, de acuerdo con Descomps y Turnesco,

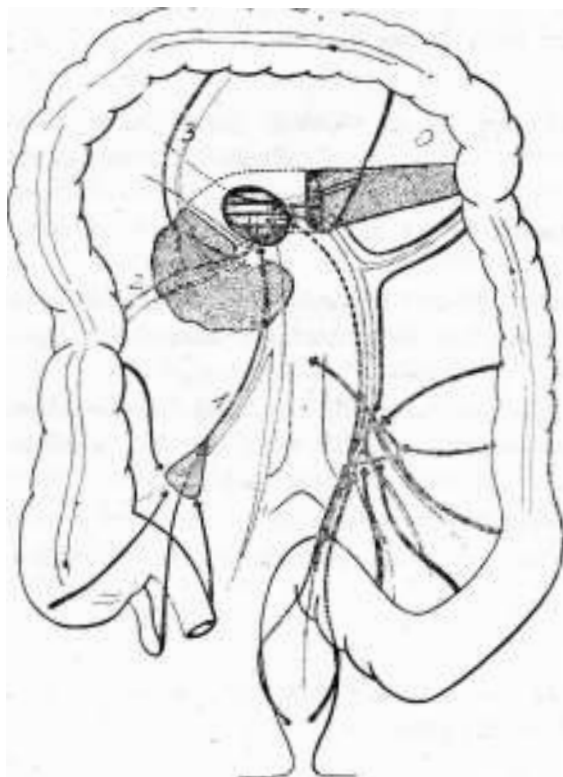


FIG. 1. — Esquema de los linfáticos, según Descomps y Turnesco. (Modificado sólo en las terminaciones de los linfáticos del colon izquierdo).

va al centro periportal (retropancreático) tomando para llegar a él la vía paravenosa (de las ramas derechas de la vena mesentérica superior).

De allí que se describan, ver esquema (fig. 1).

1) Una cadena íleo-cólica, con linfáticos del íleon, del ciego, del apéndice y del colon ascendente con sus ganglios epicólicos, paracólicos, confluyente ilíaco y sus ganglios principales (Fig. 1 - 1).

2) Una cadena que proviene del ángulo cólico derecho (con

sus ganglios epicólicos, paracólicos, confluyente prepancreático, y ganglios principales (Fig. 1 - 2).

3) A éstos hay que agregar por las relaciones que tienen con ellos una cadena correspondiente a la rama derecha de la arcada de Riolan (Fig. 1 - 3). Esta llega al confluyente prepancreático señalado en la anterior y esto tiene como lo hemos comprobado, consecuencias quirúrgicas.

Pero la manera de terminar estos linfáticos merece más precisiones.

Rouvière parece admitir el grupo central de Descomps y Turnesco (aun cuando le llama ganglios centrales a todos los de la raíz del mesenterio) y considera que recibe además de los linfáticos del yeyuno ileon los del colon derecho por intermedio de una o varias escalas ganglionares.

Como terminación, dice Rouvière: "Es frecuente ver al grupo central de los ganglios mesentéricos que recibe en definitiva toda la linfa del territorio mesentérico superior, dar nacimiento a varios canales. A veces uno de ellos, más importante que los otros, representa el tronco intestinal propiamente dicho. El se dirige abajo y a izquierda, contornea la cara lateral izquierda de la aorta pasando ordinariamente por encima de la arteria renal y se termina en el tronco lumbar izquierdo. Todos los otros, sino todos los canales eferentes del grupo central, descienden hacia la izquierda y se echan en un ganglio látero-aórtico izquierdo inmediatamente subyacente a la arteria renal. A veces mismo, existe uno o varios canales eferentes de los ganglios mesentéricos que descienden sobre el lado derecho de la aorta y se terminan en los ganglios látero-aórticos derechos, en particular en un ganglio inter-aórtico venoso situado por debajo de la arteria renal derecha".

Para la adopción de medidas quirúrgicas sería interesante disponer de mayores precisiones y principalmente saber hasta dónde se unifican las corrientes linfáticas en dichos centros y saber si los eferentes supra y subrenales de dichos centros corresponden indistintamente a cualquier grupo anterior o persiste una individualidad más allá de los supuestos centros de convergencia.

A las dificultades anteriores se suman en los casos de invasión cancerosa las dificultades de interpretación, ya que junto

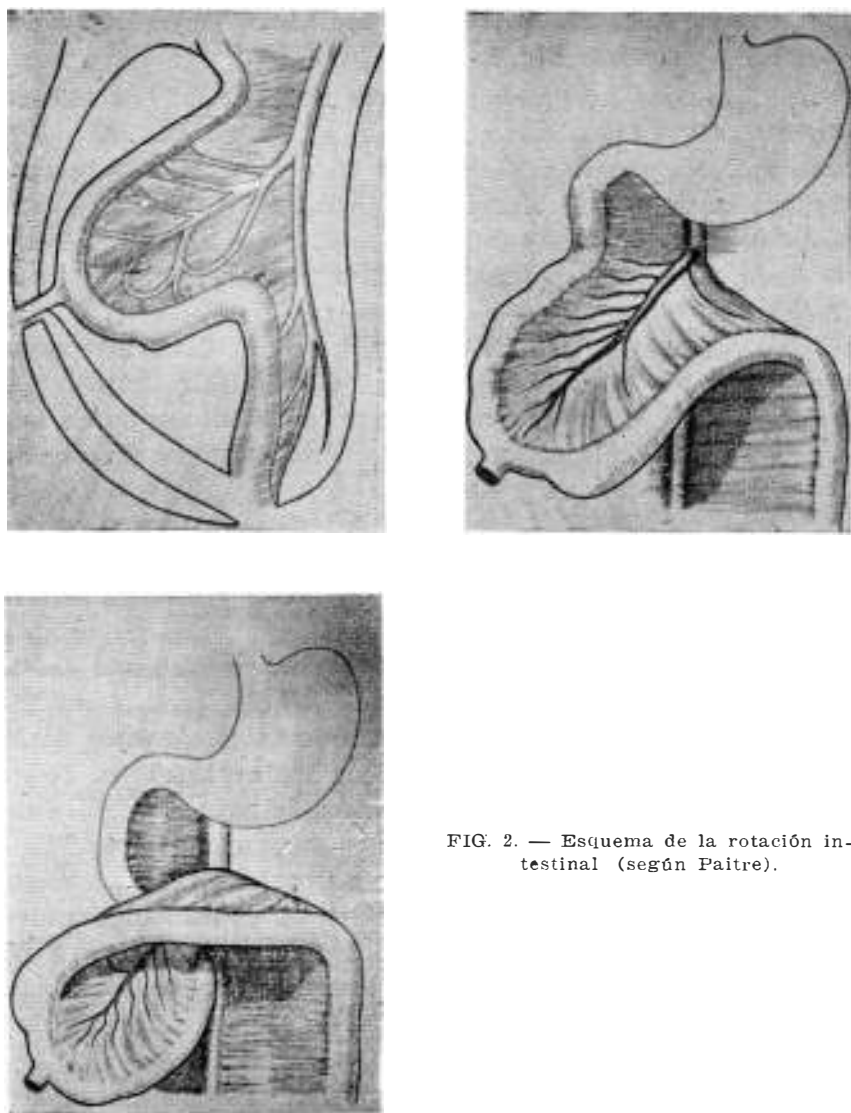


FIG. 2. — Esquema de la rotación intestinal (según Paitre).

con la vía directa hay que tomar en consideración la vía retrógrada y la colateral señalada por Gilchrist.

Podemos, sin embargo, señalar los siguientes hechos:

1º) La invasión ganglionar directa hasta los troncos lumbosagíticos fué vista en 2 de 7 casos en que se buscó.

En el caso (R. F.) había una cadena ganglionar grande ro-

deando la raíz del mesenterio y llegando hasta la región lumbo-aórtica y poniendo bien en evidencia el trayecto señalado por Rouvière para algunos canales eferentes hacia la zona lumbo-

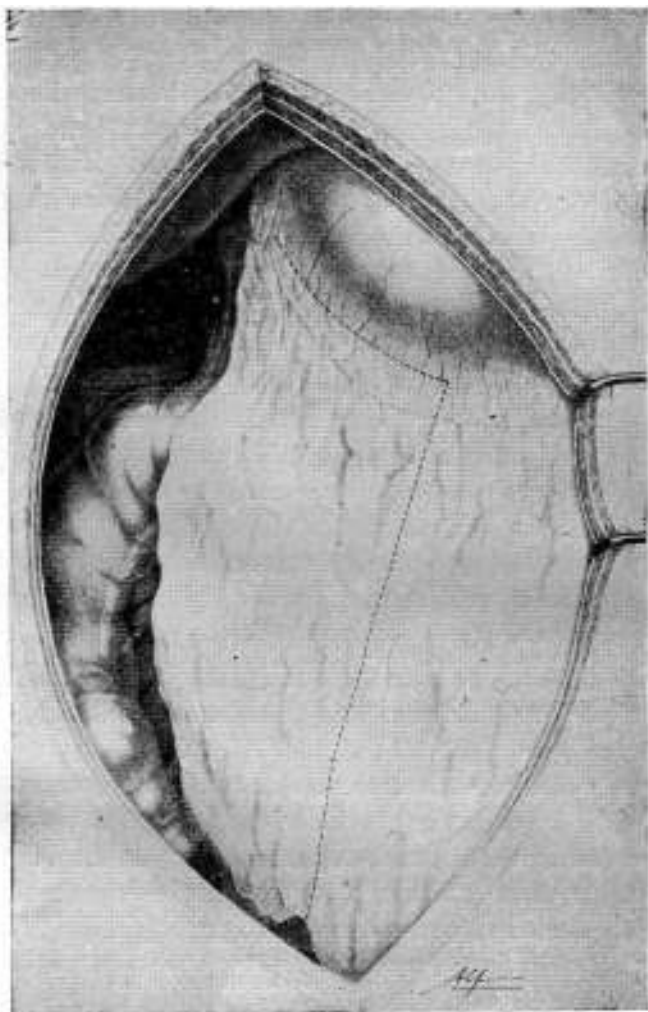


FIG. 3. — Línea de incisión del epiploon hasta la gran curva gástrica.

aórtica subrenal. No es difícil comprender este trayecto si recordamos el nivel inferior de la cisterna de Pecquet (por debajo de los renales) y la situación primitiva (fig. 2) previa a la rotación

del asa mesentérica. Así se avicinan las estaciones ganglionares terminales de los colones.

Para llegar, pues, a su destino, los linfáticos del colon derecho rodearían la raíz del mesenterio y el ligamento de Treitz, pasando a lo largo y por debajo de la arcada de la vena mesentérica inferior (ver fig. 7).

Admitiendo esta vía, es sospechosa de invasión linfática microscópica (sobre todo cuando la macroscópica llega hasta los ganglios mesentéricos portales) además de la lámina celulosa que sigue el borde derecho de la vena mesentérica superior, la de aquella que sigue el borde derecho o inferior de la vena mesentérica inferior, lámina que continuamos hasta la aorta siguiendo el borde superior de la arteria cólica izquierda y el segmento inicial de la arteria mesentérica inferior. Allí se enrama con la lámina lumboaórtica infrarrenal. (Ver fig. 7).

Agregaremos que es la segunda vez que encontramos la arcada vascular de Treitz como espacio de pasaje de linfáticos, aunque quizás esta vez fuera más correcto decir que están inscriptos en ella. La primera vez la vimos el año pasado como arcada de pasaje de los linfáticos espermáticos y útero-ováricos izquierdo de la situación retromesocólica izquierda a la zona lumboaórtica mediana. (*)

Digamos desde ya que la extirpación profiláctica de esta lámina es perfectamente factible sin aumento del riesgo operatorio, así como lo es también el vaciamiento lumboaórtico.

Lo que puede discutirse es su valor práctico, porque si supusiera siempre la invasión previa de los ganglios mesentéricos portales comunes al delgado, estómago, etc., en forma obstructiva, su valor sería mínimo, salvo que las corrientes linfáticas pudieran en ciertos casos y hasta cierto punto conservar su independencia. Son hechos a aclarar.

Es por eso que examinamos previamente, en el acto operatorio, el estado del delgado y mesenterio, como lo señalamos adelante.

2º) Hecho interesante: no hemos visto, por ahora, en los

(*) Por tercera vez (puedo decirlo desde ya) lo encontraremos en un trabajo próximo en el estudio de los linfáticos del estómago.

casos examinados, invasión de ganglios parietales posteriores suprapancreáticos.

3º) Y en cuanto a la invasión ganglionar del pedículo hepá-

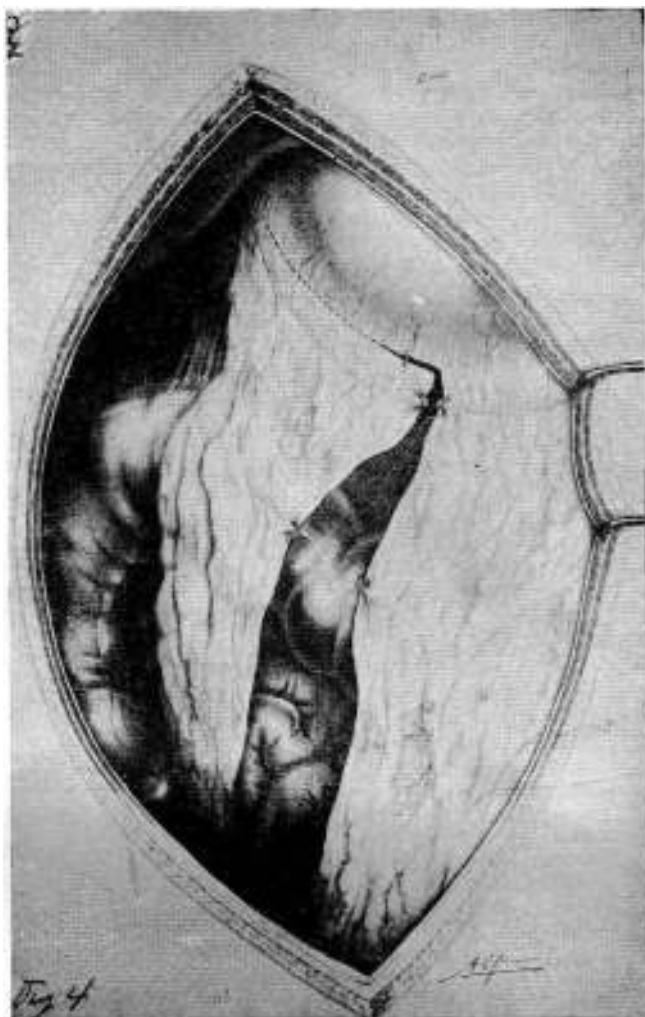


FIG. 4. — Liberación del epiplón gastrocólico a ras del estómago.

tico debe ser considerada en principio como invasión retrógrada con todas las consecuencias gravísimas aún en caso de invasión mínima.

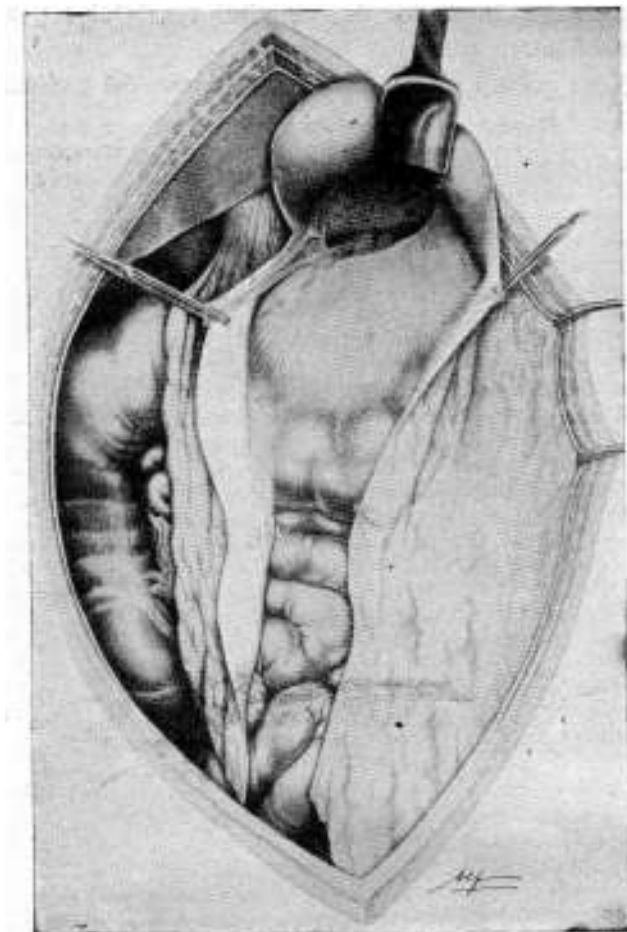


FIG. 5. — La liberación anterior conduce a la terminación de la arteria gastroduodenal y a la desembocadura de la vena gastroepiploica (después de haber constituido el tronco de Henle en este caso) en la vena mesentérica superior. Una incisión ligera o un golpe de compresa permite liberar el borde inferior del páncreas y descubrir la vena mesentérica superior que se presenta en un corto segmento recubierta por muy poco tejido celular.

4º) En los cánceres del colon derecho la invasión del mesenterio adopta dos formas cuya significación es diferente:

a) En la primera la invasión es total, diseminada en toda su altura, aunque pueda ser en pequeña cantidad (2, 3, 4 nódulos).

los). Acompaña al edema del mesenterio y al infarto ganglionar de su raíz (confluente mesentérico portal, sub y retropancreá-

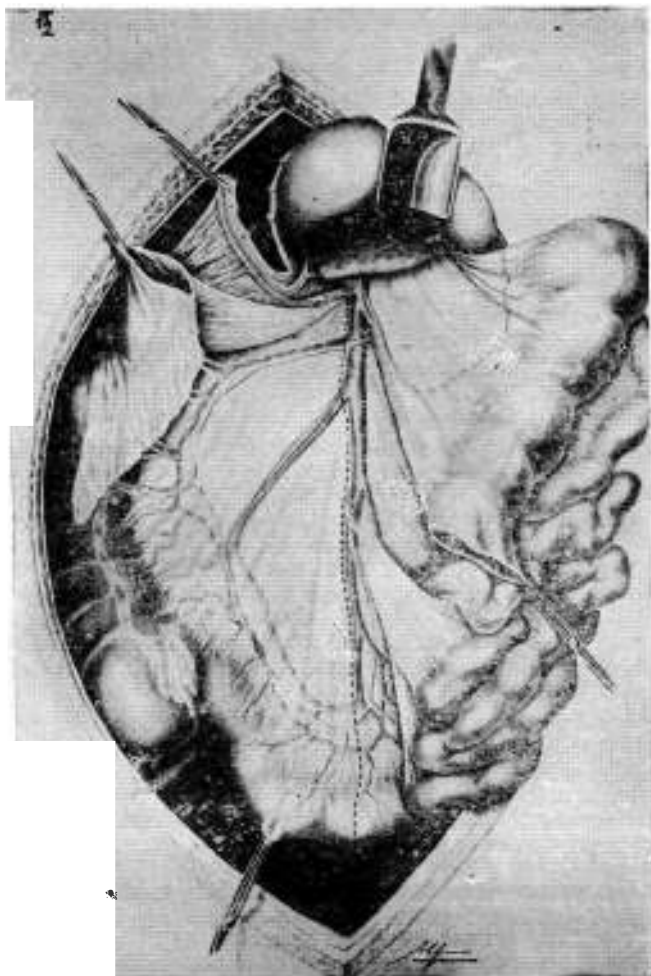


FIG. 6. — Indica la línea de sección vascular en el caso típico y el sitio donde debe ser seccionado el intestino delgado.

tico), en la union de la cabeza y del cuerpo. Significa linfagitis retrógrada y es signo de incurabilidad.

b) Otra significación tiene la invasión del mesenterio de la última asa ileal. Caso H. B. de B. 3865.

Esta puede ser interpretada como debido a linfangitis retrógrada por obstrucción de la primera estación ganglionar ileocólica o como vía colateral (Gilchrist). En cualquiera de estos 2 casos su limitación la hace entrar dentro de lo extirpable.

Pero hay que hacer una salvedad, y es que esta zona del mesenterio tiene una vinculación con el peritoneo parietal lumbo-ilíaco y pélvico, sobre el cual no podemos opinar hasta mayor experiencia.

5º) Extensión a lo largo del mesocolon.

La observación de algunos casos y el estudio de las recidivas le conceden gran importancia a los segmentos de mesos vecinos a la zona neoplásica (por el papel de circulación linfática colateral, de la corriente paracólica).

De allí que pudiéramos decir que los límites clásicos de la hemicolectomía derecha sólo representan una extirpación linfática amplia:

- a) cuando no existe invasión ganglionar;
- b) y cuando el tumor asienta en el colon ascendente hasta el ángulo cólico (exclusive).

En su extremo inferior, cuando la corriente linfática es la ileocecal (cáncer del ciego, cáncer ileocecal), creemos que la resección del mesenterio debe ser llevada más allá de los 15 cm. clásicos.

Volveremos más adelante.

En su extremo distal el asiento es también de importancia.

Aun cuando se quieran englobar en el mismo capítulo los cánceres del colon derecho, los situados en el segmento fijo del transverso difieren de los del colon ascendente.

La comprobación de ganglios linfáticos, aun de aparición inflamatoria en el mesocolon transverso de estos enfermos, obliga a llevar la exéresis cólica hasta la unión de los 3/4 derechos con el 1/4 izquierdo y la exéresis del meso hasta disecar la vena esplénica en la zona correspondiente.

6º) Extensión al epiplón gastrocólico.

La vinculación del mesocolon con el mesogastrio como resultado de modificaciones hechas en el curso del desarrollo, tiene

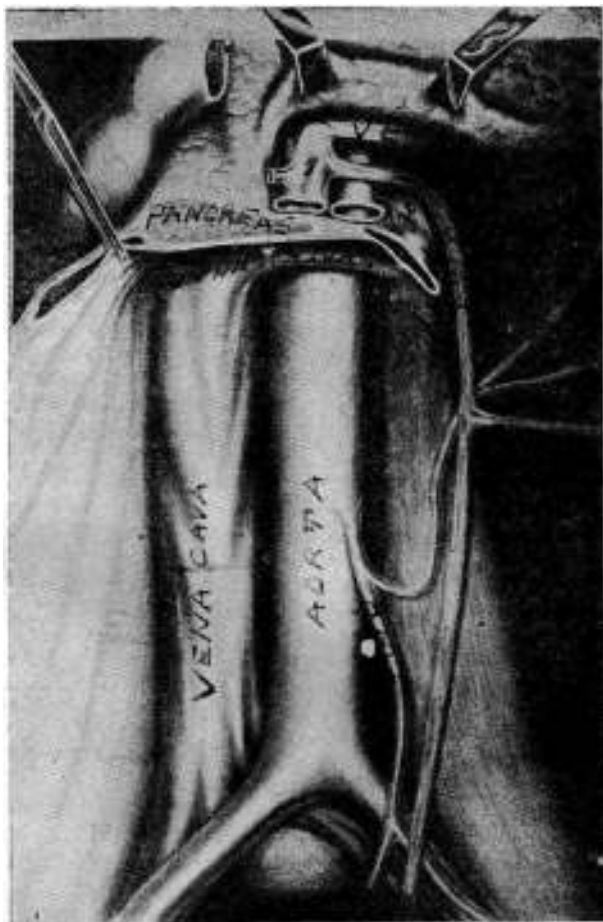


FIG. 7. — Muestra en esquema la zona donde transcurren los linfáticos desde el confluente mesentérico portal sobre la vena mesentérica superior (1) hasta la región lumboaórtica subrenal, costeano la raíz del mesentérico, el ligamento de Treitz, (2) por dentro del arco de la vena mesentérica inferior (V M I). Levantando páncreas y vena esplénica (V E) abor- damos la zona látero-aórtica por arriba del pedículo renal.

importancia en los cánceres del colon derecho en 2 formas y las dos corresponden a cánceres del segmento derecho del transverso.

1) por vinculación linfática paravenosa al reunirse la vena cólica con la gastroepilipoica derecha, formando el tronco de Henle



FIG. 8. — Ficha utilizada en el Servicio para inscribir los datos operatorios. En el cuadro grande el trayecto posible de los linfáticos hasta el grupo mesentérico superior. En el recuadro el trayecto profundo desde el grupo mesentérico superior hasta la región lumboaórtica rodeando la raíz del mesenterio y el ligamento de Treitz.

2) por lo que podríamos llamar vía epliploica, vinculación directa de los cánceres del segmento preduodenal fijo del colon con el segmento subpíloroduodenal del epliplón gastrocólico.



FIG. 9. Caso de invasión total.

Es uno de los puntos en que los linfáticos del colon pueden o podrían ir directamente a la cadena gastroepiploica derecha (como lo han señalado Cúneo y Lorin).

En el caso (O. T. de V.), había ganglios en el sector epiploico

y de 6 ganglios de la cadena gastroepiploica, 3 estaban invadidos por el neoplasma.

En el caso (P. E. L. de R.), no encontramos invasión ganglionar, pero sí esos tractus fibrosos organizados, vinculando los dos segmentos viscerales en forma patológica y sospechosos en cualquier parte que se vean de invasión neoplásica.

Ese segmento preduodenal fijo del colon transversal, límite final del llamado colon derecho, tiene una individualidad manifiesta. Corresponde fisiológicamente al esfínter de Cannon.

Por motivos anatómicos y embriológicos Descomps lo considera como el verdadero ángulo cólico derecho, siendo el primer segmento que se fija después de la rotación.

Desde el punto de vista del cáncer del colon es el primer segmento que obliga a ir hasta el 1/4 izquierdo del colon transversal.

Por su vinculación al píloro y segmentos vecinos del estómago y duodeno lleva lógicamente en despojar la gran curva (maniobra aconsejada por Cúneo) para hacer una escisión de la cadena gastroepiploica y lleva así de la mano, a la zona subpancreática.

Esta maniobra, que se impone o sí misma en el cáncer del segmento preduodenal, representa para el resto del colon la manera más sencilla y más segura de abordar la zona llave de la resección del mesocolon derecho.

Ella nos lleva a la zona subpancreática, permitiendo explorar la zona retropancreática y permitiendo inmediatamente reconocer el tronco de Henle y el borde derecho de la vena mesentérica superior.

El tronco de Henle debe ser conservado si la resección se limita al colon derecho. Su sección, por motivo de irrigación, lleva la resección al 1/4 izquierdo del colon transversal. En estos casos, si hay extensión linfática hacia la izquierda, se libera la vena mesentérica inferior y la vena esplénica, se levanta el páncreas y se tiene a la vista la zona látero-aórtica por delante y hasta por encima del pedículo renal.

Hay una razón de importancia para llevar hasta el 4º izquierdo del colon transversal la exéresis y es la conveniencia de situar la anastomosis en zona libre de las reproducciones neoplá-

sicas de origen linfático, así como opinamos que para evitarlas alrededor del ano artificial en los cánceres del colon izquierdo, el ano debe ser llevado en algunos casos al colon derecho. Esto basándonos en que, aun cuando hay relaciones, hay una independencia bastante grande de las corrientes linfáticas de ambos colones.

La vena mesentérica superior queda descubierta, al desnudo detrás del páncreas, y uno la ve continuarse hacia arriba, hacia la vena porta, y hacia abajo introducirse en el mesenterio, como en un estuche.

A partir de ahí, si se la quiere disecar, hay que esculpirla.

7) Límite axial de la resección del meso.

Y entramos así en la última noción anatómica a precisar, el límite axial de la resección del meso.

Decíamos en otra comunicación que las exéresis linfoganglionares suponen en general, como base y como límite, la disección o la exéresis de un tronco venoso.

Ese tronco venoso es aquí, lógicamente, la vena mesentérica superior, pero por motivos que ignoro no se señala su disección; se pasa a distancia de ella en pleno meso.

Diremos que esa disección, que es lógica, es posible (la hemos ejecutado ya 2 veces), y que creemos que ella es el límite natural de la resección del mesocolon derecho.

Al hacer esa disección van apareciendo sucesivamente las ramas arteriales y venosas derechas.

Y ella conduce directamente al sitio en que, según nosotros, debe hacerse la sección del delgado si un motivo de extensión no obliga a llevarla aún más allá.

La disección de la vena mostró en un caso (G. R. de H.) edema duro (como son los edemas linfáticos a lo largo de las venas) y aún con eso pudo hacerse bien.

En el otro caso (R. G. H.), no hubo ninguna dificultad.

Las diferentes figuras ilustran la técnica operatoria seguida.

Dr. Palma. — La Mesa ha oído con profunda atención la comunicación presentada que representa realmente un estudio exhaustivo del problema y un paso muy grande hacia el tratamiento radical de estas

lesiones neoplásicas que, en sus posibilidades lejanas, ofrecen a menudo recidivas insospechadas. Por lo tanto, felicito al Dr. Del Campo por el trabajo importante, que nos ha enseñado tanto y que contribuye a elevar la cirugía nacional.

Dr. Prat. — Realmente, no podemos dejar pasar esta interesantísima comunicación, así, con un poco de silencio. Quería destacar que demuestra la inquietud, el interés del Dr. Del Campo en ir y llegar a las etapas últimas del tratamiento y las etapas más completas del cáncer del colon derecho. Realmente, los trabajos por las distintas técnicas quirúrgicas, en fin, no encuentran esa búsqueda completa de los ganglios y las infiltraciones tan amplias y sobre todo esas alteraciones de extirpación, que hace, que hasta ahora, se consideraban poco menos que imposibles. Eso, por lo pronto, es un hecho de investigación, de superación del tratamiento en las técnicas, esperando con eso, conseguir mejores resultados. Por otra parte, se ve que aquí hay técnicas especiales buscando las incisiones que den más amplitud, más luz, para poder hacer tratamientos completos y realmente con incisión y liberación ya casi, se puede decir, originales, propias de cirujanos de experiencia pero que hasta ahora no se hacían en esta forma sino de la manera corriente. Por otra parte se ve el interés fundamental que hay en la documentación de esta anatomía que está muy bien estudiada si se quiere, pero que cuando uno va a fondo, encuentra elementos nuevos como está pasando aquí y precisamente lo ha hecho el Dr. Del Campo con esas figuras donde se ve establecida la topografía exacta de los ganglios: los ganglios tomados y los ganglios no tomados para llegar a una conclusión categórica.

Otro hecho interesante y fundamental que cabe destacar es que en esta investigación original se han hecho figuras que no son copias de otras figuras anatómicas, sino que es traducción directa de lo visto en el caso, es decir, en el dibujo de la anatomía exacta que ha comprobado el cirujano en una asociación muy completa entre el cirujano y el dibujante, cosa que es digna de destacar, porque si tenemos imágenes donde está la absoluta verdad anatómica; todos estos hechos, indudablemente que le hacen presagiar, le hacen esperar que el perfeccionamiento de estas técnicas se puede hacer mejor de lo que se hacían hasta ahora y que consideramos casi como ejemplo, elemento de elección las técnicas de Pauchet y que hoy en día se ve perfectamente que pueden ser superadas y, precisamente, por los cirujanos de nuestro País, y en ese sentido me complazco en dar mi felicitación al Dr. Del Campo por este trabajo que es sumamente interesante y que indica una investigación original.

Dr. Stajano. — No había querido hacer uso de la palabra. Realmente no me atrevía en una comunicación tan importante como la del Dr. Del Campo. No podía hacer comentarios, pero como los que han hecho uso de la palabra ha sido para elogiar, no puedo silenciar mi simpatía por un trabajo tan importante y sobre todo de tanto esmero como el que acaba de presentar en este momento el Dr. Del Campo.

En la cirugía del cáncer visceral desgraciadamente, si hay algo

que nos ha dejado descontentos en las grandes extirpaciones, es el no poder hacer el desiderátum del tratamiento del cáncer de cualquier parte, es decir, la lesión, las vertientes linfáticas íntegras con canales linfáticos y los ganglios correspondientes. Y en cirugía visceral de abdomen, desgraciadamente, nos conformábamos nosotros, yo por lo pronto, me conformaba hasta por ahí no más, porque tengo experiencia en cánceres, donde uno sabe muy bien que el tratamiento incompleto de las vertientes linfáticas es un tratamiento provisional y aleatorio, y las recidivas y las metástasis ganglionares es la consecuencia, si no fatal, lo frecuente. El empeño del Dr. Del Campo llena un hueco en ese desiderátum que los cirujanos buscamos: uno puede llegar a extirpar la lesión y las vertientes linfáticas mediante el esfuerzo que ha demostrado el Dr. Del Campo con esos estudios anatómicos tan interesantes y sus esquemas prácticos, que ha hecho para poder definir en cada caso especial cuáles son los ganglios tomados y, precisamente, esa es una etapa de interés.

Llegará otra etapa más y será precisar en esos esquemas los ganglios inflamatorios o catarrales, que realmente están antes de la invasión neoplásica, luego precisar los dos grados que en otras regiones hemos definido: a) la etapa de invasión primero; b) la etapa de colonización. Gran diferencia, tanto para el tratamiento quirúrgico, es decir para el tratamiento de la extirpación como para los radioterapeutas, que hacen generalmente complemento radioterápico de las lesiones viscerales neoplásicas. En realidad es un elemento, que me parece que es fundamental: de los territorios invadidos por el neoplasma, he definido, o descrito en ciertos neoplasmas como por ejemplo, del seno, del labio, o vulva, el tipo de invasión neoplásica y es algo que se tiene que precisar claramente y que sólo se puede precisar histológicamente y es el grado de la invasión. En el territorio de los cánceres hay una adenopatía grande, a veces bastante dura, que da la impresión de ser un ganglio neoplásico; ese ganglio es un ganglio catarral histológicamente, un ganglio que está en defensa, es un ganglio que parece neoplásico y el radioterapeuta dice: he tratado un cáncer tal con adenopatía neoplásica y los ganglios han retrocedido; muchas veces esos ganglios son catarrales.

Otro tipo ya de verdadera invasión es la adenopatía que hemos llamado de incipiente invasión, es decir, con ganglios que a veces son tan chiquititos, menores que los catarrales, pero histológicamente en la zona cortical hay algunas células neoplásicas. A esos ganglios los llamo ganglios invadidos para diferenciarlos de otro tipo de invasión neoplásica que es el ganglio ya colonizado, es decir, el ganglio en el cual no hay ya tejido linfático y sólo células neoplásicas y la cáscara del ganglio rodea esas masas tumorales. Esos casos el radioterapeuta tiene que considerarlos en forma muy especial y esa diferencia creo que es tan fundamental que permite decir cuándo un ganglio puede ser tratado radioterápicamente y cuándo la radioterapia no puede hacer absolutamente nada.

La colonización sería el tercer tipo de adenopatía de nuestro ensayo de clasificación y, por último, el cuarto grupo, o cuarto grado que

sería el estallido ganglionar con infiltración celular, que es el 4º grado, y aquí no cabe terapéutica quirúrgica ni terapéutica radioterápica.

Esta divagación sirve para agregar un poquito más a la importancia del problema ganglionar en el territorio de los cánceres, en lo cual el Dr. Del Campo está empeñadísimo, con un gran fundamento anatómico, y que da aliento para que el cirujano acometa y haga lo que debe hacer en el territorio del cáncer, es decir, extirpar la lesión y la vertiente linfática de canales y ganglios comprometidos. Son toda esa cantidad de nuevos problemas que se van sumando para complementar el estudio de la enfermedad ganglionar linfática, con utilidad para la cirugía general y con utilidad para la radioterapia, diciendo cuándo puede ser útil y cuándo inútil e inoperante.

Felicito al Dr. Del Campo y declaro que no quería hablar porque no me consideraba autorizado por no tener en este momento el dominio total de la anatomía linfática y no quería ser inoportuno, hablando de cosas que podían estar fuera de la cuestión.

Dr. Del Campo. — Voy a agradecer, en primer término, al presidente Dr. Palma, al Dr. Prat y al Dr. Stajano las consideraciones benévolas que han hecho para mi trabajo.

Es un trabajo de iniciación; aun cuando esto lleva ya cinco años, en donde cualquier exploración abdominal es iniciada, por ejemplo, con un decolamiento del mesenterio para explorar los ganglios lumboaórticos y con un decolamiento de tabiques para explorar los ganglios lumboaórticos suprarrenales, aún no puedo decir que tenga todavía una noción definitiva del asunto. Voy modificando mi opinión y, por ejemplo, una, en la que he modificado es precisamente en la colectomía derecha por cáncer. Refiriéndome a la colectomía derecha por cáncer, creo que manifesté al presentar la técnica por colectomía izquierda (el vaciamiento lumboaórtico mediano), que era una operación que resolvía bastante bien las indicaciones cancerológicas de extirpación linfo-ganglionar. Creí que no iba a agregar ninguna nota de orden anatómico y no sólo pude agregarlas sino que, para vergüenza mía encontré que correspondía a observaciones anatómicas hechas por los anatomistas que disponían de un procedimiento de estudio del sistema ganglionar, que es diferente de la invasión neoplásica. Confieso que a pesar de haber leído los capítulos correspondientes, ignoraba que los ganglios del hemicolon derecho rodeaban la raíz del mesenterio, pudiendo terminar en la región lumboaórtica por debajo de la vena renal izquierda. Confieso que no era ésa mi noción.

Al Dr. Stajano le diré que en la anotación de la invasión ganglionar están indicados precisamente los tipos de ganglios que él señala. Cuando el ganglio no está tomado, está señalado por un simple círculo, quedando en blanco la parte central; cuando está parcialmente tomado, se señala también con una división del medio, parte sombreada, parte clara; cuando está totalmente tomado, cuyas consecuencias son las obstrucciones linfáticas y, por lo tanto, una contaminación de las zonas vecinas; se dibuja

como totalmente sombreado y cuando tiene una peri-adenitis se dibuja como lo van a ver en el esquema adjunto, dibujando una pequeña cabellera alrededor del ganglio; de manera que se sabe entonces exactamente el estado de la invasión ganglionar.

Tengo que terminar haciendo dos notas: primero, lamentando estar en desacuerdo con el señor Presidente. El Sr. Presidente dice que mi estudio es un estudio exhaustivo; ese término nunca me ha gustado, pero además el estudio no es exhaustivo; precisamente, creo que es un estudio que empieza, pues esto requerirá muchísimo trabajo y mucha dedicación y requiere, en un medio chico como el nuestro, la colaboración de los demás, para apoyarlo en lo que encuentren y para negarlo en aquello que en las observaciones se demuestre que no es enteramente cierto o que no lo es en un número de casos, como para justificar las deducciones que hago.

Como anotación diré, eso sí, con un poco de cariño en estos esquemas, que creo que la persona debe hacer las observaciones anatomo-patológicas en el momento de la operación. Si el cirujano no tiene cuidado de señalar los ganglios que ha estudiado y dónde están, si no dice con exactitud la localización de poco sirve y la única manera de decir con exactitud la localización es verse obligado a señalarlo en un esquema donde se tiene trazados los trayectos de los ganglios. Muy a menudo esto no puede hacerse con la pieza operatoria, tiene que hacerse ya durante la intervención y hay algunos sectores ganglionares que para que no se pierdan en la pieza operatoria se señalan con hilos y deben ser apartados en el momento de la incisión de la pieza y puestos en frascos separados para saber a qué zona ganglionar pertenecen.

Muy agradecido a todos los que me han escuchado.