

## TRAUMATISMOS DEL ABDOMEN (\*)

Dr. José P. Otero

La comunicación que presento está basada en el material clínico y operatorio recogido por mí en estos últimos cuatro años (desde setiembre de 1945 hasta la fecha) en el transcurso de las guardias del Bureau Central y en la Clínica del Prof. del Campo. Comprende 34 traumatismos serios del abdomen que han requerido laparotomía, de urgencia y que se subdividen en la siguiente forma:

Contusiones .....	10
Muertes .....	1
Heridas penetrantes de arma blanca .....	16
a) Sin lesión visceral .....	6
b) Con lesión visceral .....	10
Muertes .....	3
Heridas de bala .....	5
Muertes .....	2
Heridas de bala de tórax y laparotomía exploradora .....	3

## CONTUSIONES

I — Caso 2. (Sala 11, H. Pasteur). Ruptura de bazo. Esplenectomía. Curación sin incidentes.

II — Caso 10. (Sala San Luis, H. Maciel). Estallido de un ansa delgada alta (15 cmts. del ángulo duodeno yeyunal). Sutura. Curación sin incidentes.

III — Caso 16. (Sala 11, H. Pasteur). Ruptura baja de la cara anterior, extraperitoneal, de la vejiga. Sutura. Talla y sonda de Pezzer. Evolución sin incidentes. Cierre de la fístula vesical en los plazos normales.

IV — Caso 19. (Sala San Luis, H. Maciel). Ruptura de un quiste hidático de cara superior del hígado. Derrame bilioso intraperitoneal abundante. Evacuación y drenaje del quiste. Alta, curado al cabo de 2 meses.

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 8 de marzo de 1950.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

V — Caso 20. (Sala San Luis, H. Maciel). Contusión por múltiples trompadas en el abdomen. Exploración: no existe lesión visceral pero sale una abundante cantidad de líquido de ascitis de color citrino y de aspecto seroso. Lo clasificamos provisionalmente como ascitis aguda de origen traumático homologándolo al edema post-traumático agudo.

VI — Caso 21. Arrollado por un camión, con contusiones múltiples en hemitórax derecho, cráneo, parte baja de abdomen y muñeca izquierda. Caída progresiva de la presión, aspecto de anemia aguda, contractura relativa del abdomen sobre todo en el H. D. Exploración negativa. Duración 20 m. Los primeros días del post-operatorio estuvo grave pero desde el 4º día mejoró rápidamente.

Se le hizo una punción lumbar en el post-operatorio que retiró líquido hemorrágico y que calmó su estado de excitación.

VII — Caso 23. (Sala 23, H. Pasteur). Hace unas 16 horas, estando en estado de ebriedad, sufrió una caída de su caballo por el cual fué pisoteado y quedó tendido en medio del campo durante toda la noche. La operación revela el estallido del ángulo duodeno yeyunal en su cúpula. Se sutura en dos planos perfectamente. Muere varios días después con vómitos y fenómenos pulmonares.

**Autopsia.** La sutura estaba en perfectas condiciones, hermética y no estenosante. Había cierto grado de distensión de las ansas pero no exudado peritoneal libre. Congestión pulmonar bilateral de ambas bases.\*

VIII. — G. R. Contusión de H.D. por freno de tranvía (Motorman). Incisión de del Campo. Decolamiento retro hepático para exteriorizar el hígado. Hemorragia abundante con pulso chico y presión muy baja. Cierre. Buena evolución.

IX. — Contusión de flanco y F. L. I. Hematuria. Hematoma progresivo. Nefrectomía.

### HERIDAS PENETRANTES DE ARMA BLANCA

a) Sin lesión visceral

I — Caso 1. (Sala San Luis, H. Maciel). Herida penetrante del epigastrio. La exploración no encuentra lesión visceral. Buena evolución.

II. — Caso 4. (Sala 11, H. Pasteur). Heridas múltiples de tórax, hipocondrio derecho, brazo y región deltoidea. Exploración negativa. Alta a los 6 días.

III — Caso 6. (Sala 11, H. Pasteur). Herida de hipocondrio izquierdo con salida de epiplón por la brecha. Incisión de del Campo. Exploración negativa. Alta a los 12 días.

IV — Caso 24. (Sala 23, H. Pasteur). Intento de suicidio en un mental. Heridas múltiples de F.I.I. y flanco de las cuales dos son penetrantes. Exploración por paramediana izquierda negativa. Alta, curación.

V — Caso 25. (Sala 11, H. Pasteur). Heridas penetrantes de F.I.D. sin lesión visceral a la exploración.

VI — Caso 28. N. N. (Maciel). Herida penetrante de flanco derecho. Exploración negativa. Buena evolución.

b) Con lesión visceral

I — Caso 8. (Sala 11, H. Pasteur). Herida de arma blanca situada en el 9º espacio intercostal, cerca del reborde costal derecho. Sin pulso periférico. Anestesia general con intubación traqueal. Transfusión gota a gota rápido desde el comienzo. Herida de cara superior del hígado que sangra a chorros (como una radial). Hemostasis por sutura. El cuchillo ha atravesado el hígado y salido por la cara inferior, cerca del hilio, determinando una herida muy profunda, muy posterior. Hemostasis por sutura. **Post-operatorio.** Transfusión. Penicilina. Evolucionó perfectamente, sin incidentes.

II — Caso 9. (Sala 11, H. Pasteur). Herida de arma blanca de vientre (H.I.). **Tratamiento:** Anestesia general con intubación traqueal. Transfusión durante toda la operación. Esplenectomía y nefrectomía izquierda. Hizo siempre buen post-óperatorio. Su urea subió a 1.20 al cuarto día, 1.40 al sexto día, 1.60 más tarde y 2.40 a los 10 días más o menos. Luego su urea bajó bruscamente a raíz de una crisis poliúrica y coincidiendo con la administración de NaCl por vía intravenosa. Lo volvimos a ver al cabo de varios meses con función renal normal (estudiada en la Clínica del Profesor Plá).

III — Caso 11. (Sala 11, H. Pasteur). Herida de arma blanca de F.I.D. datando de unas dos horas y dando salida a un ramillete de ansas delgadas. Exploración mediante una incisión mediana infra-umbilical independiente de la herida. Exploración de delgado y grueso negativa. La exploración de la vejiga revela una herida de su cara peritoneal cerca del vértice y de unos 3 cms. de extensión. Sutura. Cierre de la laparotomía. Sonda en permanencia.

**Post-operatorio.** Se produjo una fistula vesical que curó en pocos días mediante sonda en permanencia. Alta, curado.

IV — Caso 12. Múltiples y grandes heridas de abdomen. Evisceración de ansas delgadas con varias heridas. Herida de estómago y de pequeño epiplón con hematoma. Herida de vena cava con gran cantidad de sangre intra-peritoneal. Presión arterial 5. Pulso periférico se siente apenas. Anestesia general con intubación traqueal. Resección de ansas delgadas heridas y anastomosis término-terminal antes de entrar al vientre. Laparotomía. Cierre de la herida de vena estómago y hemostasis de pequeño epiplón. Herida de vena cava cerca de sus bifurcaciones que la exposición demuestra luego corresponder a vena ilíaca primitiva izquierda en momento que pasa en la horqueta de bifurcación de la aorta. Fallece en la mesa después de intentos de hemostasis.

V — Caso 18. (Sala 11, H. Pasteur). Herida de epigastrio a unos tres traveses de dedo del ombligo y un poco por encima. Laparotomía, para-

mediana izquierda. Herida transfixiante de epiplón gastro-cólico y del meso-colon-transverso con hematoma pero sin afectar la vitalidad del intestino. Estómago y delgado sin lesiones. Cierre. Evolución sin incidentes. Alta a los 7 días.

VI — Caso 22. (Sala 11, H. Pasteur). Herida de arma blanca de flanco derecho por la cual salen ansas intestinales delgadas e intestino grueso que tiene una herida a través de la cual salen materias fecales. Herida de tórax yuxta-esternal derecha con sección del segundo cartilago costal. Pulso muy chico y presión arterial muy baja. **Traumatismo:** Prolongación de la herida hacia abajo y adentro. Herida vertical de lóbulo derecho, de unos 8 cmts., que lo atraviesa desde una cara a la otra y que sangra abundantemente. Tres puntos de sutura en X detienen la hemorragia. Sutura de la herida de colon en dos planos. El resto de la exploración es negativa. Mechas y tubo. Cierre. **Post-operatorio:** Perfectamente durante los primeros días pero luego empezó a balonarse y termina por tener vómitos. En suma: muere por oclusión a los 9 días. **Autopsia.** Sutura hermética pero estenosante del colon en dirección axial en vez de transversal. No hay ningún signo de peritonitis. Oclusión mecánica por encima de la sutura.

VII.— Caso 27. Herida penetrante de epigastrio. Laparotomía. Transfixión del estómago de adelante hacia atrás en su parte declive, cerca de la gran curva. Cierre, en dos planos. Buena evolución.

VIII.— Caso 26. Herida penetrante de epigastrio. Laparotomía. Transfixión del estómago de abajo arriba de gran curva hacia la parte vertical de la pequeña curva. Dificultad de hemostasis y de cierre sobre la pequeña curva por su altura y profundidad y también porque el estómago se distiende continuamente a causa del aire deglutido con la anestesia. Muerte a las 27 horas. **Autopsia:** Las heridas del estómago están bien suturadas. No hay sangre en el peritoneo. Existe una esteato-necrosis difusa de una herida ignorada del páncreas.

IX.— Caso 29. Herida de epigastrio, herida de la base del hemitórax izq. del brazo y hombro izq. Laparotomía: Dos heridas penetrantes de hígado. Hemostasis. Herida de diafragma: cierre con seda. Tórax: Herida tóraco-abdominal. Traumatopnea. Sangra mucho. Cierre hermético por planos. Evolución: buena. Hemotórax; punción.

X.— Caso 32. Herida de arma blanca del abdomen. Herida de bazo: esplenectomía. Buena evolución.

#### HERIDAS DE BALA

I.— Caso 7. (H. Maciel. Sala Maciel). Herida de revólver penetrando a unos dos dedos por debajo y a la izquierda del ombligo. Estado general bueno. Radiografía mostrando que la bala está alojada en la pelvis, a nivel de la cabeza femoral, frente a la línea innominada izq. **Intervención:** Per-

foración de un ansa delgada con entrada y salida. Perforación del meso-sigmoide rasante al intestino. Hemorragia y hematoma. Penetración en peritoneo posterior donde no es posible encontrar la bala. Sutura del delgado. Hemostasis del meso sigmoide. Alta curado a los 10 días.

II. — Caso 13: (Sala Maciel, H. Maciel). Herido de bala de H. D. alto. *Intervención*: Incisión de del Campo. Hemorragia intra peritoneal. Herida de la cara superior del hígado situada muy arriba en la cúpula, de dirección transversa, de unos 10 cmts. de largo y en forma de canaleta, con bordes desgarrados. Sutura hemostásica con catgut 1, apoyada en fragmentos de epiplón. Mechas. Cierre. Hizo un buen post-operatorio pero fué necesario drenar un absceso sub-frénico a los 30 días más • menos. Después siguió bien.

III. — Caso 14. Herida de bala de vientre con múltiples perforaciones de ansas delgadas y una perforación de ciego. *Intervención*: Cierre de las perforaciones por sutura. En un ansa las perforaciones son múltiples y la sutura reduce la luz del intestino de un modo peligroso. Cierre. *Evolución*: Hizo una oclusión intestinal progresiva que obligó a una reintervención al cabo de varios días encontrándose una estenosis a nivel de la sutura y se realizó una entero-anastomosis. El enfermo falleció pocos días después.

IV. — Herida de bala yuxta-umbilical. Laparotomía. Múltiples perforaciones de ansas delgadas que obligan a una resección de unos 20 cmts.; perforaciones de colon transverso que se suturan. Muerte a las 48 horas. No se hizo autopsia.

V. — Caso 31. Herida de bala de abdomen e intoxicación aguda simultánea por suicidio. *Intervención*: Herida de hígado sin mayor hemorragia y que no explica el colapsus. Cierre. La enferma muere en la noche, a causa del colapsus debido a su intoxicación.

Deseo señalar de una manera expresa que se realizaron todas las autopsias menos una y que en dos casos por lo menos se comprobaron errores operatorios que fueron causantes de la muerte: en un caso sutura estenosante a nivel del ángulo hepático del colon y en otro caso existía una herida de páncreas que no fué tratada.

Además es interesante hacer notar que ninguna de las heridas penetrantes sin lesión visceral a la exploración dieron complicaciones, demostrando así la no existencia de lesiones ignoradas.

## CONSIDERACIONES GENERALES

Los traumatismos del abdomen presentan múltiples y complejos problemas de organización, de equipo, de abordaje, de exploración, de hemostasis y de reparación que deben ser resueltos de un instante a otro y que por lo tanto deben estar perfectamente planeados de antemano. Es por eso que deseo enumerar rápidamente los elementos que juzgo imprescindibles para obtener los mejores resultados posibles frente a estas situaciones graves y que nos permitirán salvar vidas de pacientes cuya recuperación integral se juega en estos pocos momentos culminantes.

**Anestesia.** — En primer lugar y como elemento imprescindible es necesario aquí, quizás más que en ninguna otra situación, disponer de una anestesia general perfecta ya que debemos hacer una exploración completa y rápida de todo el abdomen en sujetos excitados, shockados o hemorrágicos. La anestesia debe ser además suficientemente profunda para facilitar nuestras maniobras, y suficientemente segura para que el cirujano no esté continuamente pendiente de los incidentes que se desarrollan fuera del campo operatorio al cual necesita dedicar toda su atención. Todavía no disponemos en las Guardias de Urgencia de un equipo de anestesistas entrenados, y éste es un defecto que debe subsanarse a la brevedad posible si se quiere estar a la altura del momento que vivimos. Entre tanto hemos tenido que recurrir a la buena voluntad de anestesistas amigos que no han tenido inconveniente en venir a nuestro llamado a cualquier hora del día o de la noche y por lo tanto deseo expresar aquí mi mayor agradecimiento a Fernández Oria, Nin, Vega y otros.

**Transfusión.** — Otro elemento absolutamente indispensable es la instalación de una transfusión desde el momento de iniciar el acto operatorio hasta su terminación puesto que aun cuando el herido no esté en estado de anemia aguda o de shock, casi siempre se requerirán maniobras amplias de exploración y exteriorización visceral que comportan un shock imprevisible. Es necesario por lo tanto disponer de la cantidad de sangre suficiente para cualquier margen posible porque una vez iniciada la intervención

ya no podremos conseguir lo que deseamos con la urgencia requerida.

**Radiología.** — Otra colaboración importantísima en heridas de vientre como en otros sectores de la Cirugía de Urgencia es la Radiología. Aquí el papel de la Radiología se puede concretar a mi modo de ver en la localización del proyectil y en la reconstitución del trayecto; cosa extraordinariamente importante porque de eso depende la posibilidad de lesiones de determinados órganos y particularmente la ubicación de la incisión de abordaje, cosa tan importante en cualquier operación y más todavía en esta cirugía de exploración amplísima.

La colocación de un repere metálico (agrafe) en los orificios de entrada y de salida permite reconstruir radiológicamente el trayecto que de otra manera nos sería más difícil definir. La línea recta que une los dos orificios, o el orificio de entrada con el proyectil determina el trayecto.

**Actitud mental frente a los heridos de vientre.** — El estado de espíritu con que se encarán las soluciones terapéuticas tienen siempre una trascendencia de primer plano; de eso depende tal vez más que de ningún otro factor el éxito o el fracaso definitivo. Un cirujano puede ser un excelente técnico pero fracasará lamentablemente si no dispone de los elementos necesarios.

Por eso es esencial rodearse de todo aquello que podrá necesitarse antes durante y después de la operación.

Repetidas veces me ha pasado de tener que esperar una y dos horas, a veces a las dos y tres de la mañana antes de empezar a operar una herida de vientre hasta conseguir lo que a mi juicio es indispensable. anestesista, transfusionista y radiólogo.

Una vez tomadas las radiografías se lleva el enfermo y las placas a la Sala de Operaciones.

Desde luego que si se trata de una hemorragia aguda no podrá diferirse la operación y en ese caso solamente estaremos autorizados para prescindir de lo que no tengamos a mano.

**Sondeo vesical.** — Considero indispensable sondear sistemáticamente estos heridos en la Sala de Operaciones por dos razones por lo menos:

1) Porque eso nos da datos sobre la posibilidad de una herida vesical, renal o ureteral.

2) Porque muy a menudo estos enfermos no evacúan completamente su vejiga si se les hace orinar espontáneamente y entonces podemos encontrarnos luego con una vejiga distendida en el curso de la operación.

**La incisión.** — El primer problema que surge es respecto al sitio y orientación de la incisión operatoria que debe trazarse en forma que permita un abordaje amplio, fácil y suficiente al mismo tiempo que la posibilidad de ampliarla en direcciones más o menos previsibles. En ese sentido tiene interés dividir el abdomen en distintas regiones, y nada mejor para ello que usar los términos perfectamente conocidos por todos, o sea: hipocondrio derecho, hipocondrio izquierdo, epigastrio, flancos más fosas ilíacas, hipogastrio. Conviene agregar además referencias a las heridas lumbares, glúteo-sacras, perineales y tóraco-abdominales.

Refiriéndome por ahora más especialmente a las heridas abdominales puras diré que conviene tener planeada de antemano una incisión para cada una de estas regiones en los casos en que las lesiones puedan suponerse limitadas dentro de un sector como sucede en las heridas de arma blanca por ejemplo, o en las heridas de bala cuyo trayecto quede comprendido dentro de la región interesada.

Además conviene tener una visión panorámica de los órganos contenidos en cada segmento abdominal y así diremos esquemáticamente lo siguiente:

1) *El hipocondrio izquierdo* contiene el bazo, el sector esplénico del colon con su segmento correspondiente de transversal y descendente, el estómago, ansas delgadas que invaden muy arriba, y profundamente la cola del páncreas, los vasos esplénicos y el riñón.

2) *El epigastrio y región supra-umbilical* contienen el estómago, el páncreas, los gruesos vasos retro-peritoneales y los vasos del tronco celíaco así como la confluencia de las venas mesentéricas y esplénica retro-pancreáticas para formar la porta. También la raíz de la arteria mesentérica superior.

3) *El hipocondrio derecho* contiene fundamentalmente el hí-

gado y el pedículo hepático y además el ángulo hepático del colon y más profundamente el duodeno páncreas y el riñón derecho.

4) *El hipogastrio y región infra-umbilical* contiene sobre todo el delgado y además el colon transverso, el sigmoide, la vejiga en la parte baja y anterior, el recto en la profundidad del Douglas. Además no hay que olvidar la bifurcación de la aorta y cava con sus correspondientes ilíacas primitivas. Los uretes cruzan los vasos ilíacos primitivos cerca de su raíz, mucho más cerca de la línea media de lo que uno se imagina en general.

5) *Los flancos y fosas ilíacas* respectivas contienen los colones ascendente y descendente y ciego, ansas delgadas, y los vasos ilíacos externos en la parte baja.

Debe hacerse notar que mientras el ancho colon ascendente y ciego ocupan por sí solo el flanco y fosa ilíaca derecha topándose arriba con el hígado, en vez en el flanco izquierdo el colon descendente acordonado y profundo, deja sitio para numerosas ansas delgadas que invaden muy arriba hasta el hipocondrio ocupado sólo por el bazo.

Ninguna duda cabe que el epigastrio y supra-umbilical se dominan perfectamente con una mediana y lo mismo el hipogastrio e infra-umbilical. Una incisión bien larga trazada oblicuamente en la dirección aproximada de las fibras del oblicuo mayor, y que parta de la punta de la 10ª costilla domina el flanco. Esta incisión yo la dibujaría con mayor tendencia a la vertical que el Mac Burney clásico y la orientaría desde la punta de la 10ª costilla hacia la mitad más o menos de la arcada crural.

En su parte superior es netamente externa con relación al borde del recto y secciona todos los músculos hasta el peritoneo; mientras que en su prolongación hacia la Fosa Ilíaca Derecha invadirá la vaina del músculo recto como un Jalaguier. Anotemos, como justificativo, que la fosa ilíaca se agota angularmente en su parte ínfero-externa mientras que hacia adentro se agranda progresivamente hacia el hipogastrio.

Nos queda ahora la elección de una incisión para los hipocondrios, y antes de eso queremos hacer notar que cuando se habla de heridas abdominales siempre hay que pensar en las regiones con fronteras ampliadas hacia las zonas vecinas sobre las cuales en parte deberemos actuar.

Por eso cuando hablamos de hipocondrios pensamos además en la base de los hemitórax, en la parte alta del flanco, en la parte externa del epigastrio y en la región lumbar. Para un abordaje amplio de los hipocondrios así concebidos nos ha dado toda la luz necesaria y una reparación perfecta, la incisión por disociación del Prof. del Campo.

Esta incisión, tal vez poco conocida en general fuera de nuestra Clínica, debe ser concebida más o menos con las siguientes directivas. Trazado de una incisión oblicua arciforme que partiendo desde un punto próximo al xifoides se dirige primero descendente y luego progresivamente horizontalizada hacia la parte media del flanco correspondiente, hacia un punto situado más o menos a igual distancia de la parte alta de la cresta ilíaca y el reborde costal en la línea axilar. Es como si se tratase de tallar un gran colgajo cuya base corresponde al reborde costal y que debe ser levantado en el plano que queda entre la cara profunda de la hoja anterior de la vaina del recto y el músculo mismo, seccionando lentamente y a pequeños golpes con la punta de la tijera las intersecciones aponeuróticas que solidarizan espaciadamente los dos planos a disociar. Este desprendimiento hacia arriba, más allá del reborde y hacia abajo hasta el ombligo, de los planos mencionados permite una movilización del gran recto del abdomen que puede ahora ser fácilmente reclinado hacia la línea media dejando al descubierto toda la hoja posterior de la vaina sobre la cual trazaremos una incisión también oblicua hacia abajo y afuera. Agreguemos que para poder levantar hacia arriba y hacia abajo la hoja anterior de la vaina del recto es imprescindible seccionar también la hoja anterior de bifurcación del pequeño oblicuo frente al borde externo del recto. De otra manera sería completamente imposible realizar aquel desprendimiento que estaría bridado por la hoja mencionada.

La realización de esta incisión consume un poco más de tiempo que las incisiones verticales, tiempo que se reduce a medida que uno aprende a manejarla. Y eso se obtiene fácilmente cuando se aplica casi sistemáticamente como en nuestro caso a la cirugía de las vías biliares en general. Familiarizados con ella y seguros de su manejo puedo asegurar que es una incisión que me ha dado

las más amplias satisfacciones en las heridas de los hipocondrios, en las heridas altas de los flancos, en las heridas bajas del hemitórax. Permite fácilmente una esplenectomía, deja ver y manejar perfectamente el sector esplénico del colon, cae frente a la cola del páncreas y los vasos esplénicos, visualiza el cuerpo del estómago, permite manejar fácilmente el riñón previo decolamiento colo-parietal, resuelve del lado derecho casi todos los problemas de hemostasis del hígado, así como visualiza, netamente el ángulo hepático, el duodeno y el riñón derecho. La sección amplia hacia afuera de los músculos oblicuos y el reclinamiento hacia adentro del músculo recto suprime casi toda la tensión que los planos musculares ofrecen sobre el labio externo de las incisiones transrectales. Y así se puede con gran facilidad separar amplísimamente el reborde costal desconectado de su anclaje por la vaina del recto y obtener en esa forma amplio acceso hacia las profundidades de los hipocondrios. Si todavía hubiese dificultades no vacilaremos en seccionar transversalmente el recto a través de una de las intersecciones que han sido ya completamente liberadas, lugar de elección para la reconstitución ulterior del músculo por prestarse mejor a la sutura. En cuanto a la reconstitución de los planos seccionados es sumamente fácil y eficiente permitiendo además sacar el drenaje o las mechas necesarias por el ángulo externo de la incisión sin perturbar para nada la cicatrización correcta.

Algunas palabras para señalar la conducta frente a las heridas tóraco-abdominales en lo que se refiere a la vía de abordaje. En este sentido dividiríamos estas heridas en anteriores y posteriores según que puedan verse por delante o que sólo sean visibles si se mira el paciente por el lado dorsal estableciendo como límite aproximado la línea axilar posterior. Estas heridas no ofrecen casi nunca un problema torácico y sólo plantean dificultades de abordaje para suturar la brecha del diafragma por ejemplo o también para el abordaje de una posible herida de la cara superior y posterior del hígado.

Si la herida tóraco abdominal de arma blanca es anterior y cercana al reborde la consideramos como herida del hipocondrio y la abordamos como tal con una incisión de del Campo. Si es anterior y lejana al reborde nos plantea un problema de dificultad en el cierre del diafragma por la vía abdominal por lo cual deberemos

en este caso ampliar la herida torácica según la dirección de la costilla vecina y en una extensión suficiente para visualizar la brecha diafragmática. Según las circunstancias podremos optar por un abordaje transtorácico del abdomen o por una incisión separada para el abordaje del hipocondrio según la regla. Si se aborda el abdomen por vía transtorácica debe señalarse que la costilla de elección es la 9ª o las vecinas supra e infra-yacentes.

Si la herida tóraco abdominal es posterior creemos que debe abordarse por vía torácica porque en ese caso la distancia para un abordaje por el hipocondrio es grande y las dificultades pueden ser invencibles. Especialmente si tuviese que tratar una herida sangrante posterior del hígado elegiría como vía de elección la resección amplia de la 9ª costilla y el abordaje transdiafragmático.

En el caso de heridas lumbares, perineales o glúteas y sacras creo que podría erigirse en general como una regla que deberá utilizarse una incisión en el sitio de la herida de entrada para reconocer la profundidad y el grado de penetración y para tratar los segmentos extra-peritoneales de los órganos interesados, recurriendo a una incisión abdominal (de flanco o de hipogastrio) para tratar con seguridad las heridas intraperitoneales. Además las heridas de entrada serán utilizadas en general como sitio de drenaje correcto para las zonas extra-peritoneales afectadas.

Sólo me resta decir que frente a heridas múltiples del abdomen casi siempre la vía lógica es la mediana, única que permite dominar todo el vientre y dirigirse hacia cualquier lado.

Lo mismo diría para las contusiones de las cuales con frecuencia no sabe uno exactamente cuáles son las heridas, dónde están situadas y a menudo ni siquiera si existen.

### **CONDUCTA FRENTE A LA HERIDA TRAUMÁTICA PARIETAL**

En términos generales prescindimos de ella para trazar la incisión, y mismo tratamos de eludirla pues es más o menos séptica, más o menos irregular y más o menos mal orientada. Pero en determinados casos su tamaño y su situación y orientación justifican que se la utilice para entrar al vientre.

Así que casi siempre trazamos la incisión independientemente

te de la herida traumática pero en no pocos casos hemos utilizado esta herida como vía de acceso pre-establecida.

En algunos casos hay salida de vísceras a través de la brecha traumática y entonces nuestra conducta es la siguiente:

Si lo que sale es el epiplón (caso más frecuente) preparamos primero el campo operatorio como habitualmente (bencina, éter, yodo y alcohol en la piel), luego resecamos la parte saliente del epiplón reintegrando el resto a la cavidad abdominal ya sea a través de la herida o tirando hacia adentro por la herida operatoria una vez trazada ésta.

Si, en vez lo que sale son ansas delgadas, o colon transversal o sigmoideo o estómago entonces el cirujano toma todo el conjunto emergente con una compresa estéril tratando de pediculizar y permite al primer ayudante preparar la piel en la forma habitual, bien hasta los bordes de la herida traumática que uno le ofrece libre al retirar suavemente en las cuatro diversas direcciones el block emergente fácilmente manejado con las manos (con guantes estériles) y una compresa. Es claro que, ya el enfermo ha sido dormido previamente mientras una gran compresa aséptica aplicada y mantenida por las manos impedirá la evisceración. Así practicada la preparación del campo permite que ésta sea tan prolija como siempre y al mismo tiempo evita tocar las ansas (que de otro modo andarían más o menos oscilantes) con el antiséptico ni traumatizarlas involuntariamente, al mismo tiempo que se evita la dispersión del contenido séptico si las ansas están abiertas. Agrego que todo este tiempo se realiza con el paciente anestesiado, con el cirujano y los ayudantes e instrumentista perfectamente vestidos y enguantados y con todos los instrumentos ordenados y listos para la operación.

Una vez que esto ha sido prolijo y cuidadosamente hecho pintando la piel en toda la extensión del vientre, la raíz de los muslos y la mitad del tórax es el momento de lavar las ansas emergentes con abundante suero caliente (dos o tres botellas). Y de paso digamos que el suero caliente no debe faltar jamás en una Sala de Operaciones y menos en la Cirugía de Urgencia, cosa que muchos enfermeros ignoran o por lo menos descuidan, y en el momento cuando se les pide recién piensan en calentarlo. Este lavado prolijo y abundante con suero caliente es esencial, y el

suerdo debe dejarse caer desde 15 o 20 cms. en chorro mediano para que el impacto del líquido caliente arrastre y lave por sí mismo las ansas en cuestión. Estas maniobras las realiza todas el cirujano mismo y no las confía jamás a sus ayudantes, o sea: él es el que toma las ansas con la compresa y las ofrece en forma adecuada para que el primer ayudante pinte la piel (tarea de menor jerarquía), y él es también el que observa el lavado y esponja las ansas.

Una vez hecho esto se seca la piel con gasas, el cirujano cambia sus guantes por otros limpios y coloca los campos para limitar la zona operatoria: de aquí en adelante todo está neto y preparado para una gran intervención abdominal.

Si algo sangra para afuera, desde luego, se habrá pinzado desde el principio y si hay ansas exteriorizadas abiertas, éste es en general el momento de suturarlas rápidamente como lo aconseja Abadie. A menudo éstas son las únicas ansas heridas y el resto de la intervención sólo es exploradora.

Sea como fuere hemos terminado el importantísimo tiempo de la pared abdominal y nos disponemos a entrar rápidamente en el vientre mediante una incisión calculada según las directrices antes señaladas.

Muy importante es dejar establecido que desde antes de empezar la anestesia, el operado está con la transfusión puesta y seguirá con ella hasta el final de la operación por lo menos. No es cuestión de empezar a clamar por transfusión en los momentos dramáticos cuando los segundos son preciosos. Recalcamos pues, que en todos los casos la transfusión debe estar colocada desde antes de empezar a operar, que esté o no esté en hemorragia aguda, que esté o no esté en shock. Porque se van a desarrollar una serie de maniobras intra-abdominales de exploración amplia y porque puede resurgir en cualquier momento una hemorragia más o menos espontáneamente detenida, y porque la operación puede prolongarse más de lo calculado, etc. Antes de describir las maniobras intra-abdominales digamos que debemos tomarnos el tiempo necesario para efectuar correctamente la incisión parietal y que se debe controlar cuidadosamente la hemostasis de la herida operatoria y de la herida traumática porque más de una vez la sangre vertida continuamente en el peritoneo proveniente de la herida

parietal (traumática o quirúrgica) lleva a una serie de maniobras prolongadas de exploración abdominal completamente injustificadas. Por otra parte tengo la impresión de que mientras no se seccione la hoja profunda de la incisión, abriendo así el peritoneo, no existe nunca una prisa decisiva como si la presión abdominal controlase hasta cierto punto la hemorragia. Por tanto se debe realizar a fondo el tiempo de la hemostasis de la incisión antes de abrir el peritoneo.

**Hemorragia intra-peritoneal.** — Como se sabe hay dos situaciones a tener en cuenta en la reparación: hemorragia y perforaciones. Nos ocuparemos en primer lugar de la hemorragia.

Indudablemente es ésta una de las situaciones más apremiantes que puedan presentarse en cirugía ya que en algunos minutos debe detenerse la hemorragia o se pagará con la vida. Una vida casi siempre en toda plenitud biológica, muy a menudo en plena juventud y que por consiguiente, tenemos especial empeño en rescatar.

Creo que lo esencial aquí es darse cuenta muy rápidamente del sector de donde mana principalmente la sangre y darse en seguida toda la luz necesaria: aquí más que nunca la visibilidad completa es esencial. Necesitamos además estar bien ayudados para que se nos presente y seque bien, para que se separe con eficiencia y sin precipitación inoperante. Además existe cierta regularidad en la manera de sangrar los distintos sectores que podría esquematizarse como sigue: cuando la hemorragia proviene de la sección de un parénquima la sangre no es en general avasallante pero cuando proviene de la sección o herida de un grueso vaso a menudo surge en chorro tan fuerte que en seguida oculta el campo operatorio y apenas se seca vuelve de nuevo a llenarse el fondo de la herida. Por consiguiente es esencial el diagnóstico operatorio del origen de la hemorragia y también tener reglas preconcebidas y eficaces para luchar contra ella según sea su causa.

Rápidamente nos damos cuenta por ejemplo si lo que sangra es el bazo porque la sangre mana sobre todo del hipocondrio izquierdo, y porque nuestra mano rápidamente introducida palpa en seguida la sección o el desgarro: por consiguiente la herida o ruptura del bazo es fácilmente reconocible y de lo contrario no

es esa la causa. Agreguemos que la hemorragia por ruptura del bazo es quizá la más frecuente de todas en las contusiones de abdomen donde constituye casi la sola causa de gran hemorragia pero eso no es tan así en las heridas. A pesar de lo cual aquí mismo es bastante frecuente.

Creo que la hemorragia por ruptura del bazo es en general mucho más grande y abundante que la hemorragia por herida, hecho que se explica a mi modo de ver porque la ruptura incluye casi siempre desgarramiento y arrancamiento del pedículo y por consiguiente la sangre brota de las ramas arteriales y venosas, mismas, mientras la herida es una sección neta del parénquima con conservación del pedículo normal no desgarrado.

Si la hemorragia proviene del bazo nada es más fácil que dominar en seguida la situación trayendo dicho órgano hacia la herida operatoria cosa que se hace con gran facilidad y conservándolo allí por una maniobra a la cual yo le asigno mucho valor en esta cirugía ultra-rápida y de exposición amplia y clara. Se trata de lo siguiente: el estómago exteriorizado por la herida trae a remolque el bazo por medio del ligamento gastro-esplénico, pero no sólo eso sino que es el mejor tractor del bazo para una exposición adecuada. Para eso hago colocar a mi derecha al segundo ayudante y le doy el estómago para que lo sostenga exteriorizado con una compresa sin aumentar ni disminuir la tensión mientras el cirujano tiene a su entera disposición el pedículo esplénico así exteriorizado. O sea, no sólo esta maniobra exterioriza el bazo, sino que también exterioriza las terminaciones de los vasos esplénicos y permite pinzarlos y revisarlos sin dificultad alguna.

Fuera del peligro de la hemorragia un solo peligro acecha a la esplenectomía por traumatismo y es el de comprender al páncreas en las ligaduras del pedículo provocando así una pancreatitis hemorrágica traumática con todas sus consecuencias y a menudo la muerte. La muerte por pancreatitis debida a la esplenectomía a menudo es el epílogo de lo que se supuso ser un ileus paralítico post-operatorio.

Por lo tanto nuestra norma básica en la esplenectomía de urgencia es huir del páncreas, lo cual se hace muy simplemente colocando las pinzas hemostáticas bien contra el parénquima esplénico, como si se fuese uno a meter dentro del bazo; y luego

seccionar entre las pinzas y el órgano, cosa siempre posible por más que a uno le haya parecido irse demasiado contra el bazo al colocar las pinzas.

Resumiendo diremos: incisión de del Campo (si la herida es netamente de hipocondrio), separación del reborde, exteriorización del bazo, mantenimiento de esta exteriorización por la tracción continua sobre el estómago del segundo ayudante colocado a la derecha del cirujano y por último, colocación yuxta-esplénica de las pinzas hemostáticas.

El reconocimiento de la hemorragia por herida del hígado● es también fácil porque la mano que se pasea sobre la superficie lisa del órgano siente netamente cualquier irregularidad. El dominio de la hemorragia del hígado debe fiarse siempre a la sutura. Si la sección es neta como sucede en las heridas de arma blanca la sutura es fácil: si la herida es desgarrada e irregular (estallada) como sucede en las heridas de bala o en las rupturas, entonces la sutura es más difícil porque los hilos cortan. En esta situación se necesita una buena exposición y un buen ayudante que sepa atar nudos que no aflojen entre el primero y el segundo.

Una buena exposición se obtiene con una buena incisión de hipocondrio, una valva de tipo de la supra-púbica de Doyen chica para traccionar el reborde y la mano del cirujano que introducida entre hígado y diafragma trata de descender el hígado. Además y esencialmente con un relajamiento muscular completo mediante una anestesia profunda (el mejor separador es una buena anestesia dice Ricardo Finochietto). Hay todavía una maniobra agregada excelente para que los puntos no corten y consiste en colocar un fragmento libre del gran epiplón acostado sobre la herida y atando los puntos sobre éste; cosa curiosa este simple recurso hace que los hilos ajusten perfectamente sin desgarrar.

Además hay una maniobra complementaria que puede ser de gran interés y eficiencia para exteriorizar el hígado, trayéndolo hacia adelante para ofrecerlo así más fácilmente a la sutura. Ella consiste en la sección del ligamento triangular derecho, lo cual permite entrar al espacio fácilmente decolable que queda entre el hígado y el diafragma en los límites dados por las 2 hojas del ligamento coronario que se separan hacia adentro, hasta la porción yuxta-hepática de la vena cava.

Esta maniobra fué descripta por el Prof. Mérola en su trabajo sobre el tejido celular retro-peritoneal con el propósito de movilizar el lóbulo derecho del hígado y yo la he hecho repetidamente en las Salas de Disección. En un caso reciente, con un estallido del hígado que sangraba abundantemente y cuyas ramas irradiaban profundamente hacia atrás, me fué posible mediante esta maniobra complementaria traer el hígado hacia adelante, mantenerlo en esa posición mediante la mano izquierda que lo empujaba desde el decolamiento posterior y conseguir así una exposición adecuada que permitiese una sutura fácil y controlable en su eficiencia. Otro origen relativamente frecuente de hemorragia es las heridas de los mesos cuyo dominio es fácil puesto que ellos son libres pero cuya hemostasis puede implicar la amenaza para un ansa intestinal en cuyo caso deberá researse en la extensión necesaria.

Por último debemos considerar las heridas de los grandes vasos retroperitoneales, especialmente de la vena cava y de las ilíacas ya que las heridas arteriales difícilmente llegarán con vida dada la fuerza con que sale la sangre y la dificultad de la hemostasis espontánea transitoria por colapsus. Tuvimos que actuar frente a una herida de la vena cava al nivel de su bifurcación en un herido con lesiones múltiples y múltiples heridas. Después de una serie de peripecias pudimos darnos cuenta del origen de la hemorragia y dominarla pero el enfermo murió pocos instantes después.

El Prof. del Campo dice que la posición en Trendelenburg hace caer completamente la presión venosa en la vena cava inferior y que una compresión por encima y por debajo de la herida completan la hemostasis provisional necesaria para una sutura de la herida. Debe recordarse que la vena cava inferior puede ser ligada en todo el espacio que queda por debajo de la confluencia de las venas renales. Con todo no debe ser muy fácil la sutura y el dominio de la hemorragia de este origen puesto que hay creo muy pocos casos relatados. Las hemorragias provenientes de la región peri-pancreática y sobre todo retro-pancreática deben ser abordadas con una exposición amplia de la retro-cavidad exposición que sólo se consigue mediante una liberación bien extensa de la gran curva seccionando y hemostasiando el epiplón gastro-

cólico desde el polo inferior del bazo hasta el duodeno como se hace en la gastrectomía, y no pretendiendo abordar a través de una pequeña brecha del ligamento gastro-cólico. Llegados al páncreas que es la clave de la exposición operatoria éste debe ser reclinado hacia arriba para descubrir los vasos retro-pancreáticos (mesentéricos, esplénicos, renales).

**Perforaciones viscerales. — Estómago.** — La sutura de las heridas del estómago es en general muy fácil porque es un órgano libre y de paredes espesas y bien irrigadas. Sin embargo puede ser difícil exponer y suturar bien una herida muy alta de pequeña curva con el hematoma consecutivo como nos sucedió en un caso, y en tal situación no se debe ceder hasta conseguir una sutura hermética, ligando si es necesario la coronaria y despojando la pequeña curva en la extensión requerida. Además hay que tener bien presente que las heridas transfixiantes del estómago con frecuencia no se agotan allí y por lo tanto es necesario controlar los órganos retro-gástricos, o sea el páncreas y los grandes vasos, y las ansas delgadas altas. En un caso ignoré una herida del páncreas en un sujeto con una herida alta de pequeña curva difícil de suturar, y el herido sucumbió en 27 horas por autólisis pancreática con esteato necrosis difusa.

**Duodeno y ángulo duodeno yeyunal.** — Aquí es absolutamente esencial realizar un decolamiento siguiendo las fascias conocidas retro-duodeno-pancreáticas, decolamiento amplio y suficiente para exteriorizar correctamente la víscera y para poder suturar a plena luz.

De igual modo se procederá frente a una herida de la cuarta porción del duodeno y del ángulo duodeno yeyunal entrando a la izquierda del ángulo y de la cuarta porción y decolando progresivamente de izquierda hacia la derecha y de arriba hacia abajo. Esa maniobra me permitió exteriorizar y suturar con toda eficacia una herida del ángulo duodeno yeyunal que de otro modo hubiera sido profunda e insegura. Si realizamos un decolamiento duodeno pancreático de derecha a izquierda por un lado, y un decolamiento del ángulo duodeno yeyunal de izquierda a derecha por otro lado llegará un momento en que estos dos decolamientos se unan y tendremos así todo el arco duodenal flotante desde el píloro hasta el ángulo duodeno yeyunal y entera-

mente a nuestra disposición. El cruce de la mesentérica superior no impide esta exteriorización porque ella viene también hacia nosotros mediante el decolamiento del ángulo hepático del colon hasta la raíz del mesenterio que se hace flotante. Por lo tanto la maniobra clave para la correcta exposición y sutura de las heridas del arco duodenal y del ángulo reside en la movilización siguiendo las fascias de acolamiento, con todas las posibilidades mencionadas.

**Delgado.** — Las perforaciones del delgado deben ser buscadas y perseguidas cuidadosamente desde el ángulo duodeno-yeyunal hasta el ángulo íleo-cecal, exponiendo sucesivamente las diversas ansas y observándolas detalladamente a medida que pasan. Esta exposición del delgado es muy fácil aquí, por tratarse de un intestino colapsado, en absoluto contraste con el indomable intestino de la oclusión. Cada perforación será referida y obturada provisionalmente mediante una gasa y una pinza de Chaput para suturarlas sólo después de la exploración completa del abdomen. La sutura de la perforación intestinal no tiene nada de especial y se rige por los principios generales de la cirugía gastrointestinal o sea: buena exposición, liberación correcta si está sobre la cara mesentérica hasta obtener tela bien visualizable, sutura hermética y no estenosante en dos planos. Aquí es el momento de decir que no hay que sacrificar de ninguna manera la perfección y prolijidad de la técnica a las necesidades de la urgencia extrema que el caso plantea y tener bien presente que si omitimos el cierre de una perforación ignorada o si suturamos irregularmente uno o varios desgarros nuestra operación será inútil por más rápida y espectacular que pueda parecer. Por eso es que insistimos tanto al principio sobre lo imprescindible de una buena anestesia y de suficiente sangre para transfusión. Si las perforaciones son múltiples y cercanas unas de otras no será posible realizar su cierre sin gran riesgo de determinar estenosis o deformaciones, y por lo tanto debemos decidirnos desde el comienzo a una resección intestinal regular que es la única solución que en esos casos conduce a un restablecimiento perfecto de la continuidad. Asimismo, si después de haber realizado suturas que nos parecieron viables notamos que la luz intestinal no es satisfactoria, debemos realizar la resección de toda la zona en cuestión

aunque nos cueste tiempo y trabajo. La experiencia enseña que una resección intestinal es poco shockante, que se puede realizar con un mínimo de profundidad anestésica y que por lo tanto no debemos vacilar en recurrir a ella siempre que sea necesario.

En la serie que presentamos tuvimos un caso en que la sutura de varias perforaciones vecinas dejó un intestino muy sospechoso de estenosis a pesar de lo cual lo reíntegramos esperando que "funcionaría cosa que desgraciadamente no sucedió así.

**Colon.** — Las heridas del colon constituyen un capítulo aparte dentro del tratamiento de las heridas viscerales y comporta un pronóstico distinto, y de mayor gravedad.

Las directrices a que debemos ajustarnos están perfectamente establecidas en el libro de Larghero (temas de Cirugía de Urgencia, página 97-125) basadas en una experiencia personal bastante grande y con un excelente resultado terapéutico.

A continuación transcribo las conclusiones del trabajo de Larghero:

1º Abordaje lateral de las heridas del ciego colon-ascendente y colon izquierdo, por el flanco y la fosa ilíaca.

2º Tratamiento de las lesiones en su lugar; con ello se cumple con una de las reglas fundamentales del tratamiento de las peritonitis: "Limitar las maniobras operatorias a las zonas ya contaminadas de la serosa".

3º Convertir la herida en ano contra-natura:

O suturar y extra-peritonizar, en caso de heridas pequeñas y únicas; en este caso, suprimir la distensión del colon por la sección del esfínter anal en la comisura posterior.

4º Cohibir la hemorragia y evacuar la sangre derramada en el peritoneo.

5º Drenaje peritoneal y retro-peritoneal amplio (Mickulicz).

6º Sulfamida intra-peritoneal regional y de los planos parietales.

7º Evitar el flemón de la pared, no suturando jamás la piel; y sólo parcialmente y en casos bien elegidos, los planos profundos; el peritoneo se suturará alrededor del intestino herido y exteriorizado.

En los boletines de la Sociedad de Cirugía del Uruguay (año 1947, página 701) apareció un trabajo de Bortagaray de Salto sobre el tratamiento de las heridas de colon siguiendo las directrices de Larghero y con resultados que podemos considerar muy brillantes para los mejores centros quirúrgicos.

Nuestra estadística personal comporta dos heridas de colon que fueron suturadas y reintegradas al vientre pensando conseguir un resultado inmediato perfecto, basándonos para ello en los progresos aportados por los antibióticos y en la sensación de seguridad de las suturas. Una amarga experiencia nos hace reconocer las ventajas de los procedimientos de exteriorización en las heridas del colon y a ello pensamos ajustarnos en el futuro.

**Vejiga.** — Tenemos dos casos de traumatismos de la vejiga, uno por herida de arma blanca de su cara peritoneal y el otro por ruptura de la vejiga en su cara extraperitoneal.

En el primer caso hicimos cierre de la herida y sonda uretral en permanencia y en el segundo caso cerramos la herida estallada e hicimos una talla vesical agregada.

En principio pensamos que la talla vesical constituye un elemento de absoluta seguridad en los traumatismos de la vejiga y que debe recurrirse a ella ante cualquier duda respecto a la eficacia de la sutura; mismo nos inclinaríamos a hacerla casi sistemáticamente porque ella no comporta ninguna dificultad en su cierre espontáneo y determina en cambio la certeza casi absoluta de una evolución sin incidentes.

**Otras vísceras.** — No tenemos experiencia en heridas del recto ni tampoco en heridas de las vías biliares. Por lo tanto no haremos ninguna consideración al respecto.

**Ruptura de formaciones patológicas.** — En principio cualquier formación quística intraperitoneal está expuesta a la ruptura por un traumatismo más o menos acentuado. Pero en nuestro país hay que tener siempre presente la posibilidad de la ruptura de un quiste hidático del hígado y frente a un contusionado de vientre con derrame bilioso intraperitoneal debe pensarse en ello y explorar el hígado por palpación buscando la ruptura. Debe tenerse presente que el quiste roto pierde su tensión y que por lo tanto lo que debe buscarse es una brecha en el parénquima

hepático que incluso puede no ser fácil de encontrar. Por lo tanto se explorará sistemáticamente y con cuidado la cara superior, inferior, bordes, etc., en una investigación planificada y de la cual no pueda escapar ningún sector hepático. En realidad lo esencial es saber pensar en este proceso y conocer sus características anatomo-patológicas.

**Post-operatorio.** — Queremos señalar de un modo especial la importancia que atribuimos a la colocación de una sonda de Miller-Abbot o de Cantor en todos los casos de heridas del intestino y mismo en las exploraciones más o menos extensas del delgado aunque no se haya comprobado ninguna lesión intestinal Creemos que el herido puede sucumbir a raíz de un ileus paralítico a pesar de que las suturas estén en perfectas condiciones como nos sucedió en un caso.

**Pronóstico.** — El pronóstico de las heridas del abdomen dependen en primer lugar de su gravedad intrínseca y por lo tanto sólo son comparables las estadísticas que comprenden un número grande de casos ya que de otro modo tendríamos conclusiones completamente paradójales y excelentes cirujanos pueden tener series gravadas de una alta mortalidad.

En segundo lugar depende de la experiencia del cirujano que verá disminuir su mortalidad y sus complicaciones a medida que aumenta el número de sus operados. Por otro lado tiene una importancia esencial como lo señalamos desde el principio de nuestro trabajo la organización del centro quirúrgico en que se actúa en cuanto a anestesia, transfusión, instrumental, etc.

No entraremos a considerar aquí los demás factores ya bien conocidos de pronóstico: heridas uni- o multi-viscerales, heridas de colon, heridas de recto, etc.

**En resumen:** Presentamos una serie de 34 traumatismos del abdomen operados en el curso de 4 años y hacemos algunas consideraciones y observaciones que nos han parecido de interés. Pero el objeto fundamental de esta comunicación es dejar establecido nuestro criterio en el momento actual y nuestros resultados para poder en el futuro plantear una comparación con nuevas series de estos mismos heridos que podamos llegar a operar.

## HISTORIAS CLÍNICAS

### HERIDA DE VIENTRE

De L. T. 24 años. Ingresó: 2-IX-1945. Egresó: 3-XI-1945. Hospital Maciel. Sala San Luis.

Hace varias horas recibió una herida de arma blanca en la región hipogástrica. El arma era un cortaplumas de unos 8 cms. de largo en su hoja. La herida está situada sobre el recto izquierdo, a unos cuatro dedos del ombligo y otros tantos a la izquierda de la línea media. Tiene una dirección transversal y unos tres cms. de longitud. Da salida a abundante cantidad de sangre y se dibuja la saliente de un hematoma de la vaina del recto (tumoración alargada verticalmente, de unos tres dedos de longitud por 1 y 1/2 de ancho).

Estado general bueno, mucosas bien coloreadas.

**Vientre.** — Sin defensa, no doloroso. Me hablan de macidez desplazable intraperitoneal. Douglas: no hice tacto.

**Intervención.** — Dr. Otero. Pte. Schroeder. Éter. Transfusión 300 c.c. Incisión vertical transrectal, rasante al ángulo interno de la herida que, como dije, es transversal. Sangra una arteria detrás del recto, se pinza. La herida es penetrante en vientre, nuestro dedo índice entra fácilmente a través del ojal de la hoja posterior de la vaina del recto. Incisión de esta hoja y entrada amplia en el vientre que contiene mucha sangre. Se explora rápidamente el intestino delgado de abajo a arriba y por exteriorización y reintegración sucesiva no hay lesión en él, ni en su mesenterio. Lo mismo el ansa sigmoide y su meso. Secamos bien, dejando una compresa en el Douglas. Reconocemos nuevamente la herida parietal comprobando que la arteria epigástrica está seccionada y que sangra en chorro fuerte. Ligadura. Se retira la compresa del Douglas comprobándose que nada sangra.

Cierre total por planos.

**Evolución.** — Flemón de la pared que obliga a abrir ampliamente la herida. Se limita bien y responde al tratamiento. Alta a los 30 días.

### RUPTURA DE BAZO

W. U. 19 años. Ingresó: 2-IX-1945. Egresó: 13-IX-1945. Hospital: Pasteur. Sala: 11.

Traumatismo de football en su hipocondrio izquierdo; el enfermo es arquero; ignora exactamente cómo fué (¿rodillazo? ¿choque?). Lo retiran de la cancha, permaneciendo sentado. Luego lo llevan a su casa y es traído al hospital Pasteur a las 24 horas. El partido había sido en la tarde.

**Examen.** — Buen estado general. Mucosas no decoloradas. Pulso ... T... Pra. Art... Se queja de dolor en hombro izquierdo y en el hipocondrio izquierdo, no muy intenso. Dolor del hombro que aumenta hasta hacerse muy intenso cuando le pedimos que respire hondo y que le obliga a detener bruscamente la respiración. Dolor a la palpación apoyada del hipocondrio izquierdo y de los últimos espacios intercostales, no muy acentuado. Ligera defensa de hipocondrio izquierdo. El resto del vientre: libre. No hay macidez desplazable.

**Tacto rectal.** — Douglas ocupado, desplegado, redondeado, tenso, extremadamente doloroso.

**Hemograma.** — Glóbulos rojos: 3.730.000; Poli N... 76; Glóbulos blancos: 10.200; E... 1; Hemoglobina: 77 %; B... 0; Valor glob. 1; Monoc... 7; Linfoc... 16.

**Radiografía simple.** — Parecería que el ángulo esplénico estuviese algo desplazado hacia la línea media.

**Intervención.** — Dr. Otero. Dr. Suárez Meléndez. Eter.

Incisión de Mayo-Robson. Ruptura del bazo por desgarró total transversal al parecer por encima de pedículo. Al querer exteriorizar el bazo se nos queda la mitad superior en la mano. Exteriorizamos el resto (2/3 inferiores). Pinzas. Pinza de corazón en la parte superior del pedículo que nos parece puede haberse desprendido del bazo; vigilancia cuidadosa del páncreas. Esplenectomía. Ligaduras. Cierre.

**Evolución.** — Excelente. Alta a los 10 días.

#### HERIDA TORACO - ABDOMINAL DE BALA

N. N., Años. Ingresó 19-XII-1945. Egresó...

Ingresó por herida de bala de práctica civil con orificio de entrada en el 10° espacio intercostal, línea axilar posterior, sin orificio de salida, datando de varias horas, (5 hrs más o menos), con buen estado general, buen pulso, buena tensión.

El vientre está tenso y parece algo contracturado, doloroso en hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo. No hay disnea.

El orificio de penetración (de 1 cmt. de diámetro más o menos) presenta leve traumatopnea en determinadas posiciones; hay enfisema discreto alrededor. El trayecto parece dirigirse hacia atrás y en determinado momento parece palparse el proyectil por fuera de las costillas, en otros momentos parecen fragmentos de costillas rotos por el impacto.

**Radioscópicamente.** — No se comprueba neumó, ni hemotorax. La bala está situada en hipocondrio izquierdo, alta (por encima o por debajo del diafragma) y bien posterior.

**Tacto rectal.** — Douglas no doloroso.

**Intervención.** — Dr. Otero. Eter. Tóraco-freno-laparotomía sobre el 10° espacio y prolongada ampliamente hacia el abdomen. Exploración de

hipocondrio izquierdo (estómago, bazo, colon, delgado, riñón) negativa. Cierre.

**Nota.** — 1) Antes de iniciar la incisión operatoria se había reseca- do el orificio de entrada de la bala y se había seguido algo hacia atrás el trayecto, comprobándose que la bala entraba netamente al tórax a través de la pared costal y que había estallido multifragmentario de una costilla.

2) La incisión de tóraco-freno-laparotomía no llegó a seccionar atrás el fondo de saco pleural que, dicho sea de paso, está a esta altura bastante alejado del reborde.

**Consideraciones.** — Ante la duda de que la herida fuese penetrante en abdomen se hizo una exploración quirúrgica que resultó negativa. Como esto me ocurrió dos veces más en casos ulteriores se deduce que existe allí un problema que se presenta con relativa frecuencia respecto a la existencia o no de penetración abdominal en las heridas bajas de tórax, especialmente en las heridas de bala puesto que los 3 casos eran en efecto heridas de revólver.

Por consiguiente uno debe estar alerta respecto a la conducta que debe seguir en tales casos pues cuando uno se encuentra imprevistamente frente a dicha situación la tendencia natural, es a la intervención más o menos prodigada. Y si bien sería sumamente grave ignorar una penetración abdominal, no deja de ser una agresión injustificada la que resulta de una exploración inmotivada.

Pienso que además del estudio radiológico con referencias metálicas en los puntos de entrada y de salida reconstruyendo así el trayecto, debemos encarar la sintomatología clínica y radiológica abdominal. Surge desde el principio la comprobación frecuente de signos de aparente reacción abdominal (dolor y contractura del hipocondrio y flanco correspondientes) sin que existan lesiones viscerales a la exploración. De modo que esos signos no deben determinarnos a una intervención precipitada ya que nos hemos acostumbrado a comprobar su inseguro valor como testimonio lesional. Si los signos de reacción peritoneal son absolutamente claros, si son extendidos al lado opuesto (reacción bilateral) y hay sintomatología neta del Douglas es evidente que la intervención se impone. Pero no debemos impresionarnos por signos relativos de dolor y contractura unilateral que sabemos pueden existir como síntomas reflejos al traumatismo torácico.

La conducta podría resumirse en los siguientes términos: como directivas de intervención:

- 1) Cuando el estudio radiológico del trayecto no deja ninguna duda respecto a la penetración.
- 2) Cuando hay signos absolutamente evidentes de reacción peritoneal.
- 3) Cuando existe neumoperitoneo.

Si no existen signos clínicos o radiológicos evidentes de penetración el paciente debe ser vigilado cada dos o tres horas hasta formarse un criterio definitivo al respecto. Posiblemente conviene dar una inyección

de 1 c.c. de morfina después del primer examen para eliminar el elemento dolor y ansiedad en las manifestaciones abdominales.

Mi objeto no es aminorar la posibilidad de la penetración abdominal de una herida torácica de bala sino sólo poner en guardia sobre la tendencia a un intervencionismo exagerado y a hacer énfasis sobre la conducta de vigilar un tiempo suficiente para formarse un criterio fundado.

### HERIDA DE ABDOMEN Y TORAX

B. E., 28 años. Ingreso: 30-XII-1945.

Herida de Hipocondrio derecho, sub-costal.

Herida de tórax, cara lateral izquierda, línea axilar media, alta.

Herida de la cara interna del brazo, alta.

Herida de la región deltoidea.

Todas de arma blanca; la del abdomen de unos tres cms., la de tórax de unos 5 cms.; la de brazo de 3 cms.; las de deltoides de 2 cms.

**Intervención.** — Dr. Otero. Éter.

Exploración de la herida del hipocondrio; no es penetrante; cierre parcial.

Cierre diferido de la herida de tórax.

Cierre de las heridas de brazo y deltoides.

**Evolución.** — Excelente. Alta a los 6 días.

### HERIDA DE TORAX

#### (Laparotomía exploradora negativa)

Nombre: N. N., 33 años. Ingreso: 31-V-1945.

Una herida de bala con orificio de entrada en el manubrio esternal.

Una herida de bala con orificio de entrada en la región escapular derecha.

Una herida de bala de brazo derecho en su 1/3 superior con entrada y salida y vuelta a entrar en parte alta de la cara lateral derecha del tórax.

Una herida de bala de antebrazo derecho con entrada y salida.

Una herida de bala en antebrazo izquierdo, sin orificio de salida.

**Estudio radiológico.** — Hay:

Una bala en la base de tórax derecha a la altura del diafragma.

Una bala en la axila izquierda (posiblemente la que entró por esternón).

Una bala en el abdomen (flanco izquierdo (con fractura de 11 y 12 costillas derechas (posiblemente la que entró en la región escapular derecha).

Una bala en el codo izquierdo (la que entró en el antebrazo izquierdo).

**Intervención.** — Dr. Otero. Éter. Laparotomía exploradora negativa.

**Evolución.** — Siguió siempre con intensa dificultad respiratoria. Respiración corta, de tipo diafragmático, respiración dolorosa, polipnea, angustia. Había que darle morfina los primeros días. Hizo fiebre alta de tipo

remite, cara muy sudorosa en todo momento, pulso siempre relativamente bueno y no muy rápido. Se le hizo sulfamida y penicilina. No se puncionó. Sólo unos cuantos días después de operado y después de sacar radiografía de tórax que mostraba un derrame en hemitórax derecho y un nivel líquido con gas arriba y pulmón colapsado se le puncionó dando salida a un líquido achocolatado fétido. Salió como 1 litro y medio. Al día siguiente lo mismo. Entonces se resolvió hacer pleurotomía.

**2da. Intervención.** — Anestesia local: resección de unos 2 cms. de costilla (9° u 8°) en línea escapular. Sale una gran cantidad de pus achocolatado de olor nauseabundo. El enfermo se agrava rápidamente hasta quedar sin pulso, con sudores fríos, con los ojos perdidos y oscilante en la posición de Jockey. Eso lo atribuimos a la abertura del tórax con un mediastino no estabilizado. No tuvimos más remedio que cerrar rápidamente los músculos y el tejido celular para evitar la traumatopnea.

Penicilina, suero, transfusión, etc. Sobrevivió todavía 4 o 5 días y luego de hacer un gran flemón gaseoso de toda la espalda murió el día 29 de junio de 1946.

**Autopsia.** — Pionemotórax derecho. Herida de entrada en cara costal del pulmón al nivel de la línea axilar posterior. Esta herida era del tamaño de un garbanzo y estaba cerrada (obturada) por una esquirla de costilla. No había por consiguiente herida de un grueso bronquio como yo había sospechado.

No había tampoco hemopericardio, ni herida de gruesos vasos de mediastino. La bala de axila izquierda fué encontrada por el autopsista. No así la del hemiventre izquierdo, la del hemitórax derecho, ni la de codo izquierdo.

**Consideraciones.** — La laparotomía estaba aparentemente justificada por la existencia comprobada radiológicamente de una bala alojada en el abdomen; sin embargo la exploración fué negativa.

Debió haberse puncionado el tórax mucho más precozmente y también debió haberse drenado más oportunamente y sin cerrar la brecha de pleurotomía alrededor del tubo por tratarse de un derrame pútrido.

La búsqueda de las balas en la autopsia demostró la dificultad extraordinaria que puede encontrar el cirujano que se encapriche en encontrar una bala durante una intervención de urgencia.

#### **HERIDA DE ARMA BLANCA DEL HIPOCONDRIO IZQUIERDO CON SALIDA DE EPIPLON POR LA HERIDA**

Nombre: N. N. 16 años. Ingresó: 8-IX-1946. Hospital Pasteur. Sala 11.

Exploración con incisión de del Campo con resultado negativo. No había lesión visceral. El epiplón fué resecaado antes de hacer la laparotomía. la herida estaba situada a nivel del reborde (extremo de 10ª costilla) frente a la línea axilar media (algo más atrás).

La luz que dió la incisión de del Campo fué excelente para explorar ángulo esplénico y bazo.

El enfermo evolucionó perfectamente y se fué de alta a los 12 días con sus heridas curadas por primera.

### HERIDA DE BALA DE ABDOMEN

C. F. 42 años. Ingresó: 25-IV-47. Egresó: 7-V-47. Hospital Maciel. Sala Maciel.

Hèrída de revólver penetrando a unos dos dedos por debajo y a la izq. del ombligo. Estado general bueno. Radiografía mostrando que la bala está alojada en la pelvis, a nivel de la cabeza femoral, frente a la línea innominada izq.

**Intervención.** — Dr. Otero, Dr. Folco. Anestesia general. Pte. Nin. Incisión mediana infra-umbilical. Hay sangre en forma de un gran coágulo situado en la parte baja del hipogastrio (unos 100 c.c.). No sangra abundantemente y una vez secado el coágulo, la sangre no se reproduce.

1) Existe una perforación de un ansa delgada con entrada y salida: se le coloca gasa y pinza de Chaput. Exploración del resto del delgado negativa.

2) La bala ha seguido hacia atrás y hacia la izq. y ha perforado el meso sigmoideo, rasando el sigmoide, pero sin lesionarlo.

3) Pequeño hematoma retro-peritoneal de F.I.D. y psoas.

La hemorragia intra peritoneal libre provenía probablemente de la herida del meso sigmoideo.

Se intenta buscar la bala introduciendo el dedo hasta el hueso por el orificio de penetración de la bala en el peritoneo posterior, pero no es posible sentirla.

Cierre de la perforación en dos planos por sutura transversal comprendiendo las dos perforaciones, previa la sección de un pequeñísimo puente intermedio.

Dos puntos de sutura en el meso sigmoide que no sangra.

Sulfamida sobre las suturas y sobre el foco retro-peritoneal.

Cierre total de la herida de laparotomía con sulfamida celular.

**Transfusión:** gota a gota durante la operación: 800 c.c.

**Duración:** 50'.

**Anestesia:** excelente.

**Post-operatorio:** 1-V-47. Ha evolucionado muy bien. Ha movido el vientre. No ha vomitado. Empieza a levantarse. Ha dormido bien la última noche.

17-V-47. Este enfermo evolucionó perfectamente bien. Fué dado de alta a los 12 días de intervención. Hoy lo vi en perfectas condiciones en el Hospital Pasteur. Su herida curó por primera vez; su cicatriz es sólida.

### HERIDA DE HIGADO

C. T. 40 años. Ingresó: 31-V-1947. Hospital Pasteur. Sala 11.

1) Herida de arma blanca situada en el 9º espacio, cerca del reborde

costal derecho. 2) Herida en la pared torácica en la intersección de la línea axilar posterior y la línea mamilar, 3) Herida en la parte muy alta de la cara anterior del brazo derecho, casi sobre axila.

El pulso no se percibe en la radial. Facies de hemorragia aguda. Presión arterial muy baja.

**Intervención.** — Dr. Otero.

Transfusión gota a gota rápida desde el comienzo.

Anestesia general con intubación traqueal (Fernández Oria).

Incisión de del Campo. Herida de la cara superior del hígado que sangra a chorros (como una radial). Hemostasis por sutura.

Herida de cara inferior del hígado, muy profunda, muy posterior, cerca del pedículo hepático. Hemostasis por sutura. Esta herida de la cara inferior del hígado se debe a que el arma ha atravesado todo el espesor del parénquima hepático.

Se cierra la herida de laparotomía dejando tubo y dos mechas.

Se reparan las otras dos heridas descritas que son musculares y de piel.

Se cierra la herida de penetración en el 9º espacio: diafragma, músculo, piel. (Lo tercero descrito corresponde cronológicamente al 2do. lugar). Todas las heridas (menos la laparotomía), fueron cerradas completamente después de la colocación de sulfamida local.

**Post-operatorio.** — Transfusión. Penicilina.

Evolucionó perfectamente, sin el menor incidente.

### HERIDA DE ABDOMEN

G. C. 28 años. Dom. Maldonado. Ingresó: 18-VI-1947. Egresó: 18-VIII-1947. Diagnóstico: Herida de arma blanca del vientre. (Hipocondrio izquierdo). Tratamiento: Laparotomía. Esplenectomía. Nefrectomía izquierda. Hospital: Pasteur. Sala: 11.

Recibió una herida de arma blanca en el hipocondrio izquierdo hace varias horas en Pan de Azúcar.

Enfermo shockado, con pulso pequeño, con decoloración marcada de las conjuntivas. La presión arterial es imposible de tomar o sea no tiene presión periférica.

La herida está situada sobre la undécima costilla en la línea axilar posterior; de tamaño de unos tres cms.; da salida a un trozo de gran epiplón.

**Intervención.** — 18-VI-1947. Dr. Otero. Anestesia general. Dr. Fernández Oria. Transfusión de gota a gota durante toda la operación. 1.200 c.c.

**Posición.** — Se le coloca una almohadilla bajo la cadera izquierda para poder visualizar la herida que es bastante posterior sobre el perfil del flanco.

Desinfección del campo operatorio y se reseca el epiplón exteriorizado antes de la colocación de los campos. Se colocan luego los campos

para una incisión operatoria de exploración sobre el hipocondrio izquierdo. Incisión de del Campo que da una excelente luz sobre todos los órganos del hipocondrio y flanco izquierdo. Se comprueba una infiltración hemorrágica del ángulo esplénico del colon que se continúa retroperitonealmente por detrás del ángulo. Se hace necesario exteriorizar dicho ángulo para lo cual se realiza un decolamiento coloparietal. No se comprueban lesiones del colon que está ahora completamente a la vista y perfectamente exteriorizado después del decolamiento practicado.

Estómago normal. En el polo inferior del bazo existe una herida pequeña pero que babea sangre todavía. Se practica una esplenectomía.

Existe un hematoma grande retroperitoneal. Introduciendo el dedo hacia atrás y adentro en la dirección del trayecto de la herida se comprueba la existencia de una herida que penetra en el riñón izquierdo. Se libera el riñón, se pediculiza, se explora y se comprueba una herida profunda de unos tres cms. de largo, a dirección transversal, situada algo por debajo del hilio. Nefrectomía. Se coloca un tubo y dos mechas en el lecho renal. Cierre.

Liberación de la herida de entrada, lavado, hemostasis, sutura, sutura parcial de la piel. Se colocó sulfamida en la herida operatoria y en la herida traumática.

Durante la operación el enfermo se mantuvo con presión muy baja que empezó a mejorar al final debido a la realización de la hemostasis.

**Post-operatorio.** — Penicilina; Suero fisiológico; transfusión.

Hizo un buen post-operatorio si se tiene en cuenta la gravedad de su herida. Tuvo una complicación pulmonar constituida por focos bilaterales de las bases que cedieron progresivamente.

Hizo una azoemia progresivamente elevada (1.20 al 4º día, 1.40 al 6º día, 1.60 más tarde y 2.40 a los 10 días más o menos). En ese momento los cloruros en la orina eran bajos y la densidad de la orina era muy baja. Tenia 12 grs. de urea por litro de orina. Diuresis: 1.500 c.c. y después hasta dos y tres litros por día.

La diuresis aumentó cuando se le empezó a hacer cloruro de sodio hipertónico i/v y la azoemia bajó bruscamente a 0.55. El enfermo había evolucionado perfectamente de sus heridas; se le habían retirado las mechas y el tubo; y su herida traumática cicatrizó por primera.

Se pasa a la sala 13 para seguir el estudio de su riñón.

**18-VIII-1947.** — El enfermo siguió marchando perfectamente desde el punto de vista de la eliminación de la urea; su azoemia se redujo a los límites normales, y permaneció normal a exámenes sucesivos de los cuales el último fué practicado recientemente.

Desde el punto de vista operatorio el enfermo está perfectamente curado. Su cicatriz operatoria es completamente normal como igualmente lo es la cicatriz de su herida traumática.

El enfermo es dado de alta definitivamente aconsejándosele que puede llevar una vida completamente normal, y que puede trabajar en cualquier tarea.

CONTUSION DE ABDOMEN

J. G. Sala San Luis. H. Maciel. 30 de junio de 1947.

Traumatismo de abdomen debido al choque de una locomotora contra el auto que era manejado por el paciente. Vino a consultar en la tarde (el accidente se había producido a la hora 17) y no se le comprobó ningún síntoma patológico a pesar de lo cual se le aconsejó su internación a lo cual el enfermo se negó por encontrarse perfectamente bien.

A la hora 23 regresó porque sentía dolor debajo del reborde costal izquierdo y porque había tenido una lipotimia.

La guardia lo examinó y comprueba dolor y contractura del hipocondrio y flanco izquierdo y dolor muy marcado al tacto rectal. Asociando estos síntomas con la lipotimia que el enfermo había tenido hicieron diagnóstico de posible ruptura de bazo. Le practicaron una radiografía de urgencia que no mostraba ningún signo positivo, especialmente destacaron que no había neumoperitoneo.

Yo lo veo a la hora 24 y me encuentro con un enfermo con un excelente estado general, sin ningún síndrome hemorrágico (mucosas bien coloreadas, pulso normal, presión normal), y que tenía una reacción peritoneal franca y evidente caracterizada por contractura y dolor de todo su hemi-ventre inferior más marcado a la izquierda y con más tendencia a extenderse hacia el flanco y el hipocondrio izquierdo.

Mi razonamiento fué el siguiente: en primer lugar este enfermo no tenía síndrome hemorrágico por cuya razón eliminamos la ruptura de las vísceras llenas (hígado y bazo) y asimismo descartamos la ruptura de un grueso vaso de los mesos o de un grueso vaso retro-peritoneal; en segundo lugar hicimos diagnóstico positivo de ruptura de víscera hueca basados en su franca reacción peritoneal. Establecido el diagnóstico de ruptura de víscera hueca, qué víscera podría ser la responsable. Hicimos orinar al enfermo el cual emitió espontáneamente y sin ninguna dificultad unos 200 c.c. de orina de color normal sin ningún aspecto hematurico por cuya razón aseguramos que no se trataba de una ruptura de vejiga. Por otra parte recordamos que las rupturas de vejiga con varias horas de evolución tienen una repercusión tóxica que rápidamente produce una taquicardia franca mientras que este enfermo tenía un pulso normal en tiempo y en ritmo. Así que aun antes de hacer orinar al enfermo yo debía haber supuesto que no podía haber ruptura de vejiga.

Eliminada la vejiga nos quedaba el intestino delgado y el grueso, el estómago y el duodeno, las vías biliares. En realidad es poco común una ruptura de estómago o duodeno en un paciente que no presentaba mayores marcas cutáneas de contusión porque la ruptura de estos órganos se debe casi siempre a su compresión directa entre el cuerpo traumatizante y la columna vertebral y muy pocas veces la causa de la ruptura es el estallido. La ruptura de las vías biliares es excepcional y además habría dado síntomas de repercusión tóxica. Por consiguiente nos quedaba la hipótesis de ruptura intestinal como la más probable. Si la ruptura fuese

del colon habría ya un síndrome infeccioso neto debido a la irrupción de material séptico en el peritoneo; y además probablemente habría neumoperitoneo radiológico puesto que el colon contiene gases normalmente. Por esas razones descartamos la ruptura del colon y pensamos más bien en la ruptura de un ansa delgada. Desde el momento que el delgado no tiene gases normalmente se explicaba perfectamente la ausencia de neumoperitoneo. Y por último pensamos que la ruptura debía ser de un ansa delgada situada alta puesto que los internos de guardia habían comprobado al principio un síndrome de reacción peritoneal predominando en el hipocondrio y flanco izquierdo; y es sabido que allí están alojadas las primeras ansas del delgado.

**Intervención.** — (1-VII-47). Fué necesario esperar una hora para que llegase el anestesista cuya presencia consideramos fundamental.

Dr. Otero. Pte. Di Lorenzo. Anestesia general; Dr. Vilar. Transfusión de sangre; Dr...

Incisión mediana infra-umbilical. Al querer entrar al peritoneo por la parte inferior de la incisión se produce una herida operatoria de la vejiga de unos 2 cms. con salida de orina y con comprobación inmediata por el Cirujano antes que el peritoneo fuese abierto. Esto implica dos lecciones: en primer lugar que es necesario sondar sistemáticamente en la mesa de operaciones los enfermos que tengan reacción peritoneal puesto que puede darse el caso de que no evacúen espontáneamente la totalidad de la orina a pesar de una micción espontánea supuesta completa; en segundo lugar que en las medianas infra-umbilicales se debe entrar al peritoneo sistemáticamente por la parte superior de la incisión y en esa forma los dedos del cirujano se darán cuenta al cortar hacia abajo que la vejiga está distendida. En este caso la vejiga llegaba hasta la mitad de la incisión.

Sutura de la brecha vesical con gaster-gut O en dos planos (ida y vuelta). Abierto el peritoneo salen ansas delgadas achatadas, no distendidas e introduciendo la mano en el vientre no se comprueba hemorragia pero sí un copo alargado de falsa membrana fibrinosa. Se exterioriza progresivamente el delgado hacia arriba (hacia el ángulo duodeno-yeyunal) y se encuentra un ansa delgada muy alta con un orificio de ruptura situado en su borde libre y del tamaño de unos 2 cms., a bordes desgarrados y con la mucosa evertida dando bien la impresión de una ruptura por estallido, puesto que el resto del ansa era completamente normal, sin contusión, sin hematoma. Se explora hasta el ángulo duodeno-yeyunal que está a unos 15 cms. más arriba de la ruptura, no encontrándose otra lesión. Se recorre luego el intestino delgado hacia el ángulo ileo-cecal sin encontrar tampoco otras lesiones. Se introduce la mano hacia el bazo, estómago, hígado, vías biliares, colon transversal y sus ángulos sin traer ni sangre, ni otros líquidos patológicos, por lo cual y teniendo en cuenta además las consideraciones clínicas previas nos damos cuenta que no existen lesiones en ninguna de esas vísceras y por consiguiente nos con-

cretamos a reparar el ansa estallada no sin antes haber reintegrado todo el delgado restante a la cavidad abdominal.

Sutura del desgarro en três planos: mucosa, sero-muscular y serosa con gaster-gut O. Se espolvorea con sulfamida.

Cierre de la pared en tres planos.

Colocación inmediata de una sonda uretral en permanencia para dejar la vejiga completamente vacía desde el primer momento para evitar la tensión de la sutura.

Suero, penicilina, calor.

**Post-operatorio.** — Ha evolucionado perfectamente demostrando que la exploración operatoria fué correcta y que no quedaron lesiones ignoradas.

4-VII. — Con motivo de partir de vacaciones dejamos este enfermo encargado a la Sala.

(21-VIII-1947). — Este enfermo estaba en el 4º día de su post-operatorio más o menos cuando yo me fui de vacaciones en julio y lo dejé encargado a la Sala. Al volver me enteré de que el enfermo había hecho una fístula vesical que había durado unos pocos días y que luego se había cerrado espontáneamente. El enfermero de la noche de la Sala San Luis me contó que el jefe de Clínica lo había querido pasar a viás Urinarias, pero que una noche dicho enfermero le había sacado la sonda en permanencia que se le había colocado después de la operación, y comprobó que dicha sonda estaba obstruída por coágulos que le fué difícil de desalojar aún mismo después de sacar la sonda. Le colocó una nueva sonda, y en dos o tres días su fístula vesical cerró espontáneamente, y el enfermo se fué de alta completamente curado.

Esto constituye una lección en el sentido de que la sonda en permanencia debe ser vigilada, que se debe lavarla todos los días con jeringa de Guiyon (lavados vesicales).

**6-IX-1947. Post-operatorio alejado.** — Este enfermo me vino a ver hace pocos días porque sufría de polaquiuria viéndose obligado a orinar según él cada media hora. Acusa además ligeros ardores al terminar.

Su estado general es excelente, la cicatriz de la laparotomía es normal, no hay ningún exudado ni infiltración del Douglas. Lo hice ver con el Dr. Llopart quien le practicó una citoscopia no encontrándole ninguna lesión vesical, ni ningún cuerpo extraño como lo había supuesto por la historia del enfermo. (Polaquiuria cuando estaba parado que se calmaba en decúbito). Se le aconsejó sulfadiazina, baños de asientos calientes y enema caliente a retener con cocimiento de malva.

---

B. V. E. 30 años. Ingresó: 17-VIII-1947. Diagnóstico: Herida de de arma blanca de vientre. Tratamiento: operación.

Ingresa al Hospital Pasteur, Sala 11, por una herida de arma blanca de la F.I.D. datando de unas dos horas. La herida da salida a varias ansas de intestino delgado que emergen en forma de ramillete con un pedículo estrecho en su base constituída por la herida; herida que está situada a

unos tres dedos de la línea media hacia la derecha y a unos 6 cms. por encima horizontal del pubis. Se trata por consiguiente de una herida del hipogastrio en los confines con la F.I.D. Además de las ansas intestinales sale sangre en no mucha cantidad. El estado general es bueno, no hay decoloración de las mucosas. Hago sondar al enfermo en previsión de una posible distensión de la vejiga que podría peligrar al hacer la incisión de abordaje; la sonda retira orina hematórica y nos indica en forma inesperada la existencia cierta de una herida de la vejiga. Haciendo la evacuación pre-operatoria sistemática de la vejiga en las heridas de vientre, basados en un accidente operatorio anterior, nos encontramos con que esta evacuación nos aclara el diagnóstico revelándonos la existencia insospechada de una herida de vejiga, y permitiéndonos así establecer con toda seguridad que la dirección de la herida era hacia abajo y hacia adentro, y marcándonos claramente la ubicación de la incisión de laparotomía.

**Intervención.** — 17-VIII-1947. Dr. Otero. Anestesia general; éter.

Limpieza de la piel del vientre con bencina y éter cubriendo las ansas con una compresa de modo de poderlas manejar, y de poder llevarlas hacia un lado y otro, o hacia arriba y hacia abajo mientras limpiábamos la piel justo hasta la herida. De igual modo hicimos para pasar mercurio cromo en toda la piel y bien hasta los bordes de la herida. Lavado de las ansas con suero caliente. Cambio de guantes.

Limitación con campos del campo operatorio. Preferimos hacer una incisión mediana infra-umbilical en vez de agrandar la herida traumática.

Antes de limitar el campo habíamos ya reintegrado al vientre las ansas delgadas bien lavadas con suero caliente, y habíamos comprobado que la herida era vertical, de unos 5 cms. y de bordes netamente cortados como corresponde a un arma blanca (posiblemente cuchillo).

Algo que uno debería tratar de hacer sistemáticamente sería establecer la dirección probable de la herida en la profundidad basándose en el aspecto de la herida en la piel, en la aponeurosis y en los músculos (sobre todo en la piel).

Este es un punto de vista que debe estar bien estudiado en los libros de Medicina Legal y que conviene preguntar al Dr. Cendán dónde leerlo. Indudablemente es de gran interés para el cirujano poder llegar a un grado grande de certeza respecto a la dirección de la herida puesto que eso implica plantearse una determinada táctica operatoria antes de iniciar el acto quirúrgico. Es algo comparable a lo que realizamos cuando hacemos la radiografía de las heridas de bala para localizar el proyectil y reconstituir así su probable trayecto.

Incisión mediana infra-umbilical. No se comprueba la existencia de ningún líquido patológico dentro del peritoneo, existiendo sólo una cantidad pequeña de sangre que no mana abundantemente y que no constituye un problema urgente de hemostasis. Esto se podía prever dado que el herido no tenía síndrome hemorrágico, y en este sentido tal vez conviene establecer una clasificación global entre aquellos heridos o contu-

sionados de vientre que tienen síndrome hemorrágico y los que no lo tienen. Así que, uno está en un estado de espíritu diferente respecto a la necesidad de la prisa en el campo operatorio: en el primer grupo las maniobras deben ser muy rápidas mientras que en el segundo grupo la cirugía puede desarrollarse en forma semejante a la cirugía corriente.

Exploración de las ansas delgadas hasta el ángulo duodeno-yeyunal hacia arriba y hasta la válvula ileo-cecal hacia abajo sin encontrar ninguna lesión. Exploración del ciego y colon ascendente negativas. Exploración del sigmoide y del recto negativas. Excluida la existencia de heridas intestinales se coloca al enfermo en Trendelenburg, se excluye la pelvis con compresas y se va a buscar la herida, ya conocida clínicamente, de la vejiga. Declaro que si yo no hubiese sabido con certeza que existía una herida de la vejiga, no hubiese sido difícil que ella se me hubiese pasado inadvertida. Fué sólo porque teníamos ese dato que exploramos con cuidado la vejiga, ya que no habíamos comprobado derrame de orina en el peritoneo. Conviene sintetizar diciendo que en las heridas del hipogastrio hay que explorar sistemáticamente la vejiga, órgano extra-peritoneal, que hace poco relieve hacia la cavidad del vientre y que no se ofrece espontáneamente a la exploración.

En las heridas del hipogastrio deben explorarse sistemáticamente los siguientes órganos: delgado, ciego y colon ascendente, sigmoides y recto, vejiga y por último hay que tener en cuenta los órganos retroperitoneales (vasos ilíacos externos e internos y también el uréter).

Que no hay herida de los gruesos vasos retroperitoneales es fácil apreciar rápidamente ya que eso se denunciaría por la existencia de un gran hematoma. Más difícil, y casi diría imposible, sería apreciar la existencia de una herida del uréter que a pesar de ser excepcional, podría existir, y que no veo cómo podría ella denunciar su existencia. Explorada la cara peritoneal de la vejiga se comprueba la existencia de una herida situada en esta cara y muy cerca del vértice de la vejiga. Es una herida de unos tres centímetros, mayor sobre el peritoneo que sobre la pared vesical, está seccionada íntegramente. No hay mayor hematoma y los vasos vesicales sangran poco. Se toman los bordes con pinzas de Chaput, y se hace una sutura total continua con puntos de Connel comprendiendo en esta sutura el peritoneo. Digo, comprendiendo el peritoneo porque mientras la mucosa y la musculosa integran la pared vesical, en vez del peritoneo no es adherente a la musculosa como sucede en el tubo digestivo, y por consiguiente si queremos tomar al peritoneo en la sutura total debemos buscarlo, y atravesarlo con la aguja deliberadamente. Hicimos luego un segundo plano sero-seroso, pero en este caso esto cobra especial interés por las razones señaladas.

Cerramos casi totalmente la herida traumática antes de cerrar la laparotomía. Polvoreamos con sulfamida y dejamos una pequeña mecha que va hasta el subperitoneo.

Cierre en tres planos de la herida mediana previa colocación de sulfamida en polvo.

Se coloca una sonda vesical en permanencia por la uretra.

**Post-operatorio.** — Al día siguiente el paciente bien en el sentido de que no existe ninguna reacción peritoneal, ni ningún síndrome hemorrágico, lo cual significa que no se ha ignorado ninguna lesión.

Tiene 38 grados de temperatura. Lo cual puede explicarse por el derrame de orina que sin duda existió; pero lo más probable es que sea debido a un estado broncopulmonar perfectamente explicable por la anestesia.

El enfermo, que es un indisciplinado, se ha sacado la sonda. Se la hago colocar nuevamente, y al día siguiente nuevamente se la ha sacado, por lo cual decido dejarlo sin sonda.

En este enfermo existió un problema de gran importancia constituido por el hecho de que fué necesario realizar una anestesia general en un enfermo que había comido y bebido abundantemente hacía poco tiempo. ¿Cómo resolver esta situación? Evidentemente no se puede evacuar con sonda gástrica el estómago de un herido con los intestinos afuera, y menos aun provocarle el vómito por ingestión de agua o irritación de la úvula, ya que eso podría provocar una evisceración cada vez mayor por los esfuerzos de vómitos. En principio, prácticamente no se puede evacuar el estómago de los heridos, ni contusionados del vientre por razones múltiples y bien conocidas. Entonces es necesario realizar la anestesia con el estómago ocupado, y el anestesista debe prever la posibilidad de vómitos de alimentos con gruesos pedazos de comida no digerida que podrían obstruir los bronquios y determinar una asfixia mortal. Si el anestesista es un especializado no es necesario decirle nada aun cuando conviene advertirle respecto a esa situación; si, en cambio, se trata de un anestesista no profesional es necesario señalarle que el enfermo debe estar colocado durante toda la operación en cierto grado de Trendelenburg para que el vómito no vaya hacia los bronquios. Si vomita hay que limpiarle rápidamente la boca y seguir la anestesia, colocándole otra vez la careta, puesto que si el enfermo se despierta cada vez vomitará más (Pernin). Es también importante la preparación pre-operatoria, que debe consistir en la inyección de Atropina, una hora antes de la operación. Como estas operaciones no permiten ese plazo, Pernin dice que se debe dar Atropina intravenosa  $\frac{1}{2}$  c.c. al 1 %).

Quiero señalar lo siguiente: Cuando ya habíamos hecho la sutura de la herida vesical se me planteó la duda de si la herida no podría haber interesado la pared opuesta de la vejiga, y haber salido después del recto por ejemplo, o del espacio de Retzius. En realidad, yo debía haber explorado las caras opuestas a través de la herida antes de cerrarla. A falta de haber hecho eso, le pedí a uno de los Internos que le hiciese un tacto rectal para comprobar si el recto estaba sano, o si había sangre en su interior. El tacto fué negativo.

De cualquier modo uno debe sistematizarse en el sentido de precaver

la posibilidad de una herida transfixiante y explorarla en lo posible por vía endovesical a través de la herida.

Algo más que se desprende de esto es la necesidad de hacer el tacto rectal sistemático a todo herido de vientre que pueda dar lugar a heridas de las vísceras pelvianas; y aun mismo, para no cometer errores, el tacto debe hacerse en todas las heridas de vientre.

¿Frente a una herida de la cara peritoneal de la vejiga se debe cerrar sin hacer cistostomía como se hizo, o conviene hacer la talla? P. Lecene dice: "...La sutura de las heridas vesicales *intra-peritoneales* en dos planos, al catgut, tiene éxito lo más a menudo en asegurar la curación sin fístula, cuando la intervención es precoz y cuando no hay lesiones concomitantes demasiado graves".

En cambio cuando se trata de una herida de la cara extra-peritoneal de la vejiga Lecene dice: "En los casos de herida *extra-peritoneal*, la infección y las fístulas post-operatorias son mucho más frecuentes, pues la ausencia de revestimiento peritoneal hace a menudo precaria la cicatrización de la herida vesical suturada: así, cuando se trata de heridas vesicales extra-peritoneales (cavidad de Retzius, heridas del bajo fondo vesical por empalamiento o por herida de bala de la nalga), el simple drenaje de la vejiga, sea por la colocación de una sonda en permanencia, sea mejor por cistostomía supra-pública, podrá ser preferida a la sutura; pero será necesario explorar la cavidad pelviana para verificar si no hay lesión concomitante de la porción intra-peritoneal de la vejiga. Esta conducta me parece hoy absolutamente indicada en todos los casos difíciles, aquellos por ejemplo de herida vesical coincidiendo con una herida rectal (empalamiento, o herida por proyectil que entró por el periné o por la nalga); *la exploración completa de la pequeña pelvis por incisión supra-pública en posición elevada de la pelvis debe ser considerada como una regla formal.*

Lecene encara luego el problema de las rupturas y el problema de los desgarramientos de la vejiga que no consideramos aquí.

Destacamos los hechos siguientes: Electividad de la sutura cuando la herida es de la cara intra-peritoneal; conveniencias en cambio de la talla en las heridas extra-peritoneales. Necesidad de la exploración sistemática de la pelvis en las heridas extra-peritoneales para asegurarse el control de las vísceras intra-peritoneales y de la cara peritoneal de la vejiga. Además conviene destacar la necesidad absoluta de la exploración de la pequeña pelvis frente a las heridas a través del periné y a través de la región glútea y de la región sacra. Frente a una herida de estas regiones será necesario en principio explorar en primer término la herida perineal, glútea, etc., y frente a la menor duda respecto a la posibilidad de la penetración abdominal recurrir a la exploración por laparotomía.

En suma, exploración por vía retro-peritoneal del periné o de la glútea hasta el espacio pelvi-subperitoneal, y exploración por laparotomía del sector intra-peritoneal. No olvidar que una herida del periné, de la región glútea o sacra puede ser, y es con frecuencia, una herida penetrante del abdomen y como tal debe ser encarada y tratada.

**Post-operatorio:** 6-IX-1947. — Evolucionó en general bien: no tuvo ninguna reacción peritoneal y su estado general se mantuvo siempre bastante bueno. Durante unos cuantos días hizo temperatura y la herida correspondiente a la puñalada tenía tendencia a supurar obligando a soltarle los puntos.

En un momento dado, a los 10 días más o menos, después de haberse esfacelado en profundidad se produjo la salida de orina por esa herida. El enfermo se había negado a tener colocada la sonda en permanencia y no se le había podido vencer. Cuando se produjo la fístula se le colocó una sonda en permanencia en la uretra y no se produjo ninguna nueva salida de orina por la herida desde que tuvo colocada la sonda. Desde ese momento en adelante la curación fué rápida y sólo fué necesario mantener la sonda unos tres días.

Actualmente está sin temperatura, sus heridas están rojas y granulantes, está sin sonda desde hace días, se levanta y pronto se irá de alta.

**Consideraciones.** — Es éste el segundo caso que en poco tiempo me produce una fístula vesical a raíz de una herida de vejiga. Es verdad que esta complicación fué pasajera en ambos casos pero alargó el post-operatorio y produjo molestias al enfermo y al cirujano. La colocación de la sonda en permanencia es lógica pero prácticamente no resulta tolerada por el enfermo pues se la saca e impide así mantener el estado de vacuidad de la vejiga durante el tiempo de la cicatrización. Por ese motivo hemos pensado que será más práctico aunque menos perfecto colocar sistemáticamente una sonda supra-pública en el momento de la operación, es decir dejar al enfermo tallado. Hablando respecto a esto con el Dr. Llopart me confirmaba en esta idea y me relataba lo que sucede por ejemplo cuando se aborda un cálculo de la vejiga, se extrae éste y se cierra luego la vejiga. Muy a menudo se produce una fístula vesical que complica el post-operatorio y lo alarga.

A. M. 42 años. Oriental. Ingresó: 23-VIII-1947. Fallece: 23-VIII-1947. Diagnóstico: Herida de arma blanca de vientre. Tratamiento: Quirúrgico.

Ingresa casi en seguida de ser herido. Presenta una gran herida horizontal en la parte alta del epigastrio e hipocondrio izquierdo con sección transversal de todo el recto. Presenta otra herida situada un poco por debajo y ligeramente a la izquierda del ombligo, herida de unos 4 cms. de largo y a través de la cual salen dos o tres ansas de intestino delgado. Presenta otra de la cara posterior del brazo derecho seccionando el músculo tríceps. Otra herida pequeña en un dedo.

El pulso en la radial se siente apenas, es lento y muy blando. La presión arterial es de 5. Tiene palidez de las mucosas mezclada con un cierto tinte cianótico. No habla casi pero está perfectamente lúcido y a veces expresa algunos deseos.

Se llama un anestésista (Fernández Oria) y un transfusionista que demora en venir, y que sólo llega en la mitad de la operación.

**Intervención.** — 23-VIII-1947. Dr. Otero. Pte. Ruiz. Anestesia general (Fernández Oria).

Hay dos o tres heridas en las ansas exteriorizadas que se suturan provisionalmente después de desinfectar la piel para impedir que el contenido intestinal vuelva a derramarse sobre la piel así preparada. Se piensa hacer una resección del delgado debido a la gravedad y multiplicidad de las heridas. Se desinfecta nuevamente la piel, se colocan campos y se reseca unos 20 cms. de delgado, practicándose una anastomosis término-terminal. Hasta ese momento no se había entrado al vientre para hacer la operación menos chocante.

Se traza una incisión vertical desde el ángulo interno de la herida superior que es horizontal, hasta la herida inferior que está situada ligeramente por debajo e izquierda del ombligo. Queda así una incisión en forma de ángulo recto abierta hacia afuera y abajo.

Hay una herida sero-muscular de la cara anterior del estómago cerca de la pequeña curva. Sutura y hemostasis del pequeño epiplón donde existe un hematoma. Explorando el vientre en su parte inferior se comprueba que hay una cantidad grande derramada en su interior. Se exteriorizan ansas comprobándose una herida sero-muscular de un ansa, una herida que atraviesa el meso-sigmoide, y por fin después de eviscerar completamente se ve que mana sangre en abundancia proveniente de la pared posterior del vientre. Proviene de un ojal que la herida baja ha hecho en el peritoneo posterior y seguramente de algún grueso vaso retro-peritoneal. Se coloca una pinza de corazón en este orificio, y la sangre se detiene. La interna que me ayuda me dice que hay hematoma retroperitoneal. En realidad la sangre retroperitoneal es escasa. Debía haber reflexionado antes de decidirme a explorar los vasos retroperitoneales, desde el momento que tenía prácticamente dominada la hemorragia en ese momento. Sin embargo, saqué la pinza, agrandé desgarrando con el índice el peritoneo posterior y vino cada vez más sangre que cubría el campo y dificultaba controlar su origen. Secciono aún más con bisturí el peritoneo y después de secar varias veces con pérdidas sucesivas de sangre puedo darme cuenta que se trata de una herida de la vena ilíaca primitiva izquierda en su origen en el momento que pasa en la horqueta de bifurcación de la aorta. Se veía perfectamente la arteria ilíaca primitiva izquierda al desnudo y que no estaba herida. La vena mencionada estaba cortada parcialmente pero casi en su totalidad, y la sangre provenía del cabo superior y del cabo inferior lo que dificultaba mucho su localización. Se coloca una pinza de corazón en el cabo superior y otra en el cabo inferior y dos pinzas más de Kocher. En realidad la herida era "chanfleada" y por consiguiente era larga y no regular.

Antes de darnos cuenta donde estaba la vena nos ocurría que pinzábamos casi sobre la superficie ósea del promontorio y las pinzas escapaban. Como la vena se había retraído hacia uno y otro lado los cabos estaban algo alejados.

Se dejan las pinzas en permanencia. Se descubre la arteria humeral en el pliegue del codo y se le inyecta por vía arterial 500 c.c. de sangre que pasan muy rápidamente (uno o dos minutos). El enfermo vive todavía, se siente latir el corazón a través del diafragma.

Se cierra la herida operatoria en dos planos.

El enfermo respira espontáneamente y el transfusionista me propone de inyectarle un litro más de sangre por vía arterial. Yo le digo que no, y dejo que el enfermo corra su chance.

Me retiro del Hospital y el enfermo fallece a la media hora más o menos.

**Comentarios.**— 1) Suturar el delgado provisionalmente para poder desinfectar bien la piel es correcto.

2) Se puede discutir si se debió hacer primero la resección fuera del vientre, o si por el contrario se debió haber entrado rápidamente para controlar la hemorragia posible en un enfermo que tenía 5 de presión y un pulso chico y un síndrome hemorrágico claro. No disponíamos al principio de transfusión y creo aun ahora que en general conviene hacer esta resección previa salvo cuando el síndrome hemorrágico es cataclísmico. La demostración en este enfermo es que soportó bien la operación hasta el momento cuando fué necesario eviscerar. Entre tanto le habíamos ahorrado tiempo de shock.

3) Frente a una herida de un grueso vaso retro-peritoneal se debería:

a) Comprimir con compresas el sitio que sangra y no sacar la compresa por un largo rato.

b) Descubrir por encima y por abajo los gruesos vasos retroperitoneales (aorta, cava, ilíacas primitivas arteriales y venosas); descubrir también los uréteres de ambos lados y sólo entonces aflojar la compresión.

c) Para eso se necesitaría tener un primer ayudante que fuera cirujano y un segundo ayudante diestro.

Todo esto es una reflexión teórica porque en el momento las circunstancias mandan.

Sólo hay en la literatura universal un sólo caso de herida traumática de la cava salvada y ello fué dejando 6 pinzas hemostáticas en permanencia. Se debe saber que se puede ligar sin peligro la cava por debajo de las venas renales, no así por encima. Se puede también desde luego ligar las venas ilíacas.

### HERIDA DE BALA DE ABDOMEN

(Herida de hipocondrio derecho. Herida de hígado)

A. J. A. 25 años. Ingresó: 19-II-48. Sala Maciel. Hospital Maciel. Ingresó por herida de bala recientemente recibida:

1) Con orificio de entrada a la altura del reborde costal derecho en la intersección con el borde externo del recto más o menos y con orificio de salida a nivel del 9º o 10º espacio intercostal en la línea axilar posterior.

2) Otra herida tiene orificio de entrada en la parte anterior de la región deltoidea derecha y orificio de salida atrás, a unos tres dedos de la línea media.

El estado general del herido es bueno, no hay síndrome de hemorragia aguda, ni shock.

**Intervención.** — Dr. Otero. Anestesia general (Dr. Vega).

Incisión de del Campo. Hemorragia intraperitoneal. Herida de la cara superior del hígado situada muy arriba en la cúpula, de dirección transversal, de unos 10 cms. de largo y en forma de canaleta con bordes desgarrados correspondiendo a una bala de calibre 38 largo que son las que creo corresponden a la policía.

Sutura hemostática a puntos separados con catgut 1 y apoyada sobre fragmentos libres de gran epiplón. Sutura difícil por la altura de la herida, por lo atricionado y friable de los bordes y sobre todo por la gran incompetencia del ayudante que no sabe atar el 2º nudo sin aflojar el 1º siéndome a mí imposible atar yo mismo porque tengo que tener el hígado exteriorizado con la mano izquierda. Se dejan dos mechas en el foco. Cierre.

**Post-operatorio.** — Bueno hasta el momento de redactar esta historia: (24-II).

28-V-48. — Este enfermo hizo los días siguientes una colección supurada sub-frénica que fué estudiada radiográficamente, y que fué puncionada retirando pus lo cual llevó a la indicación de un drenaje que fué realizado unos 30 días después de la 1ª intervención por el Dr. Nande Aramburú a mi pedido quien le hizo un abordaje por vía sub-costal en la parte alta del flanco D. Esa intervención fué un tanto dificultosa porque el pus estaba situado más alto que la incisión y había adherencias que dificultaban la ascensión del dedo del cirujano hacia arriba siguiendo el diafragma. No obstante se llegó a evacuar una colección relativamente pequeña (de unos 50 grs. de pus más o menos) y se le colocó un drenaje.

Después de la intervención el enfermo curó completamente y terminó un estado sub-febril, con febrícula por encima de 37° y un estado general anormal (anorexia, demacración, etc.) quedando desde entonces completamente sano.

### HERIDA DE BALA, DE ABDOMEN

B. R. 26 años, soltero, oriental. Ingresó: 21-III-1948. Diagnóstico: Herida de bala de vientre. Tratamiento: Quirúrgico. Hospital Maciel. Sala García Lagos.

Ingresa por una herida de bala reciente con orificio de entrada a unos 2 cms. a la izquierda del ombligo y un poco por encima de él, sin orificio de salida (hora 6 de la mañana).

El estado general es bueno y no hay ningún síntoma de hemorragia aguda por lo cual se decide llamar al radiólogo para que localice la bala puesto que el estado del enfermo permite este tiempo de espera y la localización de la bala es muy importante.

Radiográficamente la bala está situada en la radiografía de frente algo por encima de la línea que une las espinas ilíacas ántero-superiores y más o menos frente a la articulación sacro-ilíaca. En la radiografía de perfil la bala está situada francamente por delante (unos 2 o 3 dedos) del plano esquelético. Por consiguiente la bala queda localizada en la F.I.D. y probablemente sea intraperitoneal dada la distancia al plano esquelético en la radiografía de perfil.

Llamamos también anestesista y transfusionista y en todo ese tiempo de espera, pasó 1 hora 30 minutos y el enfermo se empezó a operar a las 7 horas 30 m.

**Intervención.** — 21-III-1948. Dr. Otero. Pte. Ormaechea. Pte. Vignale. Anestesia general con intubación traqueal (Dr. Vega).

Incisión paramediana derecha empezando un poco por encima del ombligo y decendiendo hasta cerca del pubis. Incisión que fué iniciada de dimensiones reducidas pero que fué rápidamente agrandada hacia abajo cuando se vió que existían heridas de ansas delgadas y sobre todo herida del ciego. Se exterioriza el delgado y se explora en toda su extensión comprobándose la existencia de 5 perforaciones situadas en ansas distantes una de las otras por varias ansas alternas siendo la perforación más alta más o menos correspondiente a la mitad de la distancia del ángulo duodeno-yeyunal y el ángulo ileo-cecal y el grupo de perforaciones más bajas está situado en un ansa cercano al ángulo ileo-cecal.

La perforación más alta tiene orificio de entrada y de salida a través del ansa, o sea dos perforaciones al mismo nivel y el grupo de perforaciones inferior tiene una perforación en un ansa y unos 15 cmts. más abajo una doble perforación con orificio de entrada y de salida. En resumen la bala ha atravesado de parte a parte, por la cara serosa dos ansas delgadas y ha herido tangencialmente una tercera ansa. Existe además una tercera perforación situada en la cara anterior del ciego a unos 2 cmts. del ángulo ileo-cecal, perforación a través de la cual surge, amarillenta, un poco de contenido fecal del tamaño de un grano de trigo. La bala se palpa perfectamente dentro del ciego en el cual está contenida, y por consiguiente no hay orificio de salida en el ciego.

Se suturan sucesivamente las heridas del delgado con un surget seroso con gastergut O. Cuando se llega a la herida del ciego resulta difícil encontrar el lugar exacto de la perforación que había sido perfectamente vista en la exploración inicial. Existe en esa zona un hematoma sub-seroso que infiltra las franjas epiploicas y el peritoneo cecal dificultando la visualización. Se liberan progresivamente las franjas epiploicas y se ligan, se exprime el ciego comprobándose la salida de gas y pudiendo así localizar el orificio que se cateteriza con una pinza americana curva. La entrada del proyectil es un poco oblicua (chanfleada) de afuera hacia dentro y de adelante hacia atrás de modo que la penetración es más interna que la cola inicial del trayecto donde sólo hay herida de la sero muscular. Se agranda un poco el orificio para verlo

correctamente y se cierra luego con una sutura sero-serosa en dos planos.

Se vuelve a explorar el delgado desde el ángulo ileo-cecal hasta el ángulo duodeno-yejunal sin comprobar ninguna otra lesión, se explora también la cara posterior del ciego que es normal.

No hay ningún vaso que sangra ya que las perforaciones del delgado no interesaron el mesenterio y sólo la herida del ciego podría haber hecho sangrar un poco los vasos cecales anteriores.

Cierre de la herida en tres planos. Sulfamida en el tejido celular. No se dejó ningún drenaje.

**Observaciones.** — Es esencial para tratar correctamente una herida de vientre disponer de todo el equipo necesario, anestesista, transfusionista, radiólogo y un buen ayudante. Sólo deseo comentar la importancia del estudio radiográfico en este caso que permitiendo localizar la bala hace posible representarse el trayecto del proyectil por consiguiente resuelve la colocación de la incisión en la pared abdominal lo cual es fundamental para una buena exploración. Además permite orientarse a las posibles lesiones viscerales de acuerdo con la topografía supuesta y por último da una idea bastante precisa del sitio donde está alojado el proyectil.

La localización del proyectil debe hacerse lógicamente con referencia al plano esquelético y el de las tres dimensiones del espacio o sea horizontal, vertical y ántero posterior. Para ello es imprescindible y suficiente tomar dos radiografías, una de frente y otra de perfil. En primer término el radiólogo localiza la bala radioscópicamente y luego toma las radiografías en el sitio indicado por el estudio radioscópico. El herido puede estar en posición horizontal en la mesa de examen puesto que no se trata de apreciar niveles líquidos sino la ubicación de un proyectil opaco a los rayos X. Si el enfermo tiene un cuadro hemorrágico agudo puede no dar tiempo a un examen radiográfico pero en un Servicio bien organizado de Urgencia debería haber un aparato portátil que permitiese tomar radiografías en el curso de la operación. Tal es la importancia que atribuimos al estudio radiográfico localizador, la táctica operatoria para herida del abdomen.

La segunda cosa que deseo señalar en este caso es la dificultad a veces muy grande, que puede existir para encontrar una perforación en el intestino grueso, aun mismo cuando como en este caso se había visto en el momento inicial. La sangre que se infiltra en la sub-serosa formando hematoma y las franjas epiploicas implantadas en la vecindad y que también se infiltran de sangre explican la dificultad mencionada. Para resolverla es necesario tener presente varias cuestiones fundamentales. En primer lugar hay que saber que esta dificultad para encontrar el orificio de entrada de una pequeña bala de práctica civil es frecuente e inherente a la anatomía misma del órgano, y por consiguiente es necesario explorar con sumo cuidado y detenido interés todo hematoma situado en la pared del colon, sobre todo cuando hay razones lógicas para pensar que pueda existir un orificio de perforación. En segundo lugar

hay que tener previstas unas series de tácticas y maniobras a desarrollar para poder encontrar el orificio. Liberación de la pared cecal o cólica circunvecina de las franjas epiploicas que oscurecen el campo, expresión de gas normalmente contenido en el colon y que se oye salir burbujeando a través del orificio y sobre todo si se agrega suero fisiológico y se miran surgir las burbujas a través del líquido.

Aprovechando esta localización se tratará de cateterizar con un instrumento de punta fina, roma como lo es por ejemplo: una pinza americana curva que fué la que utilizamos en este caso.

Y en tercer lugar y esto es lo fundamental, es necesario perseverar todo el tiempo que sea necesario para localizar exactamente el orificio ya que en esta oportunidad va la vida del herido.

Quiero recordar como una anécdota que fué para mí de una gran enseñanza cuando en el curso de una operación por herida de bala de la región lumbar derecha recibida por un médico compañero, el Dr. Larghero se pasó un largo rato explorando un hematoma de la cara posterior del colon ascendente hasta encontrar el orificio de perforación supuesto y fué felicitado calurosamente en aquella emergencia por el Prof. Dr. Blanco que lo miraba operar desde atrás sin que él lo supiera. Ese herido evolucionó perfectamente y está actualmente en plena actividad profesional.

Por último, en el tratamiento de este herido surgió para mí una duda respecto al calibre del ansa reparada que parecía algo estenosada por la sutura y nos resolvimos a reintegrarla sin hacer entero anastomosis basados en que la yema de los dedos índice y pulgar tratando de juntarse por arriba y por debajo se podía insinuar la yema del dedo índice a través de la zona estenosada sin que los dedos llegasen a juntarse.

Deseo señalar además una pequeña maniobra de interés para presentar correctamente el ansa delgada cuando se hace la sutura. El ayudante toma el ansa con una gasa entre sus dedos por arriba y por debajo de la perforación con cada una de sus manos permitiendo así al cirujano trabajar en un campo fijo en posición favorable. El ayudante no debe moverse de esa posición favorable y será el segundo ayudante o el cirujano mismo el que haga toda la tarea de la sutura facilitada por esta perfecta posición.

**Post-operatorio.** — 24-III-1948. Hasta ahora el herido ha evolucionado perfectamente y en la tarde del 2º día movió el vientre abundantemente con una enema salado.

No ha tenido la menor reacción peritoneal, ni ninguna distensión intestinal. No ha tenido vómitos, ni estado nauseoso. Su pulso, su facies y su lengua han sido siempre normales.

Se le hizo suero fisiológico y penicilina en el post-operatorio. Al 2º día se le hizo enema salado con lo cual movilizó el vientre.

**Evolución.** — En el curso de la operación habían quedado dudas respecto a la permeabilidad del ansa que parecía estenosada parcialmente por la sutura, pero se había reintegrado al vientre sin hacer entero-anasto-

mosis admitido que probablemente el calibre sería suficiente. Sin embargo el enfermo hizo en el post-operatorio una oclusión intestinal progresiva, y con distensión del vientre, dificultad para la expulsión de materias y gases, vómitos y salida por la sonda gástrica de un líquido de aspecto y olor intestinal. Después de 5 días de expectativa se decidió la operación.

El vientre estaba meteorizado, se palpaban ansas delgadas distendidas y el enfermo decaía en estado general y se deshidrataba.

**Intervención.** — 26-III-1948. Dr. Otero. Pte. Moratorio.

Raquianestesia entre 12 dorsal y 1ª lumbar, de 0.12 de novocaina.

Se abre la incisión operatoria, se comprueba que efectivamente existe una oclusión intestinal por encima de la zona suturada debida a la estenosis que determinaba dicha sutura. Se hizo una entero-ánastomosis látero lateral entre el ansa suprayacente y el ansa infrayacente. Se hicieron dos planos de sutura con gastergut O. Cierre del vientre en un plano.

**Evolución.** — Al día siguiente el enfermo estaba bastante bien pero en el curso del segundo día entró progresivamente en colapso y murió en la noche.

#### HEMORRAGIA POR RUPTURA DE VESICULA

C. M. S. 57 años, c. urug. Tratamiento: Colectectomía. Fallece en la mesa. Hospital Pasteur. Sala 11.

28-IX-48. — Ingres a las 15 y 30 por cuadro doloroso de vientre, comienza en el día 27 por la noche después de una comida copiosa en la que entraba embutidos, empieza con dolores en el epigastrio de comienzo brusco sin vómitos que duran toda la noche decreciendo de intensidad y permitiendo al enfermo dormir de a ratos. Constipado. Hoy de mañana los dolores se hicieron más intensos por lo cual ingresa al Hospital. Siguió sin náuseas ni vómitos y constipado. Como antecedentes, dos o tres episodios semejantes, el último hace tres años. El enfermo narra una dispepsia que no podemos rotular.

**Examen:** Dr. Sanjinés: enfermo lúcido, llama la atención de manera notoria la palidez, pudiendo catalogarla de decoloración casi absoluta de las mucosas y piel. Lengua limpia y húmeda, temperatura 36 y 37 y media rectal, pulso 120'. **Abdomen:** movilidad limitada a causa del intenso dolor. Vientre difusamente defendido pero defensa que se vence con una buena palpación predominando la defensa en vientre alto y sobre todo en cuadrante superior derecho. La palpación no da otra cosa. No hay sonoridad prehepática. Douglas discretamente sensible y al parecer no ocupado. Presión arterial: MX. 16. Mn. 9. Se le hace un enema evacuador para ver el color de las materias y éstas son de color normal. Se le pide hemograma y radiografía de vientre. Visto 3 horas después se tiene la impresión de que se mantiene la misma decoloración cutánea mucosa, pulso de 120', presión 13 y 6. Corazón s/p.

**Exámenes de laboratorio.** — G. R.: 4.935.000. Hb. 98 %. Vg. 0.99. Leucocitosis: 25.000.

**Radiografía de abdomen.** — (Nº 19-283). Central (2 placas).

En la placa de pie se observa una opacidad difusa del vientre al parecer la sombra hepática está aumentada de tamaño no viéndose ninguna sombra anormal en la vesícula, existe aire debajo del diafragma izquierdo. (¿Neumoperitoneo?) Se ve además gases en el colon transverso pero sin gran distensión. En la placa acostado se comprueba estómago dilatado gas en el colon ascendente y mitad derecha del transverso se ve además un ansa delgada con gas contorneando la gran curva del estómago y separada de éste por una gruesa banda oscura, (¿exudado?).

**Estudio radiológico.** — Dr. Otero. Habiendo visto este paciente como cirujano de urgencia y pensando en el diagnóstico de colecistis aguda, llevamos este enfermo a la pantalla radioscópica para establecer si realmente había neumoperitoneo. En el examen practicado por nosotros no vimos neumoperitoneo radioscópicamente.

**Intervención.** — 28-X-48. Dr. Otero, Dr. Sanjinés. Pte. Méndez.

Anestesia general gases. Abierto el peritoneo se comprueba la existencia de una gran cantidad de sangre en la logia subhepática, sangre que se seca con varias compresas sin poder en un primer momento establecer exactamente el origen de la hemorragia. Exponiendo mejor la región se comprueba que hay un estallido en la vesícula biliar desde el fondo casi hasta el cístico, sobre su borde izq., y al mismo tiempo un estallido del lecho hepático en la zona correspondiente y con múltiples trazos irregularmente dispuestos. Se hace colecistectomía del fondo al cuello. Antes de empezar a cerrar la herida de la pared el enfermo fallece en la mesa de operaciones.

**Consideraciones** — Dr. Otero. La indicación operatoria en este síndrome de colecistitis aguda fué establecida por el estado de gravedad del enfermo por la marcha progresiva con repercusión sobre el pulso y la presión arterial, por el estado del pulso, etc.

El Dr. Sanjinés pensaba en la existencia de una hemorragia en el enfermo cosa que se comprobó operatoriamente y que fué bastante inesperado dentro de la patología de la colecistitis aguda.

### RUPTURA DE VEJIGA

N. H. N. 17 años, urug. solt. Tratamiento: Laparotomía. Ingresó: 2-XI-1948. Hospital Pasteur. Sala 11.

Ingresa por un traumatismo de la calle apretado entre un ómnibus y un tranvía en la región pelviana. Fué sondado a su ingreso retirándole una pequeña cantidad de orina sangrienta; el pasaje uretral era libre.

Presenta una gran erosión en la región inguinal derecha y existe un dolor muy marcado a la palpación profunda de la rama bilio-pubiana derecha. La compresión bimanual de las alas ilíacas es dolorosa. No hay fractura palpable de las ramas isquio-pubiana por el periné.

El vientre no está contracturado, ni doloroso a la palpación, pudiéndose afirmar clínicamente que no hay reacción peritoneal.

El estado general es bueno aunque un poco shockado y no hay lesiones en otras partes del cuerpo. -

Clínicamente hacemos diagnóstico de ruptura de vejiga en su cara extraperitoneal por probable fractura de pelvis. La radiografía muestra una fractura en la rama ilio-pubiana izq. con su correspondiente trazo posterior sacroilíaco.

Se va a la intervención con el plan de hacer primero una exploración sumaria intraperitoneal para comprobar que no existen lesiones y tratar luego la herida vesical extraperitoneal.

**Intervención. — 28-XI-48.** Dr. Otero (4 horas después del traumatismo): Anestesia general. Incisión mediana infraumbilical.

Se abre el peritoneo comprobándose que no existen lesiones intraperitoneales: no hay derrame libre en el vientre, ni de sangre, ni de orina, ni de contenido intestinal.

Se cierra el peritoneo y se aborda el espacio prevesical por la parte baja de la incisión. Se encuentra un desgarramiento vesical, a dirección vertical, de unos 4 cms. de largo, situado en la parte media de cara anterior, muy profundamente cerca de los ligamentos pubovesicales. Se cierra esta brecha por varios puntos de sutura se coloca una sonda de Petzer gruesa en la parte alta para realizar una talla y se coloca un tubo y dos mechas en el espacio prevesical. Cierre de la herida en toda su extensión dejando pasar los drenajes.

**Post-operatorio. —** Evolucionó siempre perfectamente, y después de unos 15 días pedimos la colaboración del Dr. Llopart quien no aconsejó colocarle una sonda uretral en permanencia al mismo tiempo que se le sacaba la sonda de la talla para favorecer así la cicatrización de ésta. Con ese fin fué pasado a la sala 19 para que el Dr. Llopart lo siguiera. Hoy 27 de noviembre me dice que la talla demora en cerrar y que es probable que sea necesario hacerle una cistografía, para lo cual me avisará.

### HERIDA DE TORAX

M. V. 32 años., urug., solt. Tratamiento: Laparotomía exploradora. Ingresó: 2-XI-48. Sala 11. Hospital Pasteur.

Me llaman a las 3 de la mañana por una herida de bala transfixiante de tórax del lado izq. y en la parte baja, sospechándose que la bala hubiese interesado vísceras abdominales. Me dicen telefónicamente (Dr. Priario) que el orificio de entrada está situado en el 6º o 7º espacio de la línea mamelonar y la salida en el 10º espacio interscostal más o menos, cerca de la línea media.

Vengo a ver el enfermo que está en Rayos X no visualizándose nada especial radioscópicamente, y el trayecto que está demostrado por dos agujeros colocados en cada herida parece estar ligeramente más alto que el diafragma izq. pero hay pequeños fragmentos de bala más bajos que el orificio de entrada por lo cual puede sospecharse que el trayecto sea tortuoso, y no en línea recta.

Basado en los datos radiológicos y en la ubicación de los orificios de entrada que me habían sido señalados decido hacerle una laparotomía exploradora para controlar la probable existencia de lesiones abdominales.

El paciente estaba vendado y no vi los orificios directamente, haciendo confianza en el informe previo.

**Intervención.** —2-XI-48. Dr. Otero, Dr. Priario. Anestesia general. Laparotomía paramediana izq. alta comprobándose que no existe lesión intraperitoneal y que la herida es puramente torácica. Cierre de la herida.

**Post-operatorio.** — Evolucionaba sin incidentes. Se le practicaron dos toracentesis puncionando con trocar y aspirando con jeringa grande y tubo de goma. La primera punción dió salida a unos 200 c.c. de líquido serohemático; la segunda punción sólo extrajo una pequeña cantidad. El enfermo se alivió mucho de un estado de molestia torácica después de la primera punción y su fiebre cayó.

**Consideraciones.** — Es evidente que si yo hubiese visto directamente las heridas de entrada y salida me hubiera formado criterio diferente respecto a la altura puesto que el orificio posterior estaba mucho más arriba del 10° espacio, tal vez en el 8°. No basta por consiguiente la visualización radioscópica ayudado de repères metálicos para formarse criterio respecto a la altura y es necesario reconocer personalmente los orificios por más confianza en la persona que examinó al enfermo.

Por otra parte es interesante señalar la ayuda que significan los repères metálicos para topografía del trayecto y creo que esta práctica que es del Dr. Larghero debe ser sistematizada. Cuando hay sólo orificio de entrada y el proyectil está incluido, el agrafe colocado en el orificio de entrada determina el trayecto uniéndolo con el proyectil.

Otra cosa a notar es que al contrario de lo que generalmente se sostiene, Imes en un trabajo sobre heridas de abdomen dice que en su experiencia personal siempre ha comprobado que el trayecto del proyectil es rectilíneo entre el orificio de entrada y el de salida, sin tortuosidades imprevistas. Eso sin ser absoluto puede ser un criterio general y no lo contrario que es lo que estamos inclinados a pensar.

El enfermo se fué de alta a los 15 días más o menos pero fué objeto de una exploración inmotivada por una herida abdominal y su pertinente cicatriz.

---

G. P. 31 años, solt. Ingresó 16-X-1947. Egresó 23-X-1947. Diagnóstico: Herida de vientre de arma blanca. Tratamiento quirúrgico.

Ingresa al Hospital Pasteur, Sala 11 por una herida de arma blanca del hipocondrio izq. recientemente producida.

Herida transversal de unos 4 cms. de longitud situada a unos tres dedos de la línea media un poco por encima del nivel del ombligo, dirigida de adelante atrás y de izquierda a derecha (o sea hacia la línea media). Estado general muy bueno, pulso y presión arterial prácticamente normales,

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

mucosas bien coloreadas, estado psíquico normal. Por la herida sale un trozo de epiplón de unos 4 o 5 cms.

**Intervención.** — 16-X-1947. Dr. Otero. Pte. de Guardia. Anestesia general éter. (Pte. García Aust).

Incisión paramediana izquierda. Como la herida se dirige hacia la línea media la incisión paramediana se encuentra como la herida traumática en la parte baja. Se comprueba lo siguiente:

Existe un hematoma no muy grande del epiplón gastro-cólico y levantando el colon transverso se comprueba un hematoma del meso colon. Así la herida ha atravesado el epiplón gastro cólico primero, rasando la implantación en el colon transverso y ha atravesado luego el meso colon transverso. Se hace la hemostasis de vasos pequeños y se explora con cuidado el colon transverso que no está herido.

Además nos fijamos en la coloración del colon pensando en que la herida puede haber comprometido su irrigación y vemos que todo el tiempo el color del transverso es normal.

Exploración de cara posterior de estómago que es normal; exploración de las ansas delgadas ya que la herida atravesaba el meso colon aun cuando la herida de la hoja inferior era muy pequeña. Esta exploración es negativa. Cierre en un plano profundo y un plano de piel sin drenaje.

**Consideraciones.** — La exploración con el dedo enguantado de la herida da una noción muy exacta de su dirección y permite orientar la colocación de la incisión operatoria.

Se trataba de un hombre joven pero con panículo adiposo espeso y al trazar la incisión y encontrarnos abajo con la herida traumática caímos rápidamente en el peritoneo resultando en el momento del cierre de la incisión operatoria una cierta falta de claridad de los labios correspondientes a la incisión. En las heridas trazadas en regiones donde el tejido celular se decola con facilidad (Mac Burney. Pfannenstiel, incisión de del Campo) los labios de la oponeurosis quedan espontáneamente a la vista mientras que en las incisiones medianas y sobre todo en las incisiones verticales del vientre superior donde la piel está unida a la aponeurosis por tratus conjuntivos es conveniente disecar un poco los labios del celular para tener cuando se cierra una visión neta de los labios aponeuróticos. Todo lo demás sin incidentes.

**Evolución.** — Sin el menor incidente. Alta a los 7 días.

### CONTUSION DE ABDOMEN

(Ruptura de Q.<sup>e</sup> hidatídico de Hígado)

V. C. M. 16 años, oriental. Ingresa: 21-XI-1948. Hospital Maciel. Sala "San Luis".

Ingresa por un traumatismo leve del abdomen que consistió en que jugando con otro chico éste cayó encima de su vientre.

Cuando lo examinamos, pocas horas después del traumatismo, tenía buen estado general y buen pulso y desde el punto de vista abdominal

ofrecía una reacción peritoneal atenuada y difusa consistente en dolor poco marcado y alguna defensa.

Lo observamos repetidamente con intervalos de 2 o 3 horas y lo dejamos sin operar pero a las 2 de la mañana más o menos me llaman de nuevo porque su pulso había aumentado llegando a 130, porque tenía reacción peritoneal más franca, porque había cierto grado de distensión intestinal y porque tenía temperatura en los alrededores de 39 grados. Frente a esa situación y a la persistencia de signos peritoneales, de distensión y de fiebre se resuelve intervenir.

**Intervención.** — 21-XI-1948. Dr. Otero. Pte. Moratorio. Anestesia éter. Incisión paramediana izquierda centrada en el ombligo y prolongada luego progresivamente hacia arriba.

Se encuentra un derrame bilioso abundante que sugiere herida alta de intestino o de duodeno. Se explora el delgado desde el ciego al ángulo ileo-cecal sin encontrar ninguna herida y de igual modo el duodeno en sus distintos sectores está normal. No hay nada en las vías biliares, ni en el estómago ni el páncreas. Cuando se explora la parte alta del estómago se ve venir cada vez más abundante bilis y se cae en una brecha correspondiente a un quiste hidatídico roto en su cara superior en una extensión de unos cuatro cms. y que está situado en el lóbulo izquierdo del hígado. Se había comprobado en la exploración algunos elementos sólidos anormales que parecían pedazos de guante reblandecidos y que luego se vió que correspondían a vesículas alteradas.

Se evacuó lo mejor que se pudo el quiste y se dejó un tubo de drenaje y dos mechas rellenando la cavidad. Cierre de la pared por planos.

**Post-operatorio.** — Evolucionó perfectamente sin ningún incidente y las mechas y el tubo se retiraron progresivamente al mismo tiempo que la secreción de bilis por la herida disminuía rápidamente. En la fecha (9-XII-48) aun está hospitalizado pero está en perfectas condiciones. Sólo queda el peligro de la siembra hidatídica ulterior que suponemos menor por el hecho de tratarse de un quiste hidatídico alterado y también por el derrame biliar intra-peritoneal que obrará como parasiticida.

### CONTUSION DE VIENTRE

C. A. 35 años, Oriental. Ingresó: 3-XII-1948. Hospital Haciel. Sala "San Luis".

Ingresa a raíz de una contusión de abdomen debido a unas trompadas que le fueron dadas en pelea por un peón.

Tiene una reacción peritoneal muy franca con dolor y defensa generalizada por lo cual se decide intervenir de urgencia.

**Intervención.** — 3-XII-48. Dr. Otero. Pte. . . . Anestesia éter.

Incisión mediana derecha cabalgando sobre el ombligo. Sale abundante cantidad de líquido de ascitis de color citrino y de aspecto seroso. La exploración del delgado, de las vías biliares, del hígado, de la vejiga, del bazo

y de todo el vientre en general es negativa no encontrándose la explicación de esta ascitis sobrevenida al parecer de un modo agudo después del golpe. Cierre por planos.

**Post-operatorio.** — 9-XII-1948. En general ha sido bueno aunque un poco febril pero sin nada que haga suponer que existiese una lesión que pasó inadvertida a la exploración.

J. E. P. 15 años. S. O. Ingresó: 28-X-1947. Diagnóstico: Contusión de hipocondrio derecho. Tratamiento: Laparotomía exploradora.

Ingresa a la sala Artigas del Hospital Maciel arrollado por un camión y con contusiones múltiples situadas en la parte posterior y baja del hemitórax izquierdo, en el cráneo, en la parte baja del abdomen y en la muñeca derecha. Ingresó con un estado general bastante bueno y con una presión y un pulso casi normales. Pero rápidamente su presión fué descendiendo progresivamente y aumentando el número de pulsaciones. Tenía además dolor predominando en el hipocondrio derecho. Me llaman (Dr. Musso) con diagnóstico de probable ruptura de hígado dada la rápida caída de la presión y el aspecto pálido del herido.

**Examen.** — Enfermo con mucosas muy decoloradas y con un estado de cierta agitación y obnubilación. Tiene un dolor muy vivo en las costillas bajas de la parte posterior del hemitórax derecho y casi se puede asegurar que tiene fracturas de costillas a ese nivel. En esa zona existen huellas del traumatismo (erosiones, equimosis). El abdomen está algo contracturado sobre todo en el hipocondrio derecho y existe dolor a la presión.

**Indicación operatoria.** — Basados en la caída progresiva de la presión, en el aspecto del herido que nos impresiona como una anemia aguda por hemorragia y en la localización del traumatismo pensamos que probablemente exista un traumatismo del hígado probablemente en su parte posterior y planeamos una exploración del hipoc. derecho con la incisión de del Campo pensando en la posibilidad de tener que abordar el hígado por una incisión transpleurodiafragmática resecaando la octava costilla.

Conseguimos un anestesista (Fernández Oria) y pedimos una cantidad grande de sangre para transfusión.

**Intervención.** — 28-X.1947. Dr. Otero. Pte. Ormaechea. Anestesia general (Fernández Oria). Transfusión desde que se inicia la operación.

Incisión de del Campo y se llega rápidamente al peritoneo comprobándose desde la iniciación del tejido celular que los tejidos sangran de un modo casi normal en contradicción con la supuesta anemia aguda por hemorragia. Antes de abrir el peritoneo hacemos notar que no existe el típico color oscuro de la hemorragia abundante intraperitoneal. Abierto el peritoneo comprobamos que no existe ni la menor hemorragia y que el hígado está completamente normal. La rápida exploración del estómago, colon, delgado y vejiga nos permite asegurar que no hay ninguna lesión abdominal. Cierre.

**Duración.** — 20 minutos.

**Consideraciones.** — No creemos que hubiese elementos suficientemente claros como para poder asegurar que no había ninguna lesión abdominal antes de la exploración quirúrgica; y por consiguiente consideramos perfectamente justificada esta exploración que no perjudicó en nada al herido y que en el caso de ser positiva hubiera sido la única salvación posible.

Los días siguientes estuvo muy grave, con marcada obnubilación y excitación y con un aspecto de su piel y mucosas que hubieran obligado a la exploración del vientre si ya no hubiera sido realizada.

En la sala le hicieron una punción lumbar que reveló un líquido céfalo-raquídeo hemorrágico y el enfermero de la sala señalaba que el estado de excitación había mejorado notablemente desde la punción. Se le hizo penicilina, bolsa de hielo, suero, etc.

Al cabo de tres o cuatro días tuvo una franca mejoría, despejándose completamente y desde entonces siguió evolucionando perfectamente. Su herida operatoria curó de primera.

#### HERIDA DE ABDOMEN

M. C. 61 años. Ingresó: 13-XI-1949. Fallece: 22-XI-1949. Hospital Pasteur. Sala 11.

Ingresa por una herida de arma blanca de flanco derecho por la cual salen ansas intestinales delgadas e intestino grueso que tiene una herida a través de la cual salen materias fecales. Además sale abundante cantidad de sangre por la herida. Presenta una herida de arma blanca de la pared anterior del tórax frente al segundo cartilago costal, yuxta-esternal, con sección del cartilago que es posible deprimir con el dedo al apoyar. Su estado general es malo con pulso chico y presión arterial baja. Se le hace unos 800 c.c. de transfusión durante la operación.

**Intervención.** — 13-XI-1949. Dr. Otero. Anestesia general, éter que administra uno de los internos. Se desinfecta la piel, y se coloca un Clamps curvo sobre la herida del colon. Se debrida la herida hacia abajo y hacia adentro, hacia la vaina del recto. Sangra abundantemente y se comprueba una herida del lóbulo derecho del hígado, vertical, de unos 8 cms. de altura y atravesándolo de una cara hasta la otra. Se dan tres puntos de sutura en X y se detiene completamente la hemorragia. Se trata ahora la herida del colon que se sutura en un primer plano total desde el ángulo superior hasta el inferior. La herida tenía una dirección ascendente e interesaba la cara externa del colon ascendente, el ángulo hepático y parte del colon transverso. Por lo menos esa fué la interpretación, y por eso se suturó longitudinalmente. Una vez hecho el primer plano de sutura y eliminado por consiguiente el tiempo séptico de la operación, se lavan las ansas con suero caliente abundante y se reintegran al vientre. No se hizo ninguna exploración de las ansas delgadas porque la dirección de la herida permitía asegurar la no existencia de lesiones fuera de las descritas. Además eso beneficiaba para no difundir la zona contaminada. Existía

además un decolamiento retro-cólico con hematoma no muy grande y bastante marcado. Una vez restablecidas perfectamente las condiciones de asepsia se procede a realizar el segundo plano sero-seroso de la sutura de la herida del colon para lo cual previamente se limpia de grasa la parte adyacente a la primera línea de sutura. Entonces se sutura proiijamente con hilo de algodón fino el segundo plano viendo bien la serosa con todos los sectores. Se colocan 5 mechas tratando de limitar el foco y una mecha en el decolamiento retro-cólico. Se cierra la parte de la herida parietal correspondiente al debridamiento practicado y se deja completamente abierta toda la herida traumática. Esta tenía una dirección transversal y tomaba en las partes blandas desde la línea axilar posterior hasta el borde externo del recto.

**Post-operatorio.** — El enfermo pasa perfectamente bien los primeros días sin ninguna o muy poca reacción peritoneal, sin ningún signo de hemorragia. Sin embargo en los días siguientes empieza a balonarse progresivamente y por último a vomitar necesitando una sonda gástrica en permanencia por la cual sale un líquido porráceo y luego fecaloideo. Su estado general empeora progresivamente, se deshidrata y se hace disneico. Su lengua es muy seca y su pulso fué bueno casi hasta el final. Tiene un gran balonamiento abdominal palpándose ansas delgadas debajo de la pared.

**En suma:** Oclusión intestinal post-operatoria indiscutible. No había en ningún momento signos de reacción peritoneal. El aspecto de la herida operatoria fué siempre normal y no se infectó ni dió salida a materias fecales en ningún momento. Pensé en la posibilidad de practicarle un ano cecal que hubiera sido una intervención lógica que uno difiere y que luego se hace más tardía y difícil la intervención, por el estado general. El paciente fallece a los 9 días de operado en el curso de su cuadro oclusivo, y a causa de él.

**Autopsia.** — Se encuentra una gran distensión de las ansas delgadas que no tiene ninguna herida como se había previsto y a pesar de que no fueron exploradas. No hay tampoco ninguna otra herida que pudiese haber pasado inadvertida en la cara opuesta del colon. No han ningún signo de peritonitis, ni de flemón parietal. Se ven los restos del hematoma retro-peritoneal. En el sitio de la zona suturada hay un obstáculo absoluto al pasaje de las materias, con distensión enorme del colon ascendente y del ciego, y con colapso total del colon transverso y del resto del descendente por debajo. Se extrae la pieza operatoria seccionando el colon transverso por un lado y el intestino delgado por otro lado. Se lleva la pieza para examinarla bajo un chorro de agua, abriendo por un lado el ascendente hacia la sutura, y por otro lado el transverso también hacia la sutura. El ascendente está lleno de materias fecales líquidas, y está enormemente distendido y con sus paredes adelgazadas. El colon transverso está completamente colapsado, contiene materias fecales sólidas, antiguas y sus paredes son normales. Introduciendo el dedo índice en la luz del trans-

verso y pasándole a través de la zona sutura se comprueba que es posible pasar fácilmente desde la luz del transverso hasta la luz del ascendente. Por tanto había una comunicación libre y tal vez suficiente pero probablemente la dirección irregular de la herida determinó una acción distorsionante de la sutura que agregada a la disminución de calibre, determinó la oclusión que aumentó cada vez más a medida que la distensión del ascendente distorsionaba más cada vez la dirección de la luz estrechada del intestino. Muy probablemente el paciente podía haberse salvado si se le hubiese practicado un ano cecal en el post-operatorio como pensé por un momento.

**Consideración.** — ¿Cómo podía haberse evitado este accidente y haberse podido prever en el curso de la operación? Evidentemente nosotros tuvimos la impresión o por lo menos la duda de que la sutura podía ser estenosante pero nos pareció que dado el grueso calibre del colon ascendente nada pasaría. Los hechos demostraron lo contrario y que aquí como en cualquier sector del intestino hay que tener siempre cuidado de no estenotar con la sutura. Se pudo realizar un ano contranatura colocando una sonda después del cierre parcial y plastiar luego contra el peritoneo parietal. Se pudo también practicar el decolamiento del ángulo hepático y la exteriorización del segmento herido. Esto último es lo más aconsejable pero nos parecía probable la contaminación de la zona retro-cólica y creímos mejor la conducta adoptada. Algo que nos parece muy conveniente es realizar todas esas maniobras en el caso que fueran necesarias después del primer plano de sutura total aun cuando esa sutura sea luego seccionada. En esa forma es la única manera de no contaminar el peritoneo, ni el retro-peritoneo.

D. L. R. 60 años. Solt. Urug. Ingresó: 9-IX-1949. Fallece: 13-IX-1949. Diagnóstico: Contusión de abdomen. Peritonitis por ruptura traumática de ángulo duodeno-yeyunal. Tratamiento: Cierre de la brecha duodenal.

**Antecedentes personales:** Bronconeumonía hace 18 años.

**Antecedentes familiares:** Hermano fallecido de cáncer.

**Motivo de ingreso:** Pisado por un caballo en el abdomen.

**Enfermedad actual:** En circunstancias que jineteaba un caballo llevando una vaca "de tiro", ésta volcó al equino de costado, llevando consigo al jinete el cual resultó pisado por el caballo en el hipogastrio.

En seguida del traumatismo sintió fuertes dolores abdominales tipo retortijón que le obligaban a revolcarse por el suelo, pasó en estas condiciones desde la hora del accidente (17 horas del miércoles 7), hasta las 7 horas del día de ayer, momento en que pudo acercarse a las casas vecinas. Esa misma mañana ingresó al hospital interviniéndosele a la hora 11, con una evolución de 18 horas. En el momento de ingreso estaba completamente dolorido quejándose continuamente.

El accidente ocurrió en estado de etilismo agudo.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

**Examen físico.** — Enfermo dolorido, demacrado, lengua algo seca, pulso 95, temp. 38°.

**Abdomen:** contractura generalizada en vientre de madera, predominando en el hemiventre derecho. Doloridad difusa. Timpanismo hepático. Costas lumbares s/p.

**Tacto rectal:** Douglas ocupado, abombando hacia el recto y sumamente doloroso. Pulmonar s/p. Cardiovascular s/p.

**Placa de abdomen:** 8-IX-1949. No se ve neumoperitoneo ni niveles líquidos (placa en decúbito). Opacidad difusa.

**Intervención.** — 8-IX-1949. Dr. Otero, Dr. Tapella, Externo Ekroth. Anestesia general: pentothal 0.50. Plaxedil 0.04. Eter. Dr. Pernin.

Laparotomía paramediana derecha supra e infraumbilical con reclinatorio del recto. Abierto el peritoneo se comprueba: un derrame bilioso, de aspecto de contenido intestinal delgado. Hay exudado fibrinoso teñido con el líquido derramado entre las ansas delgadas. Se explora el sigmoide, el ascendente, el transversal y sus ángulos y el ciego sin encontrar lesiones. La exploración del estómago y duodeno supramesocólico es negativo. Hígado y vías biliares normales.

Por fin exteriorizando bien el transversal se comprueba un estallido situado en la parte más alta del ángulo duodeno-yeyunal determinando una brecha de unos 3 o 4 cms. sobre la cara superior y anterior. Cierre de la brecha en un plano de catgut cero en surget y en 2° plano con puntos de algodón separados. Se deja una mecha subhepática en un desgarro del lecho hepático de la vesícula determinado por la exploración. Cierre de la herida parietal en 3 planos con catgut cromado, 1,3 y algodón en la piel.

**Post-operatorio.** — Presión arterial: 16-8.

12-IX-49. Mal estado general. Lengua seca, labios fuliginosos. pulso 100 bien golpeado, algo obnubilado, abdomen algo balonado.

12-IX-49. Radiografía N° 21969 1 placa. Nada anormal en abdomen. Dr. Pelfor.

13-IX-49. El enfermo siguió con su cuadro peritoneal y su pésimo estado general culminó en su fallecimiento en la madrugada de hoy.

**Autopsia.** — Dr. Otero. Realizada en la Morgue. La sutura intestinal está en perfectas condiciones y no es estenosante. Se extirpa el ansa para estudiar bien su calibre y el hermetismo de la sutura. Todo normal. Existía algo de exudado peritoneal difuso, sin adherencia de las ansas. Parálisis y dilatación del delgado y duodeno.

**Interpretación.** — Parálisis intestinal secundaria a la infección y al shock. Se debió haber intubado con sonda de Cantor.

### HERIDA DE ABDOMEN

Sala 23. Agosto 1949.

Intento de suicidio con una tijera ocasionándose múltiples heridas de F.I.I. y flanco izq. en un paciente con alteraciones mentales antiguas cuya edad es de 60 años.

**Intervención.** — Dr. Otero, Dr. Tapella. Anestesia general. Eter. Incisión paramediana izq. con exploración del delgado y del colon izq., que resulta negativo. Cierre de la pared.

Evolución: sin incidentes.

Sala 11. H. Pasteur. Octubre 1949.

Herida penetrante de arma blanca de la F.I.D. situada cabalgando sobre el borde del recto.

**Intervención.** — Anestesia general. Ensanchamiento de la herida traumática, transformándola en un Mac Burney.

Se comprueba que la herida es penetrante por lo cual se explora el ciego y las ansas delgadas, que no presentan lesiones.

Evolución: sin incidentes.

(Cirugía de Urgencia)

A. R. 54 años. Estibador.

Herida de arma blanca del H. I. situada inmediatamente por debajo del reborde costal y sobre el borde externo del recto. Su dirección es transversal y está dirigida de izq. a der. dando salida a un fragmento bastante grande del epiplón. Tiene pulso rápido y decoloración de las mucosas denunciando una acentuada hemorragia.

**Intervención.** — 9-IV-1949. Dr. Otero. Dr. Santos. Anestesia general. Eter.

Incisión de Mayo Robson. Se comprueba una herida del estómago situada en la cara anterior de la vecindad inmediata de la gran curvatura, en la cual sangra un vaso. Se entra ampliamente en la retro cavidad de los epiplones mediante la sección del ligamento gastro-cólico y se comprueba una abundante hemorragia que proviene de una herida de la pequeña curvatura y de sus vasos. Sutura de la herida de gran curvatura.

El estómago se distiende enormemente por la entrada de aire que proviene de las vías respiratorias altas y que el enfermo deglute al parecer en la anestesia. El hecho es que el estómago queda inflado a tensión por el aire que proviene del estómago y que distiende los planos de sutura.

Se sutura luego con gran dificultad la herida de la pequeña curvatura después de haber hemostasiado los vasos que sangraban y después de haber despojado a una distancia suficiente la zona a suturar. Fué necesario realizar una incisión sobre la cara anterior del estómago para evacuar el aire que se acumulaba y luego hubo que colocar un clamp por debajo del cardias para evitar la entrada del aire. Todo hizo que la operación se prolongase y fuese traumática. *Todo debido a la falta de una buena anestesia con intubación traqueal.* Cierre de la pared por planos. Duración 2 horas.

**Evolución.** — Al día siguiente (8 horas después) el paciente parece estar bastante bien aunque con un pulso rápido. Se indica 500 c.c. de sangre y suero fisiológico. A las 5 horas de la mañana (27 horas después de la operación) el enfermo fallece probablemente por shock o hemorragia. Se hará la autopsia.

HERIDA DE ABDOMEN

H. Maciel, Sala S. Luis, Enero 1950.

Herida penetrante de arma blanca de flanco der.

**Intervención.** — Anestesia general. Eter. Incisión trans-rectal, exploración visceral negativa. Evolución sin incidentes.

HERIDA DE ARMA BLANCA TORACO ABDOMINAL

E. D. 20 años, Urug. Solt. Hospital Maciel, S. Larrañaga, Ing. 3-II-50.

Herida penetrante de epigastrio en la línea media a dirección transversal, de unos 4 cmts. de ancho. Herida tóraco-abdominal a través de la 8ª costilla más o menos. Herida de la pared anterior de la axila. Herida transfixiante del braxo izq. en 1/3 sup.

**Estado general.** — Muy shockado o hemorrágico. Contesta mal a las preguntas. Pulso chico, rápido se siente en la radial. Presión art. 9.

**Intervención.** — Mayo Robson izq. que dió muy buena luz sobre hipocondrio izq. y región celiaca (epigastrio). La anestesia, muy buena, por Espasandin.

Herida de diafragma de unos 3 cmts.; sutura con catgut. La misma transfixia el hígado; se sutura con catgut. La herida de epigastrio atraviesa el hígado de parte a parte cerca del ligamento suspensor que está destruído por abordajes anteriores para quiste hidático (Chifflet, Stajano). Sutura fácil en la superior, muy difícil en la inferior (yuxta peq. epiplón).

Esta misma herida atraviesa la pars flácida peq. epiplón. Se explora el páncreas que parece indemne.

La herida abdominal es cerrada totalmente por planos; la herida epigástrica traumática se cierra en sus planos profundos y parcialmente en piel.

Cuando se estaba traccionando el hígado para hemostasiar su cara inferior sobre todo, la enferma tuvo una caída de presión a 6.

La herida torácica parietal sangra abundantemente cuando se explora y entonces uno se da cuenta que la causa de la hemorragia estaba situada principalmente en ese lugar. Probablemente la aspiración torácica llevaba la sangre hacia el tórax y al entreabrir la herida para explorar a la sangre salía en olas hacia afuera.

La herida ha seccionado transversalmente la costilla cuyos fragmentos cabalgan y la sangre sale a chorros del borde superior como si se tratase de una arteria paralela a este borde y bien yuxta-costal. Se desprende el peritoneo y se hace la hemostasis. Se sutura luego herméticamente por planos para evitar la traumatopnea. Se me olvidó decir que fué necesario debridar las partes blandas hacia arriba y afuera para abordar el foco óseo.

**Enseñanza.** — La sangre intra-abdominal era escasa y no explicaba el cuadro de hemorragia aguda. Tampoco las otras lesiones explicaban bien la caída tensional: herida de diafragma y neumotórax.

Por lo tanto había que haber pensado justamente que sangraba por otro lado *oculto*. De origen pulmonar no podía ser porque la herida estaba situada demasiado cerca del reborde y la lengüeta pulmonar no tiene allí vasos gruesos. De origen cardíaco tampoco por razones topográficas. Las heridas de axila y brazo no sangraban para afuera ni formaban hematoma profundo; el pulso radial del lado izq. estaba conservado.

Las heridas de práctica civil que causan hemorragias de origen parietal son las de arma blanca por sección de una o más costillas o del reborde más o menos perpendicularmente a su dirección.

Curación simple en axila y brazo.

**Post-operatorio.** — Bueno en general. Distensión abdominal los primeros días que luego cedió. Polipnea y respiración superficial, cierto grado de cianosis. Al 6º día punción de tórax con extracción de 500 c.c. de hemotórax. Curva febril normal. Fué necesario practicarle punciones otras dos veces.

La última radiografía de control mostraba: un hemitórax izq. muy opaco desde su base hasta muy arriba; retracción del hemitórax. O sea hizo un hemitórax organizado en fibrosis y retracción. Se planteó la posibilidad de la liberación del pulmón por decorticación pulmonar. Se desistió pensando que la enferma estaba funcionalmente bien y que no hay aquí experiencia suficiente. La enferma concurrirá al Pasteur para *revisarla*; o la buscaremos con el objeto de estudiar el resultado alejado (espirometría), etc.

### CONTUSION DE ABDOMEN

R. G. 25 años. Urug. Cas. H. Maciel. S. Artigas. Ingresó: 8-II-50.

Traumatismo de H. D. por golpe de manija de freno del tranvía (motorman) manejando que volvió violentamente hacia atrás con un movimiento circular de retroceso. Golpeó en H. D. frente al reborde costal donde hay una banda roja y pequeñas erosiones sobre piel; el golpe fué más bien por encima del reborde que en abdomen.

Lo veo unas 3 o 4 horas después de ingresar con un cuadro anémico progresivo: hipotensión progresiva (de 12 al ingresar, a 7 en ese momento) con pulso en aumento (70, 80, 110), con estupor en el momento que lo veo mientras era lúcido al entrar. No hay reacción peritoneal. Douglas libre.

**Intervención.** — Eter, muy buena. (El contusionado con hemorragia tiene buena anestesia). Incisión de del Campo. Dos ayudantes e instrumentista. Cantidad grande de sangre en hipocondrio y logia sub-frénica der. Estallido de la cara superior del hígado en forma de estrella, una de cuyas ramas irradia hacia atrás, hacia el ligamento coronario. Sección del ligamento triangular der. que permite traer el hígado hacia la brecha operatoria. Hemostasis con puntos. No hay otras lesiones. Tubo y mecha sub-hepáticos. Cierre por planos.

**Evolución.** — Evolucionó bien, reponiéndose rápidamente de su anemia

aguda mediante transfusiones. Fué dado de alta por el personal de Sala Artigas a los 15 días más o menos.

**Reingreso.** — Volvió a hospitalizarse porque tenía fiebre alrededor de 38°, dolor de H. D. y F. L. D.

Lo hice trasladar a la Sala 23 para observarlo, y a los 10 días de observación más o menos le practiqué una incisión con anestesia local en la parte externa de la herida, atravesando todos los planos parietales hasta el peritoneo. Exploré el espacio intra hepato-frénico derecho encontrando adherencias laxas y una cantidad pequeña de sangre antigua. No había pus.

**3 de abril.** — El enfermo sigue hospitalizado, hace todavía oscilaciones térmicas y su estado general es bueno. Se le retiró el tubo de drenaje a los 3 o 4 días porque le molestaba mucho y no drenaba nada.

### HERIDA DE BALA

52 años. Ingresó: 3-VI-1948. Fallece: 4-VI-1949. S. Larrañaga. Hospital Maciel.

Ingresó por una herida de bala situada en la parte alta del epigastrio ligeramente a la derecha de la línea media, y el proyectil se palpa en la parte posterior del hemitórax derecho a unos tres o cuatro dedos de la línea media. La dirección del trayecto es por consiguiente de adelante hacia atrás, y ligeramente hacia la derecha. Hace ya unas 20 horas que recibió la herida (suicidio) y no tiene reacción peritoneal, ni síndrome hemorrágico. Antes de recibir el tiro había ingerido un veneno de hormigas (posiblemente a base de arsénico) y la enferma está en colapsus con una presión de 8 de máxima, y cierto grado de cianosis. Por consiguiente el peligro real es debido a una intoxicación y no a su herida que podría perfectamente no ser explorada puesto que ha pasado un tiempo suficiente para demostrar que no hay peritonitis, ni anemia aguda. Sin embargo se hace necesario explorar este vientre por el colapsus que nosotros atribuimos a la intoxicación podría ser interpretado también como debido a la herida y por consiguiente es necesario certificar por la exploración directa cuáles son las lesiones abdominales.

**Intervención.** — 3-VI-1948. Dr. Otero. Anestesia general, éter. Incisión mediana supra-umbilical. Hay una herida del hígado (lóbulo izquierdo), con orificio de entrada y de salida, herida que casi no sangra y que no puede ser la responsable del colapsus marcado de la enferma. Se hace la hemostasis por puntos de sutura en X y epiploplastia. No hay lesiones de tubo digestivo ni de estómago ni de vasos retroperitoneales importantes. Cierre.

**Post-operatorio.** — La enferma siguió en colapsus progresivo, a la mañana siguiente su pulso casi no se sentía y estaba con cianosis y sudores muriendo en la noche del mismo día.

HERIDA DE VIENTRE

R. M. 58 años, cas. urug. Ingreso: 12-VII-1948. S. I. H. Pasteur.

Herida de arma blanca al nivel del borde costal izquierdo a más de tres dedos de la línea media, de unos 2 cmts. de largo y a bordes netos. Buen estado general, presión 16 y 9 mn. Buen pulso y no hay reacción peritoneal.

**Intervención.** — 12-VII-1948. Dr. Otero. Anestesia general, éter. Se comprueba, introduciendo el índice a través de la herida, que ésta es penetrante llegando netamente a la cavidad peritoneal. Incisión de Mayo Robson. Exploración del estómago, del delgado, del colon, y del bazo que son negativas. La exploración del ángulo esplénico del colon y del bazo, sobre todo la del colon son bastantes difíciles con esta incisión porque el labio externo de la herida ofrece resistencia y se obtiene más luz sobre el flanco con la incisión de del Campo.

Por eso consideramos que la incisión de del Campo es la incisión de elección en las heridas de hipocondrio, y sólo nos decidimos a utilizar el Mayo Robson en este caso porque creímos que con una exploración somera toda estaría terminado.

Sin embargo las maniobras de exposición del ángulo esplénico sobre todo en el bazo obligaron a maniobras que produjeron un pequeño desgarró capsular del bazo que babeaba continuamente, sangre que se acumulaba en cantidad apreciable del fondo del H. I. en el curso de la exploración.

La existencia de este desgarró superficial del bazo obligó a realizar una esplenectomía.

Esplenectomía con ligadura yuxta-ileal de los vasos del pedículo. Cierre de la herida por planos.

RUPTURA DEL RIÑÓN. NEFRECTOMIA

B. A. 21 años. Ingreso: 28-I-50. Sala 23. Hospital Pasteur.

Se trata de un pequeño traumatismo de H. y flanco izq. por contusión directa hace unas 24 horas y además fractura de clavícula izq. por lo cual fué llevado a Traumatología donde le hicieron un vendaje para la clavícula y lo enviaron a su casa. En la noche tuvo micciones hematóricas por lo cual ingresa a la S. 23, donde lo veo por estar de Guardia de Urgencia esa mañana. Presenta contractura y dolor del flanco izq. y de la F. L. I. que dan la sensación de estar ocupados por algo. El resto del vientre, sobre todo hemivientre izq., estaban libres, sin contractura ni dolor. Había un poco de distensión abdominal. El tacto rectal demostraba un Douglas no doloroso, ni ocupado. El estado general era bastante bueno y no urgía mñayormente, aunque tenía taquicardia e hipotensión del pulso. Se le hizo radiografía de abdomen sin preparación que mostraba una opacidad del flanco izquierdo sin desplazamientos ostensibles del estómago ni

del ángulo esplénico. Se descartó la ruptura de bazo porque el H. I. estaba relativamente libre, sin contractura ni dolor, el Traube estaba conservado y la expectativa hasta la tarde y la mañana siguiente demostró la mejoría progresiva del estado general. Dos días más tarde, el Profesor del Campo aconsejó la intervención para controlar el estado del riñón, que suponía desgarrado y en comunicación de las cavidades piélicas con el hematoma que probablemente se mezclaba con orina, lo cual determinaría luego la esclerosis retráctil y el estrangulamiento secundario del riñón. Para evitar eso, y tratar de salvar el riñón, aconsejó la intervención, pensando en la posible sutura del desgarro. Se basaba para hacer ese diagnóstico en el mantenimiento de la hematuria, en el aumento del hematoma perineal y en el sufrimiento con repercusión sobre el pulso y la temperatura.

**Intervención.** — Dr. Otero. Dr. Tapella. Dr. S. Martín. Anestesia general, Dr. Pernin. Incisión de lombotomía izquierda y una vez seccionado el transversal se cae sobre un gran hematoma constituido por coágulos blandos que se extraen rápidamente y lo que da lugar a una hemorragia de sangre reciente, roja, proveniente del desgarro del riñón. Se exterioriza el riñón, que presenta un gran desgarro irregular y muy profundo, que abarca de borde a borde sobre la cara posterior y que en profundidad llega casi hasta la cara anterior, a punto de amputar casi el tercio inferior del riñón. Existe una comunicación neta con la pelvis renal. Dada la magnitud de las lesiones se consideran irreparables, se hace una nefrectomía. Tubo y dos mechas en el foco. Cierre por plano de la herida.

**Evolución.** — Sin ningún incidente, sin elevación de la azoemia que se buscó repetidamente. Fué dado de alta curado a los 15 días más o menos.

### RUPTURA DE BAZO

M. E. M. Hospital Pasteur. Ingreso: 22-II-1950. Egresó: 1-IV-1950.

Traumatismo de H. I. y base de hemitórax izq. en la línea axilar más o menos por haberse golpeado contra el hierro lateral de un tranvía al pretender subir en movimiento. Lleva unas 20 horas de evolución.

**Examen.** — Estado general bueno, sin tinte anémico marcado. Pulso alrededor de 110 con buena presión. Sufre de dolores en el vientre, sobre todo en la inspiración que no puede llevar a término; desea ser operado porque "siente" que algo ocurre que no tiene otra solución.

Existe una contractura generalizada no muy acentuada de todo el vientre, predominando netamente en el vientre superior y sobre todo en epigastrio e hipocondrio izquierdo, acompañando la contractura se provoca dolor neto a la palpación en el área mencionada; no hay distensión abdominal, o sea, ofrece al examen una reacción peritoneal franca que no puede ser provocada por una ruptura de víscera hueca dado el buen estado general del paciente. A nivel de la 10ª costilla y en la línea axilar media se comprueba un dolor exquisito, en un punto limitado, correspondiendo a probable fractura de costilla.

Se pensó en ruptura de bazo con hemorragia por el tipo de traumatismo, por su topografía, por la fractura de costilla asociada y por la reacción peritoneal franca que denunciaba un proceso serio intraperitoneal que no podía ser una peritonitis dada la poca repercusión general y la falta de distensión abdominal.

**Laboratorio.** — Se le pidió una *radiografía* urgente del vientre sin preparación, la cual mostró un hipocondrio izquierdo netamente ocupado, opaco y donde parecía verse el bazo aumentado de volumen. Se veía además la cámara gástrica netamente desplazada a la derecha y el ángulo esplénico netamente descendido.

**Hemograma.** — Dió una cifra de glóbulos rojos y hemoglobina netamente descendido, alrededor de 3.500.000 y 60 % de hemoglobina.

**Expectativa.** — Se esperó cinco horas más o menos y el cuadro permaneció incambiado: sin agravación manifiesta y conservando la misma reacción peritoneal franca.

**Intervención.** — 22-III-1950. Dr. Otero. Anestesia general, éter Incisión paramediana izquierda pequeña, empezando desde el ombligo hacia arriba y prolongada luego hasta xifoides cuando se comprobó hemorragia intraperitoneal. Abierto el peritoneo se comprueba una gran cantidad de sangre derramada en H.I. y una ruptura del tercio inferior del bazo en su cara externa, abarcando de borde a borde y de una profundidad de más de 1 cm. El bazo estaba netamente agrandado, algo menos de la mitad más de lo normal, y de consistencia algo disminuida. Se exterioriza el bazo y se hace esplenectomía, sin incidentes. El resto del abdomen no presenta otras lesiones y se cierra por planos sin drenaje.

**Evolución.** — Evolucionó perfectamente sin incidente alguno y es dado de alta a los 9 días de la intervención.

#### DISCUSION

**Dr. Stajano.** — Espero que el Dr. Otero y lo mismo la Sociedad de Cirugía interpreten en su justo término las manifestaciones que voy hacer y las hago libremente porque considero que el Dr. Otero interpretará mis observaciones respecto al tipo de comunicación que acaba de presentar.

Ante todo quiero alabar al Dr. Otero por el esfuerzo muy grande que hizo y la buena intención que tuvo al presentar a la Sociedad, un trabajo de tal envergadura. Es un aporte muy grande a todo lo referente a la cirugía de urgencia.

Pero con la misma sinceridad y entusiasmo con que lo felicito por, su esfuerzo, tengo que reprocharle el tipo de comunicación que ha presentado. Creo hacer un bien y por eso no lo silencio. El Dr. Otero sabe bien lo que yo lo aprecio y consideraría un mal que lo criticara a sus espaldas.

Esta comunicación no es una comunicación para la Sociedad de Cirugía; creo que a la Sociedad deben presentarse cosas concretas para

poder discutir, o síntesis apretadas respecto a una orientación a un concepto, a hechos determinados que se pueden analizar.

Creo que cuando una persona presenta un trabajo de tal empeño, lo menos que pretende el presentante es que se le considere su trabajo, lo discutan y hagan objeciones que siempre son saludables porque todos venimos a aprender, y no que no se pueda hacer ningún comentario por la extensión de temas y puntos tan diversos de la cirugía de urgencia. Este notable trabajo es un tratado de nuestra cirugía de urgencia. Declaro que lo he seguido mucho, pero en momentos lo perdí porque es tal la densidad de hechos, de consideraciones de orden general, de orden particular, de técnica, de organización hospitalaria, de sala de operaciones, que merecen ser captados de un libro.

De manera que me creo en el deber de decir, y el Dr. Otero de interpretar, no tomando a mal mi intervención inspirada en el deseo de hacer bien, personal al consocio y a la Sociedad de Cirugía, agilizando sus sesiones.

Le pido excusas al Dr. Otero y le pido interprete el buen deseo de un compañero que desea que los trabajos se comenten para bien de todos.

Al señor Presidente de la Sociedad y a los consocios aquí presentes, pido excusas por esta sinceridad, que es la honra de nuestra Sociedad de Cirugía.

**Dr. Cosco.** Es indudable que el Prof. Stajano tiene su parte de razón y yo he recibido una sensación parecida. Es un trabajo leído muy rápidamente, y tan denso que no lo he podido seguir en su totalidad.

Indudablemente que ello no quita que, para mí, constituya placer felicitar al Dr. Otero por su estadística de 30 casos en los que hace notar defectos que evidenciamos en el medio hospitalario.

Yo preveo lo difícil que debe haber sido para el Dr. Otero el conseguir para sus operados el equipo completo operatorio, radiográfico, anestesista y transfusionista en un Servicio de Urgencia donde no existe el Servicio Permanente de anestesistas.

Además tengo que recalcar la honestidad con que el Dr. Otero ha presentado su trabajo, relatando casos de evolución no satisfactoria, como en la cirugía de colon, con la finalidad de extraer enseñanzas provechosas para el futuro.

Al mismo tiempo, el hacer notar que en los fallecidos ha conseguido la autopsia de todos los casos menos uno, lo que pone en evidencia la dedicación e interés puesto en la evolución de sus enfermos.

Dentro de lo que expone, me llama la atención algunas conclusiones que creo pueden ser beneficiosas, como en el caso de heridas múltiples del delgado en que secundariamente a la sutura se observa una estenosis del delgado, por lo cual se debe preferir practicar directamente la enterectomía en esos casos; igualmente es provechosa la sugestión de que, en las heridas de epigastrio, cuando perforan el estómago, se debe explorar cuidadosamente el páncreas para evitar los casos de fallecimiento por

pancreatitis. Es interesante el caso del estallido del ángulo duodeno-yeyunal en el cual destaca la maniobra de traccionar del colon transverso para observar el ángulo duodeno-yeyunal. Al referir los casos de heridas de colon, cita al profesor Larghero, y constituye una satisfacción para nosotros, los integrantes de la Clínica del Prof. Larghero, el que el Dr. Otero se adhiere a las manifestaciones que ya había hecho anteriormente el Dr. Bortagaray en un trabajo presentado hace varios años en el cual el Dr. Bortagaray había presentado siete casos de herida de colon con dos fallecimientos, buen éxito obtenido siguiendo, como lo expresa el cirujano las orientaciones del Prof. Larghero de exteriorizar y no suturar las heridas del colon. Justamente tal es el punto de vista expresado en un trabajo del Dr. Larghero que aconseja en las heridas de colon el abordaje lateral, convertir en ano la herida del colon y no suturar la piel.

En cuanto al problema de la sonda de Miller-Abbott, en la Clínica del Prof. Larghero la hemos suplantado por la sonda de Cantor por ser evidentemente mucho más práctica y efectiva.

Por último, respecto a la herida de vena cava inferior, que cita el Dr. Otero, yo tuve oportunidad de ver en el curso de una intervención de hígado, cómo una herida operatoria de esa gruesa vena puede suturarse perfectamente.

Concluyo estos pequeños comentarios, diciendo que ha sido la del Dr. Otero, una comunicación posiblemente demasiado profusa y acaso hubiera sido preferible para discutirla con mayor detención dividirla en varios capítulos. Yo lo felicito por el trabajo y por la constancia de haber recogido esas historias en el transcurso de varios años.

**Dr. Maisonnave.** — Respecto a las incisiones, sin entrar a considerar todos los tipos que ha detallado el Dr. Otero para cada una de las regiones que ha sido contusionada o herida, voy a decir algo respecto de ellas: Creo que debemos adoptar las clásicas y aquellas incisiones que permitan su ampliación en determinado momento, por cualquiera circunstancia no prefijada. Me refiero a esto, pues los hechos lo han corroborado en varios casos míos.

Recuerdo entre ellos el de un domador del Prado que en una Semana de Turismo ingresó en el Hospital Militar. Había recibido un balazo en el hipocondrio derecho, y en las orinas al hacerse el sondeo, se encontró que era hematórica. Como es de presumir, se diagnosticó de penetrante y con probable lesión del riñón. Abordé por vía anterior para buscar lo más importante y al parecer lo más seguro: la perforación intestinal. Me encontré con que no había nada de eso. ¿Qué había sucedido? La bala había resbalado por los planos intra-musculares y tomado un riñón contra la columna vertebral, lo había deshecho y transformado en una papilla. La incisión que era la de Jalaguier, tomando como medio el ombligo, me permitió ampliarla y no fué necesario ir a la lumbotomía, incidí el peritoneo posterior, decolé el colon ascendente hacia adentro y pude poner una pinza en el pedículo renal (que dejé a permanencia 72 horas), y resecar el riñón. Ese enfermo, a los diez o doce días, era dado de alta,

curado y sin tener indicios de eventración. Después lo perdí de vista.

Quiere decir que esa incisión de Jalaguier, me permitió ampliar y con ello hacer el abordaje y exploración, comprobar y tratar una lesión intestinal. Es frecuente que las heridas de vientre presenten originalidades y sorpresas, por lo que es muy difícil establecer conductas prefijadas.

El Dr. Otero, en su estadística no ha presentado ningún caso de desprendimiento de mesenterio. Digo esto porque yo tuve un caso tratado también en el Hospital Militar. Se trataba de un bombero que había recibido el derrumbe de una pared en pleno vientre durante el ejercicio de sus funciones. Tenía una disyunción pubiana de más de dos dedos de separación e hizo un cuadro agudo inflamatorio y oclusivo del vientre. Al día siguiente de su ingreso, me resolví operarlo. No tenía orinas hematóricas. Una vez abierto el vientre, con gran sorpresa me encontré que el mesenterio estaba desprendido en su parte marginal, en una extensión de 80 cms., del intestino delgado. Como solución operatoria del momento, resequé el intestino desnudo hasta la parte que yo creía que tenía una buena circulación; gemelé los cabos y los fijé a la piel y puse un tubo de Paul en el cabo aferente.

Murió al cabo de 4 días de intervenido, en un estado de excitación nerviosa terminal extraordinario. Es conveniente aclarar que era un alcoholista crónico.

Dada la rareza de este caso, pienso presentarlo en una de las próximas sesiones de esta Sociedad.

**Dr. D. Prat.** — El Dr. Otero nos ha presentado una comunicación extraordinaria por la cantidad y por la importancia de casos de cirugía de urgencia abdominal; revela la actuación de un cirujano de urgencia, de carrera, que se ha consagrado ya en su arte y que ha podido resolver muchos casos favorablemente. Pero, no me voy a ocupar de esto, sino de una parte de las numerosas tratadas en la comunicación del Dr. Otero que se refiere a una cuestión de orden técnico. El Dr. Otero dijo que en su práctica operatoria se encontraba a menudo sin la colaboración de la anestesia y otros recursos importantes y es ese punto el que yo quiero tocar especialmente.

Días pasados me enteré que la cirugía de urgencia de nuestro país, cirugía que ha sido siempre ejemplo del Continente, se realizaba sin anestesia por gases y me parece eso una aberración, casi diría una vergüenza nacional.

En su oportunidad tuve que dirigirme al Ministro de Salud Pública por una cuestión que tenía que informarle y precisamente toqué ese punto. A raíz de esa gestión se nombró una comisión constituida por varios técnicos de Salud Pública, que hemos informado ya. Desgraciadamente el Ministro de Salud Pública deslizó una palabra que constituyó un obstáculo para la cristalización de lo que debíamos hacer; pedía que se planeara la organización de un servicio perfecto de urgencia y precisamente, uno de los compañeros de comisión aplicando estrictamente ese pedido, suprimía, poco

menos que el Servicio de Entrada del Maciel, para hacer un local perfecto como se solicitaba. Sabíamos que esto era una utopía, que no se podía hacer pero después nos pusimos de acuerdo, y aclarando perfectamente que era una vergüenza no tener ningún servicio de urgencia con anestesia por gases y sí sólo por éter como se estaba interviniendo en los Servicios de Urgencia, vale decir: en Maciel, Pasteur y Pereira Rossell. Además de esto solicitamos que se proveyese a los Servicios de Urgencia, no de un resucitador, sino de un aparato **reanimador** con el equipo correspondiente, y que debía ser utilizado por el anestesista, que debía practicar también la aspiración correcta, en los casos de anestesia; además se solicitaba un transfusor, y el encargo de la oxigenoterapia y además pedimos categóricamente que se creara el personal de laboratorio y radiología que debía estar permanente durante las guardias en el Hospital. Este informe se ha hecho, se ha elevado al Ministerio y considero que el Ministro tiene la mejor intención para llevarlo a la práctica. En nuestro país la intención no basta, falta generalmente el dinero, de manera que me permito comunicar esto a la Sociedad de Cirugía, porque creo que todos los miembros de la Sociedad y la mesa especialmente, deben colaborar eficazmente para la obtención de la anestesia por gases en cirugía de urgencia y los demás perfeccionamientos técnicos. Es una vergüenza nacional que la cirugía más seria, de más importancia en este país y la más grave como es la de urgencia, no cuente con la anestesia por gases, que hoy debía prodigarse en todas las clínicas de la Facultad y de Salud Pública.

El informe de que hablo está a estudio de las autoridades superiores de Salud Pública y si en este momento contara con una gestión del Bureau de la Cirugía de Urgencia y de la Sociedad de Cirugía, estoy seguro que influiría favorablemente para conseguir estos elementos de perfeccionamiento: la anestesia, la aspiración, oxigenoterapia, rayos X, laboratorio, etc., para complementar el equipo quirúrgico de Cirugía de Urgencia. Me parece que sería una gestión muy conveniente y oportuna para salir de esta deficiencia con que Salud Pública presenta sus servicios de urgencia.

**Dr. Maisonnave.** — Podría hacer una ampliación a lo que dice el Dr. Prat; creo que la única solución viable para el proyecto del Dr. Prat que es muy loable, es que las guardias de los hospitales las hagan los servicios que si no tienen todos sus servicios de transfusionistas, de aparatos y personal equipos, de oxigenoterapia, por lo menos tienen mucho más de lo que tiene la Puerta. Yo creo que fué un problema ya debatido en otra oportunidad y que la solución que se buscó fué que los servicios hicieran las guardias un día por semana que se fijaría y entonces las cosas marcharían mucho mejor.

**Dr. Otero.** — Quiero contestar las amables palabras del Prof. Stajano que con mucha razón y con gran dulzura me ha dicho una serie de cosas reales y que debo aceptarlas como tales, respecto a la extensión de mi comunicación que ha sido un poco demasiado amplia a tal punto que uno mismo a medida que la va leyendo se va dando cuenta de que es excesiva

para el momento y para el ambiente. Sin embargo, lo que me animó a hacerla fué el hecho de presentar un material que me había costado tiempo y trabajo reunir y mucho esfuerzo y dedicación para ponerlo a punto; en términos generales un tema que quería que se discutiese en block en sus diversos aspectos y problemas. Es muy difícil hacer eso en forma breve y sintética y posiblemente hubiera sido mejor que hubiera presentado una serie de comunicaciones sucesivas con los diversos puntos en que quería insistir. Me basta sin embargo con el hecho de haber presentado a la Sociedad de Cirugía una estadística que fundamenta mi punto de vista, y haber contado con un público que pacientemente lo haya escuchado. Yo sé perfectamente que el Prof. Stajano al decir eso, no lo formula en el sentido de crítica personal, sino en el sentido de la noción del tipo comunicación que se debe ajustar a la Sociedad de Cirugía; de manera que le agradezco la intervención que ha tomado.

El Dr. Cosco ha señalado una serie de puntos, captado una serie de hechos importantes para mí, que destaco en mi comunicación y que dado el tiempo breve no las voy a señalar con detención, agradeciéndole sus comentarios.

Al Dr. Cendán que ha tenido la amabilidad de señalar mi trabajo como de importancia dentro del ambiente, le agradezco también su contribución.

El Dr. Maisonave ha aportado una serie de casos personales ilustrativos basado en su experiencia como cirujano de urgencia del H. Militar, que conoce perfectamente el problema.

El profesor Prat creo que es la persona que ha interpretado el espíritu de la comunicación en el sentido que la hice, porque pienso que una de las cosas esenciales es conseguir anestesistas para operar correctamente heridas de vientre, y como el Prof. Prat ha manejado y maneja el tema, sabe las dificultades que hay para operar heridas de vientre, sabe que la anestesia es invaluable, esencial, de manera que ha tomado de todo lo que he dicho, lo más básico para establecer de una manera categórica que carecemos de una cosa esencial que es la Anestesia en Cirugía de Urgencia.

Creo que la Sociedad de Cirugía debe tomar en serio la cuestión de hacer una gestión, que aunque haya sido hecha en repetidas oportunidades, que como dice el Prof. Chifflet hace 20 años que se vienen repitiendo, podía tomar como punto de comparación lo que sucedió con el Centro de Transfusiones que se creó a punto de partida de una iniciativa de la Sociedad de Cirugía, o por lo menos fué en parte debida a un trabajo del Dr. Larghero y por mover el asunto en ese sentido.

Creo que si la máxima autoridad científica del país insiste en este momento oportuno para conseguir lo necesario creo que se puede tener éxito ya que la iniciativa ha surgido de distintos lados, y que es una cosa esencial en el desarrollo de la Cirugía de Urgencia.

Con el Prof. Chifflet estoy de acuerdo con lo que ha dicho desde el punto de vista práctico.