

El doctor del Campo agradeció las palabras del doctor Stajano y el voto de los asociados que lo llevó a la Presidencia, señalando que ese cargo ha dejado de ser el puesto de trabajo que había sido para transformarse en un puesto de honor.

No quiso dejar pasar ese momento sin despedir al Presidente saliente doctor Stajano quien deja de formar parte de la Mesa en la cual estuvo desde su fundación, habiendo unido a una inteligente labor científica, una labor administrativa inigualable.

Por otra parte, la Sociedad no interpreta eso como un alejamiento y cree que el doctor Stajano seguirá contribuyendo con su dinamismo como lo ha hecho hasta ahora.

---

Presentado en la Sesión del 26 de Abril de 1932

Preside el Dr. J. C. del Campo

*Granuloma venéreo en la mujer.*

Por el Dr. C. STAJANO

(No aparecerá en estos Boletines).

---

Presentado en la Sesión del 26 de Abril de 1932

Preside el Dr. J. C. del Campo

*La distensión del peritoneo parietal en las hemorragias subperitoneales en el post-operatorio.*

Por los doctores C. STAJANO y A. CHIFFLET.

Escudriñando el desarrollo del post operatorio en cirugía abdominal nos fué fácil recoger cinco observaciones que presentan un parecido tal, que nos indujo a darlas a publicidad. A pesar de ese parecido, en lo que se refiere a la lesión anatómica (hemorragia grande o pequeña alojada en el subperitoneo), es conveniente hacer notar desde ya, que las manifestaciones clínicas no fueron en todas iguales. Es que, el proceso anatómico en cuestión desencadena un estado orgánico especial, que se traduce según las personas en una dilatación aguda de estómago, en una acidosis, en un cuadro de anemia intensa, en una uremia, etc. Y, la dilatación de estómago, acidosis, uremia, etc., pueden muy bien explicarse por el estado de shock desencadenado por la distensión del peritoneo parietal que limita al tejido celular subperitoneal, abasteciendo la hemorragia. La comunidad del mecanismo de producción de estos síntomas hace que nuestros casos no estén unidos sola-

mente por lazos fisiológicos y anatómicos, sino también por lazos clínicos y terapéutico.

Haremos primero un resumen escueto de dichas historias y después los comentarios que nos sugieren.

**HISTORIA N.º 1.**—N. T. A., uruguaya, 39 años, casada. Ingresa a la Sala 4 de Ginecología el 15 de Noviembre de 1927, por un prolapso genital, que según sus manifestaciones, comenzó hace 4 años. En sus antecedentes no hay nada importante a no ser 4 abortos espontáneos. El examen revela colpocele anterior predominante y ligero colpocele posterior con mucosa vaginal sana.

**Análisis preoperatorios.**—Reacción de Wassermann, H<sup>8</sup>. Urea en el suero, 0.26. Hemostasis, 2 ½ minutos. Tiempo de coagulación, 7 minutos. Orina: no hay elementos anormales, algún leucocito. Exudado vaginal: diplococos Gram positivo.

**Examen clínico preoperatorio.**—No hay nada anormal que contra-indica la intervención.

**Operación.**—El 21 de Noviembre por el Dr. Stajano y el Dr. Etchepare—Eter. Se hace colporrapia anterior y colpoperineoplastia posterior. En segundo término se hace Pfannestiel por el cual se hace una ligamentopexia siguiendo a Doléris. Al abrir el peritoneo parietal se notó el color violáceo del peritoneo intervésico uterino debido a un hematoma proveniente de la colporrapia anterior.

**Post operatorio.**—Dejando de lado los vómitos de la tarde, la temperatura que en su máximum llegó 37 4|5 y, el pulso, que tomado según regla del Servicio cada media hora, nunca pasó a 100, se puede decir que los dos primeros días del post operatorio fueron normales. Al tercer día, con 37 2|5 de temperatura y 96 de pulso, se nota un tinte terroso de su piel, con ligera excavación de sus órbitas y ligero pinzamiento nasal. Persisten algunos dolores en los rectos del abdomen y en el reborde costal. Se le hace lavaje de estómago dando unos pocos residuos. Se le indica suero glucosado intravenoso, suero fisiológico subcutáneo, aceite alcanforado y cafeína. Al cuarto día constatamos que la tarde anterior ha tenido 37º y 96 de pulso, pero que esa mañana la temperatura ascendió a 37 4|5 y el pulso a 104. El facies tóxico se haacentuado, siendo ahora el típico del peritoneal. Hay cierta agitación delirante. El dolor se ha generalizado a todo el vientre y hay hiperestesia cutánea. El pulso sigue acelerándose, siendo de 140 a la hora 11. La orina es muy escasa desde hace dos días, teniendo la última 0 g. 81 por mil de cloruros.

**Reintervención.**—Se saca un punto de la colporrapia anterior y se introduce una pinza a través del ojal. Sale sangre ligeramente negruzca

con coágulos. Se le sigue hidratando y tonificando. A la tarde del cuarto día el facies es el mismo. La temperatura es 37 3/5 y el pulso 150. En las primeras horas de la mañana del quinto día la temperatura asciende a 38 3/5, falleciendo momentos después. — *Neerapua - Conitabá'mu*

**HISTORIA N.º 2.**—M. S., 20 años, soltera. Ingres a la Sala 4 de Ginecología el 10 de Setiembre de 1927, haciendo una historia de litiasis vesicular por lo cual se le aconseja una intervención. No hay en su historia, fuera de esta afección, nada que merezca mención.

**Análisis preoperatorios.**—Reacción de Wassermann, H<sup>b</sup>. Urea en el suero, 0. g. 25. Presión arterial, 10 y 5. Hemostasis, 3 minutos. Tiempo de coagulación, 5 minutos. Orina, normal. No se visualiza la vesícula al tetrayodo.

**Examen clínico preoperatorio.**—No hay nada que contraindique la intervención.

**Operación.**—El 17 de Setiembre por el Dr. Stajano y el Pte. Chifflet. —Anestesia al éter muy dificultosa. Laparatomía paramediana supra umbilical derecha. Adherencia del colon a la vesícula. Se despega. Vesícula pequeña, retraída, esclerosa. Se abre su extremidad y sale arenilla. No se consigue pasar el explorador. Abriendo más adelante se constata que estamos frente a una vesícula tabicada. Se abren las logias y se saca su contenido. Se coloca un tubo de goma, una gran mecha y se cierra.

**Post operatorio.**—A la tarde de la intervención y todo el día siguiente, la enferma tuvo un estado general bueno con pulso que no llega a 100 y un ligero ascenso febril de 37 2/5. Sin embargo, los vómitos, que comenzaron al terminar la anestesia, han seguido sin interrupción. Se le hace lavaje de estómago sacando contenido gástrico abundante de color negro. Al segundo día (día 19), la temperatura es de 36 4/5 y el pulso ha subido a 140. Se le hace digaleno y sueros. Al tercer día sigue apirética. El pulso se mantiene entre 120 y 140. El estado general está visiblemente decaído. Continúan los vómitos, por lo cual se le hace un nuevo lavaje de estómago. Se le retira parte de la mecha y se sigue tonificando. Al cuarto día (21), el pulso sigue rápido. La temperatura sube a 38°. El estado general sigue mal. Se retira toda la mecha. Enema de café. Suero glucosado. Insulina. Al quinto día (22), el pulso 120, más tenso, con 36 2/5 de temperatura. El estado general ha mejorado. Se sigue con el suero glucosado y la insulina. Al sexto y séptimo día, el estado general sigue mejorando. La temperatura no pasa de 37°; el pulso no pasa de 100. El octavo día (25), se acaban algunos agrafes y se le da sulfato de magnesio. El estado general continúa bien. A las 5 horas del purgante tiene una deposición.

Más tarde, un vómito bilioso. El noveno día (26), se le hace un enema purgante, haciendo abundante efecto. La tarde de ese día pasó bien. A las 22 horas tiene vómitos repetidos, expulsando gran cantidad de líquido verdoso. Se queja de fuertes dolores de cabeza, facies encendido, ojos encajados, pulso rápido, irregular. Se le hace 700 c. c. suero glucosado e insulina. A la media hora hay una evidente mejoría que continúa en las horas siguientes. A la hora 6 del décimo día (27), decae bruscamente su estado general, quejándose de dolores de vientre y tiene un vómito abundante, falleciendo minutos después.

**Necropsia.**—Gran dilatación del estómago. Vesícula atrófica. Gran <sup>no</sup> ~~oma~~ <sup>o</sup> retroperitoneal de color negruzco, sin huellas de hemorragia reciente. Hasta hoy nos preguntamos, de cuál fué el origen de esta hemorragia al, que ~~se~~ <sup>se</sup> ~~hizo~~ <sup>hizo</sup> en la fosa lumbar, tanto más que la sencillez del acto operatorio, hecho en el campo peritoneal infrahepático, no nos permite asignarle causa razonable al hematoma <sup>de</sup> ~~de~~ <sup>de</sup> lumbar. *(Acción de los coágulos, ?? Causa*

**HISTORIA N.º 3.**—L. R., 36 años. Operado de urgencia. Apendicitis aguda supurada. — Dr. Stajano - Dr. Petrillo. — Eter. Mac Burney. Apendicectomía (Temoín). Hay pus en el peritoneo. Sin embargo, no se drena, contra la opinión del ayudante.

**Post operatorio.**—A las 10 horas el enfermo no sólo se queja de dolores abdominales difusos, sino que, progresivamente, parecen hacerse intolerables. Distensión dolorosa del vientre. Pulso, 100 a 110. Temperatura, 38°.

A las 34 horas, dilatación aguda de estómago. Gran distensión del vientre. Dolor intensísimo, difuso en todo el vientre. No hay contractura de la pared. Facies tóxica. Pulso rápido. Evidentemente no hay una peritonitis, pero hay una reacción peritoneal que por no haber drenaje, nos induce a explorar el peritoneo.

**Reintervención.**—Se abre la piel y tejido celular en la herida operatoria. Al abrir el gran oblicuo caemos en un gran hematoma que por debajo del transverso decola el peritoneo y lo distiende, convirtiendo el espacio subperitoneal virtual, en un amplio espacio real que se extiende hasta la logia renal. Es una hemorragia del extraperitoneo que, probablemente, tiene su origen en una arteriola que sangró en el tiempo de la disociación del pequeño oblicuo y del transverso y que es menester no olvidar. Evacuación de los coágulos. Se abre el peritoneo y con gran sorpresa constatamos que no existe el más mínimo rastro de pus en el vientre, que la serosa está pálida y enteramente normal, justificando el no drenaje del peritoneo y alejado por este lado, la razón de nuestro grave síndrome.

El enfermo es llevado a la cama, pero sigue grave y fallece a las 4 horas, en anuria que se establece rápidamente con una orina que fué acetónica desde las 24 primeras horas.

**Necropsia.**—Hemorragia decolante extraperitoneal, llegando hasta el retroperitoneo y ocupando toda la logia renal.

**HISTORIA N.º 4.**—A. L. de C. Enferma del H. E. Histerectomía subtotal. Anexectomía bilateral. Apendicectomía. El pulso, tomado cada media hora, no acusa nada anormal en toda la tarde, latiendo a 80, 85.

A la hora 18, después de una náusea, la enferma siente un brusco color abdominal difuso, con facies pálido y pulso progresivamente rápido y blando. Distensión del vientre. A pesar de todos los tónicos y sueros, el estado general no mejora.

A la hora 20 la enferma está fría, sin pulso casi, no dudándose en reintervenir a pesar de que la iniciación del cuadro fué brusca, no paulatina, y el ritmo del pulso no se comportó como en las hemorragias post operatorias habituales. Existió, sin duda, algo anormal, pero que no nos hizo dudar de reintervenir a pesar de la gravedad extrema del caso.

Reapertura del peritoneo. No hay sangre en la cavidad serosa, sino una pequeña cantidad que una simple gasa enjuga totalmente y que proviene de un hematoma supracervical y subperitoneal debajo de la peritonización hecha en la mañana. El hematoma azulado que evacuamos no contiene más de 130 a 150 grs. de sangre y su origen es una baba de sangre venosa del ligamento ancho, pues los pedículos están todos perfectamente hemostasiados. La reintervención duró 10 minutos. La enferma falleció a la hora de estar en la cama.

**HISTORIA N.º 5.**—E. R. de P., 27 años. Hace 17 años fué operada de quistes hidáticos pélvicos.

Hace dos meses tuvo un cuadro doloroso de la fosa iliaca derecha, por el cual el médico de campaña hizo diagnóstico de apendicitis. Hizo tratamiento médico y la envía para operar.

**Pulmón y corazón:** normales. **Vientre:** nada anormal. **Examen genital:** masa en F. S. L. D. adherente a útero y a pared pélvica. **Meltzer Lyon:** respuesta vesícula normal. **Orina:** normal.

**Radioscopía.**—**Tórax:** normal. **Diafragmas:** normales. **Hígado:** de tamaño y formas normales. Urea en suero, 0.24. Wassermann, H<sup>s</sup>.

**Operación.**—27 de Febrero, hora 11.—Chifflet - Lorenzotti.—Eter. Laguer. Apéndice sano. Apendicectomía. Tumefacción fluctuante juxta erina derecha retroperitoneal. Punción negativa. Abertura con sonda de sustancia de aspecto sebáceo. Resección parcial por su adheren-

cia a colon sigmoide y a útero. Sangra un poco el corte de la pared. Sutura. Peritonización. Cierre.

En las horas de la tarde y primeras de la noche hace progresivamente un estado grave con decoloración intensa de piel y mucosas. Agitación, disnea, pulso 150. Douglas libre. La agravación progresiva decide a intervenir a la hora 24 al cirujano de guardia, Dr. Pérez Fontana. Eter. Abertura de la herida. Sigue hemorragia intraperitoneal. Gran hematoma subperitoneal ocupando fosa ilíaca y lumbar derecha. Se ligan pequeños puntos que sangran. Grueso Mickulicz taponando la zona hemorrágica.

Después de la operación el estado general sigue muy grave. Se hace suero intravenoso. Transfusión de sangre. Vendaje compresivo de los miembros inferiores. Trendelenburg. Cafeína. Estricnina. Oxígeno en inhalaciones.

Por dos o tres días el estado general sigue grave, por lo cual obliga a una terapéutica enérgica. Luego la enferma empieza a mejorar siendo dada de alta el 3 de Abril (36 días de operada).

---

Si el fin de nuestra publicación fuese la discusión del mecanismo por el cual obró esa hemorragia para dar esos cuadros tan graves, juntaríamos a las historias que acabamos de leer otros casos interesantes en los cuales la hemorragia fué de origen traumático o que la distensión subperitoneal no fué provocada por el factor hemorragia, sino por un factor de otra índole. En otra oportunidad nos ocuparemos de ese estudio tan interesante de fisiopatología abdominal. Hoy sólo queremos abordar la parte relativa al post operatorio, haciendo con ese objeto algunas consideraciones prácticas en lo que se refiere a profilaxis, a sintomatología, a pronóstico y a tratamiento de esas hemorragias.

➤ **PROFILAXIA.**—La simple lectura de estas observaciones nos lleva a preocuparnos de algunos detalles operatorios cuyo descuido puede provocar un grave riesgo para los enfermos. En primer lugar llamaremos la atención sobre las pequeñas venas que sangran a veces en el subperitoneo o en el espesor de la capa muscular supraadyacente y cuya insignificancia hace que a menudo se descuide su ligadura. En la observación número 3, un pequeño vasito del plano muscular fué el que dió la hemorragia, que en su desarrollo no sólo invadió el subperitoneo anterior, sino la logia renal.

Un segundo hecho a tener en cuenta es la hemorragia venosa que se produce a veces por secciones de órganos, sobre todo pélvicos, que sangran en capa, sin encontrar un punto para ligar. Frente a lo es-

caso de la sangre hay tendencia a hacer una peritonización, tapando así a nuestros ojos la zona hemorrágica y dejando que siga esa sangre distendiendo el subperitoneo. Tal es lo que sucedió en los casos 3 y 5. Saquemos de esto una doble enseñanza. En primer lugar, que es necesario recurrir a la minuciosa ligadura, no sólo de todos los muñones, sino que del más insignificante vasito venoso y mejor aún a la sutura por surget de las zonas que sangran. La segunda enseñanza es que si no se consigue con la sutura una hemostasis perfecta es necesario recurrir a un procedimiento que lo consiga. Y la peritonización no hace más que ocultar el fantasma y dejarlo crecer a la sombra. Dejemos en estos casos a los clásicos con la peritonización obligatoria y coloquemos una buena mecha sobre la zona que sangra sin peritonizar, especialmente en esas superficies sangrantes, que sangran en rocío.

Y para terminar con lo que se refiere a profilaxia, una cuarta conclusión. Al iniciar el cierre del vientre, cuando hacemos el vistazo general para controlar el estado en que quedó la zona operada, no descubrimos el color violáceo de un peritoneo que nos anuncia que debajo de él se está formando una colección hemática. Reabramos nuestra peritonización, tratemos de suturar las zonas hemorrágicas y si no lo conseguimos taponemos y cerremos sin peritonizar.

**DIAGNOSTICO.**—Una primera observación debe hacerse a este respecto. Los diagnósticos fueron casi siempre el resultado de una necropsia o de una reintervención. De esto deducimos lo indispensable de la necropsia en todos los casos en que nos hemos visto obligados a mantener diagnósticos más o menos raros y que sólo una necropsia sistemática puede darnos el por qué de muchas defunciones post operatorias. La segunda conclusión es que frente a un caso de duda en el post operatorio, debemos despojarnos de esa natural repulsión a la reoperación, llevar nuevamente al enfermo a la mesa y abrir con el fin de evitar en lo posible la agravación de un estado serio.

Si analizamos los síntomas que nos llevarán a la reoperación con el diagnóstico probable de hematoma subperitoneal, debemos hacer notar que en los casos presentados se nota cierta diversidad de manifestaciones clínicas. Con el criterio, sostenido por uno de nosotros, de que esas manifestaciones clínicas son la traducción de un estado de shock que en un caso, produce la fibra lisa (dilatación aguda de estómago, parálisis intestinal o vesical), en otro modificará los metabolismos (alcalosis, uremia, etc.), y en otro intervendrá especialmente sobre el sistema circulatorio (palidez, hipotensión, alteración del pulso, anisotomías, etc.); con ese criterio, decimos, es necesario pensar en todo

operad que presenta una de esas manifestaciones, en la existencia de un *elemento de emergencia* que *provoca* ese estado de shock. La revisión de las causas particulares, que en cada caso pueden provocarlo, *no* permitirá *al* — en cada uno de ellos — hacer el cálculo de la posible lesión en juego.

Este criterio *analítico, más o* *ph*, nos sacará de la actitud un poco lateralizada con que pretendemos tratar cada una de esas manifestaciones clínicas, dejando sin tratamiento la lesión causal del estado de shock, y el tratamiento de éste en toda su amplitud. *Hablaremos* en otro lugar de la terapéutica *atinar y simplis* que se utiliza corrientemente en los post operatorios.

Antes de seguir adelante debemos dejar constancia que los conceptos sostenidos en los párrafos anteriores encuentran en las cinco observaciones que presentamos, el apoyo que dan casos clínicos que por su documentación necropsica tienen el valor de una experiencia.

**PRONOSTICO.**—Más elocuente que cualquier exposición es la lectura de las cinco observaciones, que muestran que el estado grave provocado por este tipo de hemorragia, termina muy a menudo con la muerte.

*clínicas*  
**TRATAMIENTO.**—Debe tratarse, en primer lugar, la causa de la afección, es decir, el hematoma y, en segundo lugar, sus manifestaciones que englobamos en " término enera del shock. Dejando para una comunicación ulterior lo que se refiere al tratamiento del shock, diremos que el hematoma progresivo exige la reintervención la extracción de los coágulos formados y *la* hemostasis por el procedimiento que sea *crea* más adecuado, desde la sutura de las zonas hemorrágicas hasta el taponamiento sin peritonización. *—*

### CONCLUSIONES

- 1.º) Ligar o suturar bien todos los puntos que puedan provocar hematomas en el subperitoneo decolable.  
Cuando es imposible, hacer taponamiento sin la peritonización obligatoria. *simple*  
No considerar *de* inofensivo el color violáceo i una hemorragia subserosa.
- 4.º) Necropsiar todos los enfermos que han fallecido en un post operatorio.
- 5.º) A pesar de lo que pueda repugnar, no demorar la reintervención en vista de una mejoría espontánea, en estos casos problemática.
- 6.º) Los síntomas que presentan los enfermos por hemorragia subperitoneal traducen un estado de shock y son todos imputable

a la distensión del peritoneo limitante, ~~además de~~ los de la hemorragia misma. *(Peritonismo intenso - Cuadro pseudo-menstrual)*  
 La región anatómica, por la distinta disposición del tejido celular (espesor, laxitud, etc.), explica la gran tolerancia de ciertas regiones del subperitoneo (fosa ilíaca, región lumbar, etc.), *(espeso)* frente a la protesta de regiones donde el peritoneo limitante, *(Aeroso)* sufre con toda intensidad la distensión, al limitar el hematoma. Las observaciones que presentamos tienen el valor de pruebas experimentales de la conclusión 6.º).

El pronóstico de estas hemorragias, aunque no profundas en ciertos casos, es muy grave. *(el factor distensivo)*

El tratamiento es causal: ~~lucha contra~~ la hemorragia y tratamiento del shock, por medicación específica a base de cafeicos (vía rectal, vía raquídea), medicación que preconizamos, de acuerdo con nuestra experiencia.

---

trabajo presentado acredita al Dr. Stajano, por la valentía y sinceridad de presentar a esta Sociedad cinco casos, que realmente son de gran utilidad, pues es evidente que las enseñanzas, surgen a veces más de los fracasos bien analizados, que de los éxitos. Es natural que todo esto ha sucedido, por pequeñas fallas, pero contra las cuales ningún cirujano puede considerarse librado. Habría que decir, que no hay ninguna cirugía perfectamente inocua. Los Drs. Stajano y Chifflet reúnen cinco o seis casos en un plazo de largos años de práctica quirúrgica, y que son demostrativos respecto a los pequeños detalles determinantes en el curso de cualquier intervención de graves consecuencias. Dejando de lado el grueso vaso que sangra y que las ligaduras de los muñones evita, existen causas de hemorragias, determinadas por pequeños vasos venosos, a veces del tejido celular, que son exangües en el momento operatorio y luego sangran en las horas ulteriores. Al cerrar el vientre correctamente hemostasiado, se vislumbra a veces el color violáceo de un hematoma subperitoneal, por debajo de una sutura de peritonización correcta. De hecho, se pierde menos tiempo en deshacer esa sutura y completar con exactitud el menor regumamiento de sangre, que en contar con la hemostasis espontánea; uso de suturas con agujas finas haciendo, por regla general, la hemostasis. Cuando es posible, recorro al drenaje pelviano, por vía vaginal, mismo en el caso de las roturas, mediante la sección posterior del cuello que deja salir la mecha pélvica por la vagina, y estoy satisfecho de esta conducta, en los casos muy complejos en los cuales la peritonización perfecta en pelvis perfectamente seca es prácticamente imposible. Insisto en la necesidad de ser cada vez más estricto en nuestras técnicas quirúrgicas y es por eso que día a día los resultados estadísticos de toda la cirugía se acercan hacia la perfección por supresión de todas las pequeñas causas.

## BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

**Dr. García Lagos.**—Considero que la comunicación de los Drs. Stajano y Chifflet, reviste sumo interés práctico, en el seno de esta Sociedad. Estas incidencias son raras; suceden excepcionalmente, no suceden siempre, pero es menester admitir que innumerables peligros acechan la obra quirúrgica más perfecta.

La comunicación presentada no encara la hemorragia peritoneal, pequeña o profusa, sino que pone sobre el tapete el capítulo de la hemorragia subperitoneal post operatoria disecante, desencadenando un cuadro no de hemorragia, sino de shock, interpretado por los comunicantes por la distensión del peritoneo, limitante del hematoma.

El Dr. Nario debe de recordar un caso de histerectomía vaginal que yo realicé en su presencia y cuya realización me dejó orgulloso, tal parecía la corrección del acto operatorio, desenvuelto sin incidencias y completamente exangüe. La enferma en las 24 a 48 horas dibuja un cuadro similar a los descritos. Facies, distensión y dolor abdominal. Dilatación aguda de estómago. Pulso hipotenso y rápido, y muere en 48 horas sin perder una gota de sangre por la vagina. A pesar de existir un hematoma subperitoneal decolante de relativa consideración.

**Dr. Nario.**—Desea hacer resaltar que la comunicación da margen a dos comentarios de orden distinto:

1.º La causa.

2.º La efectividad del mecanismo marcado.

En cuanto a la causa, el Dr. Nario insiste en la necesidad de una hemostasis rigurosa como lo han sostenido los Drs. Bottaro y García Lagos. A veces esa rigurosidad no depende del cirujano, porque la hemorragia es originada en pequeños vasos que siguen sangrando o pueden empezar a sangrar, precisamente después de terminada la intervención.

En las operaciones pélvicas, la posición de **Trendelenburg**, hace que durante la operación no exista esa congestión pélvica, cuyos efectos se hacen sentir cuando se cambia de posición la enferma, cosa que en general no se hace, sino después de haber cerrado el peritoneo (cita dos casos).

La vasodilatación post traumática puede hacer que en las horas siguientes el enfermo sangre por vasos insignificantes y que esa hemorragia sea mortal (cita un caso).

En cuanto al mecanismo invocado, el Dr. Nario manifiesta que no está de acuerdo con una de las conclusiones del trabajo en la forma en que está expresado.

Considerando perfectamente posible que algún hematoma subperitoneal es capaz de dar manifestaciones reflejas susceptibles de originar la muerte. Le parece que no es posible afirmar, por el simple examen de las interesantes observaciones presentadas, que ellas constituyen experiencias de laboratorios que prueban necesariamente el mecanismo de la muerte en dicho caso. Menos aún se prestan a generalizaciones en cuyo caso es indispensable mayor rigor en la selección de los hechos.

Apoya su afirmación los siguientes hechos:

## BOLETIN DE LA SOC'EDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

1.º Que hay hematomas subperitoneales de consideración que no se acompañan de ningún cuadro (cita dos casos).

2.º Que los casos citados no son superponibles y son demasiado distintos uno del otro.

3.º Que habría <sup>que</sup> conocer de antemano que cantidad de enfermos operados y con post operatorio satisfactorio presentan hematomas latentes. El Dr. Nario cree que esa cantidad debe ser más crecida de lo que se dice o de lo que se cree.

4.º Que no todas las regiones del subperitoneo son susceptibles de engendrar reflejos de tipo mortal.

5.º Que en los accidentes traumáticos se pueden ver casos de hematomas profundos retroperitoneales, pero que la marcha de estos enfermos no justifican algunas de las afirmaciones de la comunicación.

6.º Que considera necesaria una revisión de éstos y otros elementos de juicio, a fin de poder saber con mayor precisión en qué condiciones una colección de sangre intersticial en el espacio subperitoneal puede tener un valor tan decisivo en algunas manifestaciones desagradables del post operatorio.

Dr. Armand Ugón.—Considera de gran interés práctico el tema traído a la Sociedad por el Prof. Stajano, pues las hemorragias post operatorias continúan siendo de lejos en lejos, causas de trastornos graves en intervenciones laboriosas y cuya previsibilidad, de acuerdo con lo manifestado por el Dr. Bottaro, no siempre es fácil.

**Disiente con los autores cuando afirman, que pequeñas hemorragias, estratégicamente situadas en el subperitoneo, pueden ocasionar por vía refleja, trastornos muy graves y aun mortales.** Estima que esta aseveración no está probada de una manera rigurosa por las historias clínicas relatadas. En una de ellas, en donde al noveno de operada, fallece la enferma, y, la necropsia muestra un hematoma retrocréptico, no se puede desechar la idea de una pancreatitis. En otras observaciones, practicadas unas en medio séptico y, otras, en regiones de infección latente, **no se puede excluir la existencia de un proceso séptico**, favorecido en su desarrollo y en su evolución por la existencia de focos desvitalizados, pequeños hematomas haciendo de cultivo. El hecho de que el peritoneo no presente signos de inflamación, excluye, en manera alguna, la existencia de una infección hipervirulenta aséptica, progresando en el tejido celular subperitoneal. Todos conocemos la fragilidad de ese tejido de sostén para defenderse de la agresión microbiana, a tal punto, **estima frecuente y grave el desarrollo de celulitis subperitoneales**, más de lo que usualmente se sospecha. Para evitarla, en la apendicitis aguda, considera preferible **dejar sin suturar la incisión parietal**, cuando hay infección peritoneal.

Por otro lado, Armand Ugón ha presenciado en tres casos de hematomas improbables subperitoneales, pero seguramente asépticos (herida de la vena ilíaca externa, de la epigástrica y dérapage de un pedículo lombo-ovárico), síntomas atípicos y en relación con la importancia de la hemorragia que los explicara claramente **sin necesidad de hacer intervenir una acción refleja.**

Por las dos razones expuestas: 1.º) Posibilidad de infección del hematoma; y 2.º) Existencia de hematomas importantes en el subperitoneo, sin existencia de complejo sintomático grave, relatado por los autores de la comunicación, estima que no están probadas sus afirmaciones y que nuevas investigaciones son necesarias para aclarar la fisiología del subperitoneo, que hoy desconocemos.

Dr. Juan C. del Campo.—Los casos presentados por C. Stajano y Chifflet son muy interesantes, pero la mayor parte de ellos, por lo menos, están lejos de ser verdaderas experiencias del laboratorio, como lo afirman ellos. Son, en general, susceptibles de otras interpretaciones.

Más de una vez hemos visto estados depresivos post operatorios, a raíz de intervenciones sencillísimas, estados cuya causa no se ha podido encontrar ni en los exámenes clínicos ni de laboratorio, ni en reintervenciones ni en la autopsia.

Más frecuentemente se ven estos casos como consecuencia de operaciones por infecciones peritoneales, como lo son algunas de los señalados.

Quiero decir, que la hemorragia subperitoneal no es necesaria para producirlos y que el papel que ha desempeñado en ellos puede ser discutible.

Pero, es admisible, que la hemorragia subperitoneal pueda matar ya sea por su cantidad como en el caso del Prof. García Lagos, ya sea por una especie de shock provocado por la dilaceración del tejido celular, como lo admite Nario.

De todas maneras, estos hechos entran dentro del cuadro tan interesante de las complicaciones agudas del vientre operado.

Sobre este punto yo he seguido orientaciones señaladas en esta misma Sociedad.

Cuando estaban de moda las miocarditis y las suprarrenalitis, el Prof. Mérola sostenía que detrás de estos diagnóstico, había una complicación local, hemorragia, peritonitis u oclusión. Y, en lo que respecta al diagnóstico de una hemorragia, el Prof. García Lagos nos indicaba que él, en caso de duda, sacaba un punto e introducía un tubo o una pinza para comprobarla.

En el diagnóstico diferencial de estos estados hay un examen al cual cada día le concedo más valor: la numeración de glóbulos rojos y blancos.

La leucocitosis acompaña constantemente a la hemorragia, sea externa o interna, peritoneal o subperitoneal, elevándose en pocas horas a cifras variables, a veces muy grandes, 25.000, 30.000, y más; deteniéndose cuando ella se detiene.

En cambio, la cifra de glóbulos rojos tiene ligeras disminuciones, siendo necesario enormes hemorragias para que baje de 4.000.000 en las primeras horas y sólo en los días sucesivos que la dilución de la sangre la hace descender.

Disminuciones de los glóbulos rojos llegando a 2.500.000 las he encontrado en las primeras horas en estados de shock.

Y, por último, quiero señalar un punto importante respecto a terapéutica.

A los estados abdominales agudos post operatorios hay que aplicarles la misma:

fórmula de la cirugía de urgencia corriente, es decir, diagnóstico precoz, intervención precoz, si se quiere obtener los mismos éxitos.

Pero a ello se opone un estado de ánimo muy particular del cirujano. Aquéllos más intervencionistas en cirugía de urgencia como en cirugía general, se transforman en estos casos en abstencionistas exagerados.

En cirugía de urgencia corriente, más de una vez se sacrifica la exactitud del diagnóstico al criterio práctico y en cirugía del post operatorio hay que hacer lo mismo. Yo he tratado de seguir esta norma y uno de los autores del trabajo puede atestiguarlo.

Las reintervenciones en el post operatorio de cirugía abdominal, es algo que puede hacerse perfectamente bien (a veces en totalidad, pero, por lo menos, la parte destinada a afirmar o eliminar la existencia de una complicación local), en la misma rama del enfermo. La desunión de la herida, la colocación de separadores, la exploración del foco operatorio y alguna que otra maniobra, pueden hacerse sin mover al enfermo, sin anestesia, siendo admirablemente soportadas. Es lo que hago cada vez más desde que sospecho una complicación local.

Dr. Stajano.—Voy a contestar algunos puntos muy brevemente por la falta de tiempo. Al Dr. Bottaro agradezco sus palabras de emulación y a la vez contesto sin refutarle, dado que se concreta a la parte técnica prudente y minuciosa, tanto en lo que se refiere a la hemostasis como a las indicaciones del modo y lugar de los drenajes, sobre lo cual estoy enteramente de acuerdo, pues es exactamente esa mi conducta; he aprendido mucho de todo esto a su lado y sigo las huellas de este maestro que me honra y al cual deberé siempre gratitud por sus tantas y numerosas

Por otra parte, declaro que la comunicación que presentamos, es el motivo o pretexto para traer a esta reunión no sólo la parte práctica, relacionada con la comprobación de hechos de real interés, aunque poco brillantes, sino la de agitar al ambiente con problemas de fisiopatología apasionantes y relacionados con la naturaleza del shock en general, y en particular, con la gran cantidad de síndromes depresivos del post operatorio, que prometo traer a esta Sociedad con mi colaborador, el Dr. Chifflet, que ha vivido durante años pasados, la gestación del concepto unicista que anunciamos y que nació enteramente de la observación clínica y con independencia de toda la tradición de conceptos erróneos, que aun hoy dominan, en el espíritu de los clínicos. Por eso es que siento con intenso placer la exposición de nuestro Presidente, Dr. Del Campo, que con toda justeza coincide conmigo en muchos hechos de observación, y de conducta.

Deseo ser categórico en lo básico de nuestra comunicación:

a) No estoy de acuerdo con las manifestaciones del Dr. Ugón, que no cree que los pequeños hematomas o hemorragias mayores sean causa de nuestras muertes, y piensa en la pancreatitis en un caso (enteramente descartada por la autopsia rea-

lizada) o en otros, en celulitis hipersépticas que no existieron clínicamente ni anatómicamente en la mesa de autopsias.

b) Afirmo de que la muerte y la sintomatología de nuestros casos, definen un síndrome, no descrito en particular en nuestra comunicación, pero que, analíticamente, consta en cada observación y que refleja un cuadro pseudo peritoneal, con todo el conjunto de síntomas depresivos y que con toda verosimilitud asignamos a su verdadera causa. Es decir, a la distensión aguda del peritoneo por una hemorragia subperitoneal contenida a veces por debajo de una peritonización.

Por otra parte, los argumentos de hemorragias subperitoneales sin shock, contrastando con las muy pequeñas, con gran síndrome, no hacen sino confirmar nuestra interpretación, pues reproducen a la perfección estos hechos, lo que sucede en las distensiones hemáticas viscerales, sobre las cuales hemos insistido en esta Sociedad al través de tres comunicaciones y que provocaron apasionadas discusiones. El tejido peritoneal en sí, tiene una propiedad reaccional fisiológica idéntica y sus reflejos son los mismos. se trata del peritoneo parietal, se trate del peritoneo visceral alto o bajo.

La razón fundamental, y esta es la causa de las diferencias aparentes, reside en la modalidad de la región anatómica y no en las propiedades de la serosa misma.

Un hematoma subperitoneal de la logia renal, hecho en un ambiente laxo, permite la gran colección, sin gran reacción del peritoneo limitante, la sangre difunde y se extiende, decola más o menos, sin consecuencia mayor; lo mismo pasa en la fosita iliaca, espacio de Bogros, etc., hasta cierto límite de tolerancia, siempre mayor que la de un limitado espacio como lo es el contenido por la peritonización en una histerectomía subtotal, por ejemplo, donde el peritoneo es poco clivable, donde el espacio es reducido y donde la elasticidad de la serosa se pone a prueba, pero a precio de una gran reacción, con toda la repercusión neurovegetativa general que expresa el síndrome complejo de nuestros post operatorios.

La inyección anestésica de que habla Ugón, no da shock, a pesar de la distensión porque se hace en espacios clivables — mismo cerca del plexo solar — y por la razón fundamental de ser anestésica y, por consiguiente, provocando el bloqueo de la excitación. No me es permitido extenderme en este asunto con ejemplos que se pondrán con más tiempo. Estoy muy de acuerdo con el Dr. Nario y el Dr. Del Camp en que los hematomas profundos deben ser más frecuentes de lo que se dice; por eso creo que más de un cuadro vago, de etiqueta poco precisa, de insuficiencia cardíaca, suprarrenal, miocarditis o de trastorno metabólico variado (acidosis, alcalosis, uremia, trastornos clorados, etc.), pueden tener como primun movens una causa determinante del tipo que hemos señalado. Volveremos amplia y extensamente sobre este asunto.