

seguridad los diversos elementos que deben salvarse o ligarse; contar con la trombosis problemática de la safena, o con una barrera infranqueable aponeurótica que dejara libre de adherencias la vena femoral nos parecen más vistas del espíritu que realidades. Así, pues, proponemos una incisión que debe ser paralela a la arcada hasta la línea de los vasos para seguir luego la dirección de éstos hasta 2 o 3 centímetros por debajo del cayado de la safena.

La extirpación ganglionar se hará de afuera a adentro y de arriba a abajo hasta el cayado mencionado. Reconocido éste se le ligará; en caso contrario, se le ligará "a posteriori". Se reinicia la disección, en la extremidad inferior de la incisión, donde se buscará, ligará y seccionará la safena, siempre fácilmente reconocible, y avanzando de abajo hacia arriba y de adentro hacia afuera llegaremos al punto en que habíamos terminado el primer tiempo de disección. Difícil es que en el transcurso de este segundo tiempo no hayamos podido valorar el estado de los ganglios profundos; si éstos estuvieran tomados y hubiera periadenitis algo intensa, por nuestra parte preferiríamos abandonar algunos ganglios, previa pediculización, ante el temor de herir la femoral. En el caso contrario nada impide terminar la extirpación, quedando así completamente limpia la parte superficial del triángulo de Scarpa. En este último caso, el cierre de la herida es factible, dejándose, si se quiere, un drenaje de seguridad en el punto declive, durante 48 horas.

Redactadas estas líneas el Correo nos trae el N.º 76 de la P. M. con un artículo de Rousseau y Adamesteanu sobre este mismo punto. A quienes interese el tema damos la indicación bibliográfica a fin de que puedan notar las pequeñas discrepancias que nos separan de dichos autores, francamente intervencionistas. No analizamos el artículo, pues como decimos al principio, no es nuestro propósito reabrir el debate de cómo se tratan los enfermos de Nicolás Favre.

Ruptura de hígado por contusión de abdomen.

Técnica de sutura hemostática.

Por el doctor PEDRO LARGHERO IBARZ

La observación que vamos a relatar, de aparente banalidad en la práctica de cirugía de urgencia, presenta algunas particularidades que me parecen justificar su comentario en esta Sociedad.

Juana S. de C., de 27 años de edad, ingresa al Hospital Maciel en Noche Buena del año 1933 a la hora 21 y 30, transportada por el Servicio de Urgencia por haber sufrido un accidente. Iba cruzando la calzada cuando un auto la atropelló, golpeán-

dola de frente, a pleno cuerpo y derribándola al suelo. Traída de inmediato al Hospital, la examina el Interno de Guardia, señor Piñeyrúa, que constata:

Estado de shock muy marcado, hipotermia, palidez, pulso de 100, hipotenso, y estado de inquietud extrema. Se queja de dolor abdominal, a asiento epigástrico y hacia el hipocondrio derecho, medianamente intenso. No ha vomitado. Dolor difuso a la palpación, más marcado en la zona supraumbilical, con contractura franca de la pared. Se instituye la terapéutica corriente en estos casos y se me llama a la hora 24 para examinarla. Ha continuado quejándose de dolores cada vez más intensos, con carácter netamente intermitente a exacerbaciones paroxísticas, que la enferma asimila a cólicos, sin poder precisar bien su localización, aunque parecen asentar más en la zona periumbilical. Persiste el estado de inquietud sin sed de aire y en el momento de los paroxismos dolorosos, esta inquietud se transforma en verdadera agitación. Tuvo minutos antes un vómito de alimentos y náuseas repetidas. No ha orinado espontáneamente y el cateterismo da 120 gramos de orina clara.

No ha tenido mareos ni trastornos visuales. Acusa con insistencia la violenta irradiación de sus dolores a ambas fosas supraescapulares.

Examen (a la hora 24 y 30): Enferma lúcida. Inquietud como síntoma dominante. Se queja intensamente de dolores abdominales irradiados a los hombros y a la nuca, que se agudizan cada pocos minutos obligando a la enferma a sentarse en la cama para soportarlos. Facies pálido. Mucosas decoloradas. Lengua fría y ancha. Pulso 98, regular, poco tenso, que no se altera ni con los cambios de posición ni con los esfuerzos. Erosiones en la nariz y en la frente. Nada craneano ni torácico. No hay índices cutáneos de contusión abdominal.

Abdomen: Ligeró balonamiento central, umbilical e infraumbilical, presente ya desde su ingreso y que se ha acentuado desde entonces.

No hay distensión de los flancos. Inmovilidad respiratoria de la pared completa: cuando se intenta provocar esta movilización, violenta irradiación del dolor a ambas fosas supraescapulares y a la nuca. A la percusión, sonoridad en todo el plano anterior del abdomen, macidez en el flanco izquierdo desde el borde externo del recto hasta la fosa lumbar. Esta macidez no sufre cambios con las modificaciones de posición de la enferma (la abundancia extraordinaria del derrame explicaba tal vez esta ausencia de desplazamiento de la zona de macidez).

Traube conservado. No hay sonoridad prehepática.

A la palpación, dolor intenso, generalizado pero predominante en epigastrio, hipocondrio derecho y región umbilical. Dolor a la decompresión en todo el abdomen. Contractura muscular franca a ambos lados del ombligo, epigastrio e hipocondrio derecho. Flancos tenos y fosas lumbares libres.

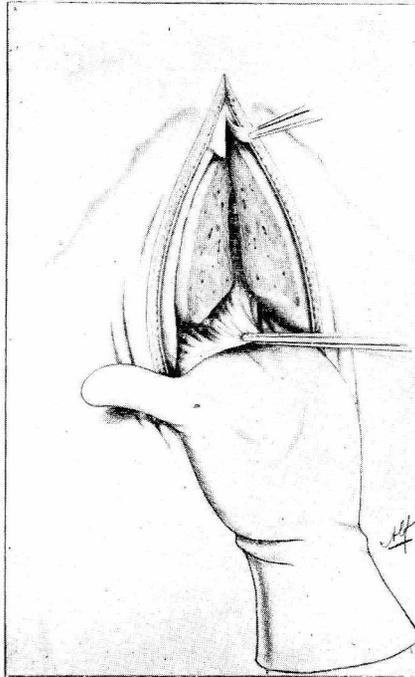
Tacto vaginal: Utero llevado hacia atrás. Pese a la evacuación vesical, el fondo de saco anterior es ancho, con sensación de líquido, muy doloroso. La movilización uterina y la presión sobre el fondo de saco posterior provocan un grito de dolor.

Tacto rectal: Pared anterior del recto empujada por el útero. Douglas muy doloroso.

Con diagnóstico de hemorragia interna, probablemente por esión hepática, se interviene de inmediato.

Operación.—Ayudan los practicantes Rebagliatti y Diez. Anestesia, éter por el Pte. Piñeyrúa. Incisión mediana desde la apéndice xifoide hasta tres dedos por debajo del ombligo. Ola de sangre líquida, oscura, libre en e peritoneo, hace saliente y por varios segundos me impiden toda visión. Cuando se pudo explorar se constata una imponente colección de sangre en todos los recessos peritoneales (hipocondrio derecho, fosa frénica, fosas lumbares, pelvis e hipogastrio). Las asas delgadas, aplastadas,

flotan sobre la sangre. La fuente de la hemorragia es una grave desgarradura del hígado, que situada en la línea media y en el plano sagital, a izquierda del ligamento falciforme se insinúa profundamente hacia el borde posterior del órgano, en la extensión de 8 o 10 centímetros, separando casi el lóbulo izquierdo. La superficie de la ruptura es irregular y flotan trozos de parénquima hepático en la sangre que sale del vientre. Varios vasos de grueso calibre sangran a chorro sobre el corte hepático; no puedo contener la hemorragia al comienzo y en unos minutos la enferma pierde el pulso, deja de respirar y la muerte parece inminente. Exteriorizo



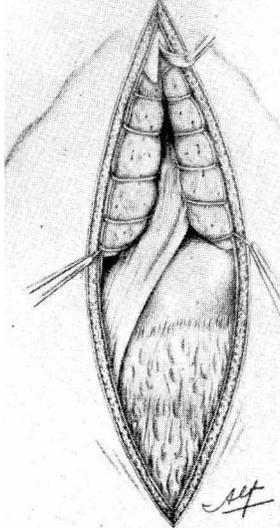
el hígado traccionando del ligamento redondo y manteniéndolo exteriorizado, coloco los cuatro últimos dedos de mi mano izquierda en supinación entre estómago y cara inferior de hígado; comprimo entonces entre mis dedos y el plano condro-esterno-muscular la zona desgarrada y la hemorragia se cohibe. Sutura con surjet de la zona desgarrada, atravesando de adelante a atrás pared anterior (menos piel), hígado y luego borde libre del ligamento redondo para el labio izquierdo, borde adherente para el derecho. Los hilos pueden ser traccionados a voluntad y la hemostasis se hace bien sin desgarrar el parénquima. La sutura hemostática hace, como vemos, un verdadero "sandwich" de hígado entre planos parietales anteriores y ligamento redondo. La exploración rápida de hígado y bazo no revela otras lesiones.

Se colocan dos mechas apretadas entre hígado y estómago, comprimiendo la zona suturada. Cierre de la pared en dos planos. Piel con crin.

Al final de la operación, pulso incontable, palidez extrema; se hace un vendaje de autotransfusión de los miembros inferiores. A los pocos minutos el pulso, aunque muy chico, se cuenta a 150. Suero subcutáneo. Tonicardíacos. Pasa a la Sala Cirugía B.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

La evolución post operatoria se hace sin incidentes. El vendaje de autotransfusión se retira seis horas después de la intervención, manteniéndose el pulso a 130, pero de tensión satisfactoria. La presión arterial era en este momento de 12 Mx, 8 Mn. (Vaquez). La curación mojada en serosidad sanguinolenta.



El 2 de Enero se retiran las mechas que están blancas en su parte profunda, señalando que no habido hemorragia después de la sutura.

Un examen de sangre, practicado el 28 de Diciembre, da: 2.380.000 glóbulos rojos por milímetro cúbico y 45 % de hemoglobina.

Alta curada, con herida en buenas condiciones, el 18 de Enero.

COMENTARIO

Si analizamos las características clínicas del caso, debemos destacar la presencia desde el ingreso, como síntoma dominante, sobrepuniéndose al estado de shock, de una inquietud que se transformaba por momentos en verdadera agitación con ribetes espectaculares.

En el mismo plano que la inquietud debemos colocar el dolor, con tres caracteres salientes:

- 1.° Su violencia y su ritmo intermitente con paroxismos de violencia inaudita, como cólicos difusos pero predominando en la zona periumbilical.
- 2.° Su irradiación frénica bilateral, desbordando el campo supra-

escapular habitual de esta irradiación para llegar hasta la nuca.

- 3.º La coincidencia de los paroxismos dolorosos con las manifestaciones máximas de agitación de la enferma.

El pulso que a su ingreso era de 100, se mantenía con esa frecuencia en el momento de mi examen, tres horas más tarde, y no se modificaba con los cambios de posición de la enferma; pese a la falta de aceleración progresiva su tensión era débil.

Anotamos también la ausencia de mareos, de angustia respiratoria y de trastornos visuales, síntomas de observación frecuentes en las graves hemorragias.

En el examen del abdomen debemos señalar:

Inmovilidad respiratoria completa; las tentativas de movilización por inspiración profunda eran brutalmente frenadas por un dolor del piso alto del abdomen con violenta irradiación frénica bilateral. Asociando este síntoma a los datos del protocolo operatorio no cabe otra explicación causal que la irritación del diafragma por la sangre derramada; esta irritación diafragmática, que se traduce por la inmovilidad respiratoria del abdomen, la respiración superficial y contenida y la irradiación frénica, de constatación banal en las afecciones abdominales agudas acompañadas de hemorragia importante o de derrame líquido irritante o séptico, adquiriría en nuestro caso una intensidad sólo comparable a la que presentan las perforaciones ulcerosas gastro-duodenales a sintomatología ruidosa.

Si nuestra convicción no fuera ya arraigada sobre la presencia frecuente de la contractura parietal en las hemorragias peritoneales (sobre todo por ruptura visceral del piso alto del abdomen), esta observación nos la hubiera hecho adquirir de manera definitiva.

El balonamiento subumbilical, ya evidente en el momento de su ingreso, se acentuó en las horas siguientes, con la progresión de la hemorragia y la creciente colección sanguínea pelviana, que desalojó del bacinete las asas delgadas flotantes sobre el derrame; balonamiento de idéntica topografía y provocado por la misma causa que el que es frecuente observar en las hemorragias cataclísmicas de origen genital femenino.

En el examen genital anotamos los síntomas que nos son familiares en la exploración de las enfermas afectadas de graves hemorragias peritoneales por ruptura de trompa grávida: fondos de saco vaginales soplados, con sensación líquida, dolorosos, útero empujado hacia atrás por el derrame, grito del Douglas, movilización uterina muy dolorosa.

Del protocolo operatorio se debe destacar: el tipo de ruptura, sa-

gital y profunda, separando en gran parte el lóbulo izquierdo del derecho al ras de la inserción hepática del ligamento falciforme, la importancia de los vasos de la sección, que sangraban a chorros, la maniobra de hemostasis temporaria por tracción sobre el ligamento falciforme y compresión de la superficie de ruptura entre nuestra mano y el plano resistente parietal. Es cierto que en esta tarea de hemostasis desesperada ante la inminencia de la muerte, nos ayudó mucho el estado de hipotensión vascular a que la enferma había llegado.

El procedimiento de sutura que la necesidad nos sugirió fué muy eficaz; el surjet que comenzaba en el labio izquierdo de la herida tomaba entre planos parietales adelante y borde libre del ligamento redondo atrás, el corte de sección del parénquima hepático y gracias a este apoyo el catgut pudo ser traccionado a voluntad sin temor a desgarrar y los puntos fueron colocados tan cerca como fué necesario. Se continuó así hasta el fondo de la ruptura y se volvió con la misma técnica de la profundidad al borde libre sobre el labio derecho aprisionando de este lado la sección hepática entre labio derecho de la laparotomía (salvo piel) y el borde adherente del ligamento redondo en su porción infrahepática.

La hemostasis fué efectiva y las mechas dejadas entre cara inferior del hígado y estómago no indicaron en ningún momento que la hemorragia se reprodujera, siendo retiradas sin incidente a los 7 días de la operación.

Finalmente, en la imposibilidad de realizar una transfusión de sangre, masiva como el caso lo hubiera requerido, utilizamos con el buen resultado a que nos tiene habituados en las anemias agudas y después de hemostasis quirúrgica, el vendaje expresivo y compresivo de los miembros inferiores, desde los pies a la raíz del muslo, que obra a la manera de una autotransfusión desplazando en pocos segundos de estas regiones hacia los órganos vitales una masa sanguínea de varias centenas de gramos.

LIQUIDO CARREL

«DELTA»



El Antiseptico Moderno

Preparado en el Laboratorio «Lavoisier»
DURANTE y CARRARA

Farmacéuticos

Buenos Aires. 523

Montevideo

Alto poder bactericida - Especificidad contra el «Staphylococcus» - Isotonía con los humores - Absoluta inocuidad, que permite usarlo en irrigación continua, según la técnica de Murphy.

Curación de las heridas infectadas - Lavaje de las serosas infectadas - Curación de las fistulas - Irrigaciones vaginales - Desinfección de los instrumentos y las manos. Más poderoso y más seguro que los demás antisépticos usados en ginecología y obstetricia.