

## TRAUMATISMOS DEL ABDOMEN

*Dr. CESALINO SILVEIRA BARCELLOS*

El tema que hoy tengo el honor de exponer ante este Congreso Uruguayo de Cirugía, fue elegido hace dos años por la Asamblea General y el modesto relator que os dirige la palabra, unos meses más tarde, por el Comité Ejecutivo.

El trabajo que entraré a relatar de inmediato, tiene como base la experiencia de diez años de cirugía en un hospital de campaña; el hospital de Melo (Sala N<sup>o</sup> 1 y Servicio de Puerta), y algunas observaciones de la clientela privada. Muchos de los colegas aquí presentes conocen el hospital de Melo, teatro principal de nuestra actividad como cirujano. No es a ellos a quienes me dirijo para contarles en las condiciones en que nos movemos allí: sin radiólogo, sin anestesista, sin transfusionista y por último hasta sin laboratorista, por haberse jubilado el que allí actuaba hasta hace unos meses. Se puede agregar con qué contamos como instrumental: un par de cajas de cirugía menor, cuyo material no ha sido renovado en diez años de trabajo; una careta de Ombredanne y una sala de operaciones pequeña con percheros para poner las ropas que los médicos traen de la calle, en el momento de cambiarse, para lavarse, en un lavabo también incluido dentro de la sala de operaciones. Con un ayudante con muy buena voluntad, siempre dispuesto para cualquier eventualidad, pero médico general, vale decir, un profesional que desde que obtuvo su título no contrajo más contactos con las disciplinas del arte quirúrgico; naturalmente, que ellos son atraídos por otras disciplinas dentro del conocimiento médico, y en este sentido son distinguidos profesionales.

No son tan precarias las condiciones en que actuamos en clientela privada, en donde tenemos bien organizado el servicio

de rayos X, pudiendo realizar estudios simples y contrastados en cualquier momento. Un buen servicio de transfusiones y plasma, laboratorio, etc.

El enfermo traumatizado es un enfermo con lesiones asociadas en la enorme mayoría de los casos, y en el cual casi nunca falta el componente shock, que muchas veces, después del período de observación inicial, queda como única resultante; es decir, el caso se define en sentido de un estado de shock, en donde las lesiones viscerales o no han existido, o han sido mínimas y sin trascendencia en la evolución del paciente. Otras veces, la acentuación de un síntoma o de un signo, o un dato de laboratorio, o una imagen de la radiología de urgencia, inclinan la balanza en el sentido de una lesión visceral, hasta ese momento apenas sí sospechada, o aun mismo no tenida en cuenta.

Se ha dicho muchas veces que un vientre agudo es una caja de sorpresas; pero los imprevistos que ofrece a cada momento este tipo de vientre agudo, que es el traumatizado de abdomen, no suelen presentarse al cirujano que a diario se ejercita en estas disciplinas de la cirugía de urgencia.

No pretendemos ser originales en el desarrollo de este tema. Repetiremos muchos conceptos, muchas nociones de disciplina que en este tipo de cirugía son fundamentales y que están en todos los trabajos que sobre traumatismos de abdomen se han publicado en la literatura nacional y extranjera, no por eso dejarán de ser pilares en la elaboración del nuestro, puesto que esos conceptos y esas nociones de disciplina, forman parte ya desde hace mucho tiempo de nuestro acervo quirúrgico, el cual se ha venido nutriendo, precisamente, gracias a la incorporación de tales invalorable elementos.

## TRAUMATISMOS DE ABDOMEN

### HERIDAS. CONTUSIONES (HISTORIAS CLÍNICAS)

**OBSERVACION N° 1.**—M. H. de S. Sufre un traumatismo de su hipocondrio izquierdo durante el vuelo de un ómnibus (al sacarla por una ventanilla pequeña). Es traída a la ciudad con dolores abdominales difusos y observada en cama con hielo al vientre. A las 48 horas hace un cuadro de vientre con gran dolor de su hipocondrio y flanco izquierdo, irradiado al hombro del mismo lado y estado de shock intenso. Pulso rápido y fino. P. A. 8 Mx. Intervenido

con diagnóstico de ruptura de bazo, mediante incisión de Del Campo, se comprueba la existencia de un bazo roto en medio de un enorme coágulo que ocupaba la logia esplénica. Esplenectomía. Esta enferma siguió muy bien.

**OBSERVACION N° 2.**—J. L. E., 11 años. Sufre una caída de un caballo y es traído a la ciudad con dolores de su flanco izquierdo y vómitos. Visto por nosotros a las 24 horas del accidente, presente más bien un cuadro peritoneal; vientre muy defendido pero plano; pulso rápido pero P. A. normal. Había dolor del hemitórax izquierdo irradiado al hombro del mismo lado. El cuadro no encajaba dentro de la ruptura franca del bazo y pensamos en la ruptura subcapsular. Intervenimos por paramediana izquierda; gran cantidad de sangre en la logia esplénica; insinuamos nuestra mano y exteriorizamos un bazo con varios trazos de desgarros profundos (uno, mediano, casi separa en dos el órgano). Esplenectomía. Alta a los 8 días.

**OBSERVACION N° 3.**—Hombre de 48 años. Cortando paja se produce una herida muy amplia que le atraviesa la región infraumbilical, de flanco a flanco; herida limpia, incisa. La exploración muestra que la herida no es penetrante. No obstante comprometió la vida del paciente por la pérdida de sangre, debida a la lesión de los restos del abdomen. Sutura de todos los planos como si se tratara de una herida quirúrgica. Alta en buenas condiciones a los 6 días.

**OBSERVACION N° 4.**—Hombre de 31 años. Ingresa a la Sala en horas de la madrugada por una herida de arma de fuego con entrada en epigastrio, sin orificio de salida. Pulso inconstante. Transfusión. Es llevado a la mesa y explorado. Tiene perforación de ambas caras del estómago que se suturan en dos planos. Gran hematoma que levanta la raíz del mesocolon debido a un estallido del riñón derecho. Fallece en momentos en que se procede a la nefrectomía.

**OBSERVACION N° 5.**—M. Ch., 46 años. Hombre de gran talla y excelente estado de nutrición (110 kgs.). Recibe una herida de arma blanca con entrada en el 9° espacio intercostal izquierdo y profusa hemorragia externa; estado de shock intenso. Transfusión de 600 grs. Intervención con anestesia general. Incisión de Del Campo para hipocondrio izquierdo. Abierto el vientre se aprecia que la herida costal es penetrante en abdomen; gran cantidad de sangre libre en el vientre. El bazo ha sido atravesado, desde su cara externa hasta el hilio por la cuchillada. Esplectomía. Se cierra la herida diafragmática con catgut cromado N° 1 con dos puntos en X. Cierre de la pared. Alta en buenas condiciones a los 10 días.

**OBSERVACION N° 6.**—Joven de 19 años, se presenta a la Sala con una herida de la ingle derecha, por encima de la arcada y profusa hemorragia. La exploración muestra una herida venosa; tal vez de alguna rama de la subcutánea abdominal, que es suturada. La herida no llega a los planos aponeuróticos. Alta en buenas condiciones.

**OBSERVACION N° 7.**—M. G. B., 18 años. Ingresa con múltiples heridas de tórax, abdomen y miembro superior izquierdo por arma blanca. La única

herida de importancia es una herida tóracoabdominal izquierda, 8º espacio y salida de epiplón; traumatopnea; desequilibrio cardiorrespiratorio; anemia; shock. Sangre y plasma y se explora con una incisión paralela al reborde costal izquierdo. Previamente se ha resecado el trozo de epiplón exteriorizado por la herida de entrada. Tiene una herida del estómago, cara anterior, que es suturada con catgut cromado N° 1. Cerramos el vientre. Cerramos la herida del tórax, que daba una hemorragia por herida, tal vez de una lesión intercostal. El paciente marcha muy bien, siendo dado de alta a los 12 días.

**OBSERVACION N° 8.**—Hombre de 41 años. Múltiples contusiones por caída desde un camión en marcha. Es levantado del pavimento sin conocimiento y traído al hospital en estado de shock intenso; sin pulso periférico; P. A. no comprobable. Calor, transfusión de sangre total. Tiene fracturas de las costillas 7ª, 8ª, 9ª, izquierdas; macidez de flancos. Sale de su estado de obnubilación y es llevado a la mesa de operaciones. Cuando nos proponíamos explorarlo fallece. No es posible la necro.

**OBSERVACION N° 9.**—R. G., 50 años. Recibe una herida de flanco izquierdo, de arma blanca, dirigida de abajo hacia arriba y llega a la ciudad en estado de shock intenso, anémico y con un tapón de epiplón ocluyendo la herida. Hay, además, una herida de bajo vientre que impresiona como penetrante. Hacemos transfusión, sueros, tonificación y se resuelve explorar con anestesia general (éter-CO<sup>2</sup>). Entramos al vientre por mediana infraumbilical, notando la existencia de sangre y materias fecales en la cavidad peritoneal. Presenta dos heridas del delgado, a corta distancia una de otra; son suturadas sin dificultad en dos planos con gastergut N° 0. Dejamos un drenaje en el Douglas y abordamos la herida de flanco por una paramediana izquierda, comprobando la existencia de dos heridas del colon descendente, próximas al ángulo esplénico, que cerramos y extraperitonizamos, dejando la piel sin suturar. Este enfermo fistulizó a los 10 días. Posteriormente fue tratada su fístula de colon por un cirujano de la capital. Al volver a Melo, recidivó su fístula y tratado con régimen apropiado y vitaminoterapia, curó definitivamente.

**OBSERVACION N° 10.**—Hombre de campo, ingresa a las 48 horas de haber recibido una herida de arma de fuego (revólver 38), en flanco derecho, con orificio de salida en región lumbar derecha, justo por encima de la cresta ilíaca. Su estado general es muy bueno y se hace antibioterapia, resolviendo un compás de observación. Este paciente marcha muy bien, siendo dado de alta a los 7 días del ingreso, en perfectas condiciones de salud.

**OBSERVACION N° 11.**—K. M., 38 años. A consecuencia de una rodada de su caballo, cae al suelo golpeando fuertemente su flanco izquierdo contra un obstáculo. En estado lipotímico lo levantan y llevan a las casas en donde concurrimos en avión ambulancia para trasladar al paciente. Nos encontramos con un paciente pálido, sudoroso, lipotímico con una P. A. de 4 de Mx. Pulso muy rápido. Tonificamos al paciente y resolvemos su traslado sin pérdida de tiempo.

Llegado a Melo, ya sobre la mesa de operaciones, instalamos una transfusión de 800 grs. y abordamos su hipocondrio izquierdo por una incisión de Del Campo. Mucha sangre en el vientre; bazo roto. Esplenectomía. Cierre por planos. Alta en buenas condiciones a los 10 días.

**OBSERVACION N° 12.**—F. S., 67 años. Al levantar con otro obrero un tambor de 200 kgs. siente un intenso dolor del hipogastrio, sobre su costado izquierdo. Hace reposo, paños fríos y cede el dolor y le permite reanudar sus tareas. En la zona del dolor, los días que vienen, empieza a notar un bulto, que le molesta para la marcha y le molesta durante el reposo.

**OBSERVACION N° 13.**—Hombre de 25 años que ingresa por una herida del hipogastrio (periumbilical). Pierde regular cantidad de sangre. Al explorarlo vemos que la sangre viene de la pared (vasos epigástricos). La herida no es penetrante. Alta a los pocos días.

**OBSERVACION N° 14.**—D. P. E., 22 años.—Ingresa a la Sala por una herida de arma blanca de la región glútea, con profusa hemorragia externa; estado general grave, con síntomas de anemia aguda. Reposición humoral de práctica; tonificación y lo llevamos a la Sala de operaciones. Con anestesia general, ampliando la herida traumática, caemos en un foco con gran cantidad de coágulos. Sangra mucho el glúteo mayor que es poderoso. Después de mucho esfuerzo es posible ver que la sangre viene de la profundidad, pero no es posible ver el vaso que sangra. Dejamos una pinza hemostática en los tejidos que sangran y la calzamos con compresas. Sin duda hemos pinzado un vaso de gran calibre: tal vez la isquiática, tal vez la pudenda interna; o las dos a la vez. Vuelve el paciente a la Sala, pasa bien los primeros días, se retira la herida, se levanta y el sexto día se va de alta. Vuelve a los tres días con estado general grave; gran cuadro de anemia aguda y shock, falleciendo antes de que se tuviera tiempo de hacer algo por él. En la necro se comprueba la existencia de enorme hematoma retroperitoneal que se extendía por la fosa interna, región ilíaca y pelvis. Este hematoma daba la impresión de haberse constituido en dos tiempos: porque tenía una parte semiorganizada periférica y dentro sangre bien extravasada.

**OBSERVACION N° 15.**—R. O., 32 años. Ingresa por una herida de arma blanca en su hipocondrio derecho. Con entrada en el ángulo costoxifoideo; salida a nivel de la 11ª costilla, línea axilar media. Estado de shock intenso. P. A. 6/4. Pulso 140. Palidez. Sudoración profusa. Exploración con paramediana hecha. Hay una herida de lóbulo derecho de hígado, pequeña, no sangra, con entrada en cara súperoanterior. La exploración del espacio hepatofrénico no muestra nada anormal. Se deja una mecha sobre la herida hepática. Se drena el espacio hepatofrénico. Antibioterapia en el postoperatorio (penicilina-estreptomicina). Sangre y tonificación general. El paciente marchó muy bien.

**OBSERVACION N° 16.**—Jornalero de 28 años. Ingresa por una herida de la región periumbilical, supraumbilical, de arma blanca. Se explora y no es penetrante.

**OBSERVACION N° 17.**—B. V., 21 años. Ingresa al Sanatorio local porque hace unas horas recibió, en un accidente de tráfico, una herida-contusión de su hipocondrio derecho y se presenta en estado grave, con un trozo de epiplón exteriorizado por la herida, localizada por debajo del reborde costal derecho. Previa terapéutica de reposición se explora con anestesia general, entrando al vientre por una transversa, que comprende la herida traumática. Vientre lleno de sangre oscura; debida a una herida del lóbulo derecho del hígado, desgarrada, profunda, que comprende el borde anterior, cara inferior y cara superior del órgano. No siendo posible colocar puntos de sutura, colocamos una mecha bien apoyada. Cerramos el vientre, sacando la mecha por el extremo inferior de la transversa. Antibióticos. Sacamos la mecha a los cuatro días. A los 12 días es dado de alta en buenas condiciones.

**OBSERVACION N° 18.**—Jornalero de 38 años. Ingresa por una herida de arma blanca del flanco derecho con salida de epiplón. Previa resección del trozo de epiplón exteriorizado y agrandando la misma herida traumática hacia arriba y abajo, exploramos el vientre. No hay lesión visceral. Alta en buenas condiciones.

**OBSERVACION N° 19.**—F. D. S., 23 años. Ingresa a la Sala por herida de hipocondrio izquierdo por arma blanca. Shockado. Se procede a la exploración con anestesia general y mediante una transrectal izquierda, alta. La herida es penetrante. No se comprueba lesión visceral. Cierre por planos. Evolución normal.

**OBSERVACION N° 20.**—M. A. L., 21 años. Lo traen a la Sala por una herida de arma blanca del epigastrio por donde sale un trozo de epiplón. Es intervenido con sospecha de una lesión de hígado. Se encuentra desgarro del borde libre del ligamento falciforme y una herida del hígado, cara inferior del lóbulo izquierdo; herida profunda, da bastante sangre (de unos cuatro centímetros de sección). Sutura del ligamento falciforme. Se pasa un grueso tubo de catgut simple N° 2 en el hígado, tomando lejos de los bordes de la herida. Se deja un drenaje que sacamos por la paramediana. Sangre total; sueros. Se retira la mecha a los cuatro días. El enfermo es dado de alta a los 13 días en buenas condiciones.

**OBSERVACION N° 21.**—R. B. R., 29 años. Ingresa a la Sala por herida del flanco derecho por arma blanca, localizada al nivel del borde derecho del recto; dos traveses de dedo por debajo de la cicatriz umbilical. Hemorragia externa abundante. Shock. Transfusión, sueros. Intervención Paramediana externa infraumbilical. No hay sangre intraperitoneal. La exploración es negativa. Cierre por planos. Alta en buenas condiciones a los 4 días.

**OBSERVACION N° 22.**— Hombre de 45 años. Es traído de campaña por haber experimentado una caída de un caballo. El equino “se boleó” (es la caída hacia atrás en términos camperos) y con la cabeza del recado le produjo violenta contusión del hipogastrio y región pubiana. Entra a la Sala con retención de orina y un cuadro peritoneal predominando en hipogastrio. Al sondarle la vejiga se extraen unas gotas de orina muy teñidas en sangre. Con diagnóstico de rotura de la vejiga exploramos por mediana infraumbilical, encontrándonos con una rotura extraperitoneal de la vejiga, y una gran cantidad de orina infiltrando la cavidad de Retzius. Colocamos sonda de Peltzer N° 28 intravesical y un drenaje de goma blanda a cada lado de la vejiga, en el espacio prevesical. El enfermo presentaba, también, una fractura de la rama derecha del pubis, sin desplazamiento. Con una inmovilización de seis semanas, durante las cuales se practicaron lavados repetidos de la vejiga con espadol y cambios oportunos de la Peltzer, el paciente quedó en muy buenas condiciones y fue dado de alta a los cuarenta días del accidente.

**OBSERVACION N° 23.** I. C., 13 años. Ingresa por una herida de arma blanca de su fosa ilíaca derecha y defensa local. Con anestesia general se aborda la exploración mediante una incisión de McE Burney. Sangre en el peritoneo en regular cantidad. La exploración muestra una herida del mesoapéndice (cosa rara) y sangraba una rama de la apendicular. Apendicectomía típica. Cierre por planos. Buena evolución.

**OBSERVACION N° 24.**— Hombre de 38 años. Yendo de cacería recibe una descarga de chumbos en el hipogastrio. Enfermo con buen estado general. Herida de aspecto sucio; más bien se trata de una zona de unos 8 cm. de diámetro con múltiples pequeños orificios. Se hace una incisión crucial, resecao todos los tejidos desvitalizados, hasta el subperitoneo. La herida no es penetrante; se deja una mecha con sulfa. Suero antitetánico y vacuna (primera dosis). Antibioterapia. Marchó muy bien.

**OBSERVACION N° 25.**— Jubilado de 64 años de edad. Ingresa por múltiples heridas abdominales por arma blanca. Su estado general es muy bueno. Se exploran dos de ellas de aspecto más sospechoso. Incisión mediana infraumbilical. Las heridas no son penetrantes. Marchó bien.

**OBSERVACION N° 26.**— Muchacho de 18 años. En una yerra se le cae un ternero por encima y le produce una intensa contusión abdominal. Es traído en estado de shock: pulso rápido y P. A. de 7 de Mx. Tonificación, calor. El abdomen no muestra síntomas de importancia del punto de vista de lesiones viscerales. Al otro día el enfermo está bien y es dado de alta a los cuatro días.

**OBSERVACION N° 27.**— A. M. Peón de campo, recibe una herida en la región costal izquierda por arma blanca, línea axilar media, 9° espacio. Ingresa con gran anemia por profusa hemorragia externa. Tiene defensa del hipocondrio izquierdo. Se sospecha lesión visceral y se aborda el hipocondrio por incisión de Del Campo. Hay muy poca sangre en la cavidad peritoneal. Hay una

pequeña herida del diafragma que es suturada con un punto en X de catgut cromado N° 1. No hay lesión visceral. Cierre por planos. Alta en buenas condiciones.

**OBSERVACION N° 28.**—E. R. Mujer joven. La vemos en horas de la madrugada por una herida de arma blanca de su hipocondrio derecho que no sangra al exterior. La herida está ubicada al nivel del borde del recto, y la prolongamos hacia abajo y hacia arriba para explorar con comodidad. Hay un hematoma de la vaina del recto. La herida es penetrante pero no hay lesiones viscerales. Cierre por planos.

**OBSERVACION N° 29.**—F. A. Es traído en estado de shock de campaña. Hace unas horas una rueda de un tractor le pasó por encima de la región tóracoabdominal. Ingresó con gran disnea y pulso rápido. Hay fractura de seis costillas izquierdas. Defensa de hipocondrio y flanco izquierdos. P. A. 10 y 6. Tonicardíacos. Antibióticos. Calmantes. Respira bien en la posición sentado. A las seis horas el cuadro ha cambiado: tiene gran disnea y pulso rápido pero el cuadro abdominal ha cedido. Al día siguiente el enfermo es un traumatizado de tórax. Tiene una oscuridad de la base del hemitórax izquierdo a la radioscopia; este hemitórax se muestra inmóvil para los movimientos respiratorios. Este paciente fue tratado con encimoterapia y aspiración (por punciones repetidas). Curó bien.

**OBSERVACION N° 30.**—N. D. Recibe una herida en la región costal izquierda; 9° espacio, con gran hemorragia hacia afuera. Se lleva a la mesa de operaciones y se hace la hemostasis de la intercostal que es la que sangra. Agrandando la herida torácica se sutura el diafragma y la pleura diafragmática con catgut cromado N° 1. Cierre del plano intercostal. Quedó un poco de sangre en fondo de saco pleural que fue tratado con encimoterapia y punciones aspiradoras.

**OBSERVACION N° 31.**—P. M., 41 años. Contusión tóracoabdominal por caída de una andamio. Estado lipotímico inicial. Ingresó en estado de shock; pálido; pulso rápido. Incursión diafragmática limitada por el dolor. P. A. 9 y 5. El bajo vientre es depresible; el vientre superior se defiende regularmente. Tonificación. Observación. A las dos horas la P. A. es de 11 y 6. El pulso es de 96. El paciente mejora. Los días que siguen la mejoría se acentúa. Es dado de alta en buenas condiciones.

**OBSERVACION N° 32.**—M. C. Recibe una herida en la región lumbar derecha sacando un cuero entre dos; fue herido por el compañero. Micción espontánea de orinas normales. Lo vemos a las cuatro horas de haber sido herido. Ha perdido regular cantidad de sangre. Lo exploramos con anestesia general. La herida está situada en la zona de la tala lumbar y afecta la masa común hacia atrás, que es la que sangra. Hemostasis de los vasos que sangran. Alta a los 8 días.



**OBSERVACION N° 33.**— Hombre de 45 años. Ingres a Sala y es visto en seguida. Presenta una herida por arma de fuego de su flanco izquierdo; con entrada en región periumbilical izquierda y orificio de salida en el flanco del mismo lado, al nivel de la línea axilar media. Se explora con anestesia general. Incisión siguiendo el trayecto de la línea que une los dos orificios. El trayecto resulta extraperitoneal: en setón. Drenaje del trayecto. Alta en buenas condiciones.

**OBSERVACION N° 34.**— Peón de un molino local. Recibe un traumatismo del abdomen. Descargando bolsas de harina se le viene una encima y lo aplasta contra el suelo. Ingres shockado. Puesto en observación y realizado el tratamiento correspondiente a su shock, el enfermo sale de él en pocas horas sin presentar sintomatología abdominal digna de mención.

**OBSERVACION N° 35.**— H. M. Futbolista. Recibe en una pelea varias puñaladas en el abdomen y región epigástrica. Ingres en grave estado. Cuadro de anemia aguda y shock. Transfusión. Es explorado por una paramediana izquierda, por considerar la herida del hipocondrio la más importante. Gran cantidad de sangre en la cavidad peritoneal. Hay una herida del estómago, de ambas caras. Son suturadas en dos planos. Una herida del páncreas y vasos retropancreáticos que sangra abundante y no es posible individualizar el caso que sangra. El paciente deja de existir en momentos en que colocamos una compresa calenté, para hacer hemostasis preventiva.

**OBSERVACION N° 36.**— Edad 27 años. Recibe una puñalada en el epigastrio; justo por debajo del apéndice xifoides. No hay dolor; ni hay contractura a la palpación. La amilasa pancreática en el suero es de 241 unidades a las cinco horas del traumatismo. La laparotomía revela un desgarramiento del mesocolon y una herida de 1cm.5 en el parénquima del páncreas; hematoma y discreta esteatonecrosis. Se suturan los desgarramientos; se evacúa el hematoma. Drenaje de goma blanda exteriorizado por contraabertura en flanco derecho.

**OBSERVACION N° 37.**— R. S. Es traído de campaña a las 36 horas de haber recibido una herida en el flanco izquierdo que sangra abundante, pero que en el momento de verlo está cohibida la hemorragia. Hay un poco de dolor en la zona adyacente a la herida. Resto del vientre sin particularidad. Se resuelve tenerlo en observación; el enfermo mejora. Es dado de alta.

**OBSERVACION N° 38.**— Mujer de 30 años. Ingres por una herida de la región costal izquierda y salida de epiplón. Se prepara el campo, reseca el trozo de epiplón exteriorizado. Incisión abdominal de Del Campo. Se sutura una herida del diafragma de unos tres centímetros con catgut cromado N° 1. No hay lesiones viscerales. Cierre por planos.

**OBSERVACION N° 39.**— A. D., 30 años. Ingres presentando una herida de arma blanca del hipastrio. Sangra poco. Anestesia general. Mediana infraumbilical. La herida es penetrante pero no se encuentran lesiones viscerales. Cura bien.

**OBSERVACION N° 40.**—Trabajador de la ciudad, 54 años. Vemos un enfermo con una herida costal izquierda; entrada en 10° espacio y grave estado general. P. A. 8 y 6. Pulso rápido 140. Palidez acentuada. Anestesia general. Incisión de Del Campo para flanco izquierdo. Mientras se opera se pasa una transfusión de 600 grs. Tiene una herida del bazo que entra en la cara externa y llega al pedículo. Esplenectomía. No hay más lesiones viscerales. Marcha muy bien.

**OBSERVACION N° 41.**—Muchacho de 14 años, se presenta al hospital con una herida de flanco derecho producida con un estilete. El estado general es bueno, en seguida de producida la herida. Exploramos con anestesia general. La lesión resulta no penetrante. Alta en buenas condiciones.

**OBSERVACION N° 42.**—J. C. R., 18 años. Peón de campo. Lo vemos a las 30 horas de su ingreso (por no encontrarnos en la ciudad) con la siguiente historia: tropieza su caballo y cae violentamente en decúbito ventral. Del campo vuelve a la casa. Pasa todo el día afuera para ingresar al hospital por la tarde. Cuando lo vemos tiene facies angustiado, pero dice que no tiene dolor. Pulso 140. P. A. 12-7. Vientre inferior libre que contrasta con el hemiventre superior distendido enormemente y muy timpánico; hay resistencia en todo el vientre superior, predominando en el hipocondrio izquierdo. La radiología de urgencia muestra un íleus regional localizado en hipocondrio izquierdo; el diafragma de ese lado aparece más elevado. Las micciones son normales, y hay permeabilidad del intestino para los gases. Pensando en una lesión del tipo subcapsular de bazo o de hígado intervenimos con anestesia general. Incisión paramediana izquierda. Vientre lleno de material hidático; contenido bilioso y gran cantidad de vesículas hidáticas entre las ansas intestinales. Explorando encontramos un enorme quiste hidático de cara inferior del hígado que drenamos y marsupializamos, después de haber hecho una cuidadosa toilette de la cavidad peritoneal. Dejamos también un drenaje del Douglas. El paciente va marchando bien aunque con una bilirragia bastante acentuada. Este caso es reciente.

**OBSERVACION N° 43.**—Hombre de 33 años. Yendo en una moto, detrás de un camión choca contra la parte trasera del vehículo, cayendo al pavimento y sufriendo violenta contusión del abdomen superior contra el cordón de la vereda. Es traído en estado de shock. P. A. 4. Pulso 140. Palidez extrema. Sudoración. Tiene una erosión del hipocondrio derecho y allí se manifiesta el mayor sufrimiento; allí hay defensa. Se explora con presunción de herida de hígado. No hay lesión visceral. Cerramos y tratamos el shock. El enfermo es dado de alta a los 8 días.

**OBSERVACION N° 44.**—E. M., 34 años. Caída de un equino y luego ingresa a Sala con hematurias y una contusión del hipocondrio izquierdo y fosa lumbar del mismo lado. Tiene estado de shock al ingreso. Pulso rápido; palidez. P. A. 8 Mx. Es observado en las primeras horas, temiéndose una ruptura de bazo. El enfermo mejora en las horas que siguen. La P. A. asciende. Al día

siguiente ha desaparecido la hematuria y solamente hay ligero dolor de hipocondrio y fosa lumbar izquierda. El enfermo es dado de alta a los 8 días de su ingreso en buenas condiciones.

**OBSERVACION N° 45.**—J. R., 28 años. Lo vemos a las seis horas de haber recibido una herida de bala del flanco izquierdo. Proyectil alojado debajo de la piel en la región lumbar del mismo lado. Exploración con anestesia general. Cuatro perforaciones del yeyuno que son suturadas en dos planos. Limpieza del peritoneo con suero; aspiración. Se deja un drenaje del Douglas. El estado general es bueno y sólo se instituye terapéutica antibiótica. Alta en buenas condiciones a los 8 días de la operación.

**OBSERVACION N° 46.**—E. V., 18 años. Lo vemos a las 20 horas de haber recibido una herida de arma blanca del hipocondrio derecho (borde externo del recto). Enfermo tranquilo. No hay hemorragia. Vientre libre. Buenas condiciones de pulso y presión. Resolvemos observarlo. Alta a los 8 días en buenas condiciones.

**OBSERVACION N° 47.**—H. L., 40 años. Ingresa en agosto de 1954 al hospital por una herida de arma blanca con asicuto en fosa ilíaca izquierda y dirigida hacia adentro. Se explora con anestesia general, procediendo a la ampliación de la herida hacia el flanco y fosa ilíaca izquierda. Herida tangencial del sigmoide que se sutura invaginando con dos puntos de catgut. La exploración del delgado muestra un ansa del yeyuno con dos heridas chicas, que son suturadas en dos planos, transversalmente y con catgut cromado N° 0. Drenaje con dos "cigarros": uno en el surco parietocólico izquierdo; otro hacia el Douglas. Buena evolución.

**OBSERVACION N° 48.**—H. M., 21 años. Lo vemos por una herida de arma blanca de su flanco derecho. El estado general es bueno. Pero su herida, ubicada frente a la cicatriz umbilical, presenta una resección dolorosa y defensa del recto de ese lado. Realizada con anestesia general al éter, resulta penetrante; sin lesiones viscerales. Cierre por planos. Alta en buenas condiciones.

**OBSERVACION N° 49.**—J. P. Es traído de la 8ª de Tacuarembó en donde sufriera un accidente de aviación. Presenta una herida del hipocondrio derecho, contusa (hecha con el tallo del bastón al quedar éste sin el volante en la caída). Por la herida sale un trozo de epiplón. Estado de shock con estremidades frías y pulso rápido. Con anestesia general es explorado, abordando por paramediana izquierda. Explorado el vientre nada más encontramos. Sigue muy bien siendo dado de alta a los 8 días.

**OBSERVACION N° 50.**—Ingresa a Sala con una contusión de abdomen datando de 30 horas. Peón de estancia, recibió una cox de un caballo en el hipogastrio, sufriendo estado lipotímico al principio. En las horas que siguieron al trauma siente dolores intensos de todo el vientre y vómitos. Ingresado en el hospital se comprueba: facies de intoxicado; lengua seca. Sufre; respiración

entrecortada. Vientre inmóvil con los movimientos respiratorios. A la palpación vientre de madera. Exploramos con anestesia general. Incisión mediana infraumbilical. Sangre en el vientre. Entre las ansas dilatadas aparece una que es asiento de un estallido; pertenece a las últimas ansas ileales y además hay desinserción mesentérica en un trayecto como de unos 30 cms. Resección del intestino lesionado con anastomosis láterolateral. Limpieza del peritoneo y un drenaje del Douglas. Reposición hidromineral y antibióticos. La parálisis intestinal no fué problema. En este paciente mucho nos llamó la atención lo bien que toleró su lesión antes de ser intervenido (30 horas). Fue dado de alta en buenas condiciones a los 15 días.

**OBSERVACION N° 51.**—H. M. Ingres a por múltiples heridas del brazo derecho, hemitórax derecho e hipocondrio derecho. Se exploran las heridas abdominales. La exploración resulta negativa. Cierre del vientre. Alta en buenas condiciones.

**OBSERVACION N° 52.**—Jornalero. Herida del flanco izquierdo con exteriorización de un trozo de epiplón; por arma blanca. Preparado el paciente, se reseca el trozo de epiplón antes de entrar al vientre. Luego, mediante incisión tipo Mac Burney pero alta, comprendiendo la herida quirúrgica, entramos al vientre. No hay elementos extraños en la cavidad peritoneal. No hay lesión visceral. Cierre. Alta a los 8 días.

**OBSERVACION N° 53.**—Peón de campo, ingresa porque hace 8 horas recibió una herida del flanco derecho por arma de fuego. Tiene orificio de salida muy abajo en flanco izquierdo, casi sobre la fosa ilíaca. Enfermo shockado. Resistencia en vientre inferior; en el resto del abdomen hay defensa franca. Entramos al vientre por una mediana infraumbilical. Encontramos un ansa del íleon con dos perforaciones pequeñas que son suturadas en el sentido transversal. Se deja drenaje en el Douglas. Alta a los 10 días.

**OBSERVACION N° 54.**—Se presenta a la puerta del hospital con varias heridas de abdomen: dos muy próximas y ubicadas en el epigastrio; la tercera en el flanco izquierdo. Exploramos por mediana supraumbilical, las dos heridas del epigastrio: son penetrantes. Tampoco la del flanco. Alta a los 8 días en buenas condiciones.

**OBSERVACION N° 55.**—Hombre de 32 años. Recibe en una reyerta callejera, una herida, puntazo, en la ingle derecha. Se presenta a las cuatro horas con defensa de su fosa ilíaca derecha. Exploramos con incisión tipo Mac Burney. Peritoneo libre. La defensa se debía a un pequeño hematoma subperitoneal. Alta curado a los 6 días.

**OBSERVACION N° 56.**—Hombre de 43 años. Caída de un cargador aéreo (seis metros de altura). Dice haber orinado sangre. Multicontusionado. Hay defensa del bajo vientre. El sondaje vesical trae orina clara. La exploración del vientre por mediana infraumbilical es negativa. Se presumió una lesión vesical que no se encontró. Cierre del abdomen. Alta en buenas condiciones.

**OBSERVACION N° 57.** 14 años. Lo traen de la vía pública en donde había sido arrollado por un coche, a las seis horas del accidente. Pulso rápido. Resistencia de todo el vientre; defensa en el hipogastrio en donde se toca una tumoración firme, desplazada hacia la izquierda; redondeada; despierta dolor la palpación. Hay retención de orina. Se practica un cateterismo vesical obteniendo 400 grs. de orinas claras. Rápidamente disminuye la inquietud del muchacho y mejora su estado general y local.

**OBSERVACION N° 58.**— L. C. L., niño de 13 años. Caída de un caballo golpeándose el hipocondrio derecho. Ingres a en estado de shock intenso y dolor en el hipocondrio derecho. Síntomas de anemia aguda. Es intervenido con diagnóstico de ruptura de hígado. No hay sangre en el vientre. Hay un gran hematoma que levanta el mesocolon y el colon. Se abre el peritoneo parietal posterior y se comprueba la existencia de un estallido del riñón derecho. Nefrectomía. El cuadro de anemia aguda llevó al diagnóstico de ruptura de hígado. (Esta observación pertenece al archivo del doctor Carlos Bortagaray.)

**OBSERVACION N° 59.**— N. G., mujer de 16 años. Traumatismo tóracoabdominal derecho hace 24 horas, siendo pisada por la rueda de un carro. Es traída en estado de shock: palidez, pulso rápido hipotenso, dolor difuso del vientre predominando en el hipocondrio derecho. Se palpa hígado agrandado por una tumoración que hace pensar en la posibilidad de un hematoma subcapsular de hígado y se procede a la intervención. Al abrir el peritoneo hay poca sangre libre en la cavidad abdominal, pero hay un enorme hematoma subcapsular del hígado, que se abre con las maniobras de exploración, dando unos 600 grs. de sangre. Sutura de la brecha hepática con catgut N° 3, al que se agrega taponamiento con mecha y tubo. Cierre. Cura radical. (Esta observación pertenece al archivo de los doctores Jorge Errandonea y Germán Amorín.)

**OBSERVACION N° 60.**— L. R., 22 años. Hace un par de horas recibe una herida de cuchillo con entrada en 9° espacio intercostal izquierdo, sobre la línea axilar anterior; por la herida sale una víscera que se reconoce como el estómago; la parte exteriorizada presenta una herida de 35 mm. y da abundante sangre. El paciente está shockado, palidez, pulso rápido, mucosas decoloradas y secas; enfermo inquieto. La operación muestra una herida de la gran tuberosidad del estómago que es suturada en dos planos con gastergut. Se sutura una herida del diafragma con catgut cromado N° 1; punto en X. La exploración del resto del vientre es negativa. Se deja un drenaje en el foco. Cierre por planos. Alta curado a los 8 días.

**OBSERVACION N° 61.**— A. C., 21 años. Contusión del hipocondrio derecho. Estado de shock. Enfriamiento, hipotensión. Defensa del sector del hipocondrio derecho. Examen radiológico: diafragma derecho poco móvil. Intervención: sangre libre en el vientre. Ruptura del hígado que toma cara superior e inferior, que se taponan (hay dificultad para la sutura). Un hematoma del mesocolon transverso trae la certidumbre de lesión retroperitoneal. Se incinde el peritoneo posterior, encontrando un estallido del riñón derecho. Se hace ne-

frectomía drenando la logia renal con mecha. El enfermo curado es dado de alta. (Esta observación pertenece al archivo del doctor Carlos A. Bortagaray.)

**OBSERVACION N° 62.**— 39 años. Es herido en el hipogastrio por arma blanca y traído al hospital. La herida es paramediana izquierda y da abundante sangre. El estado general es bueno; buen pulso. El vientre es libre. Se explora por la misma incisión, prolongada hacia arriba y abajo. Se trata de una herida muscular (epigástrica) que se puede hemostasiar bien. Es dado de alta a los 6 días.

**OBSERVACION N° 63.**— Hombre de 35 años. Embestido por un automóvil es traído al hospital con fractura expuesta de pierna y signos de hemorragia, fractura y shock: tiene signos de lesiones abdominales graves. La amilasa del suero llega a 363. Después de tratar el shock se exploró el abdomen a través de una incisión transrectal superior izquierda, encontrando gran cantidad de sangre en la cavidad. El bazo estaba extensamente desgarrado y la cola del páncreas estaba contundida y rodeada por un hematoma. Se realizó la esplenectomía. Se cerró el abdomen sin drenaje. Se trató la fractura expuesta. El dosaje de la amilasa sérica acusó un aumento los dos primeros días, para luego normalizarse. (Esta observación ha sido tomada del trabajo de Naffziger y Mc Corekle. Ver bibliografía.)

**OBSERVACION N° 64.**— Un hombre de 37 años. Recibió una puñalada en el epigastrio, inmediatamente por debajo del apéndice xifoides. A la palpación no muestra dolor ni contractura. Cinco horas después del traumatismo la amilasa en el suero sanguíneo llegaba a 241 unidades. La exploración reveló la sección del mesocolon transverso y un desgarro de 1,5 cm. de longitud en el parénquima del páncreas, con hematoma y discreta esteatonecrosis en la proximidad de la cabeza. Se suturaron los desgarros, se evacuó el hematoma. Sobre la zona lesionada se dejó un drenaje de goma blanda, exteriorizándolo a través de una contraabertura en el flanco derecho. Luego de la operación la amilasa descende; al segundo día ya es normal, con valores por debajo de 100 unidades. (Esta observación también pertenece al trabajo de Naffziger y Mc Corekle.)

**OBSERVACION N° 65.**— Enfermo de 23 años. Recibe una contusión del epigastrio e ingresa con cuadro perforativo. La exploración radiológica, que no fue repetida, no mostró neumoperitoneo. La intervención mostró un estallido del duodeno, entre la 2ª y 3ª porción, que fue suturado en dos planos. Drenaje del lecho con mecha y drenaje del foco con sonda de Nélaton. Marchó bien. (Esta observación pertenece al trabajo de los doctores Romeo Musso y Boris Asiner. Clínica del Prof. Carlos Stajano.)

**OBSERVACION N° 66.**— Hombre de 38 años. Herido grave de arma blanca en la región epigástrica. Estado de shock. Anemia aguda. Hipotensión. Pulso rápido. Transfusión. Sueros. Exploración: entramos por mediana supraumbilical. El colon transverso aparece casi seccionado; herida de la gran curvatura del estómago que secciona el arco arterial correspondiente. Enorme hematoma

de la retrocavidad con herida del páncreas. Colocamos una compresa en la retrocavidad, sobre el páncreas y mientras reparábamos la herida del colon transverso, el enfermo fallece.

## CONSIDERACIONES GENERALES

El trabajo que tengo el honor de presentar a este Congreso Uruguayo de Cirugía, está basado en el análisis clínico y operatorio de un material formado por 66 observaciones que hemos ido recogiendo en el último decenio (1946-1956). En el cuadro distributivo I, se puede apreciar que dichas observaciones se reparten así:

Cuadro I

Contusiones .....	29
Heridas: Arma blanca ..	37
Arma de fuego .....	7
Otros agentes .....	2
La distribución según el sexo es así: Hombres .....	58
Mujeres .....	6
Fallecidos .....	4
Siguiendo con el análisis del cuadro I encontramos:	
Lesiones viscerales por contusión .....	10
Lesiones viscerales por heridas .....	18
Lesiones parietales por contusión ..	12
Lesiones parietales por heridas ..	26
No exploradas heridas .....	3
No exploradas contusiones .....	7

El cuadro II, indica en forma detallada la frecuencia y localizaciones de las lesiones asociadas, así como la frecuencia por víscera. Podemos apreciar por la observación de este cuadro, que la víscera más frecuentemente lesionada fue el hígado (historias N<sup>os</sup>. 15, 17, 20, 42, 59 y 61). El órgano que con mayor frecuencia se ha asociado a otras vísceras, ha sido, en nuestras observaciones, el estómago; en las observaciones N<sup>os</sup>. 35, 4, 66 lo vemos asociado a páncreas, riñón, colon transverso y páncreas, respectivamente.

La gravedad aumentó con el número de vísceras asociadas. Tres de los cuatro fallecimientos que señalamos, ocurrieron en lesiones asociadas (ver historias N<sup>os</sup>. 4, 35, 66).

Pocas veces pudimos ver la asociacion del hígado con otros órganos (en la Obs. N<sup>o</sup> 61 está asociada con riñón). Se señala como de gran mortalidad la asociación del hígado con el colon, llegando hasta un 26,5 % en la estadística de Madding, un cirujano de Texas, que tiene un trabajo sobre heridas de guerra del hígado.

## HERIDAS ASOCIADAS. LOCALIZACION

Cuadro II

Hígado	Solo (15, 17, 20, 42, 59). Asociado (61, con riñón).
Bazo .....	Solo (1, 2, 5, 11, 40). Asociado (63, con páncreas).
Páncreas .....	Solo (36, 64). Asociado (63, con bazo). (35, con estómago). (66, con estómago y colon).
Colon	Solo Asociado (47, con delgado). ( 9, con delgado).
Estómago	Solo (7, 60). Asociado ( 4, con riñón). (35, con páncreas). (66, con colon y páncreas).
Delgado .....	Solo (45, 50, 53). Asociado ( 9, con colon). (47, con colon).
Vejiga .....	Sola (22). Asociada
Riñón .....	Solo (58). Asociado ( 4, con estómago). (61, con hígado).
Duodeno .....	Solo (65). Asociado
Diafragma .....	Solo (27, 30). Asociado ( 7, con estómago). ( 5, con bazo). (15, con hígado y bazo).

Los números entre paréntesis corresponden a los números de las historias.



Debemos hacer notar que la observación N° 42, que figura lesión sola de hígado, en realidad corresponde a la ruptura de un quiste hidático de hígado por violento traumatismo de abdomen superior.

## 66 OBSERVACIONES. DECENIO 1946-1916

### CUADRO DISTRIBUTIVO

<b>Traumatismos de abdomen</b> .....	<b>66</b>
Contusiones .....	11
Con lesión visceral (11, 42, 50, 58, 59, 63) .....	6
Sin lesión visceral (12, 43) .....	
No exploradas (8, 26, 44) .....	3
Heridas .....	41
Penetrantes .....	23
Con lesión visceral (4, 5, 7, 9, 15, 17, 20, 23, 35, 36, 45, 47, 53, 64, 65, 66) .....	16
Sin lesión visceral (18, 19, 28, 39, 48, 49, 52) ....	7
No penetrantes (3, 6, 13, 14, 16, 21, 24, 25, 32, 33, 41, 51, 54, 55, 62) .....	15
No exploradas (10, 37, 46) .....	3
<b>Tóxicoabdominales</b> .....	<b>14</b>
Contusiones .....	5
Con lesión visceral (1, 2, 22, 61) .....	4
Sin lesión visceral (56) .....	1
Heridas .....	5
Con lesión visceral (40, 60) .....	2
Sin lesión visceral (27, 30, 38) .....	3
No exploradas (29, 31, 34, 57) .....	4

**Nota.**— Los decesos corresponden a las observaciones 4, 35, 66 y 29.

Se puede asegurar que en los primeros cuarenta años del presente siglo, la mortalidad por heridas abdominales experimentó pocos cambios de importancia; pero fue luego de la segunda guerra mundial que tuvo lugar un notable progreso en los resultados terapéuticos. Aunque los adelantos técnicos en el tratamiento de los traumatismos del vientre se hicieron notar,

los principales factores que incidieron en la disminución de la mortalidad, fueron los adelantos generales en el cuidado de los traumatizados graves, problema propio de la era actual en que vivimos.

El tratamiento de los traumatismos del abdomen, por su carácter no se presta bien para una uniformación.

Las opiniones pueden discrepar con respecto al tratamiento conveniente para determinado tipo de herida. Por otra parte, un procedimiento en especial, por ejemplo, como la sutura en las heridas de hígado, puede ser apropiado para una herida e inconveniente para otra. Pero, en lo que todos estamos de acuerdo en seguir un criterio uniforme es en la restitución de sangre y líquidos; operación precoz; antibioterapia; sincronización del equipo que debe actuar; hemostasis cuidadosa; directivas de abordaje amplio y adecuado para facilitar las amplias maniobras de exploración y exteriorización visceral, determinantes siempre de un imprevisible estado de shock.

Hemos dejado sin enumerar, y a propósito, por constituir especialidades, la radiología y la anestesia. Cada una de estas especialidades serán objeto de un correlato, en el curso de este Congreso, y por especializados muy competentes, que nos exime de abundar en detalles al hablar de ellas. Nos parece oportuno, no obstante, plantear las dificultades que con estas especialidades hemos tenido, a efectos de una más justa valoración de nuestra labor.

En lo que respecta a la anestesia, así realizada en forma suficiente por equipos médicos bien organizados, por ahora es prerrogativa de los Servicios que actúan en los medios capitalinos. Seguiremos mucho tiempo desempeñándonos con los enfermeros, hermanas o idóneos en anestесias. Los medios en que actuamos no ofrecen posibilidades para un médico anestesista y menos para un equipo bien organizado en esta especialidad.

En lo que respecta a la radiología como auxiliar de la cirugía de urgencia, aquí debemos, aunque no nos proponemos ocuparnos del tema por las razones anteriormente expuestas, señalar un hecho, muy peculiar a nuestro medio. La facilidad con que se cuenta para obtener una radiografía de urgencia, varía de un hospital a otro y mucho más de un medio a otro. No es en todas las instituciones, no es en todos los medios en donde

se pueden obtener radiografías, fuera de las horas regulares, por la sección técnica correspondiente y muchos cirujanos no desean hacer la tentativa de leer ellos mismos las radiografías y prefieren depender de la interpretación más exacta y experimentada del radiólogo. Pero esta situación es más bien de excepción que normal hablando del interior del país. Por esta razón, los cirujanos del interior del país tenemos la necesidad de hacer un poco como los fisiólogos, que hace tiempo que se constituyeron en expertos en la interpretación de radiografías que se refieren a su especialidad. Los urólogos también interpretan a menudo los diversos estudios urográficos de su especialidad, y mediante el estudio cooperativo con los radiólogos, han contribuido en mucho, a aumentar los conocimientos en este terreno.

Quiero señalar de paso, en lo que respecta al traumatizado de abdomen, la importancia de la transfusión, aunque es posible que con más competencia, lo haga el correlato de anestesiados. Teniendo presente la anemia aguda y el shock, dos componentes infaltables en el cuadro clínico de un traumatizado y que van a ser aumentados en el curso de las maniobras de exploración del vientre, la transfusión desde el momento de iniciado el acto quirúrgico y el plasma en muchas ocasiones, serán elementos absolutamente indispensables.

*Laboratorio.*—Las situaciones que plantea la cirugía de urgencia no deja mucho lugar para las investigaciones previas de laboratorio. Sin embargo, no queremos dejar pasar esta oportunidad de mencionar, de paso aunque sea, la importancia que tiene en los traumatismos del abdomen superior, sobre todo, la dosificación de la amilasa pancreática. Una cifra por encima del nivel normal (180 unidades Somogyi), puede ser indicadora de una lesión de páncreas en un traumatizado de abdomen. Agréguese a esto que el traumatismo pancreático no tiene signos ni síntomas patognomónicos.

No podemos olvidar la importancia de la observación detenida del material que suministran los vómitos, las deposiciones y las micciones. En lo que respecta a estas últimas, la inspección de la crina es tan importante que su sola inspección puede dar el elemento para un diagnóstico; si no ha habido micciones espontáneas, ir al cateterismo vesical, o mismo ir al cateterismo vesical sistemáticamente.

En nuestra observación N<sup>o</sup> 12 (hematoma de la vaina de los rectos que se presenta con tumoración del hipogastrio en un hombre de más de 60 años, con síntomas de prostatismo y una historia no bien clara de traumatismo, sólo el sondaje pudo eliminar la vejiga distendida del prostático). En otros casos en cateterismo de la vejiga al darnos orinas teñidas en sangre, puede hacernos pensar en una lesión renal, ureteral o vesical. Pero también el cateterismo vesical es de orden en todo preoperatorio, pues nos da el dato de cómo está el canal de nuestro paciente, para el evento de una complicación de orden urinario del postoperatorio. Además, si tenemos que hacer una exploración del vientre, ésta se encontraría entorpecida por una vejiga llena.

Si el enfermo es tomado con algunas horas, y si fundamentalmente tenemos que abordar vientre superior, tenemos que tener muy en cuenta la descompresión gástrica. La intubación por vía nasal no es nada traumatizante y puede resolvernó muy bien el problema.

*Vías de acceso quirúrgico.*— Antes de ir más lejos, queremos dejar sentado este concepto: el mejor abordaje, la mejor incisión, es aquella que el cirujano conoce mejor; esto, dicho en términos generales, es una idea que en nosotros se ha ido robusteciendo paulatinamente con el tiempo. Solamente con el conocimiento perfecto, y el entrenamiento correcto en la ejecución de una determinada incisión, puede el cirujano sacar de ella todo el provecho que las circunstancias exigen. Naturalmente, que la incisión que se elija ha de reunir condiciones con respecto a su ubicación, a su orientación, y ha de ser de realización fácil y permitir un abordaje también fácil y amplio. En las heridas de abdomen no siempre es posible utilizar la o las heridas traumáticas; éstas tienen el inconveniente, por lo general, de estar mal ubicadas, mal orientadas, son muy a menudo irregulares (exigen tratamiento previo) y, sobre todo y fundamentalmente, no son quirúrgicas, es decir, pecan por sepsis.

Para el vientre inferior, entramos siempre que podemos por una mediana infraumbilical; es de fácil ejecución, es prolongable hacia arriba todo lo que sea necesario y da amplio acceso, no sólo al hipogastrio, sino a ambas fosas ilíacas; tratándose de éstas también solemos hacer la paramediana interna para la que

estamos bien entrenados, pues también la hacemos, con frecuencia, para las apendicitis de evolución pelviana. Puede ser que se tarde algo más en su ejecución, que para la mediana, pero en compensación deja una pared más sólida en el futuro. Allí abordamos, en el hipogastrio, los órganos que tienen su domicilio fijo en esa región, por así decir, como la vejiga, el sigmoide, las ansas bajas del delgado (íleon), parte del recto, aparato genital en la mujer, uréteres y vasos de la bifurcación de la cava y de la aorta y por último también el colon transversal.

Las fosas ilíacas se pueden abordar por una incisión tipo Mac Burney, llevada más hacia abajo o hacia arriba, según lo exijan las circunstancias; abriendo o no la vaina del recto, según la técnica de Gosset; seccionando o no, hacia arriba el pequeño oblicuo y transversal para darle amplitud hacia el flanco. Para las heridas de colon se puede hacer una paramediana externa, reclinando el recto hacia adentro; es una buena incisión, un tipo de Jalaguier que se puede adaptar a cualquier altura de la vaina del recto. El Dr. Otero, en su trabajo sobre "Traumatismos del abdomen", señala una incisión que es la que hacemos para las hemicolectomías derechas: es una oblicua siguiendo las fibras del gran oblicuo; se proyecta en cualquiera de las dos regiones laterales del abdomen; arranca desde arriba al nivel del extremo de la 10ª costilla y se orienta hacia abajo y adelante, también adentro con respecto al eje del cuerpo, tomando aproximadamente la dirección que indicaría la mitad de la arcada crural. Esta incisión que disocia el gran oblicuo, corta los demás músculos de la pared, pero es de rápida ejecución. Una incisión más funcional que ésta, porque es por disociación de los músculos, es la transversal al nivel de la cicatriz umbilical; da muy buen acceso, sobre todo a los elementos del retroperitoneo (uréteres, cava, etc.). Arranca de las proximidades de la cicatriz umbilical, seccionando todos los planos hasta la aponeurosis y se dirige transversalmente hasta el borde del psoas. Luego se disocian los músculos de la región según la dirección de sus fibras. Una vez frente al peritoneo si se va a abordar un órgano retroperitoneal, se reclina el peritoneo hacia adentro; de lo contrario se incide la hoja peritoneal y podemos abordar cualquier estructura intraperitoneal que le corresponda topográficamente.

Para el acceso al epigastrio nos manejamos indistintamente con la mediana supraumbilical o con la transrectal, derecha o izquierda según lo exijan las circunstancias. Así abordamos el estómago y sus vasos, el páncreas, el colon transversal y los vasos retroperitoneales: tronco celiaco, confluencia de la esplénica con mesentérica, etc.

Para los hipocondrios, y esto ya lo hemos señalado en un aporte que realizamos al Segundo Congreso Uruguayo de Cirugía, titulado "Traumatismos del hipocondrio izquierdo", usamos la incisión por disociación de del Campo. Decíamos entonces: cuando nosotros abordamos un hipocondrio no sabemos a ciencia cierta si las estructuras afectadas pertenecen al hipocondrio o a la base del hemitórax, o a la parte alta del flanco, o a la parte externa del epigastrio o a la región lumbar. Es decir, que tenemos que pensar de entrada en un abordaje amplio del hipocondrio, que nos ha de dar la luz necesaria para la cómoda exploración y perfecta reparación de las lesiones que hubieren, con la idea clara del contenido topográfico de los hipocondrios; en el derecho: hígado y pedículo hepático, ángulo subhepático del colon, más profundamente el duodenopáncreas, y ya fuera topográficamente del hipocondrio pero en el mismo panorama operatorio, el riñón derecho y las cápsulas suprarrenales. Para el hipocondrio izquierdo: bazo, sector esplénico del colon con sus segmentos correspondientes de transversal y descendente, el estómago, ansas delgadas que se ubican muy arriba (porque el ángulo esplénico del colon está formado por un intestino grueso de menor calibre que el derecho y le deja buen espacio a las ansas delgadas) y más profundamente la cola del páncreas y los vasos esplénicos; aquí también debemos anotar, como lo hicimos en el hipocondrio derecho, la posibilidad de lesiones del riñón y cápsula suprarrenal izquierda.

La incisión de del Campo es, en esencia, una incisión oblicua, arciforme, que partiendo de un punto próximo a la xifoides se dirige primero hacia abajo y luego cada vez más horizontalmente hasta terminar como una transversal en pleno flanco. No entraremos en detalles sobre esta incisión porque, lo repetimos, está descrita en nuestro trabajo, aporte al Segundo Congreso Uruguayo de Cirugía.

Esta incisión permite con mucha facilidad una esplenectomía; deja ver muy bien el ángulo esplénico del colon, que es muy posterior; da buen acceso a la cola del páncreas y vasos esplénicos; se tiene el estómago a la vista y su manejo es fácil por esta incisión; permite un acceso fácil al riñón, y por decolamiento ccloparietal practicar la nefrectomía, si hubiera necesidad.

El Dr. Carlos A. Bortagaray en su trabajo sobre "Traumatismos de los hipocondrios", dice haberse manejado con holgura con esta incisión, aun en los casos en que tuvo que realizar nefrectomías, porque el problema se plantea, claro está, con un hipocondrio abierto por lesiones de órganos de hipocondrio: hígado, duodeno o páncreas, y luego, como lesión asociada el cirujano se encuentra con una lesión grave de riñón; es en estos casos que este tipo de abordaje brilla.

*Utilización de la incisión tóracoabdominal combinada en cirugía traumática.*—B. Noland Carter de Cincinnati (Ohio) preconizó en el año 1947 la utilidad de la incisión tóracoabdominal combinada en las esplenectomías en enfermos portadores de un bazo anormalmente grande y adherente. Presentó su trabajo original con A. Helmsworth en 43 casos de distinta naturaleza. Con esta técnica Carter y sus colaboradores abordaron todos los órganos de la región supramesocólica. En este mismo trabajo refieren la sutura de una herida de esófago, inmediatamente por encima del diafragma; y una herida tóracoabdominal, también con desgarramiento del diafragma y herida del bazo y del riñón izquierdo, permitiendo la sutura del diafragma, la esplenectomía, la nefrectomía izquierda. En el primer caso se empezó por una laparotomía, y al comprobar que la lesión estaba por encima del diafragma, se extendió la incisión hacia el tórax, a través del reborde costal, permitiendo así la visualización y sutura de la herida del esófago. En el segundo caso se hizo primero una tóracotomía y encontrando el diafragma desgarrado, se combinó la incisión realizando la esplenectomía y la nefrectomía.

Humphreys en 1946 preconiza para la resección del esófago y del cardias gástrico por una incisión abdominotorácica combinada también. Heaney y Humphreys en 1948 preconizan la vía tóracoabdominal derecha para enfermos biliares obesos y para las heridas tóracoabdominales. Blackemore y Satinsky, los dos en

el año 1948, la aconsejan para distintos fines. En 1950, Cooper, Leadbeter y Chute, cirujanos urólogos de Boston, usan una vía de abordaje, que en esencia es la misma de Carter, pero la utilizan para fines retroperitoneales. La de Carter es el abordaje típico para los órganos intraperitoneales. Las dos seccionan el puente de cartilago que une el 8º y el 9º cartilago costal y entonces seccionan el peritoneo y la pleura; a continuación, se secciona la pleura, con el diafragma, apareciendo la cavidad abdominal y la cavidad torácica, constituyendo una sola. Queda así establecido un fácil acceso, no sólo a los órganos de la fosa frénica, sino a los de la mayor parte del abdomen y al riñón, cápsula suprarrenal y demás órganos retroperitoneales.

Pero los verdaderos precursores del abordaje tóracoabdominal fueron Mérola y Constantini. Los trabajos de Mérola son anteriores a los de Constantini. Los de Mérola son del año 1916; los de Constantini son del año 1921. Mérola reseca la 9ª costilla y sutura pleura con diafragma. Constantini secciona el puente que une el 9º cartilago al 10º y sigue por el espacio intercostal 9º. El acceso de Mérola es una tóracofrenolaparotomía; el acceso de Constantini es una laparototóracofrenotomía.

Hay que agregar que los autores franceses atribuyen a Quénu y Schwartz estas incisiones tóracoabdominales; sus trabajos son de los años 1949 y 1950. En resumen, el abordaje tóracoabdominal se puede emplear en su más amplia expresión, como lo hacen los americanos, sobre todo Carter, o en su forma restringida, como lo indicó Mérola.

Tenemos que agregar que Arce realiza una incisión muy parecida a la de Constantini para hipocondrio izquierdo; la diferencia es que Arce realiza su prolongación torácica en el 10º espacio y evita de este modo la sutura de la pleura, que puede ser problemática.

Al terminar de pasar revista, por así decir, de las distintas vías de acceso, aisladas o combinadas, abdominales y torácicas a las estructuras más profundamente ubicadas en la profundidad de ambas fosas frénicas, notamos que, en nuestra experiencia de diez años de cirugía de urgencia hemos podido resolver la totalidad de los casos que se nos han presentado, a satisfacción, usando predominantemente la vía abdominal, y en contadas ocasiones solamente agregando una pequeña sección del reborde



torácico. En el hipocondrio derecho, el hígado, por ejemplo, aun en lesiones profundas y muy posteriores, es posible abordarlo muy bien por la vía de acceso abdominal, sobre todo si recurrimos a la maniobra de seccionar el ligamento triangular derecho, lo que nos permite traerlo hacia adelante y realizar fácilmente la sutura.

## TRATAMIENTO DE LAS LESIONES VISCERALES

*Hipocondrio derecho.*— En este sector del abdomen, la víscera más frecuentemente lesionada, en nuestro cuadro de lesiones viscerales, fue el hígado. Por él, pues, empezaremos el tratamiento de las lesiones viscerales.

Hemos tenido distintos tipos de heridas de hígado: heridas contusas, heridas por arma de fuego, heridas incisas, del tipo de la herida hecha por cuchillo. Las más graves son las heridas contusas; le siguen en orden de gravedad las heridas por arma de fuego; las menos graves son las heridas incisas. Pero las de mayor gravedad son las lesiones por aplastamiento de los traumatismos cerrados de abdomen.

En la historia de la evolución del tratamiento de los traumatismos del hígado se pueden sintentizar tres etapas:

Primera etapa: antes de la primera guerra mundial. En esta etapa puede decirse que muy poco se evolucionó en materia de tratamiento de las lesiones del hígado traumático. La mortalidad era muy elevada (66 %) en las mejores estadísticas de la época; eran tratados sin operación.

Con la primera guerra mundial sobreviene la segunda etapa. Aquí, en esta etapa, ya se reconoce el papel del drenaje, el rol de las infecciones y acumulaciones biliares. El intervalo entre ambas guerras mundiales, fue una época de grandes avances en el conocimiento de la fisiopatología hepática en relación con las lesiones de la glándula. Se empieza a conocer el síndrome hepatorenal por los trabajos de Heyd (1924); ya se halla en las muertes postoperatorias a la insuficiencia conjunta hepatorenal.

Sobreviene por último, la tercera etapa, a propósito de la segunda guerra mundial. En esta tercera etapa vemos recién el verdadero progreso en el tratamiento de las lesiones del hí-

gado. Se destaca la importancia del drenaje y el peligro del taponamiento. El peligro de la hemorragia pasa a un segundo plano y cede paso al control de la infección y al tratamiento de las complicaciones debidas al derrame biliar y a la necrosis hepática. Pero, sobre todo y fundamentalmente, en esta etapa los adelantos generales registrados en el cuidado del herido grave, como ser: operación precoz, uso liberal de sangre total y otros agentes; el tratamiento del shock traumático; el avenimiento de los antibióticos y muy particularmente los adelantos en el tratamiento de las lesiones asociadas de todo tipo.

Los estudios de Markowitz permitieron un mejor conocimiento de la fisiopatología hepática con respecto a la relación entre el desarrollo bacteriano intrahepático y el flujo sanguíneo de la glándula. Se sabe ahora que el hígado alberga bacterias anaerobias cuya propagación puede ser estimulada por la anoxia determinada por la hipotensión o la insuficiencia vascular local. Este conocimiento tiene amplias aplicaciones en el tratamiento de las heridas del hígado, tanto en lo que respecta a la importancia de la administración de antibióticos, como a la conveniencia de mantener una irrigación sanguínea conveniente en la parte afectada. Otro factor que hay que tener en cuenta es el factor coagulación sanguínea. Las distintas relaciones de protrombina y fibrinógeno pueden estar alteradas como consecuencia de las lesiones funcionales o traumáticas del hígado. Pueden originarse hemorragias en el mismo hígado o a distancia.

La mortalidad en las lesiones hepáticas se ve agravada por las lesiones asociadas; en este sentido la combinación de mayor letalidad es con el colon, en donde puede alcanzar hasta un 33 % de mortalidad.

El criterio absolutamente quirúrgico en el tratamiento de las heridas del hígado está justificado por el hecho que señala la experiencia de que pequeñas heridas pueden dar copiosas hemorragias, o grandes derrames de bilis.

En cuanto a los métodos de tratamiento de la herida hepática veremos primero el taponamiento. Cronológicamente fue el primero. Fue el método que imperó en la segunda etapa de la evolución del tratamiento de las heridas del hígado; vimos que en la primera etapa imperó la expectación. Aún tiene sus indi-

caciones precisas; las grandes pérdidas de sustancias no se pueden reparar por otros procedimientos. Vimos que durante la segunda guerra mundial, vale decir, durante la tercera etapa de las tres que describimos, la reducción de la mortalidad y de la morbilidad coincidió con la declinación del uso del taponamiento. El taponamiento tiene que estar apretado, y si está apretado elevará la incidencia de la infección y de la necrosis hepática (presión sostenida, hiposia, necrosis). También tiene el peligro de la hemorragia secundaria al retirar el taponamiento. Se han incluido músculos, peritoneo, fascia, ligamento redondo, epiplón; tienen el inconveniente de actuar como sustancias inertes, una masa potencial de tejido desvitalizado que actúa separando los bordes de la herida. También deben ser considerados como cuerpos extraños otras sustancias que se han usado: celulosa oxidada, esponja de gelatina (requieren un tiempo para reabsorberse). Pueden ser usados sí, para soportes de las suturas. Cuando las superficies de los fragmentos hepáticos son regulares y limpias, no debe interponerse entre ellas nada que impida una correcta y pronta cicatrización. No obstante lo dicho, hay casos en que debido al carácter de la herida hepática, lo apremiante del caso por la hemorragia abundante o por las condiciones del paciente o por la ubicación de la herida hepática, como sucedió en el caso N° 9 de nuestra observación, el taponamiento está indicado como un procedimiento salvador.

*Sutura.*— En el tratamiento de las heridas del hígado la sutura es el desiderátum. Domina la hemorragia y domina la bilirragia, pero tiene que tratarse de heridas incisas, uniformes. Algunas veces podría ser posible la identificación y ligadura de algún elemento vascular o biliar visibles en la superficie cruenta antes de las suturas. Una sutura tiene fundamentalmente por objeto, aproximar dos superficies cruentas; es la sutura común; pero pudiera tener que empleársela sólo con fines hemostáticos; es el caso de la sutura después de la resección de un fragmento desgarrado de la glándula. Contra el cierre hermético de una herida hepática se ha argumentado que puede crear cavidades cerradas, donde puede acumularse sangre, bilis y pus y pueden dar origen a abscesos o a la hemobilia (hay descrito un caso de hemobilia consecutivo a una sutura hepática de Sparkman y Fogelman). Autores como Krieg, señalan la ventaja de dejar

un drenaje en la profundidad del parénquima cuando la superficie se aproxima por sutura. Otra objeción se refiere a los focos de necrosis, que pueden desarrollarse consecutivos a la misma sutura y los fenómenos de autólisis e infección consiguientes. Como vemos, no hay ningún procedimiento de tratamiento de las heridas hepáticas que no corra el riesgo de la necrosis; de modo que cierta necrosis es inevitable; es como el precio para conseguir una buena hemostasis.

No hay que descuidar el drenaje, que se colocará sobre la zona tratada, para evitar el derrame de bilis y la infección. Las suturas las hacemos con catgut cromado N<sup>o</sup> 2. Agujas de punta cónica curvas comunes; hay autores que usan agujas especiales, de punta roma, por ejemplo.

Reparada la herida hepática, ante de cerrar el vientre, colocamos un drenaje. Por perfecta que sea la sutura que hayamos realizado, hay que dejar un drenaje; aquí hay siempre más posibilidades de bilirragia todavía que en las colecistectomías. Quiero citar de paso el trabajo de Mikal y Papen, del año 1950 (*Morbidity and Mortality in Ruptured Liver, Surgery, 27, 250*) en donde insisten en el taponamiento de la herida hepática con esponjas absorbibles y cierre del abdomen sin drenaje, como medio de reducir la mortalidad en las rupturas del hígado. Consideramos que la omisión del drenaje encierra grandes riesgos, y preconizamos el drenaje en las heridas del hígado como procedimiento de rutina. La herida se drena con una lámina de caucho que sale fuera del vientre, en donde se la fija. Pero éste es el drenaje de la herida, y solo no es suficiente; hay que drenar el área de la herida que prevenga contra las colecciones subhepáticas y subfrénicas; estos últimos drenajes, sobre todo, si hay herida del diafragma. Si la herida del diafragma es muy posterior, conviene instalar un drenaje pósterolateral, a través del flanco, mediante incisiones próximas a la punta de la duodécima costilla.

*Debridamiento.*— Hemos encontrado trabajos sobre debridamiento hepático. Si el trauma deja porciones de tejido hepático desvitalizado, estaría indicado el debridamiento como medida contra la secuestación y la infección. No hemos tenido casos para debridamiento.

*Heridas tóracoabdominales.*— Este tipo de heridas merece una consideración aparte por su frecuencia, por los particulares problemas que origina. Durante la primera guerra su mortalidad alcanzó el 60 % de mortalidad. Durante la segunda guerra mundial, la mortalidad por este tipo de heridas bajó al 36 %. El progreso de la técnica abatió los índices de mortalidad de estas heridas. Este índice de mortalidad está en directa relación con el número de órganos lesionados en el abdomen. De esta manera, las heridas del diafragma derecho, son a menudo menos fatales que las del izquierdo; la interposición del hígado provee una cierta protección a otras vísceras abdominales. En lo que respecta a cuál es la componente que condiciona la gravedad de las heridas tóracoabdominales, las opiniones están divididas. Hay quien afirma que es el componente abdominal más bien que el torácico, el determinante de la mortalidad. Para otro grupo de autores son las lesiones pleuropulmonares las causantes de un mayor índice de mortalidad. La preferencia de la vía de acceso, abdominal o torácica depende de si son cirujanos especializados en cirugía torácica o abdominal los que actúan. Las ventajas y desventajas de una y de otra son bien conocidas. En lo que respecta a nuestro tema, a los traumatismos abdominales aun con asociaciones de heridas diafragmáticas o pleurales, la vía es la abdominal; si luego encontramos en el inventario una estructura de ubicación no accesible por la vía abdominal, es el momento de combinarla por las técnicas que dejamos apuntadas.

*Complicaciones de las heridas hepáticas.*— Están condicionadas a la extensión de la herida hepática y luego a las lesiones asociadas. La primera a nombrarse es la hemorragia; es de las complicaciones la que da mayor mortalidad. Luego viene la infección, que van juntas con la necrosis hepática y con el drenaje insuficiente; el acúmulo de sangre o de bilis favorece la infección. Por otra parte, los drenajes apretados (taponamientos) pueden producir necrosis hepática que lleva a la secuestración y por ende a la infección, que puede terminar en hemorragia secundaria, formación de abscesos o derrame de bilis. A continuación mostramos nuestro cuadro III, de una clasificación de las heridas del hígado. Tomado de un trabajo de Sparkman y Fogelman.

### Cuadro III

#### CLASIFICACION DE LAS HERIDAS DEL HIGADO

(Sparkman y Fogelman)

I) **Hemorragia:**

- A) Hemorragia a nivel de la herida hepática.
  - 1) Continua.
  - 2) Secundaria.
  - 3) Intrahepática.
- B) Hemobilia.
- C) Tendencia a hemorragia con trastorno de coagulación.

II) **Necrosis avascular o desgarro del tejido hepático:**

- A) Fragmentos retenidos.
- B) Secuestración.
- C) Embolia pulmonar de tejido hepático.

III) **Infección:**

- A) Sin formación de abscesos.
- B) Con formación de abscesos.
  - 1) Subfrénicos.
  - 2) Intrahepáticos.
  - 3) Otras localizaciones abdominales.
- C) Infección de la herida.

IV) **Derrame biliar:**

- A) Peritonitis biliar.
- B) Pleuritis biliar.
- C) Fístula biliar externa.
- D) Quiste biliar intrahepático.

V) **Otras complicaciones:**

- A) Shock.
- B) Accidente vascular cerebral.
- C) Insuficiencia pulmonar.
- D) Insuficiencia cardíaca.
- E) Insuficiencia hepática.
- F) Nefrosis del nefrón distal.
- G) Síndrome hepatorenal.
- H) Dehiscencia de la herida.

*Hematoma subcapsular de hígado.*—Tomamos del archivo particular de los doctores Jorge Errandonea y Germán Amorín la observación N° 59. Se trata de una persona joven, mujer de 16 años, que sufre un violento traumatismo del abdomen superior. Tratado el shock inicial, se palpa un hígado agrandado y se explora; al abrir el vientre no se encuentra sangre libre; con las maniobras de exploración se abre un enorme hematoma del hígado que da alrededor de 600 gramos de sangre. Se pudo hacer sutura y drenaje y la paciente se salvó. A propósito de los hematomas subcapsulares tenemos conocimiento de un caso que fue operado; bien explorado y al no encontrarse sangre libre en la cavidad peritoneal se cerró, falleciendo horas después el paciente, y en la necropsia se justificó la muerte debido a que se encontró gran cantidad de sangre en el vientre, debida, sin duda, a un hematoma roto después de la exploración.

*Ruptura masiva del hígado.*—Nuestro cuadro de observaciones no registra ningún caso de ruptura masiva del hígado. La ruptura masiva del hígado por traumatismo es un cuadro de una enorme gravedad. Los pocos enfermos que logran salvarse de la hemorragia inicial mueren posteriormente a consecuencia de peritonitis biliar, obstrucción intestinal o hemobilia traumática o algún otro mecanismo.

*Traumatismo grave del hígado y síndrome hepatorenal.*—Desde el año 1924 en que Heyd puso de relieve por primera vez la importancia clínica de la insuficiencia hepática consecutiva a los traumatismos sobre hígado, hasta nuestro días, se han sucedido una infinidad de trabajos sobre el tema. Las observaciones señalan que este síndrome es más frecuente en los aplastamientos de importancia y en las heridas de bala, que en las heridas por arma blanca. Las manifestaciones consisten en pulso débil y rápido, inquietud, colapso, delirio y alteraciones del quimismo sanguíneo; puede haber ictericia. Por otra parte, hay oliguria con hematuria, cilindruria y albuminuria. En el plasma sanguíneo hay caída del tiempo de protrombina y disminución de las proteínas.

Jorge Lockhart, en nuestro medio, en experiencias con papilla hepática intraperitoneal, obtuvo como resultado la muerte en un 80 % de los animales de experiencia con alteraciones muy intensas del riñón. Lockhart concluye diciendo que cualquier

intervención de hígado que obligue a su exteriorización o donde pueda haber lesión de su parénquima, con producción de pequeños focos contusos a cuyo nivel se origina un derrame biliar, o bien la cirugía de la vesícula biliar o del quiste hidático de hígado, pueden llevar a la lesión hepática con respuesta renal.

Todos los autores coinciden en que la glucosa es el ancla de salvación terapéutica en los enfermos con afecciones hepáticas y del tracto biliar.

¿Qué es lo que se hace como intervención en el traumatismo grave del hígado? Es prácticamente lo que se pueda. Una vez mejorado el shock se realizará la exploración con un mínimo de traumatismo y una vez frente a la herida hepática se hará sutura, taponamiento o resección de la parte afectada, o mismo la abstención total. Tiker y Boyce aconsejan la resección de la parte afectada, para impedir la intoxicación por autólisis de la parte afectada.

*Hemobilia traumática.*— Aunque no registramos casos en nuestras observaciones, sabemos que este tema ha sido motivo de preocupación de nuestros cirujanos y no podemos pasar sin hacer mención de él.

La hemobilia es la eliminación de sangre por las vías biliares hacia el intestino. El origen de la hemorragia puede estar: en el hígado, en la vesícula, en los canales biliares o en la ampolla de Vater. Entre las causas está el traumatismo; de ahí nuestro interés por el punto. La lesión determinante es del tipo subcapsular o central de hígado. La hemorragia se produce en forma de melenas o de hematemesis; es una hemorragia súbita y se presenta con un intervalo libre (entre el trauma y la aparición de la hemorragia) de dos o tres semanas. Su repetición a intervalo de días, semanas o meses y por último su repentinidad. Da cólico hepático por obstrucción de los canales biliares por la sangre, y da ictericia por retención. La formación de un foco de autólisis hepático central con ulceración de vasos parece ser la explicación más aceptable. Hay que tener presente el componente bacteriano (piocianico y enterococo encontrado por Larghero, Astiazarán y Gorlero Armas) para la indicación del antibiótico adecuado (cloromicetina y tirotricina; los mismos autores).



*Ruptura de los conductos biliares extrahepáticos por traumatismo.*— Es un hecho muy raro; no han de pasar de un centenar de casos en la literatura universal. En la literatura nacional no he podido descubrir nada al respecto. Pero de no hacerse el diagnóstico a tiempo, la muerte es fatal. Tiene, también, como característica evolutiva un lapso de tiempo, en la historia, relativamente asintomático. Pasado el período de shock inicial, y de sintomatología abdominal alta, sobreviene un período de silencio para aparecer ictericia y ascitis y materias decoloradas. La lesión puede localizarse en la vesícula o en el hepatocolédoco. Cuando es la vesícula no más la que sufre lesión, la ictericia no es tan intensa.

El tratamiento puede reducirse a laparotomía y drenaje, simplemente del foco. Puede tentarse la anastomosis de la parte proximal del conducto afectado con algún sector del tracto digestivo. Puede resolverse por colecistoenterostomía, la colecistogastrostomía, la colecistoduodenostomía o la colecistostomía.

*Ruptura de la vena porta.*— Siguiendo con los elementos del pedículo hepático, queremos hacer nada más que mención de las heridas de la vena porta. No tenemos casos personales. No conocemos ningún caso de herida de la vena porta tratada en el país. Es clásico el caso de Hallopeau; suturó una herida de bala de la porta de 7 mm. de largo. La interrupción súbita de la circulación de la porta entraña un enorme peligro. La simple oclusión temporaria del vaso trae una sobrecarga alarmante del sistema mesentérico y caída fatal de la presión.

*Lesiones traumáticas del duodeno.*— El cuadro de nuestras observaciones personales no registra ningún caso de herida traumática del duodeno. Es un órgano de situación profunda y muy protegido; además, es un órgano pequeño. Muchas veces no es que no exista la lesión; lo que sucede es que pasa desapercibida por la existencia de lesiones de otros órganos (páncreas, estómago, colon, el hígado, el riñón y los mesos) cuya sintomatología enmascara el cuadro que origina la ruptura del duodeno. El herido de duodeno va a la mesa de operaciones, generalmente con un cuadro perforativo o, en algunas ocasiones, por cuadro de anemia aguda. Cuando la herida asienta en la porción retroperitoneal del duodeno, es que fácilmente puede pasar desapercibida, con las consecuencias desastrosas consiguientes; es una

eventualidad muy poco frecuente, por otra parte. Aquí la radiología puede ser un auxiliar poderoso, y sólo ella puede llevar al diagnóstico. Las radiografías tomadas en posición parado y acostado pueden mostrar aire libre retroperitoneal, que se marca muy bien alrededor de la sombra del riñón derecho y a lo largo del psoas del mismo lado; también puede llegar el aire hasta las bóvedas del diafragma. La exploración del duodeno tiene que realizarse mediante decolamiento duodenopancreático. Se puede desprender todo el arco duodenal, realizando el decolamiento de la 1ª, 2ª y 3ª porción de derecha a izquierda y decolando el ángulo duodenoyeyunal de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo. No es posible la eficaz exploración y fácil exposición del duodeno y sutura de las lesiones del duodeno y del ángulo duodenoyeyunal sin la movilización del órgano siguiendo las fascias de acolamiento.

En lo que respecta a las lesiones del duodeno a efectos de su correcto tratamiento, queremos anotar lo siguiente: al practicar el cierre de la herida, muy a menudo éste compromete la luz del intestino; es necesario practicar una vía de derivación; en este momento el cirujano tiene que tener en cuenta el siguiente hecho: si la lesión está ubicada en la parte baja del intestino, distal con respecto a la ampolla de Vater, es a la duodenoyeyunostomía que hay que recurrir; la gastroenterostomía, en estos casos, da malos resultados; el duodeno suele transformarse en un verdadero fondo de saco y las retenciones que allí se producen originan serios inconvenientes. Cuando la lesión es proximal con respecto a la ampolla de Vater, la gastroenterostomía suele ser un excelente procedimiento de derivación. En cuanto al material y manera de proceder con los distintos planos, tenemos como directiva general, un concepto que hemos tomado del profesor Abel Chifflet: las suturas de los planos totales las hacemos con material reabsorbible y en forma de surget, porque su fundamento es la hemostasis. La sutura exterior, de peritonización, no se eliminará en la luz del intestino y no debe ser hemostasiante, porque debe permitir una buena irrigación de los labios suturados. Por estos motivos debe ser hecha con hilo fino, puntos separados, material no reabsorbible.

Otro concepto que tenemos presente es, según el tipo de herida: si ésta es, como suele suceder a menudo en el duodeno,

desgarrante y con déficit de nutrición de los labios, hay que aplicar las directivas fundamentales de heridas traumáticas; debe purificarse el ambiente cruento, haciendo la exéresis de todos los tejidos desvitalizados o que hagan sospechar una mala irrigación. Creemos que se debe ser generosos en la exéresis en el tratamiento de las heridas, buscando tejidos de alta vitalidad y de buenas condiciones plásticas apropiadas para obtener una buena cicatriz. Esto obliga al conocimiento exacto de los territorios de irrigación segura, en este caso del duodeno; una zona particularmente desprovista de irrigación segura, es la cuarta porción, el ángulo duodenoyeyunal y el comienzo del yeyuno. (Estudios anatómicos realizados por el Dr. A. Chifflet, año 1930.)

*Traumatismos agudos de páncreas.*— No tenemos observación personal alguna con respecto a traumatismos de páncreas. Es un órgano de situación profunda y protegida. Puede ser, no obstante, lesionado en los enfermos que han recibido un traumatismo de la parte superior del abdomen, y en tales circunstancias debe sospecharse su posibilidad. No hay que contar con síntomas de lesión pancreática, porque cuando existen, están enmascarados por los que originan las lesiones de otras vísceras. Por otra parte el traumatismo pancreático no tiene signos ni síntomas patognómicos. La determinación de la amilasa pancreática en el suero sanguíneo, recientemente, sin embargo, ha aportado un medio posible de diagnóstico precoz en muchos casos, aun leves o poco extensos. Esta determinación se realiza con el método, bien reglado sacarogénico de Somogyi; su definición se refiere a la unidad de amilasa en el suero sanguíneo. Como documentación interesante del valor de esta determinación, señalamos que en el San Francisco Hospital University of California (Naffziger y Mc Corkle) se han realizado, en el término de cinco años, 1.800 determinaciones de amilasa del suero, inclusive las practicadas en los traumatismos del páncreas (heridas y contusiones).

En todos los casos en los que se efectuó la determinación, pudo comprobarse que, poco después del accidente la amilasa del suero estaba por encima del máximo nivel normal (180 unidades Somogyi). Debido al traumatismo se opera el pasaje de la enzima desde los acino y conductillos lesionados, hacia los espacios intersticiales, la cavidad peritoneal o ambas, de donde es absorbida para pasar a la sangre. En un paciente que ha recibido un trau-

matismo en la región abdominal, la elevación de la amilasa del suero puede ser considerada como una prueba evidente de que el páncreas ha sido lesionado. Es evidente que para el cirujano que va a explorar un vientre traumatizado, es de gran valor saber si este dato es positivo para realizar una cuidadosa exploración del páncreas.

Leyendo trabajos sobre traumatismos abdominales, uno se encuentra que muy a menudo un enfermo que había sido cuidadosamente explorado, fallece después de la exploración y la necro muestra una lesión seria del páncreas.

Los desgarros y las heridas del páncreas pueden ser suturados con material irreabsorbibles como la seda y el algodón. Las heridas contusas, tales como las producidas por armas de fuego y las contusiones provocadas por traumatismos no penetrantes, generalmente no pueden ser cerradas. Junto al páncreas lesionado deben colocarse drenajes de goma blanda que, frecuentemente, deben ser exteriorizados a través de una pequeña contraabertura en el flanco; sólo así se podrá prevenir la formación de pseudoquistes traumáticos del páncreas y también la peritonitis inicial. Desde el momento que se sospeche una lesión del páncreas, y como la alimentación estimula la secreción del jugo pancreático, aquélla debe ser suspendida, adoptando las medidas necesarias para mantener la nutrición algunos días. Esto debe ser especialmente aconsejable cuando el nivel de la amilasa pancreática en el suero permanezca elevado o haga fluctuaciones. En los enfermos que revelan una necrosis pancreática progresiva después de una lesión del páncreas, puede estar indicado el drenaje de la vesícula o del colédoco. También se pueden usar drogas como la atropina que inhibe la secreción pancreática o la bantina, ésta más recientemente y más eficaz.

*Heridas de estómago.*— Nuestra estadística de estómago es muy poco feliz. Nuestro cuadro de observaciones consigna cinco casos (Obs. Nos. 4, 7, 35, 60 y 66); se señalan tres fallecimientos (Obs. 4, 35 y 66). Los dos casos que sobrevivieron (7 y 60) se trataban de lesiones aisladas de estómago. El caso N<sup>o</sup> 4 tenía heridas de ambas caras; el N<sup>o</sup> 60 sólo de la cara anterior; ambos estómagos fueron heridos por vía tóracoabdominal; ambos casos tenían herida de diafragma que hubo que reparar concomitantemente.

Veamos los casos que fallecieron: el N<sup>o</sup> 4, enfermo que ingresa en grave estado por herida de arma de fuego del epigastrio. Cuadro de shock y de hemorragia interna. La exploración muestra perforación de ambas caras del estómago, que son suturadas, primero la anterior, luego la posterior, luego de abrir ampliamente la cavidad retrogástrica, incindiendo ampliamente el meso gastrocólico. Vemos gran hematoma que invade la raíz del mesocolon transverso por estallido del riñón derecho. Cuando nos hacíamos campo para proceder a la nefrectomía el enfermo deja de existir. El otro paciente que falleció: Obs. N<sup>o</sup> 66. Se trata de un herido grave también pero de arma blanca; de la región epigástrica. Dominado el estado de shock inicial, procedemos a explorarlo. Tiene el colon transverso casi seccionado en dos; tiene una herida de la gran curvatura del estómago que le secciona el arco arterial. Se suturan ambas vísceras. Luego se incinde el meso gastrocólico para explorar la cavidad retrogástrica y aparece una herida del páncreas en medio de un voluminoso hematoma. El enfermo fallece en momentos en que reparábamos las lesiones. No obstante esta estadística mala por las circunstancias anotadas de las lesiones asociadas graves, las heridas de estómago son en general, las más fáciles de tratar, porque es un órgano complaciente en las maniobras de exploración; se exterioriza con facilidad; tiene buenas paredes y gruesas y bien irrigadas; salvo la eventualidad de alguna lesión muy alta, próxima al cardias por pequeña curva, por lo general es fácil de tratar sus lesiones. En las lesiones próximas al cardias, en pequeña curva, si sangra mucho y se hace dificultosa la maniobra de sutura de una herida de estómago, no hay inconveniente en proceder a la ligadura de la coronaria y liberar la pequeña curva a medida de las exigencias.

*Heridas de colon.*—Nuestras observaciones personales registran tres casos de heridas del colon historias (9, 47 y 66). Una del descendente, muy próxima al ángulo esplénico; una del sigmoides; una del transverso. De los tres uno falleció (Obs. N<sup>o</sup> 66); era una sección casi completa del colon y además tenía lesiones asociadas (estómago, páncreas y tal vez vasos retroperitoneales; el enfermo falleció en la mesa de operaciones y no hubo comprobación posterior). De las otras dos, una fistulizó, siendo reintervenido ulteriormente y vuelto a fistulizar;

por último curó bien con tratamiento adecuado y vive actualmente. En la Obs. N° 45 hicimos un cierre con catgut N° 0, hundiendo la sutura, en un solo plano; dejemos drenaje del Douglas; este enfermo tenía lesiones asociadas del delgado que fueron suturadas en dos planos y curó bien con vientre cerrado.

La Obs. N° 9, también presenta un paciente con lesiones asociadas; pues tiene dos heridas del delgado. Este paciente fue tratado mediante sutura en dos planos y cierre sólo del peritoneo, dejando el resto de la pared abierta; fistulizó. El enfermo que corresponde a la Obs. N° 66 no hacemos comentario porque era un multihendido grave que se quedó en la mesa de operaciones.

Vemos que este tipo de heridas comporta un criterio de tratamiento y un pronóstico distinto a las demás lesiones viscerales del abdomen por su severidad. El doctor Carlos Boragaray presenta a la Sociedad de Cirugía siete casos de heridas de colon con un 28,6 % de mortalidad. El doctor Larghero diez casos el año 1943 con un porcentaje de un 20 % de mortalidad; cualquiera de los dos trabajos comporta un excelente resultado; la búsqueda bibliográfica universal apunta porcentajes de mortalidad que están por encima de esas cifras. En lo que respecta a la cirugía del intestino grueso fría, con el advenimiento de los antibióticos es mucho lo que se ha andado; la desbacterización se llega a hacer casi perfecta y las colectomías en un tiempo ya no revisten la gravedad que antes importaban. Pero el problema de la cirugía del intestino grueso de urgencia sigue siendo un problema de mucha gravedad; el enfermo es tomado sin preparación previa y el componente bacteriano sigue gravitando sobre los resultados en forma evidente.

Nosotros seguimos ajustándonos a las directivas señaladas por el doctor Larghero para el tratamiento de las heridas de abdomen con lesión del intestino grueso y que comporta (transcribimos):

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 la peritonitis: "limitar las maniobras operatorias a las zonas ya contaminadas de las serosas".

3º) Convertir la herida en anocontractura; o suturar y extraperitonizar 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 retroperitoneal amplio (tipo Mickulic).

6º) Sulfamida intraperitoneal regional y en los planos parietales.

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

El trabajo del doctor Otero (*Boletín de la Sociedad de Cirugía*) sobre "Traumatismos de abdomen", habla de dos heridas de colon que fueron suturadas y reintegradas al vientre; pensando conseguir un resultado inmediato perfecto, basándose el autor, para ello, en los progresos aportados por los antibióticos y en la sensación de seguridad que le ofrecían las suturas. Finalmente, acota el autor, 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.

Queremos agregar, que últimamente disponemos de nuevos antibióticos de elevado y electivo poder contra las bacterias del medio intestinal.

*Intestino delgado.*— El cuadro de nuestras observaciones señala la frecuencia de cinco heridas del delgado (Obs. N° 9, 45, 47, 50 y 53); hay dos lesiones del yeyuno y tres del íleon. Dos heridas fueron producidas por arma de fuego; dos por cuchillo y una por traumatismo cerrado (estallido). Cuatro fueron tratadas por sutura; una por resección y anastomosis látero-lateral.

Todos los casos sobrevivieron y marcharon muy bien. Todas las suturas se realizaron en dos planos (total con material reabsorbible, en forma de surget; seroseroso en puntos separados). El caso N° 50 (estallido por coz de un equino) exigió la

descompresión del intestino en el postoperatorio porque hizo un íleus paralítico (sonda de Cantor).

En todos los casos se realizó una cuidadosa y metódica exploración del delgado; empezando por el ángulo duodenoyeyunal y terminando en el ciego; asa por asa; individualizando las perforaciones que se iban descubriendo mediante una gasa prendida con una pinza de Allis. Todas las perforaciones fueron cerradas en el sentido transversal respetando la permeabilidad del intestino; menos una que hubo que practicar resección y enteroenteroanastomosis. A este caso queremos referirnos más detenidamente. Este caso, además del estallido, tenía un desprendimiento del asa traumatizada en una extensión de unos 30 cms., lo que nos obligó a hacer una resección en cuña del mesenterio, conjuntamente con la resección intestinal. Hay casos descritos con simple desinserción de un segmento del mesenterio, lo que origina, generalmente, gangrena del segmento de intestino desvitalizado; otras veces no ocurre la gangrena y pueden curar, una vez operados, sin ir a la resección del intestino, con sólo recubrir el asa con epiplón (casos de T. C. Bost, *Anales de Cirugía*, año 1929). Los franceses Poinot y Doutre, que en el año 1947 revisaron 15 casos de avulsión del mesenterio, llaman la atención sobre el hecho de que la sección de las fibras del simpático puede dar origen a complicaciones tardías (íleo paralítico, atelectasia), que deben tratarse con bloqueo de novocaína y aconsejan la infiltración del simpático durante la primera operación.

La lesión de los vasos del mesenterio suele plantear situaciones muy interesantes en cuanto a evolución; Hinckley y Albertson (*Anales de Cirugía*, vol. 13, N<sup>o</sup> 8) relatan un caso por contusión cerrada del abdomen con intervalo casi asintomático de 24 horas; el paciente después del traumatismo reanuda sus tareas y recién promediando las 24 horas empieza con sintomatología dolorosa de su vientre irradiado a los hombros y distensión abdominal y una historia de deposiciones oscuras. En la exploración se encontró una arteria del mesenterio seccionada que daba una hemorragia moderada.

*Traumatismos de las paredes abdominales.*— La lesión parietal sin lesión visceral es una eventualidad rara y cuando existe, en general son los músculos rectos anteriores del abdomen los afectados.



Vamos a hacer un comentario sobre nuestra observación N<sup>o</sup> 12 por haber planteado el caso un formal diagnóstico diferencial con una enfermedad urinaria. Se trata de un hombre de 67 años de edad que se presenta a la consulta por una tumoración del hipogastrio y dolores al caminar; es un viejo, con fenómenos de prostatismo y en el momento que consulta no puede evacuar bien su vejiga. No hay historia de traumatismo directo, pero hay una historia de que al levantar un cuerpo pesado con un compañero de trabajo, sintió dolor sobre la región; dolor inicial, que luego cedió y permitió seguir las tareas. Al examen la tumoración no es bien mediana; está situada más bien detrás del recto anterior izquierdo y es fija. El cateterismo vesical aclaró el diagnóstico, dando abundante orina clara y mostrando la persistencia de la tumoración después del sondaje. Quedó así aclarado el diagnóstico de hematoma del recto anterior izquierdo por violencia indirecta (al levantar un cuerpo pesado). Este paciente, que se presentó a la consulta a las dos semanas del accidente, no aceptó la intervención y marchó bien con reposo y bolsa de hielo. Los músculos anchos del abdomen también pueden lesionar en los traumatismos de la pared. Aquí el mecanismo directo, con objeto romo es lo más frecuente. Recordamos un caso publicado por el doctor Folco Rosa. Se trataba de un niño de 11 años, con traumatismo de la región de la fosa ilíaca y ruptura de todos los planos menos la piel, por debajo de la cual hacía saliencia el epiplón, después de haber atravesado los otros planos lesionados.

Conocemos casos publicados de rupturas de las epigástricas aparentemente espontáneas; o coincidiendo con traumas mínimos (ataques de tos, vómitos); para esto es necesario admitir una lesión médica previa de los vasos epigástricos; y es lo que se encuentra en los antecedentes de este tipo de pacientes (estados infecciosos, enfermedades discrásicas). El paciente de nuestra observación no aceptó la intervención; pero debemos dejar sentado que hay que operarlos; hay que evacuar el hematoma y ligar los vasos que sangran. Se abrevia la dolencia. Se hace la profilaxis del flemón a punto de partida del hematoma (en enfermos que siguen caminando). Además del hematoma abandonado puede dar origen a un enquistamiento que traiga cierta invalidez con la evolución.

*Traumatismos del hipogastrio.*— El cuadro de nuestras observaciones consigna 10 traumatismos del hipogastrio. Por el mecanismo de la contusión cerrada se produjeron cuatro lesionados (Obs. N<sup>os</sup> 12, 22, 50 y 57) de esta región. Por el mecanismo de la herida hubieron seis (Obs. N<sup>os</sup>. 3, 13, 24, 25, 39 y 62). Los contusionados con lesión interna fueron dos (Obs. N<sup>os</sup>. 12 y 57). De los seis lesionados por el mecanismo de la herida, hubo uno penetrante (Obs. N<sup>o</sup> 39); cinco no penetrantes (Obs. N<sup>os</sup>. 3, 13, 24, 25 y 63). Los órganos lesionados en traumatismos del hipogastrio fueron: vejiga e íleon. Estos dos órganos se lesionaron por el mecanismo de la contusión. Los dos pacientes fueron explorados mediante incisión mediana infraumbilical. El lesionado del íleon sufrió un desgarro del mesenterio con estallido del asa que motivó resección intestinal y resección del mesenterio en cuña; con anastomosis láterolateral; evolución buena. El lesionado de la vejiga, lo fué en su porción extraperitoneal, con infiltración de orinas del espacio prevesical; terminamos colocándole una sonda de Petzer en el hipogastrio; marchó muy bien.

Los demás traumatizados del hipogastrio presentaron problemas de la pared solamente. Un lesionado de la pared por contusión (mecanismo indirecto) hizo un hematoma de la vaina izquierda del recto que originó dudas en el diagnóstico con la retención de orina por las circunstancias en que se presentó. Otro de los lesionados de pared hizo una gran hemorragia externa que puso riesgo en la vida del paciente; eran heridas musculares solamente.

De los demás elementos contenidos en el hipogastrio: recto, los elementos vasculares: aorta y cava con sus correspondientes ramas de bifurcación, no hemos podido consignar observaciones.

Corresponde anotar que en lo que respecta al aparato genital femenino y a vías urinarias será informado en los respectivos correlatos de las especialidades.

*Traumatismos de bazo.*— Consignamos en nuestro trabajo, seis observaciones de lesiones de bazo. Son las observaciones N<sup>os</sup>. 1, 2, 5, 11, 40, 63. El bazo fue lesionado por el mecanismo de la contusión en cuatro oportunidades (N<sup>os</sup>. 1, 2, 11, 63) y por el mecanismo de la herida en dos oportunidades (N<sup>os</sup>. 5, 40). Fue lesionado sólo en cuatro casos (N<sup>os</sup>. 1, 2, 11 y 40); se presen-

taron lesiones asociadas en dos oportunidades (N<sup>os</sup> 5, 63). Las asociaciones se produjeron en una oportunidad con páncreas (N<sup>o</sup> 63) y en la otra, con diafragma (N<sup>o</sup> 5). Los seis casos fueron intervenidos; los seis fueron esplenectomizados; los seis curaron. Cuatro fueron intervenidos mediante la incisión de del Campo (N<sup>os</sup>. 1, 5, 11 y 40); en dos se practicó una transrectal izquierda (N<sup>os</sup>. 2 y 63).

Los casos que corresponden a las observaciones N<sup>os</sup>. 1 y 2 se presentan con el cuadro de la ruptura en dos etapas: ambos casos presentan períodos de desaparición completa de la sintomatología, por lo menos de la sintomatología típica. A veces se observa que los síntomas de ruptura no están presentes o han sido enmascarados por síntomas confusos (el enfermo de nuestra observación N<sup>o</sup> 2 presentó una sintomatología tipo peritoneal más bien). Uno de nuestros pacientes fue operado, vale decir, se completó el cuadro después de las cuarenta y ocho horas. Otros pacientes después de muchas horas o días, a veces, hacen un cuadro cataclísmico, con dolor violento y estado sincopal.

Las lesiones de bazo que consignamos en las observaciones N<sup>os</sup> 5, 11, 40 y 63, corresponden al cuadro que se conoce con el nombre de ruptura primaria del bazo, con inmediata hemorragia. La sintomatología es inmediata en presentarse y es progresiva, sin remisiones. Reclaman un diagnóstico precoz y una intervención inmediata, antes de las veinticuatro horas o en las primeras horas que siguen al traumatismo.

Entre nuestras observaciones no consignamos el cuadro conocido por hematoma de la fosa frénica. En estos casos el paciente recibe el trauma y los síntomas se presentan de inmediato; pero o no son observados por el médico, enfermos alejados de los medios de asistencia, o son mal interpretados por el primero que los vió. Luego, pocos días después, progresivamente, o repentinamente, aparece una sintomatología tóracofrénica con referencia al costado izquierdo del cuerpo, con o sin sintomatología general de colapso; siempre con síntomas o más bien signos físicos de colección en la fosa frénica. Los Dres. Larghero y Giuria tienen un caso que fue operado a los veintiún días después del accidente. El hematoma en estos casos se hace sin laceración de la cápsula; el hematoma no puede crecer mucho y se organiza dentro de la cápsula.

*Valoración de los síntomas.*—Las cuatro observaciones de contusión de bazo la violencia se ejerció sobre la región tóraco-abdominal izquierda (dos por caída de un caballo y una por vuelco de un ómnibus). El dolor del hipocondrio izquierdo estuvo presente en todos los casos; la irradiación al hombro izquierdo o región supraclavicular del mismo lado, no faltó en ninguno.

Este síntoma de reacción frénica fue descrito por Stajano en el año 1924; fue observado por el autor en los procesos inflamatorios o irritativos del peritoneo pelviano. La reacción frénica también se puede provocar mediante la colocación del paciente, por maniobra rápida, en posición de Trendelenburg. Los síntomas del shock con palidez, sudoración, pulso hipotenso, presión arterial baja se entremezclan con los de anemia aguda. Hemos observado distensión del abdomen y en el caso N<sup>o</sup> 2 la resistencia de la pared era tan predominante que nos hizo meditar sobre la posible asociación de una lesión de víscera hueca. La inmovilidad respiratoria no falta casi nunca, como que son traumatizados de la base del tórax, con predominio de los síntomas respiratorios en el hemitórax izquierdo. Encontramos macidez aumentada del área esplénica y macidez de flanco y Traube ocupado.

Se pueden observar síntomas pelvianos causados por la irritación de la sangre sobre el peritoneo pelviano; en un caso observamos tenesmo vesical; también se puede observar semierección peniana por el mismo motivo.

La radiología es un auxiliar poderoso en caso de ruptura de bazo. No recomendamos poner al enfermo shockado y con cuadro intenso de anemia aguda, en posición erecta, por temor a la anemia bulbar. Pero en toda contusión baja del hemitórax izquierdo y flanco pedimos una radiografía; puede darnos aumento de la sombra esplénica, inmovilidad del diafragma izquierdo, desplazamiento del estómago (cámara gástrica).

## BIBLIOGRAFIA

1. IRVING, M. Ariel.— Alteraciones metabólicas por operaciones abdominales. "Anales de Cirugía", vol. 12, N<sup>o</sup> 8.
2. BORTAGARAY, Carlos A.— Heridas de intestino grueso. "Bol. Soc. Cir. del Urug.", N<sup>o</sup> 6, año 1947.

3. COSCO MONTALDO, Homero.— Sobre la incisión toracoabdominal de Mérola. "Bol. Soc. Cir. del Urug.", Nos. 3 y 4, año 1952.
4. CORCORAN; TAYLOR y PAGE.— El shock y la función renal. "Anales de Cirugía", vol. 2, N° 11.
5. EVANS EVERETT, I.— Deficiencia de potasio en enfermos quirúrgicos. "Anales de Cirugía", vol. 9, N° 6.
6. ELMAN; SHATZ; KEATING y WEICHSELBAUM.— Déficit potásico intra y extracelular en enfermos quirúrgicos. "Anales de Cirugía", vol. 11, N° 7.
7. ERRANDONEA, Jorge y AMORIN, Germán.— Hematoma subcapsular de hígado. "VII Congreso Médico-Quirúrgico, Salto", año 1952.
8. FINE, SELIGMAN y FRANK.— Shock traumático. "Anales de Cirugía", vol. 2, N° 8.
9. LOCKHART, Jorge.— Síndrome de oligoanuria en cirugía. "Bol. Soc. Cir.", N° 4, año 1949.
10. EVANS, HOOVERO James y ALM.— Estudio sobre shock traumático. Modificaciones de la volemia en el shock traumático. "Anales de Cirugía", vol. 3, N° 1.
11. MARKS, León J.— Deficiencia de potasio en enfermos quirúrgicos. "Anales de Cirugía", vol. 9, N° 7.
12. NEAL, J. W.— Hernia diafragmática. "Anales de Cirugía", vol. 12, N° 2.
13. HARDY y RAVDIN.— Aspectos fisiológicos del trauma quirúrgico. "Anales de Cirugía", vol. 11, N° 9.
14. Mc LANAHAN, WATT y GREEN.— Radiografías simples en vientre agudo. "Anales de Cirugía", vol. 11, N° 5.
15. CHURCHILL, E. D.— El shock. Qué es el shock. "Anales de Cirugía", vol. 11, N° 4.
16. OLANDER y REIMANN.— Hemorragia esplénica intermitente postraumática. "Anales de Cirugía", vol. 10, N° 1.
17. PILCHER, S. Lewis.— Ruptura masiva del hígado. "Anales de Cirugía", vol. 1, N° 7.
18. NEWEL, ROSEMBAUN y CANTER.— Ruptura retroperitoneal traumática del duodeno. "Anales de Cirugía", vol. 10, N° 8.
19. JOSLIN ELLIOT, P.— Traumatismo y diabetes. "Anales de Cirugía", vol. 2, N° 4.
20. MILLER y HAGEDORN.— Resultados de la esplenectomía. "Anales de Cirugía", vol. 10, N° 11.
21. LARGHERO, Pedro.— "Temas de cirugía de urgencia".
22. FOGELMAN y SPARKMAN.— Heridas de hígado. "Anales de Cirugía", vol. 13, N° 5.
23. FOLCO ROSA.— Ruptura subcutánea traumática de la pared abdominal. "Bol. Soc. Cir. del Urug.", N° 6, año 1951.
24. MASON; SIDBURY, J. B. y GUIANG, S.— Ruptura de los conductos biliares extrahepáticos. (Por traumatismo cerrado de abdomen.) "Anales de Cirugía", vol. 13, N° 8.
25. STAJANO, Carlos.— La sección posterior del aparato esfinteriano anal en algunas de sus indicaciones. "Bol. Soc. Cir. del Urug.", XV: 112, 1944.

26. HUGHES FRANK, A.— El abordaje transtorácico del riñón. “Bol. Soc. Cir. del Urug.”, año 1951, N° 1.
27. MURRAY, S. D. y BURGER, R. E.— Ruptura de los vasos epigástricos. “Anales de Cirugía”, vol. 13, N° 1.
28. SUAREZ MELENDEZ, J.— Casuística de la cirugía del colon de la clínica del Prof. Stajano, relacionado con la sección posterior del esfínter anal. “Bol. Soc. Cir. del Urug.”, XV: 125, 132-140; 1944.
29. WERBEL, E. W.; GREEMAN, M. D. R. y PETRICK, E. C.— Ruptura del hígado y bazo. “Anales de Cirugía”, vol. 13, N° 1.
30. HUGHES FRANK, A.— El abordaje del riñón. “Tercer Congreso Urug. de Cirugía”, 1952.
31. STRODE y VANCE.— Hernia diafragmática. “Anales de Cirugía”, vol. 12, N° 5.
32. CHIFFLET, Abel.— El abordaje de la cava en las trombosis. “Bol. Soc. Cir. del Urug.”, N° 5, año 1951.
33. CHIFFLET, Abel.— La exploración operatoria de la tercera porción del duodeno. “Bol. Soc. Cir. del Urug.”, N° 5, año 1951.
34. LARGHERO, P.; ASTIAZARAN, M. y GORLERO ARMAS, A.— Hemobilia traumática. “Anales de la Fac. de Med.”, vol. 39, N° 2, 1944.
35. QUATLEBAUM.— Resección masiva del hígado. “Anales de Cirugía”, vol. 12, N° 6.
36. MUSSO, Romeo y ASINER, Boris.— Ruptura traumática del duodeno. “Bol. Soc. Cir. del Urug.”, Nos. 2 y 3, año 1953.
37. OTERO, J. P.— Traumatismos de abdomen. “Bol. Soc. Cir. del Urug.”, N° 4, año 1950.
38. SILVEIRA BARCELLOS.— Traumatismos de hipocondrio izquierdo. “Segundo Congreso Uruguayo de Cirugía”, año 1951.
39. Mc CORKLE y HOWARD.— Traumatismos graves del hígado. “Anales de Cirugía”, vol. 1, N° 3.
40. NAFFZIGER y Mc CORKLE.— Traumatismos agudos del páncreas. “Anales de Cirugía”, vol. 2, N° 10.
41. CARTER NOLAND, B. y HELMSWORTH.— Incisión toracoabdominal combinada. “Anales de Cirugía”, vol. 9, N° 5.
42. ELKIN y WARD.— Heridas abdominales por proyectil. “Anales de Cirugía”, vol. 2, N° 11.
43. HINCKLEY, H. M. y ALBERTSON, H. A.— Avulsión del mesenterio de intestino delgado. (Por traumatismo cerrado de abdomen.) “Anales de Cirugía”, vol. 13, N° 8.
44. BORTAGARAY, Carlos A.— Traumatismos de los hipocondrios. “VIII Congreso del L. Norte”, año 1954.
45. LARGHERO y GIURIA, F.— “Ruptura traumática del bazo”.
46. CAPRIO, G.— Abordaje toracoabdominal de la cavidad abdominal. “Tercer Congreso Urug. de Cirugía”, año 1952.