

HERIDAS DE ABDOMEN

CAUSAS DE MORTALIDAD - ESTADISTICA PERSONAL

Dr. P. Larghero Ybarz

En 1899, Parkes en su libro (Clinical Lectures ou Abdominal Surgery) transcribe la siguiente profecía de J. Marion Sims: "La mortalidad de las operaciones por heridas de bala de abdomen, será algún día tan baja como la de la ovariectomía". La verdad es, que 50 años más tarde, la profecía no ha alcanzado ni con mucho el tiempo de realizarse, porque los adelantos vertiginosos de la cirugía de urgencia después de la guerra 1914-18 y especialmente en estos últimos 20 años, han beneficiado poco a los heridos de abdomen.

De cada 10 heridos de vientre, se mueren 5, si es por bala, 3 si es por arma blanca aun en las manos más hábiles, bajo las mejores organizaciones sanitarias y teniendo en cuenta las mejores estadísticas de la práctica civil como de guerra.

Desde todos los tiempos, la experiencia en masa de la cirugía de guerra ha orientado el criterio de los cirujanos en los problemas similares de la práctica civil.

Si en 1525, Jherôme de Bruynswyke reconocía que los heridos de abdomen debían ser intervenidos y las vísceras suturadas, casi 4 siglos fueron necesarios para que su pensamiento plasmase en realidad. Exactamente igual a lo que ocurrió con Paracelso, el loco genial, a cuya definición del proceso de curación de las heridas en general, no han agregado casi nada, en lo sustancial, las nociones biológicas más modernas sobre el particular.

El dolor y la infección bloqueaban cualquier tentativa y pese a que en 1894, Kocher había obtenido su primer éxito operatorio, la abstención, que fué la regla en las grandes guerras de la 2ª mitad del siglo pasado (guerra civil de Estados Unidos y guerra de Crimea) se prolongó hasta la guerra de Estados Unidos y

España, 1898. En este episodio, la mortalidad del 80 al 90 % consecuencia de la abstención, fué reducida al 60 % por la intervención quirúrgica sistemática.

En los primeros meses de la guerra mundial 1914-18, los resultados de la intervención fueron tan desastrosos (por múltiples factores que no tocaremos), que el tratamiento operatorio fué resistido y atacado, para ser luego universalmente aceptado.

Desde entonces, la intervención sistemática y precoz, constituye el dogma intangible, básico, del tratamiento de los heridos de vientre. *Ya lo era, algunos años antes, sobre el año 1900, en la Escuela de Cirugía del Uruguay, que nació con Navarro en la Sala de Presos, con Alfonso Lamas y con J. Mondino, Manuel Nieto y Garibaldi Devincenzi en la Puerta del Hospital Maciel.*

Esta adquisición no aparejó sin embargo, todo el beneficio esperado.

Dicen Meyer y Shapiro (Inst. Abstr. of Surg., 1938/1, p. 245) que desde 1920 las estadísticas han quedado estacionadas.

Veamos algunos ejemplos:

LORIA (Charity Hosp. New Orleans). De 1900 a 1931, fueron tratados 1299 heridos de abdomen por bala. 807 muertos = 62 %. La tasa no ha variado clasificándolos por decenios:

1900 a 1909	— 63	% muertos	
1910 a 1919	— 59.9	%	”
1920 a 1929	65	%	”
1930 a 1931	— 51	%	” (solo 1 año)

MC GOWAN FRANK. Annals of Surgery, 1935, vol. 102, p. 395. 164 casos Harhlem Hosp. N. Y. en 5 años, 1930 - 35:

100 de a. blanca	21 % mort.	35.9 %
64 de bala	59 % mort.	

MASON JAMES W. Ann. of Surg. 1923. vol. LXXVIII, p. 364: 64 casos de her. de bala, 41 muertos 59.4 %.

BILLINGS A. E. and WALKLING A. Ann. of Surg. 1931, XCIV, página 1018. Pennsylvania Hosp. desde 1909 a 1930 220 casos:

84 por a. blanca	25 % mort.
136 por bala	55.14 % mort.

COEDICT W. L. Ann. of Surg. 1924/1, p. 51.

52 casos:

20 por bala	45 % mort.
32 por a. blanca	28 % mort.

DUVAL PREY and J. M. FOSTER. Annales of Surg. 1934. p. 265:

22 casos 68 % mort.

GORDON TAYLOR. Surg. Gyn. Obst. 1942. February. p. 375:

600 casos de lesiones abd. de guerra (la mayoría, heridas)

253 casos incluyendo lesiones del int. delgado 52.7 % mort.

119 casos de lesiones exclusivas del int. delg. 36 % mort.

163 casos de lesiones exclusivas del int. grueso 60 % mort.

OBERHELMAN H. A. Ann. of Surg. 1936. p. 393:

343 casos Cook County Hosp., de 1911 a 1924

222 casos 64 % mort.

CAUSAS DE MUERTE

Factores de gravedad

(Síntesis de la literatura sobre el tema)

Las 3/4 partes de las muertas por herida de abdomen, se deben a la hemorragia y a la peritonitis. Y agregaremos que la muerte por peritonitis tiene casi siempre como causa una lesión intestinal que pasó inadvertida. En cuanto al choc, en materias de heridas de vientre, él significa hemorragia, afirmación hecha por Parkes hace 43 años.

Veamos algunos casos:

MC·GOWAN:

21 muertes por her. de a. blanca (en 17 casos, la muerte fué por hemorr. o por peritonitis) = 80 %.

Oclusión int., neumonía y absceso hepático, dieron el resto.

38 muertes por her. de bala. Fueron autopsiados 27 y en 15 había lesiones viscerales no apercebidas.

BILLINGS - WALKLING:

55 muertes por her. de bala
 49 au op iados: en 9, lesiones no apercibidas.

La le iones desconocidas en la operación, corresponden casi siempre al piso superior del abdomen.

OBERHELMAN. 222 muertes, 205 autopsias.

101 por hemorragia
 95 por peritonitis
 De 95 muertes por peritonitis:
 45 por heridas inadvertidas
 46 sin lesiones inadvertidas

LORIA. 807 muertes en 1299 heridos de abdomen:

por hemorragia y choc	54.4 %
" peritonitis	38.2 %

Abs. subfrénico gangrena intest. comp. pulmonares, etc.
 8 %.

IMPORTANCIA PRONÓSTICA DE LA HEMORRAGIA:

MASON. Ann. of Surg. 1924. p. 382.

Mort. 87 % en los casos con gran hemorragia
 Mort. 36 % en los casos con pequeña hemorragia

LORIA (loc. cit.)

Hemorragia leve (menos de 500 cc) mort.	28.57 %
" moderada (1500 cc) .. "	61.90 %
" masiva	95 %

HERIDAS DEL INTESTINO GRUESO:

Tanto en la práctica civil como de guerra, la herida de un sector del intestino grueso sola y sobre todo combinada a otras lesiones huecas o de víscera llena, es una causa frecuente de muerte.

Los porcentajes, que daré escuetamente, ya que este te a será objeto de otro trabajo, oscilan del 52 % al 85 % con al e r a - cifras del 47 %.

ORARIO DE EVOLUCIÓN. Factor capital

Meyer - Shapiro:

Antes de la 6ª hora	3 % mort.
de 6 a 12 horas	64 % "
de 12 a 16 horas	4 % "

Pero este factor no es absoluto. Demasiado pronto puede agravar el pronóstico, por la intervención del factor choc para corroborarlo reproducimos lo que estos autores han comprobado:

Durante la guerra 1914-18, los heridos alemanes operados en Hosp. Americanos, respondían mejor que los heridos aliados, porque eran operados más tarde, repuestos del choc.

La oportunidad operatoria (sin retardos pero sin apresuramientos) es uno de los puntos más difíciles del tratamiento de los heridos de abdomen.

MULTIPLICIDAD DE LAS HERIDAS. Una muestra:

Oberhelman H. A. and Le Count E. R.:

Heridas de colon puras	47 % mort.
Heridas de colon asociadas	83 % mort.

FACTOR INDIVIDUAL DEL CIRUJANO:

a) Celeridad operatoria:

Celeridad y destreza son esenciales, siempre que no se hagan a expensas de la resistencia del enfermo y de olvido de lesiones.

Curan en general los pacientes cuya operación demanda menos de 1 hora, mueren los que requieren más de este tiempo (es claro que en estos últimos se suman otros factores de agravación).

b) Experiencia del cirujano:

La estadística de Le Count, da para las operaciones hechas por 2 cirujanos de gran experiencia, 57.6 % de mort. y ella sube a 69 % en otro grupo de casos tratados por 35 cirujanos diferentes.

Diagnóstico topográfico aproximado o preciso.

Balance del estado del enfermo y oportunidad operatoria.

Elección del anestésico.

Táctica operatoria.

Técnica del tratamiento de las lesiones.

Todos estos elementos son directamente influenciados por la experiencia del cirujano.

Estos elementos pueden ser en parte transmitidos a los cirujanos que se inician y es necesario hacerlo, porque de lo contrario, cada uno debe hacer por sí su aprendizaje.

Señalar las causas de gravedad y los factores de mortalidad en los heridos de abdomen y los elementos que permiten reglamentar tácticas o técnicas operatorias, es allanar el camino de los nuevos y darles elementos para ser más eficaces.

CAUSAS DE MUERTE E LAS HERIDAS DE ABDOMEN

Comentario a los cuadros estadísticos personales

El problema de una herida de vientre es sin ninguna duda uno de los más complejos y angustiosos de la Cirugía de Urgencia.

Doce años de actuación en una de las guardias de Cirujano de Urgencia de los Hospitales Maciel y Pasteur nos han dado oportunidad de tratar 62 heridos de abdomen y tóraco-abdominales. Estos enfermos han sido estudiados, historiados, operados y seguidos personalmente. En los casos de muerte, la autopsia fué practicada en una parte de los casos.

Reflexionando sobre los conocimientos adquiridos en este período, en el que hemos cumplido 950 guardias de 20 horas, con varios millares de enfermos estudiados y casi 1500 intervenciones mayores de urgencia, hemos llegado a concluir, que los heridos de abdomen y tóraco-abdominales constituyen las situaciones de pronóstico más severo y de táctica y técnica terapéutica más compleja, dentro de los múltiples problemas de la cirugía de "Puerta".

Ello se debe:

- 1º a su pronóstico siempre grave, cualquiera que sea el tipo de herida y la precocidad de la operación.
- 2º a la asociación común de hemorragia y de perforación de vísceras huecas.
- 3º a la frecuente magnitud de la hemorragia.
- 4º a la frecuente multiplicidad de perforaciones.
- 5º a la posibilidad de que alguna de ellas puedan pasar desapercibidas.

a que la anestesia general ca i obliga oria es muy a menudo accidentada, por la ebriedad y estómago lleno (contingencia muy común) y sus accidentes preparan la bronconeumonía.

7º a la experiencia limitada de los cirujanos, hasta una cierta etapa de su carrera.

Si comparamos algunas cifras de nuestra experiencia personal, surge este último factor con acentuado relieve.

Apendicitis agudas y peritonitis apendiculares	800
Hernias estranguladas	120
Oclusiones intestinales	100
Ulceras gástricas y duodenales perforadas ..	75

Todos ellos, problemas simples o relativamente simples y puros, de táctica y técnica codificados:

Contra 62 heridos de abdomen, problema extremadamente complejo en muchos casos, de táctica terapéutica variable, de oportunidad operatoria a situar con precisión en algunos casos entre el choc que comienza a ceder, la hemorragia que no ha cesado pero se agrava y la amenaza de peritonitis que apremia.

Resulta de ello, que el cirujano cumple años en hacer su aprendizaje con grave perjuicio de la asistencia. Si bien el factor personal de la experiencia es intransferible, pueden deducirse de ella algunas orientaciones generales de utilidad para los que se inician o que actúan en medios donde los heridos de abdomen son menos frecuentes.

En la imposibilidad material de abordar en conjunto el tema, lo que no encuadra dentro de las actividades de esta Sociedad, hemos decidido descomponerlo en partes.

La primera condición para mejorar los resultados de una afección tan gravemente cargada de mortalidad, es saber de qué se mueren los enfermos. Aportamos a la Sociedad nuestra experiencia con la crudeza de cifras honestamente registradas.

Estas cifras, decepcionantes en algunos aspectos como el de las heridas tóraco-abdominales, concuerdan, sin embargo, con las expuestas en estadísticas extranjeras, fruto de la labor de cirujanos calificados, actuando en Hospitales bien organizados. Las hemos mejorado hasta invertir los porcentajes del pronóstico som-

ario de lo herido de abdomen con lesión del intestino grueso (100 % de curaciones) que creemos atribuir a una táctica operatoria que será considerada en un próximo trabajo.

Las perforaciones olvidadas no cuentan en nuestra estadística, según los protocolos de autopsia que han podido ser tomados o los protocolos de *reoperación*.

Para poder elaborar las estadísticas ha sido necesario descomponer en un cuadro analítico cada una de las observaciones.

CUADRO 1

Heridas de Abdomen, Toraco Abdominales y Toraco Diafragmáticas

62 Observaciones { **59 Her. Abdomen y Toraco Abdominales.**
3 Her. Toraco-Diafragmáticas.

59 Her. Abd. y Torac - Abdom. { **56 penetrantes.**
3 No penetrantes.

56 Her. Penetrantes { **40 abdominales - 10 Muertes - (25 %).**
Curaciones: 75 %.
16 toraco-abdom. - 11 Muertes - (68 %).
Curaciones: 32 %.
TOTAL = **56 Obs. - 21 Muertes - (37 %) - Curaciones: 63 %.**

40 Her. Abdomen { **28 sin lesión de I. Grueso. - 8 Muertes - (28 %).**
Curaciones. 72 %.
10 con lesión de Ciego - Colón. - 2 Muertes - (20 %).
Curaciones: 80 %.
2 con lesión de Recto. - 0 Muertes - (0 %) -
Curaciones: 100 %.

CUADRO 1º

Estadísticas

Estos cuadros nos han permitido poner de relieve la multitud de factores, la mayoría bien conocidos, *otros no tenidos en cuenta*, que inciden sobre la evolución de cada caso:

Citaremos de éstos últimos:

- ebriedad
- estado de ayuno o de digestión
- flemón de la pared
- íleo paralítico post esplenectomía
- compl. pulmonares a evolución sobreaguda (anémicos).

En suma: 56 heridos penetrantes dieron 21 muertes (37 %) mortalidad.

	2	muertes por perit. (her. colon asociados) sin perf. conocidas
1	"	" " " por op. retardada
1	"	" " " por op. retardada en herida tóraco-abdominal con estrangulamiento intestinal
1	"	" " " íleo paralítico
1	"	" " " pleuresía purulenta
1	"	" " " oclusión mecánica seguida de peritonitis
1	"	" " " peritonitis ilíaco-pelv. por drenaje insuficiente y flemón de la pared
1	"	" " " bronconeumonía por aspiración
1	"	" " " síncope cardíaco reflejo
2	"	" " " complicación pulmonar a evolución sobre-aguda.

En total, 12 observaciones.

Los 9 restantes (40 %) murieron precozmente por hemorragia y choc, tratados incorrectamente, sin transfusión, o insuficientemente con transfusión de sangre, pero de volumen muy por debajo de lo necesario para restablecer la masa circulatoria perdida.

Estos 9 enfermos no tenían lesiones de por sí mortales. El imperativo de nuestra deficiente organización los colocó en el trance de afrontar una operación con una volemia insuficiente.

CONCLUSIONES

En los heridos de abdomen y tóraco-abdominales existen 6 grandes causas de muerte.

- 1º la combinación tóraco-abdominal de la lesión
- 2º la hemorragia profusa (choc hemorrágico o choc por hemorragia)
- 3º las heridas del intestino grueso puras o combinadas
- 4º las complicaciones pulmonares y pleurales
- 5º las perforaciones desconocidas en el acto operatorio o los defectos de la sutura. Peritonitis.
- 6º la operación retardada.

Las tácticas y técnicas operatorias defectuosas y los inconvenientes de organización (transfusión de sangre insuficiente, falta de anestesistas especializados) han gravitado durante años sobre los factores enunciados. Ellos a su vez han actuado aislados o sumándose para multiplicar sus efectos.

HERIDAS TÓRACO - ABDOMINALES: 16 observaciones.

11 muertes	7	heridos de arma blanca
	4	" " bala
4 muertes	por	hemorragia abundante o cataclísmica
2 "	"	operación retardada
2 "	"	bronconeumonía fulminante (anemia grave con transfusión no suficiente)
1 "	"	íleo paralítico (autopsia)
1 "	"	pleuresía purulenta
1 "	"	síncope cardíaco reflejo (tracción del plexo solar)

Debe notarse que en 12 casos la herida tóraco-abdominal era izquierda y que estando en 6 casos herido el bazo, en 8 el estómago y en 4 el riñón izquierdo, no fué herido en ningún caso el ángulo cólico izquierdo.

Si consideramos que las 2 complicaciones pulmonares mortales sobrevinieron en sujetos en los que la herida determinó una hemorragia profusa y cataclísmica, sin transfusión conveniente, que estas complicaciones tuvieron una evolución especial, a comienzo súbito y evolución fulminante, se puede deducir que la

anemia aguda no tratada fué el factor primario de la evolución. Sumados estos casos a los 4 en los que la hemorragia fué la causa específica de la muerte, podemos concluir, que de 11 muertes por herida tóraco-abdominal, 6 se debieron a tratamiento insuficiente de la anemia aguda, pues en sólo 2 casos se hizo una transfusión importante (750 c.c. y 500 c.c.) aunque ambos muy por debajo de las exigencias de la pérdida de volumen sanguíneo. En lo sucesivo, la organización del Servicio de Transfusiones de Sangre del M. de S. Pública y el stock de plasma de la Central de la Facultad de Medicina permitirán llenar en los casos de hemorragia cataclísmica la exigencia fundamental de reposición del volumen circulatorio perdido por la transfusión de sangre pura o sangre y plasma, a dosis no menores de 1 1/2 a 2 litros, administrados de inmediato; la dosis será fraccionada en el preoperatorio, durante la operación e inmediatamente después de ella, según las características de cada caso, para llevar al enfermo a la mesa en condiciones de relativa seguridad para el acto operatorio, evitando: 1º que la intervención lo mate; 2º que la hipotensión mantenida desencadene el complejo de trastornos fisiopatológicos que va a culminar en el choc secundario, y 3º que la anemia prepare el camino al estallido de las complicaciones post-operatorias. Estas consideraciones se aplican íntegramente para todos los heridos de abdomen, a la profilaxia de la 2ª causa fundamental de muerte:

2º LA HEMORRAGIA PROFUSA, PURA O COMBINADA A LESIONES DE VISCERAS HUECAS.

En efecto: 28 observaciones de heridas de abdomen sin lesión del intestino grueso, dieron 8 muertes.

5 de las muertes se debieron a la hemorragia profusa o cataclísmica, insuficientemente repuesta, — sólo en 1 caso se administraron 1750 c.c. de sangre pero en 2 actos, a 12 horas de intervalo; (el choc 2º no pudo ser evitado).

3º LAS HERIDAS DE INTESTINO GRUESO PURAS O COMBINADAS.

Factor de pronóstico sombrío; la mayoría de las estadísticas acusan de 50 a 85 % de muertes.

En nuestra estadística el porcentaje ha sido in-

vertido: 80 % de curaciones, aplicando una táctica sistemática basada en 3 principios:

- 1º Abordaje por laparatomía lateral.
- 2º Exteriorización o extraperitonización o convertir la herida en ano artificial por tentadora que aparezca la herida para suturarla y cerrar el vientre.
- 3º Planos de la pared no suturada o sólo parcialmente suturada (peritoneo).

De 10 observaciones, sólo se perdieron 2 que presentaban la asociación lesional más grave (heridas de estómago y colon transverso).

4º LAS COMPLICACIONES PULMONARES Y PLEURALES.

La anestesia general sin vaciamiento previo del estómago.

El vómito alimenticio anestésico.

La anemia.

El dolor post-operatorio, con su consecuencia, la inmovilidad tóraco-diafragmática y la insuficiencia de ventilación pulmonar.

La larga duración de la anestesia.

Son los factores predisponentes y determinantes o agravantes de las complicaciones.

El vaciamiento gástrico con sonda gruesa y el lavaje gástrico cuando la topografía del trayecto recorrido por el agente traumático permite descartar la lesión gástrica; la anestesia en manos de especialistas; la reposición de la sangre perdida; las medidas profilácticas de la atelectasia post-operatoria (calmar el dolor, ventilar el pulmón, drenaje brónquico espontáneo o por aspiración, sulfamidoterapia) constituyen las medidas tendientes a atenuar los efectos de las complicaciones pulmonares sobre las cifras de mortalidad de las estadísticas.

La importancia del factor estómago lleno queda bien demostrada en las dos observaciones que se resumen a continuación:

OBS. 668. — M. T., 24 años. Herida de arma blanca del flanco izquierdo, con hematoma parietal y contractura.

Exploración inmediata bajo anestesia local; trayecto ascendente, al

parecer penetrante, por lo que se resuelve dar anestesia. Eter. Minutos después de comenzada, gran agitación, vómitos de alimentos y líquidos profusos y asfixia inminente. Se suspende la operación, se desobstruyen las vías respiratorias y se coloca el enfermo en cama dejándolo despertar. 5 horas más tarde, ya bien lúcido, se hace lavaje de estómago y se interviene bajo anestesia general que transcurre sin ningún incidente. La herida penetraba en fosa renal y alcanzó la pared posterior del colon sin perforarlo.

OBS. 1678. — P. L., 30 años. Herida de arma blanca de hipocondrio izquierdo, 1 hora después del almuerzo. Penetrante, con evisceración de epiplón. Lo veo 5 horas después del ingreso. Bajo anestesia local se reseca el colgajo de epiplón eviscerado, pero dada la magnitud de la herida y el tipo y filo del cuchillo, se resuelve explorar bajo anestesia general del éter. CO². La exploración no revela otra lesión. Se cierra la pared. La intervención ha durado escasamente 20 minutos; estando al final, el enfermo tiene un vómito profuso de alimentos, con gruesos trozos de carne y entra en cianosis negra, salvando milagrosamente de morir asfixiado.

5° LAS PERFORACIONES DESCONOCIDAS EN EL ACTO OPERATORIO O LOS DEFECTOS DE TECNICA (suturas estenosantes, drenaje inadecuado, sutura hermética de los planos parietales, etc.)

Estas deficiencias del tratamiento son causa de peritonitis, oclusión intestinal, flemón de la pared y falla de las suturas. 5 muertes de las 21 de la estadística corresponden a estas causas.

1 caso de peritonitis por herida simultánea de estómago, colon, páncreas y bazo. La autopsia no mostró perforaciones desconocidas en la operación.

1 caso de peritonitis por falta de sutura de estómago y colon, consecutiva a flemón pútrido de la pared abdominal, que fué incompletamente suturada. No había perf. desconocidas en la autopsia.

1 caso de peritonitis por falla de sutura yeyunal que era estenosante (muerte al 7° día).

1 caso de peritonitis ilíaco pelviana (drenaje insuficiente y flemón de la pared suturada herméticamente. (Reoperación; no hubo autopsia). Otro caso de muerte por peritonitis (en total, 5) corresponden a una operación retardada; a las 17 horas.

6º LA OPERACION RETARDADA.

La peritonitis es después de la hemorragia, la gran causa de mortalidad en los heridos de abdomen.

Las perforaciones intestinales desconocidas.

La táctica operatoria inconveniente (ver heridos de intestino grueso).

La operación retardada.

Son sus 3 factores determinantes.

No es necesario repetir las razones que imponen la intervención lo más precoz posible, siempre que el enfermo haya sido colocado en condiciones (trat. del choc y hemorragia) para resistirla.

Pero es necesario insistir que todas las consideraciones basadas sobre los siguientes factores:

tipo de arma y penetración,

trayecto de proyectiles,

existencia o ausencia de signos clínicos de agresión del peritoneo,

existencia o ausencia de neumoperitoneo radiológico,

para determinar si una herida es o no penetrante y en este caso si hay lesión visceral, pueden conducir estas consideraciones, a deducciones equivocadas, a veces fatales para el enfermo.

“Toda herida de abdomen, o tóraco-abdominal, o a penetración crural o glútea o lumbar, debe ser considerada en principio como penetrante, hasta prueba objetiva operatoria de lo contrario”.

Esta prueba la establece la exploración sistemática operatoria, en condiciones de asepsia rigurosa y de anestesia adaptada a cada caso.

DISCUSION.

Profesor Prat. — Creo que no podemos dejar pasar en silencio la interesante comunicación del Dr. Larghero, puesto que su comunicación revela un progreso evidente sobre la terapéutica de los heridos de abdomen.

El hecho de comprobar de que una mortalidad que oscilaba alrededor de un 60 al 80 % y st ha llevado a un 37 %, ya es una cifra que por sí sola revela el perfeccionamiento del procedimiento.

Es del caso felicitar al autor de esta comunicación, no sólo por los resultados, sino también por la prolijidad con que nos ha presentado todas las

observaciones que ha hecho y la serie de cuadros que ha realizado para poder sacar conclusiones interesantes.

A nosotros nos ha tocado actuar en la Cirugía de Urgencia del Hospital Maciel donde tuvimos ocasión de tratar estas heridas de abdomen.

Dejemos de lado las heridas de arma blanca que son más benignas que las de arma de fuego.

No voy a citar la estadística, pero recuerdo el dato que era de un 35 % de mortalidad que es una cantidad honrosa comparada con la mortalidad de los cirujanos más destacados del mundo. Pero yo creo que cabe destacar sobre todo, las cuatro dificultades o los cuatro inconvenientes fundamentales con los que tuvimos que luchar.

El primero, es el hecho que operábamos tardíamente a los heridos.

Cuando la ciudad de Montevideo no contaba con el Servicio de Urgencia como tiene ahora, vale decir, el del transporte rápido de los enfermos y heridos, y no sólo esto, pues había enfermos que heridos en la Capital o en los alrededores, llegaban a veces a las seis u ocho horas de producida la herida.

Hay que recordar también que esos heridos venían de toda la campaña al Servicio de Entrada del Hospital Maciel.

Este es un defecto fundamental, el tener que operar a los heridos con un retardo muy grande.

Entre aquella careta con que "siderábamos" al enfermo y la pseudo careta de hoy, hay muy poca diferencia.

Creo que un mejor anestésico y mejor anestesista contribuirán a mejorar aun más las estadísticas de los heridos de abdomen.

La anestesia tiene una importancia fundamental, por lo que el anestesista debe ser una persona hábil.

Hace unos años presenté un proyecto creando un cuerpo de anestesistas para todos los hospitales; este proyecto tuvo el alto honor de ir al canasto, lo que significa que aun estamos como en illo-tempore.

Creo que mejorando la anestesia, podremos mejorar aun más la técnica y rebajar el índice de mortalidad.

Doctor Loubejac. — Hay dos factores sobre los cuales quiero insistir; uno de ellos, que el doctor Larghero no ha citado, es el de la obesidad de los enfermos.

No puedo decir con qué fundamento, pero sin tener para nada presente el tipo de lesión de muchos de ellos, me parece que la obesidad en los heridos de abdomen es un factor negativo en lo que respecta a la futura curación de los mismos.

El segundo punto, mucho más importante que ese y que hemos podido palpar todos, es el problema de la anestesia.

La anestesia etérea, que es la que se emplea habitualmente en este tipo de enfermos, que han sido heridos muchos de ellos después de libaciones prolongadas o de comidas copiosas, en los que no se hace el lavado de estómago previo, es un verdadero accidente.

Se ha atribuído muchas veces las dificultades de la anestesia diciendo que es el éter nacional que provoca una irritación muy intensa de las vías respiratorias y que hace que esas anestésias sean una verdadera lucha entre el anestésista y el enfermo.

Si a esto agregamos frecuentemente la inhabilidad del anestésista cuando se trata de estudiantes que recién se inician, hace que en más de una oportunidad, y sobre todo recientemente con motivo de un caso con el cual estaba relacionado, pensara en la posibilidad de que en nuestros Hospitales se pusiera a disposición de los cirujanos de guardia, un equipo de anestesia por gases.

Si se llega a la conclusión de que la anestesia etérea es un verdadero traumatismo, porque es mal realizada o porque provoca accidentes y que todo eso desaparece o se anula en la anestesia por gases, debemos bregar para que en los servicios de guardia se tenga un equipo de esa naturaleza.

Se me ha objetado que la anestesia por gas no da suficiente relajación muscular como para operar con facilidad los heridos de abdomen. No tengo experiencia al respecto, por lo que no puedo referir nada concreto, pero me parece que cualquiera que sea la diferencia —que no puede ser mucha— la posibilidad de que una anestesia, en cierto modo inocua, ayude al cirujano, debe hacernos bregar para que en cualquier momento contemos en los servicios de guardia con equipos modernos que ayudarán al cirujano a mejorar fundamentalmente sus estadísticas.

El segundo elemento que tiene importancia y que iba en contra de los buenos resultados de la Cirugía de Urgencia en los heridos de abdomen, era la falta de confort del Hospital Maciel.

Sabemos perfectamente, que la calefacción data de muy poco tiempo.

Otro elemento importante y casi fundamental y que ha destacado muy especialmente el Dr. Larghero, es el empleo de la transfusión sanguínea. Nosotros, ni por excepción podíamos contar con la transfusión de sangre.

Trabajábamos en la época heroica, en la que si se quería hacer una transfusión había que hacerla por anastomosis arterial y era una operación muy delicada.

Recién en el último período del año 1927, se pudo hacer algunas transfusiones, pero en general esos heridos graves con hemorragia, estaban desprovistos de ese heroico tratamiento, sobre todo para las hemorragias de urgencia.

Está claro que en este momento, no sólo la transfusión integral, sino también la transfusión plasmática, constituye uno de los adelantos estupendos que cuanto antes, debe de aplicarse en nuestro medio.

Todavía teníamos otro elemento en contra nuestro.

Hoy día el servicio de Urgencia del Maciel, puede contar con la colaboración eficaz de los Rayos X, y es bien sabido, que en ciertos casos nos llega un herido de abdomen, que tiene una herida de bala con sólo puerta de entrada del proyectil sin puerta de salida. Entonces sólo teníamos que guiarnos por los datos que daba el herido y la orientación del examen clínico, pero la mayor parte de las veces teníamos que intervenir por la misión

de exploración de elección, vale decir la celiotomía mediana, y es bien sabido lo difícil que es examinar y explorar completamente el intestino grueso, sobre todo cuando la herida es alta y que cuando se hace una incisión sobre la región de la viscera herida, es mucho más fácil poder explorar perfectamente y hacer el diagnóstico correspondiente.

Era otro elemento de que estábamos privados en aquella época y con el que se cuenta hoy día, y que ha favorecido posiblemente los resultados; pero esto sólo no basta.

Sin esos elementos pude llegar al 36 % de mortalidad que es una proporción bastante baja, más baja aún que la de muchas estadísticas que se han citado, pero la que nos presenta actualmente el Dr. Larghero es excelente.

Doctor Etchegorry. — No voy a entrar a analizar la comunicación del Dr. Larghero que toca muchísimos puntos. Me referiré solo a dos de ellos.

1º Lo que ha favorecido en gran forma la Cirugía de Urgencia y de abdomen en general, ha sido el uso en grandes dosis de la transfusión sanguínea para combatir el "choc" y la hemorragia simultáneamente.

A pesar de este adelanto hay una cantidad enorme de detalles que ensombrecen el pronóstico, como por ejemplo, el estado de ebriedad del enfermo, la congestión de las paredes intestinales, etc., pero insistiré en una cosa: el factor anestesia.

En este sector estamos aun como en tiempos primitivos.

Doctor Larghero. — Quiero referirme a algunas cosas muy importantes.

Primero, no he podido extenderme sobre los infinitos problemas que plantea un herido de vientre y cada uno de estos factores podría ser objeto de un capítulo o de una disertación.

Me voy a referir especialmente a la cuestión de la anestesia.

Por mi parte yo no acepto lo que dice el Dr. Loubejac de que la anestesia se le da a menudo a un estudiante, porque precisamente me ha costado muchos disgustos imponer al anestesista durante mis guardias.

No puedo aceptar que coloque la seguridad del enfermo en manos del estudiante que quiere aprender a hacer anestias, y que si lo hace, ello sea vigilado por el interno.

No puedo achacar en modo alguno las complicaciones que he tenido por la anestesia, porque soy yo quien elije el anestesista.

En lo que respecta a la anestesia misma, yo he hecho a veces raquianestesia; si entráramos en el estudio de cada una de las lesiones podríamos dividir los heridos de vientre en heridos con gran choc y heridos sin gran choc; algunos casos de heridas múltiples y perforantes del vientre; sin gran choc la contractura generalizada es igual a perforaciones múltiples del intestino delgado y para estos casos la razón es excelente.

En cuanto a la anestesia general por éter se pueden obviar muchos inconvenientes con un éter purificado y que no se transforme.

SOBRE HERIDAS DE ABDOMEN POR ARMA DE FUEGO

A las consideraciones que hice, en la sesión anterior de esa Sociedad, cuando el Dr. Larghero presentó su comunicación sobre "Heridas del abdomen por arma de fuego", deseo agregar la estadística completa de los casos que he tenido ocasión de tratar durante mi actuación como cirujano de urgencia. Estos datos estadísticos están contenidos en las comunicaciones que hice, la primera, a la Reunión de Cirujanos del Hospital Maciel en 1921 y publicada en los Anales de la Facultad de Medicina de ese mismo año, página 455. La segunda comunicación la hice a la Sociedad de Cirugía en 1926 y publicada en los mismos Anales en 1926, página 869.

Nuestra estadística de heridas de bala del vientre es de 25 casos.

Heridas de bala, penetrantes del vientre con lesión visceral, 20 casos; Heridas tóraco-abdominales por bala, 4 casos; Herida penetrante del abdomen sin lesión visceral, 1 caso. Total: 25 casos.

De estos 25 casos de heridas de bala del abdomen, fallecieron 7 casos, lo que da una mortalidad global de 28 %.

Analizando esta pequeña estadística, se comprueba que los 21 casos de heridas abdominales por bala, fueron tratados así. Operados 16 casos, con 11 casos curados y 5 fallecidos, lo que equivale a una mortalidad de 31.5 %. No operados 5 casos, curados 3 casos, falleciendo 2 casos, que representa una mortalidad de 40 %.

En los 4 casos de heridas tóraco-abdominales por bala, se operó sólo un caso que falleció y por lo que representa el 100 % de mortalidad. 3 casos fueron tratados por la expectoración sin operación, curando 2 casos y falleciendo 1 caso. Mortalidad 33,3 %.

Si agregamos este caso de herida tóraco abdominal por bala, operado y fallecido a los otros 16 casos operados nos resulta una mortalidad total de 6 casos en nuestros operados por herida de abdomen por bala, con una mortalidad de 34.8 %.

Debemos dejar constancia, de que figura en esta estadística, un caso de herida abdominal, con lesión visceral que fué atendido por nosotros a su ingreso y que como no presentaba ningún síntoma de lesión visceral fué internado en un Servicio, donde aparecieron más tarde los signos de perforación visceral siendo operado entonces por el Dr. Nario y curado.

La clasificación de las heridas viscerales, nos permite establecer que tuvimos: 6 casos de herida de intestino grueso, ciego o colon; en 3 casos acompañada de lesión del intestino delgado.

En 10 casos hubo lesión del intestino delgado, por lo general con perforaciones múltiples y en tres casos se acompañaba de herida del mesenterio. En un caso estaba perforado el estómago en sus dos caras y en otro el páncreas, conjuntamente con el duodeno.

El hígado se presentó lesionado por el proyectil en 2 casos y en 1 caso se comprobó una herida penetrante simple, con contusiones del intestino y

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

mesenterio. En las heridas tóraco abdominales, en 5 casos se comprobó la herida de la pleura pulmón y diafragma; en 4 casos la herida del hígado y en 2 casos, la herida del riñón. En 1 caso estaba además herido el colon y el estómago y en 1 caso el estómago. Estos son los datos estadísticos que corresponden a las heridas de bala de abdomen que he tenido ocasión de tratar y que he juzgado de oportunidad recordarla con motivo de la interesante y completa comunicación del Dr. Larghero.