

- (8) **Abadie Ch.**—Nature y tratamiento du goitre exophthalmique. Congresc du Chirrugie. 1896.
- (8) **Abadie Ch.**—Des indications de l'ablation du ganglion cervical supérieur dans le glaucome. Archives de Ophtalmologie. 1901.
- (8) **Abadie Ch.**—Considerations sur la physiologie et la pathologie du grand sympathique. Annales de Oculistique.
- (8) **Abadie Ch.**—La sympatectomie dans le glaucome.
- (9) **Laubert.**—L'hypotemie vasculaire général, son rapport a la pression oculaire et aux maladies du nerf optique. Annales de Oculistique. Octubre de 1935.
- (10) **Hering.**—Le nerf du sensus carotidienne.
- (11) **Ballart.**—Le rôle du grand sympathique en pathologie oculaire. Annales de Oculistique. 1935.
- (12) **Magitot.**—La sympatectomie carotidienne chez l'homme et leur aplicaciones dans certains afecciones du nerf optique et de la retine. Annales Optalmologie. 1935.
- (13) **Scarlett.**—Frecuence du syndrome de Claude Bernard-Horner.
- (14) **Angelucci.**—Sympatectomie dans le glaucome.
- (15) **Albertotti.**—Sympatectomie dans le glaucome.
- (16) **Axenfel.**—Sympatectomie dans le glaucome.



Algunas Consideraciones Sobre la Canalización en Cirugía

Por el Dr. ROSENDO AMOR *

En Medicina empleamos algunas palabras que no pertenecen a nuestro tecnicismo, sino que tienen una aplicación general o pertenecen a otros tecnicismos científicos. Canalizar quiere decir hacer canales o surcos para regularizar el cauce de un río o de un arroyo, obligándolo a llevar determinado curso y dirección. Drenaje significa desaguar, sanear sistemas de eliminación de aguas sucias, ya sea para el secado de un terreno agrícola, para sanearlo, ya para eliminar las aguas contaminadas de las ciudades. El drenaje implica por lo visto una serie de maniobras o de operaciones que llevan por objeto especial facilitar el escurrimiento de las aguas perjudiciales a la vegetación de las plantas cultivadas, desecando metódicamente con tubos de formas variadas campos demasiado húmedos, que por esta circunstan-

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión de 21 de abril de 1937.

cia dañan y perjudican la vida de los vegetales. En Medicina canalizar implica la idea de colocar materiales de canalización de acuerdo con reglas especiales, y tiene por objeto extraer líquidos perjudiciales a nuestro organismo, obligándolos a salir prontamente y en su totalidad. El drenaje en cirugía incluye la idea de extraer líquidos dañinos de la profundidad de nuestros tejidos, órganos o cavidades, con fines de asepsia. El drenaje constituye esencialmente una parte importantísima de la técnica operatoria, y se realiza ejecutando una serie de maniobras instrumentales, manuales o mixtas, que persiguen fundamentalmente facilitar el escurrimiento de secreciones infectadas, tóxicas o irritantes, cuya retención pone en peligro la vida humana. Quien practica correctamente la canalización y se encuentra familiarizado con la técnica del drenaje, practica la asepsia, algunas veces la antisepsia, y siempre la técnica operatoria. La calidad de un drenaje y el éxito de la canalización dependen indefectiblemente de la prima calidad de los materiales con que se realiza, y se sobreentiende que el cirujano sólo debe trabajar con materiales de calidad. El éxito de la cirugía atípica, de la cirugía que se nos presenta infectada, de la cirugía de emergencia, depende de su perfecto conocimiento, del entrenamiento mayor o menor que se tenga dentro de su vastísimo campo de acción, y de la habilidad que pueda alcanzar el cirujano en el arte de canalizar, imponiendo reglas, precisando indicaciones, señalando contraindicaciones, escogiendo el mejor y más adecuado material, seleccionando el tipo de curaciones y apósitos, dentro de lo más apropiado, retirando en su oportunidad parcial o totalmente tubos, gasas o cualquier otro material de canalización, simplificando cada vez más la canalización que se renueva, disminuyendo el volumen y longitud de los tubos, etc., etc., es decir, drenando a conciencia. La canalización de la cavidad peritoneal, en cirugía de urgencia y en los traumatismos abiertos, constituye una positiva necesidad; se realiza limitando la zona infectada, por la acción irritativa que los propios materiales empleados producen en la superficie de la serosa, dando lugar a la formación de tiernas adherencias que se extienden un poco más allá de los límites del sitio infectado, excluyéndola del resto de la serosa peritoneal sana, limitación que constituye por sí sola el principio y el fin en que se funda la canalización de emergencia.

Técnica.—El fundamento de cualquier canalización se encuentra en los experimentos que inició Travers, y han continuado la mayor parte de los cirujanos, que demuestran lo pronto que se adhieren las

superficies peritoneales puestas en íntimo contacto, lo que explica el éxito de estas primeras experiencias que se hicieron en perros, ligándoles el intestino delgado enérgicamente, y observando que cuatro o cinco días después la circulación intestinal se restablecía espontáneamente, experiencias que explican por otra parte algunos casos especiales de curación espontánea que se han observado en ciertas invaginaciones intestinales. La técnica del drenaje exige tener siempre presente varias recomendaciones que la experiencia tiene sancionadas como útiles, y hasta como muy útiles y necesarias; pero a pesar de esto, el cirujano no debe olvidar la utilidad indiscutible de determinadas posiciones del paciente, que facilitan por la acción misma de la gravedad, el descenso natural de líquidos o secreciones infectadas hacia los tubos canalizadores colocados en planos inferiores, y, además, que estos mismos líquidos al descender se ponen en contacto con el peritoneo bajo, o el pélvico, en donde su permanencia, más o menos prolongada, y su estancamiento, dan lugar a absorciones mucho menores que sobre el peritoneo alto, no habiendo comparación entre el poder de absorción del peritoneo alto y diafragmático, que es extraordinario, y el pélvico. De aquí nace la utilidad de buscar posiciones especiales, como las de Fowler, posición más o menos vertical, paciente casi sentado, y la de Coffey, decúbito lateral, en cuya posición drena admirablemente el vientre, sobre todo si se usan las camas especiales que facilitan estos decúbitos, y que son un motivo más de éxito en la técnica del drenaje. Si la naturaleza aísla en pocas horas la infección de una zona determinada produciendo adherencias tiernas que impiden la propagación y estimulando una fuerte hiperleucocitosis, que termina en la formación de un absceso o acumulación del líquido infectado en unos cuantos centímetros cúbicos, el dren hace lo propio, aísla, circunscribe la infección, evita la propagación, dando rápida y fácil salida a las secreciones, impidiendo su acumulación o retención, y produciendo igualmente una hiperleucocitosis focal. Una vez que al paciente se le ha dado la posición más conveniente, se procurará colocar el material canalizante en posición declive; de ser posible el apósito no debe de ser seco, sino de tipo húmedo o medio húmedo; deberán colocarse los tubos o el material canalizador en el lugar más bajo; no deberán quedar estrangulados en ningún sitio de su trayecto; los bordes de la herida al nivel de la piel no deberán estrangular, ni oprimir, ni adherirse; abarcarán el o los drenes toda la zona infectada; las canalizaciones con gasa deben cubrirse o en-

volverse con telas impermeables, para evitar adherencias viscerales al material mismo de canalización, y para no destruir el endotelio de la serosa, que provocaría adherencias interviscerales post-operatorias con toda la gravedad de sus consecuencias; si se usan tubos de goma, deberán ser blandos, flexibles y muy lisos, al estilo de los tubos de Nelaton, y además partidos en toda su longitud y llenos de gasa. Si el caso requiere un drén grueso, sería prudente dejar en su interior uno más delgado que permitiera extraer de la profundidad por succión, los líquidos acumulados, especialmente en aquellos casos en que es materialmente imposible colocarlos en el sitio más declive, sin perjuicio de que la gasa que ejerce acción capilar se encuentre colocada en el espacio libre que queda entre el tubo delgado y la pared del tubo mayor, o sea dentro de la luz del tubo principal. No debe olvidarse que las canalizaciones laterales que ha preconizado Coffey se inspiran en las líneas que llevan su nombre, y que al seguir una dirección de la mitad del perineo al vértice de los hombros en decúbito horizontal, pasan estas líneas por las partes más declives de la pelvis y del vientre bajo; por eso se recomienda tanto la canalización en los flancos y en las fosas ilíacas, es decir, un poco abajo y afuera de estas líneas y nunca entre ellas, por lo que en general es un poco defectuosa la canalización en la línea media, sobre todo si no se le ayuda con un decúbito especial. Si se utilizan taponamientos flojos o Mickulickz se procurará no dejarlos más de cuarenta y ocho horas, supliéndolos inmediatamente después por drenes más sencillos y menos voluminosos. Debemos tener siempre presente la enorme utilidad que suelen dar las canalizaciones capilares hechas con hebras de hilos, especialmente tendón de canguro, crin de Florencia, un mechón de hilos de catgut, o de hilos de algodón, usados así dentro de cigarrillos de tela impermeable o tubos de goma. Los tubos metálicos, los tubos de cristal y en general los tubos de hule, tienen muy escasas aplicaciones. En resumen, no hay regla mejor para practicar correctamente el drenaje que la experiencia y el buen sentido médico-quirúrgico.

No obstante todo lo dicho, debemos convenir en que cada vez se utiliza menos la canalización, y que hoy se practica mucho menos que hace varios años, y que hay una tendencia marcada a disminuir la importancia de esta parte de la técnica operatoria, quizás porque se van encontrando mejor las verdaderas indicaciones, de manera que si la introducción del drenaje en la cavidad peritoneal fué un acontecimiento trascendental y marcó una verdadera época en el progre-

so de las ciencias quirúrgicas, ahora que comienza el cirujano a pasársela sin drenar muchos casos que antes lo exigían, se inicia una nueva época extraordinaria que cambiará, de seguir así, los fundamentos de la canalización y de su técnica. Sin embargo, hay que confesar también que al estar en íntimo contacto con nuestras responsabilidades profesionales que son tantas y tan variadas, se siente grave preocupación al no canalizar una zona infectada, sobre todo, si las defensas peritoneales han localizado un foco de infección, un absceso, o unos cuantos centímetros de pus fétido, más aún si esto es una reincidencia a un proceso anterior y debido en apariencia cuando menos a la supresión prematura de un drenaje. El principal efecto atribuible al drenaje consiste, como ya lo hemos dejado dicho, en la formación de adherencias que suelen ser motivo de graves perjuicios post-operatorios, de manera que deben evitárseles hasta donde sea posible sin perjuicio de obtener de la canalización todo el bien posible. Se evitará a toda costa la destrucción del epitelio, para lo cual es de recomendarse que los taponamientos permanezcan un tiempo no mayor de cuarenta y ocho horas; en estas condiciones el endotelio que cubre la superficie del peritoneo ha sufrido muy pocas alteraciones, que no serán definitivas, y que por lo mismo la serosa se restaurará, por lo cual el taponamiento debe ser cambiado prontamente por drenes más sencillos y más pequeños, sin perjuicio de la canalización. Por fortuna, se ha observado en todos estos casos una tendencia natural a la desaparición de adherencias aun algunas de cierta importancia, por lo tanto el drenaje debe retirarse hasta que haya cumplido perfectamente su misión. Precisamente los inconvenientes señalados a la canalización, y particularmente a los taponamientos, son las adherencias duraderas o definitivas que perturban el peristaltismo, provocan acodamientos, retenciones, y hasta oclusiones, por lo que se debe conservar el tantas veces mencionado taponamiento un máximo de cuarenta y ocho horas; en este plazo las adherencias salvadoras tienen siempre el carácter de provisionales, especialmente si son substituídos por canalizaciones más sencillas y menos voluminosas que los suplan. Naturalmente que si a un Mickulickz se le deja diez o quince días, podría provocar adherencias de las señaladas, pero no es el caso en el mayor número de sus usos. Cuando hay mucho pus, deben usarse los tubos llenos de gasa, y cuando hay poco o no es apreciable, tienen grande ventaja los hilos, especialmente la crin y el tendón de canguro.

Materiales de canalización.—El material de canalización es muy variado y requiere una preparación especial para que rinda el máximo de eficacia. Lo principalmente utilizado son tubos duros de cristal, de metal o goma vulcanizada, tubos blandos de todos calibres, tubos de goma de tipo de Nelaton, que son muy lisos y mantienen su luz abierta en todas las circunstancias; la gasa sola o dentro de tubos de goma envuelta en cigarrillos de telas impermeables; se utilizan aisladamente tiras de telas impermeables, de salud, de baudruche, de gutapercha, cintas de Raffia, material de hule, cigarrillos en todos sus diámetros con hilos o con gasas, mechones de hilos de algodón, catgut, de tendón de canguro, de crines de Florencia; se utilizan los hilos y las gasas empapadas en ceras especiales al estilo de las de Bipp, que a la vez que son antisépticas son impermeables. Las gasas empapadas en estas ceras que se funden a bajas temperaturas, presentan un gran servicio en Cirugía de vías biliares. Están constituidas algunas por formaldehida, fenol, alcanfor, alcohol, parafina y aceite parafinado. Pueden hacerse embalsamamientos con gasa, anti-sépticos y canalizadores con mezclas compuestas al estilo del licor de Calot, cuya composición es perfectamente conocida. Los americanos utilizan mucho gasas enceradas con alcohol, con alcanfor y fenol por una parte, y parafina y aceite parafinado por la otra, mezclándolas a partes iguales, fundiéndolas a treinta y cinco grados centígrados, y guardando esta pasta especial, o bien las gasas y cigarrillos preparados de antemano en tubos perfectamente esterilizados.

Canalización en los accidentes de trabajo.—Las heridas que resulten de los accidentes de trabajo en cualesquiera de las diversas regiones del vientre, deben ser tratadas desde el punto de vista que nos ocupa de idéntica manera; pero no se debe olvidar que las circunstancias particulares de la época exigen mucha mayor atención por la responsabilidad que implican y la circunstancia especial de las indemnizaciones; por lo tanto, el cirujano encargado de estos servicios debe de estar atento a la elección de su material de trabajo, poner en práctica el uso sistemático radiográfico y radioscópico, pues no siendo pocos los casos en que el cirujano interviene para extraer tubos o material de canalización olvidados dentro del vientre, sería muy lamentable prolongar indefinidamente el término de una curación o tener que intervenir posteriormente por cualquiera de las complicaciones post-operatorias que de un drenaje incorrecto y poco vigilado

resultarían, con perjuicio del patrón, del obrero, de la vida de éste y de la economía.

El sector patronal tiene indiscutiblemente la obligación, para proteger sus intereses en el sentido verdadero de la palabra, de escoger para su servicio médico, profesionales honestos y experimentados.

Por último, cabría la sugestión de recomendar al servicio médico oficial el entrenamiento de todo su personal en todo lo que a técnica operatoria se refiere, fomentando concursos periódicos entre su personal secundario, lo mismo para el problema de transporte de heridos, que de primera asistencia, que de asepsia y antisepsia, etc., etc., lo mismo entre los médicos que entre los practicantes, las enfermeras, camilleros y mozos, porque demasiado ayuda el que no estorba. Seguramente que con la enseñanza que adquiera en el ejercicio repetido de estos concursos podrá mejorar la calidad el personal de nuestros servicios públicos, y particularmente el personal inferior, que a la vez que ilustrado sería justamente dignificado.

Posibilidades clínicas.—Las modalidades clínicas son muy numerosas e interesantes, y en este terreno, lamento mucho no tener manera de hacer prácticamente lo que pudiera llamarse clínica de la canalización y del drenaje, pero me bastará recordar algunas de las principales relaciones que las vísceras guardan atrás de la pared abdominal. Se hace preciso, además, conocer la naturaleza del agente vulnérante, la fuerza del impulso traumatizante, su dirección, etc., para presumir cuáles pueden ser las lesiones de los órganos con bastante aproximación o exactitud, a pesar de que estas relaciones puedan cambiar en algunos sujetos. Se comprende que la primera necesidad en caso de traumatismos del vientre es hacer un diagnóstico preciso, especialmente un diagnóstico anatómico, de otra manera no podría formularse un programa de acción quirúrgica dentro del cual quedaría incluida también la técnica de la canalización del vientre, la elección del material canalizante, colocación de éste, etc. Supondremos por un momento que se trata de una lesión del epigastrio, región importantísima en la que se encuentra el lóbulo izquierdo del hígado, una parte de la cara anterior del estómago, en la que hay que tener presente la pequeña curvatura con sus gruesos vasos, encontramos también los orificios esofágico y pilórico, el epiplón gastro hepático, por donde se tiene acceso a la prolongación derecha de la tras-cavidad de los epiplones. El hiatus de Winslow, puerta de entrada de esta cavidad

especial que constituye el eje de una correcta canalización de vientre, y en donde la presencia de arterias como la hepática y canales como el hepático, cístico y colédoco, así como la vena cava hacia atrás, pueden dar lugar a derrames sanguíneos de consideración o biliares sépticos que obligan siempre a canalizar esta zona. Ahí mismo encontramos ramas del simpático neumogástrico derecho, páncreas, tronco celíaco y ramas de la mesentérica superior, ganglios y plexus solar, centro nervioso abdominal que domina junto con la hemorragia, el cuadro sindrómico del vientre alto. En esta pequeña pero interesante región lo mismo pueden estar indicados la colocación de tubos de goma o gutapercha, que cigarrillos envueltos en telas impermeables, que un taponamiento flojo, y en casos de urgencia y mucho apuro de un pequeño Mickulickz hemostático sostenido unas cuantas horas, suficientes, sin embargo, para cohibir la hemorragia, evitar que se repita, o cuando menos para disminuirla considerablemente sobre todo si se trata de vasos venosos, excepción naturalmente de la cava, cuya herida, aunque pequeña, es rápidamente mortal y no da lugar a intervención de ningún género. En otros vasos venosos, aun de los que sangran bastante, sí puede controlarse la hemorragia por estos taponamientos, que a la vez que son esencialmente hemostáticos previenen la infección, excitan la defensa peritoneal, provocando adherencias localizadoras de la infección llevada ahí por el agente vulnerante. Estos taponamientos flojos o apretados, según la indicación, se remueven pronto si se quieren evitar complicaciones enojosas post-operatorias, substituyéndolos por cigarros envueltos en telas impermeables que impiden adherencias viscerales con los materiales de canalización; por esto dichos cigarrillos se convierten en magníficos elementos de drenaje, desde el momento que realizan las principales reglas de la canalización: dominio completo del foco infectado, delicadeza y blandura que impide irritaciones y dolores, completa seguridad de extracción de líquidos o secreciones infectadas; por lo mismo seguridad de no retención, plano inclinado hacia el exterior, fácil vaciado, perfecta acción de la gravedad, etc., es decir, magnífica maniobra de asepsia y antisepsia.

Consideremos ahora el flanco derecho que casi está ocupado por el lóbulo derecho del hígado, encontrándose en el fondo la vesícula biliar, una pequeña porción del colón transversal, y más hondamente el polo superior del riñón y la cápsula supra-renal. El hígado constituye un verdadero problema desde el punto de vista de la hemorragia

y también de la canalización, la primera porque es una víscera muy irrigada, llena de enormes senos venosos y la segunda porque la bilis por sí sola o por sus gérmenes en los canales biliares están infectados pueden producir un foco peritoneal de infección que debe canalizarse. Las heridas cortantes evolucionan bien si después de reparadas por medio de la sutura se asegura la canalización con tubos delgados, con cigarrillos de gasa o simplemente con algunos hilos de tendón de canguro o crin de Florencia; esta última constituye desde el punto de vista de la canalización capilar un magnífico material de canalización que además del pequeño volumen que ocupa, de su fácil colocación, puede retirarse extrayendo hilo a hilo sin el menor dolor. En unas cuantas horas deja limpia la región de la sangre capilar que siempre escurre en esta clase de heridas e impide su acumulación sobre todo si la función hepática se encuentra alterada y el tiempo de sangrado aumentado. El papel de estas pequeñas canalizaciones se reduce a impedir el acumulamiento de sangre capilar que pudiera después ser un motivo o indicación para colocar tubos de drenaje de mayor calibre. Las heridas por arma de fuego pueden ameritar una canalización semejante, especialmente si se cree prudente una intervención quirúrgica. Las rupturas por contusiones de la pared del vientre, las desgarraduras por cuerno de toro, o cuarteaduras del hígado, si no pueden ser reparables a entera satisfacción como pudiera suceder en algunos casos de degeneración hepática y blandura de la glándula, exigen un taponamiento en los lugares que sean más apropiados en el contorno de la base y borde de esa glándula, para empujar los fragmentos y cerrar las rupturas lo más posible, poniéndolas en íntimo o casi íntimo contacto por la fuerza que el taponamiento produzca sobre los bordes, levantándolos.

El hipocondrio izquierdo ocupado casi en su totalidad por el gran fondo estomacal y el bazo, ligados por su correspondiente epiplón gastro-esplénico, contiene también la porción correspondiente del lóbulo izquierdo del hígado, y hacia abajo la extremidad superior del riñón, su cápsula, una pequeña parte del colon descendente y la cola del páncreas. En esta región lo verdaderamente importante son dos cosas: primero, la herida o desgarradura del bazo que requieren siempre valientes intervenciones quirúrgicas, en las que la hemostasis constituye el trabajo principal. En ocasiones la sutura llega a ser hasta fácil, en otras, como en enfermos palúdicos o con bazos enfermos, la cosa presenta dificultades considerables que pueden terminar en una

verdadera tragedia; sin embargo, al taponamiento más o menos apretado se le pueden sacar positivas ventajas, como en los casos del hígado pueden encontrarse recovecos en los contornos de este órgano que permitan apoyo a la gasa que taponaa por unas cuantas horas, para ver realizada la indicación más precisa y urgente, como es la localización y provocación de adherencias que asegurarán el éxito de la segunda, que es la canalización. La colocación de un pequeño drenaje con crin, tubo o cigarrillo delgado, complementarán la misión canalizadora. El segundo punto importantísimo de esta región lo constituye las heridas del estómago, pero no las de la cara anterior tan fáciles de reparar, sino las de la posterior, que con mucha frecuencia pasan inadvertidas por la profundidad de su colocación y por su altura, muy cerca algunas veces de la pequeña curvatura, en cuyo caso se complica con las hemorragias producidas por los vasos arteriales colocados ahí. Cuando se presume esta herida el cirujano debe dirigirse directamente a la tras-cavidad, rompiendo o despegando las inserciones gástricas del gran epiplón, estirando hacia la herida la gran curvatura del estómago, procurando invertirla, para explorar metódicamente la cara posterior, a través de la cual habrán salido alimentos aparte de sangre y jugo gástrico. Estas heridas pueden pasar fácilmente inadvertidas si no lleva el cirujano la idea de esta probabilidad, lo mismo que se trate de heridas punzantes, punzocortantes o por arma de fuego. La canalización tiene aquí una de sus más claras y bien definidas indicaciones, la que se realizará con un taponamiento flojo, previa reparación de la herida, taponamiento hemostático, provocador de adherencias que circunscriben y limitan el foco infectado, y que pocas horas después, a las veinticuatro por ejemplo, será substituído por un drenaje tubular o con crin de Florencia.

En la zona umbilical se encuentra de adelante a atrás el epiplón mayor, el colon transversal, la gran masa del intestino delgado, el mesenterio, aorta y cava inferior. Esta zona es muy rica en intervenciones quirúrgicas reparadoras del intestino delgado herido, o del intestino grueso; por lo mismo son sitios apropiados para infecciones peritoneales y aplicaciones muy variadas de canalización. Para entender mejor a esta región desde el punto de vista de la canalización, quiero recordar que el intestino grueso forma un cuadro grande abierto hacia la pelvis, atravesado oblicuamente por el mesenterio que lleva aproximadamente la dirección del ángulo esplénico al ciego, quedando divi-

dido este cuadro en dos partes, una limitada por el ciego, apéndice y desembocadura del íleon por un lado, colon ascendente, ángulo hepático y colon transversal por el otro, y mesenterio; por adentro, disposición que permite que los líquidos escurran especialmente en decúbito dorsal o lateral derecho hacia abajo, y se acumulen en la fosa derecha; por lo tanto, independientemente de las canalizaciones locales para circunscribir las defensas peritoneales, se impone la canalización por la fosa derecha, muy en particular si se ha derramado buena parte de sangre o líquido intestinal, lo que suele apreciarse algunas veces a la simple palpación y percusión en la fosa mencionada. En ambos casos es prudente poner a las gasas o material canalizador o taponizador algo de suero antiperitonítico, tanto en la primera vez como en la siguiente, aparte de sobreagregarlo por la vía intramuscular o endovenosa. La otra zona de cuadro que circunscribe el intestino grueso queda comprendida entre el colon descendente por un lado y el mesenterio hacia adentro, quedando abierta abajo hacia la pelvis, salvando fácilmente la S ilíaca, y escurriendo sangre, líquido intestinal o secreciones directamente a la pelvis, en la que puede apreciarse a través del recto en el hombre y la vagina en la mujer, la presencia de ese líquido que deberá extraerse a través del perineo o del fondo vaginal posterior. En el hombre esta canalización se hace excepcionalmente.

En las regiones lumbares, aparte de algunas asas de intestino delgado, colon, riñón, pelvícula y uréter correspondientes, se encuentra una capa abundante de grasa que rodea al riñón. En estas regiones el problema es diferente según el traumatismo abra o no el peritoneo y hiera o no el intestino. En el primer caso, si no hay herida visceral y las presunciones de infección no inquietan, puede cerrarse totalmente la herida. Si el intestino delgado está herido se imponen las reparaciones correspondientes, fáciles de hacer a través de amplia herida que se canalizará según las circunstancias ya señaladas. Si no hay herida visceral puede cerrarse o no, según el temor que se tenga de la infección, especialmente porque la grasa es muy susceptible de infectarse y fundirse, en prevención de lo cual debe researse estirándola y arrancándola con pinzas especiales para evitar su sangrado, y canalizar sencillamente durante unas veinticuatro o cuarenta y ocho horas con simples cigarrillos de gasa hechos con tela impermeable. El hipogastrio tiene a la vejiga como centro, especialmente cuando está distendida, al epiplón mayor en segundo lugar. Las heridas de la

vejiga, simples o por estallamiento y la presencia de grasa de la cavidad de Retzius, cambiarán la actitud del cirujano, obligándolo a hacer drenajes simples previa la reconstrucción de los desórdenes causados por el traumatismo.

El útero grávido es un problema especial que se resolverá según las circunstancias, por simple reparación de la herida, siempre que no haya sido herido el producto, su cordón o la placenta, pues se requeriría en estos casos la desocupación del órgano. En caso contrario la reparación por una correcta sutura de la pared uterina, sería lo indicado, canalizando sencillamente con tubos o cigarrillos.

Aparte de las lesiones traumáticas tan bien definidas y conocidas como lo acabo de exponer, tenemos necesidad de considerar la contusión del vientre que produce desde simples trastornos funcionales vagosimpáticos, hasta rupturas viscerales graves y hemorragias de consideración, como accidentes inmediatos, hasta la gangrena de paredes viscerales, derrames sépticos e infecciones muy graves que el cirujano debe prevenir por su experiencia clínica. Dentro de estos casos tan variados no se pueden dar reglas generales de canalización; sin embargo, lo dicho es bastante para resolver en su aspecto general, vuelvo a decir, cualquier caso particular, advirtiéndolo, sin embargo, que las contusiones profundas del vientre ponen a prueba al más experto y al más hábil de los cirujanos y pueden desconcertar con frecuencia.

Hay una serie de accidentes traumáticos en casos patológicos que no podría yo dejar de tratar, y que viene a complicar un poco más el problema de la canalización en la cirugía de emergencia; por ejemplo, casos que se han presentado de heridas en individuos portadores de hernias voluminosas, en mujeres portadoras de quistes gigantes o malignos como el cistosarcoma, en enfermos con vientres llenos de líquido, como los ascíticos; en los que padecen grandes hidronefrosis, piosálpinx, fibromas gigantes, cánceres viscerales diversos, etc., en cuyos casos de emergencia se pone a prueba más que nunca la inteligencia clínica del médico, la habilidad del cirujano y la experiencia del que practica diariamente la técnica operatoria.