

LAS HERIDAS ABDOMINALES

Profesor Agregado *Eduardo Cubides Pardo.*

Introducción.

Hace algún tiempo tuvimos el honor de presentar a la Sociedad de Cirugía de Bogotá, un pequeño resumen a propósito de uno de los signos de más valor en lo relativo al diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de heridas abdominales, entusiasmados como estamos aún, por lo favorable de nuestra estadística. Entonces no encontramos en la literatura nacional, por lo menos en la que tuvimos a nuestro alcance, un estudio de fondo sobre el particular. Algunos trabajos de tesis que trataban el asunto, adolecían de defectos de clasificación de los casos que no permitían obtener conclusiones verdaderamente útiles o se basaban en ideas que hoy no pueden ser sostenidas en ningún terreno científico. Citamos estos trabajos por interés solamente histórico y porque quisimos informarnos de la bibliografía nacional al respecto.

Seguimos creyendo que el punto es de un interés muy grande. De ahí que ahora completemos las estadísticas y volvamos sobre las heridas abdominales, no en el análisis de uno de sus síntomas, como lo hicimos anteriormente, sino con el plan de dar una mirada de conjunto en su aspecto clínico; las conclusiones que nos ha sugerido la observación de los distintos casos, resumirán nuestro pensamiento al respecto.

Ensayo de clasificación.

Clasificaremos las heridas abdominales según cuerpo vulnerante en heridas por arma corto-punzante, por arma de fuego y por violencia animal.

Las primeras son sin duda las más frecuentes entre nosotros, hecho que se explica suficientemente al recordar que el puñal es el arma predilecta de nuestro pueblo. La localización más frecuente de esta variedad de heridas es el flanco izquierdo. El heridor maneja generalmente el arma de abajo hacia arriba; de allí la dirección de la herida, hecho que reviste interés para el cirujano en el momento de explorar la cavidad abdominal, que explica además la frecuencia de perforaciones gástricas y de heridas del diafragma que transforman la herida abdominal en pleuro peritoneal, cuya evolución suele presentar variaciones muy dignas de tenerse en cuenta como hemos de ver más adelante.

Las segundas se caracterizan por la forma misma de la herida, carácter sobre el cual no insistimos por ser conocido de sobra. La trayectoria es esencialmente caprichosa y variable, pudiendo ocasionar verdaderos desastres.

Las últimas son menos frecuentes. Casi siempre se deben a cornadas localizadas preferentemente en el bajo vientre con rasgaduras más o menos amplias de los tegumentos, cuyo carácter principal es el de ofrecer campo especialmente propicio al desarrollo de infecciones graves donde toman parte importante los gérmenes anaerobios.

Desde el punto de vista de su profundidad, las heridas abdominales merecen ser clasificadas en tres grupos a saber:

- a) Heridas no penetrantes;
- b) Heridas penetrantes simples y
- c) heridas penetrantes con lesión visceral.

El primer grupo ofrece poco interés clínico. Son generalmente heridas por arma cortante, largas y superficiales, cuyo fondo se puede percibir sin dificultad a la inspección. Sus bordes regulares y netos permiten la sutura inmediata, casi sin riesgo de infecciones. No se acompañan de signos clínicos especiales, excepción hecha del dolor natural localizado a la zona interesada o de aquellos casos en que obra a la vez el factor hemorragia, por haber sido interesado algún vaso de calibre importante. Generalmente evolucionan hacia la curación sin presentar complicaciones. Aun en el caso de que el arma haya interesado planos musculares además de los tegumentos. Todo depende de practicar una buena sutura, cuya técnica es elemental.

En el segundo grupo reunimos aquellas heridas que penetran en la cavidad abdominal sin herir ninguna de las vísceras que contienen en ella, y finalmente al tercer grupo pertenecen aquellas en que el arma ha interesado alguna víscera. Aun dentro de esta categoría intentamos establecer una subdivisión, según la víscera herida que sea de contenido séptico o no.

Estudio clínico. La herida penetrante simple es por lo general benigna. Ya hemos dicho que entre nosotros la más frecuente es causada por puñal. La inspección nos muestra una herida lineal de uno o dos centímetros de longitud, cuyos labios tienden a cerrarse espontáneamente. El he-

ruido no presenta modificación de su estado general; no hay modificaciones del pulso, detalle de bastante importancia que se debe controlar siempre. La pared abdominal conserva su apariencia normal, permaneciendo fácilmente depresible. Solamente hay reacción de defensa muscular en la zona de la herida sin generalizarse. Algunas veces aparece entre los labios de la herida una parte pequeña del epiplón mayor, signo que no deja duda sobre la calidad penetrante de la herida. La presencia de epiplón en los labios de la herida tampoco es un signo alarmante, solamente lo sería al estar acompañada de otros signos de perforación que veremos más adelante, pero entonces lo que justifica la alarma no es el epiplón en sí, sino los signos concomitantes.

Ocasionalmente hemos podido observar heridas amplias, que pasan de diez centímetros de longitud, que interesan todo el espesor de la pared abdominal sin que hayan lesionado víscera alguna. En tales casos hay eventración de asas intestinales. Puede ocurrir que las asas intestinales exteriorizadas a través de la herida se dilaten posteriormente hasta quedar estranguladas. El cuadro clínico se agrava y las consecuencias serán también más sombrías, cuanto más avanzada sea la mortificación de estas asas. También hemos observado heridas más amplias que permiten una salida total al exterior, del tubo intestinal. Recordamos el caso del obrero N. J. que se encontraba subido en una escalera de mano cuando estalló un petardo en la vecindad, lanzándolo a distancia. En la caída se hirió la pared abdominal con uno de los extremos de la escalera y sufrió una desgarradura completa, que iba desde la región pubiana hasta el reborde de las falsas costillas. Cuando llegamos a prestarle auxilio, tenía toda la masa intestinal sostenida por una sábana y sobre ella, una ruana atada sólidamente. Después de practicada una limpieza minuciosa, se volvieron a su sitio las asas eventradas y se practicó la sutura de la pared con drenaje. La evolución fué buena en todo sentido porque no se presentó ninguna complicación inmediata como la peritonitis, ni tardía como la eventración que era muy de esperarse.

No puede compararse la gravedad de casos como el que citamos y casos como los que describimos al principio, donde la herida es de proporciones pequeñas. Cuando la herida es de tal amplitud que permita la salida de asas intestinales, hay un fenómeno agregado que es el shock y puede colocar al cirujano en situaciones angustiosas. A pesar de ésto, el pronóstico no es tan grave como cuando existen perforaciones o rupturas del tubo digestivo. Los riesgos de peritonitis difusa consecutiva son más remotos. Como lo anotaba justamente el profesor Leyva Pereira en una de sus conferencias, la peritonitis va de dentro hacia fuera y rara vez de fuera hacia dentro, tomando como punto el intestino.

Los casos de heridas penetrantes simples de gran amplitud, se observan raramente. En términos generales puede decirse que la herida penetrante simple, al menos entre nosotros, es una herida pequeña, de naturaleza benigna, que se aparta por completo del cuadro clínico de las que se

acompañan de perforación. Su pronóstico es altamente favorable. Esto no quiere decir que todos los casos evolucionen a la curación. El riesgo de la peritonitis está muy alejado pero no desaparece. En nuestra estadística correspondiente a los años de 1937|38 y hasta el mes de mayo de 39, contamos con 135 casos de heridas penetrantes simples. De ellas 127 salieron del Servicio por curación y 8 por muerte, lo que equivale a un 5.92%. En los ocho casos de muerte, se debió a peritonitis que aparecía entre el sexto y el noveno día. Como es natural, el primer pensamiento enfrente de un cuadro peritoneal semejante, es el de un error de diagnóstico que indujera a considerar como penetrante simple, una herida complicada de perforación visceral. La autopsia nos demostró en todos ellos que el diagnóstico había sido bien hecho y que la peritonitis había sido inoculada a través de la herida. Ahora bien: se justifica una laparotomía amplia para prevenir por medio del drenaje, una peritonitis que solamente aparece en 5.92% de los casos, o es más prudente la observación o la expectativa armada para llevarla a cabo con los primeros síntomas de la complicación, y decimos que para prevenir una peritonitis porque en estas heridas, la complicación se presentó de una manera relativamente tardía. Así, pues, una laparotomía de precaución hecha en los primeros momentos, no da ningún signo macroscópico alarmante. La ausencia de síntomas clínicos que en un principio justifiquen tal medida, es causa de que no hayamos intentado intervenir en casos semejantes. Ciertamente el ideal sería reducir el índice de mortalidad al 0%, pero esta aspiración es casi imposible. Bástanos recordar que ni en cirugía típica de casos asepticos puede alcanzarse porque aun cuando se extiendan las precauciones o sean las técnicas perfectas, siempre se presenta uno que otro fracaso. Creemos que la Clínica de Urgencia puede estar orgullosa de una cifra de mortalidad tan reducida en un asunto de tanta gravedad como es la penetración de un arma en la cavidad abdominal.

Hemos dicho que algunas veces el enfermo presenta una pequeña porción del delantal epiploico exteriorizado a través de la herida y aprisionado entre sus labios. Algunos autores aconsejan hacer tracción de esta lengüeta epiploica para ligar un poco por debajo de su base aparente y reducir en seguida el muñón a la cavidad abdominal, previas las curaciones de asepsia y desinfectando este muñón hasta donde sea posible. Hace algunos años era ésta nuestra manera de proceder, pero tuvimos un caso que se terminó por la peritonitis. Tuvimos entonces la duda de si el muñón hubiera podido ser vehículo de la infección al penetrar de nuevo a la cavidad abdominal, después de estar en contacto con los labios de una herida cuya desinfección, por minuciosa que sea, no puede garantizarse que sea absolutamente eficaz. Bien que fuera aquella la causa real de la peritonitis o una simple coincidencia, variamos nuestra línea de conducta. Actualmente hacemos una ligadura en la base de la parte herniada y fijamos el muñón a la pared. La ligadura tiene como fin, obtener la necrosis y eliminación más rápida del epiplón y por consiguiente observar la ci-

catrización de la herida. No hemos vuelto a observar ninguna complicación en este procedimiento. Se nos podía objetar que se crea una adherencia del epiplón a la pared, pero esta adherencia que sin duda se forma, no trae ninguna consecuencia. O que los planos musculares no cicatrizaren convenientemente debido a la interposición de un tejido extraño, pero jamás se ha observado debilitamiento alguno de la pared en el lugar de la herida una vez que ésta ha cicatrizado. Probablemente el epiplón es englobado en el tejido fibroso que forma toda cicatriz y acaba por hacer cuerpo con ella. Los buenos resultados obtenidos nos autorizan no sólo para insistir en nuestro modo de proceder, sino para recomendarlo.

Nuestro colega y amigo Perilla Alvarado, hace en su tesis de grado una síntesis muy completa de la cuestión relacionada con las heridas abdominales. Se refiere a la presencia de epiplón en los labios de la herida, recuerda que ninguno de los enfermos observados en tales circunstancias, presentó perforaciones viscerales y particularmente del tractus intestinal. Lo constante de este hecho observado por él, al mismo tiempo que por nosotros, como que colaboraba con nosotros en el Servicio, lo llevó a pensar que dicha presencia podía tenerse como signo favorable en relación con la gravedad de la herida. La explicación era racional: según él, a la penetración el arma encontraba el epiplón que se aplicaría sobre ella a la manera de un capuchón protegiendo de sus filos al resto del contenido abdominal. Al ser retirada el arma, arrastraría consigo esta porción epiplóica exteriorizándola. En realidad es una explicación sugestiva y sobre todo estaba respaldada por los datos de su estadística. Sin embargo hechos posteriores nos inclinan a refutar esta idea porque varias veces tuvimos ocasión de ver casos en que se reunían, la presencia de epiplón exteriorizado con perforaciones o heridas viscerales graves. Llamamos la atención sobre este particular porque en nuestra opinión no debe ser considerado como signo de mayor o menor gravedad de una herida abdominal, ni concederle más valor semiológico del que tiene, lo que podría llevarnos a cometer errores.

Las heridas penetrantes y perforantes del abdomen.

Consideramos este capítulo como el más importante de todos. Cuando escribíamos una nota sobre la contractura abdominal en traumatología (Rep. de Med. y Cir. Nº 1 p. 11) anotábamos que, el cuadro clínico de una herida perforante abdominal y el de una penetrante simple, son generalmente tan distintos, que bien merecían ocupar capítulos diferentes dentro de la patología quirúrgica. Tal sucede en efecto en una buena mayoría de los casos, pero también los hay en que el diagnóstico diferencial es difícil por circunstancias agregadas como son la hemorragia, el shock, el estado de embriaguez del herido, entre las más comunes que pueden presentarse en los dos tipos de heridas y colocan al clínico en situaciones apuradas.

Para evitar repeticiones en el curso de este trabajo, hemos prescindido de extendernos sobre la sintomatología y complicaciones en los capítulos anteriores, que quedan comprendidas al ensayar el diagnóstico diferencial como también en el tratamiento, ya que éste no es sino una consecuencia de aquéllas.

Antes de entrar en el estudio clínico de la variedad perforante de las heridas abdominales, queremos hacer una subdivisión de ellas. Hasta ahora hemos acostumbrado considerar como perforante, la herida en la cual el cuerpo vulnerante lesiona una víscera abdominal. Pero esta clasificación nos parece muy general. Ya hemos dicho que es muy grave el caso cuando la víscera herida, es de contenido séptico, desde el punto de vista del pronóstico post-operatorio porque desde el punto de vista de la urgencia de una intervención, hay otro factor quizá más importante como es la hemorragia. Tomando el problema clínico, hay una diferencia apreciable cuando en el trayecto del tubo digestivo existe una solución de continuidad y cuando está indemne y en lugar hay herida una víscera como el hígado o el bazo.

Nosotros propondremos con Perilla Alvarado que la denominación, herida penetrante y perforante abdominal sea reemplazada por herida abdominal con lesión visceral, y subdividir este tipo en dos grupos según que esté afectado el intestino o no lo esté.

Diagnóstico. El examen clínico de un herido del abdomen reviste una importancia capital. Es necesario establecer desde el primer instante qué clase de heridas produjo el agente vulnerante. Desde este punto de vista, son dos las nociones que debe tener presente el cirujano: La posibilidad de una hemorragia y la de una perforación intestinal o mejor dicho del tubo digestivo, comprendiendo el estómago. En ambos casos la intervención se impone. No tendremos necesidad de recalcar mucho sobre este particular, porque en presencia de cualquiera de estas dos complicaciones, se desprende como conclusión única e imperiosa una maniobra quirúrgica tendiente a corregir la lesión que de otra manera conduciría al herido a la muerte ya sea por anemia aguda en un lapso más o menos corto, ya por peritonitis difusa o en aquellos en que se presentan asociadas estas dos complicaciones que consideramos como las más graves. Solamente un examen cuidadoso y metódico del enfermo, nos trazaría la línea de conducta que debe seguirse.

La presencia de una hemorragia no siempre es fácil de dilucidar; en efecto la mayoría de los traumatizados de esta índole, caen inmediatamente después de la herida, en un estado de shok más o menos intenso y el estado de shock a veces es difícil diferenciarlo de un estado hemorrágico avanzado. El individuo está pálido, con una respiración superficial y rápida, en estado de semi-inconsciencia cuando no en inconsciencia total, las mucosas participan de la palidez de los tegumentos, el pulso es difícil de percibir por lo débil. Hay taquicardia y la piel se recubre de sudor frío. La hemorragia ofrece signos que son comunes con los del shok. Hay tam-

bién un grado avanzado de anemia que se traduce en la palidez de tegumentos y mucosas. También se recubre la piel de sudor frío. El pulso puede llegar a ser incontable o imperceptible.

Además de los signos anotados hay otros más característicos, de las hemorragias, que son de utilidad. La sed que es muy marcada casi desesperante y un estado de inquietud particular, muy diferente de la semiinconsciencia o estupor del shock. La anemia que se acompaña de inquietud, algunas veces de una verdadera agitación con subdelirio, sed y modificaciones del pulso, ya permite suponer una hemorragia. La apreciación cuidadosa del pulso completa los datos necesarios para imponer el diagnóstico. Efectivamente, el pulso de la persona que sangra, se va haciendo cada vez más débil y su frecuencia aumenta progresivamente. Esta observación no podrá prolongarse mucho tiempo porque entonces el paciente se habrá colocado en condiciones demasiado precarias. En el shock la evolución del pulso es distinta. Sometido a un tratamiento racional, va haciéndose cada vez más perceptible y más fuerte al mismo tiempo que disminuye de frecuencia es decir, sigue una evolución contraria al pulso de hemorragia.

La colocación de la herida puede suministrar algunas veces datos de importancia especialmente cuando está localizada en la región prehepática realizando la herida tóraco abdominal, o inmediatamente por debajo del reborde costal derecho; como anotamos anteriormente, la dirección del arma blanca, la más empleada entre nosotros, es de adelante a atrás y de abajo hacia arriba, de suerte que en heridas de esta localización el hígado está tocado casi seguramente. Para la región lumbar izquierda podemos hacer consideraciones semejantes en relación con el bazo. Estas dos vísceras al ser alcanzadas por el arma blanca, dan lugar a hemorragias copiosas, que colocan en gran peligro la vida del enfermo. La exploración abdominal contribuye a su turno de manera importante. La palpación abdominal es el punto de mayor interés en el examen del herido. A nuestro modo de ver es el procedimiento que agrega los datos más importantes relacionados con el diagnóstico diferencial entre la perforación del tubo digestivo y cualesquiera otras lesiones traumáticas de la cavidad abdominal. En esta exploración debe buscarse cuidadosamente el grado de contractura muscular, tanto en su extensión como en la intensidad en que pueda presentarse. La palpación abdominal es de un valor precioso. Hemos dicho que mediante este examen y teniendo en cuenta los otros datos que pueda proporcionar el examen general del herido, puede establecerse con bastante exactitud si existe una lesión del estómago o del intestino en diferencia con otras lesiones varias. Recalcamos sobre esta diferencia porque en nuestro concepto debe establecerse una distinción entre estos dos grandes tipos de lesiones. Efectivamente, el tubo digestivo responde de una manera característica que aparta su cuadro clínico del de las demás heridas abdominales.

Hasta ahora hemos considerado aquellos casos en que tal complica-

ción no existe limitándonos a establecer, dentro de lo posible, una diferenciación entre shock y hemorragia. Volviendo sobre este punto particular hemos de agregar que la percusión abdominal suministra otro signo de importancia como es la macidez de los flancos. Para apreciarla conviene hacer una percusión suave comenzando por la región paraumbilical, donde se obtiene un sonido más o menos timpánico que va oscureciéndose a medida que se avanza hacia los flancos donde la macidez es completa. La presencia de esta zona mate, y de los signos y síntomas a que nos hemos referido permiten pensar, con muchas probabilidades de exactitud, en una hemorragia.

El origen de esta hemorragia no tiene tanto interés como a primera vista parece. Es claro que hasta donde sea posible se debe procurar saber de dónde proviene para orientar el acto quirúrgico y elegir la incisión más apropiada, pero los elementos de exploración clínica con que hoy contamos, no permiten alcanzar esta idea de precisión y con frecuencia se tienen sorpresas quirúrgicas. Las heridas del hígado y del bazo son las que producen mayores pérdidas sanguíneas. Pueden sospecharse, como lo dijimos antes por la situación de la herida cuando es de arma blanca, cuando se trata de arma de fuego, dadas las trayectorias tan caprichosas del proyectil, todo es posible. Las hemorragias por ruptura de alguna ramificación de las mesentéricas o del tronco celiaco, no son menos graves, así si trata de vasos pequeños porque tienen muy poca tendencia a la hemostasis espontánea, circunstancia que puede ser debida al hecho de que estos vasos sangran libremente, sin que tengan alrededor tejidos musculares que contribuyan a oprimirlos, ni se colecta la sangre en forma de hematoma cuya presión puede superar al impulso de la sangre en el vaso interrumpido y constituye una defensa importante del organismo, como puede observarse en heridas de otra índole, tales como las de los miembros o de los vasos en las paredes mismas del abdomen.

Consideremos ahora las heridas que han producido una solución de continuidad en el trayecto gastro-intestinal. No creemos que sea preciso insistir sobre la urgencia del diagnóstico; es claro a todas luces que un error aquí, conduce fatalmente a la peritonitis difusa con un riesgo de muerte casi seguro.

Como lo anota Mendor en su magnífica obra sobre los diagnósticos de las entidades abdominales agudas, es imperdonable que el médico espere a que el cuadro clínico se complete con todos los signos y los síntomas que él considera con razón tardíos, tales como el meteorismo, la aceleración del pulso, el vómito o el hipo, la parálisis intestinal, etc.; para llevar a cabo una intervención quirúrgica. El cuadro clínico de la peritonitis difusa, es justamente el que debe prever el cirujano como también tratar de evitarla con todos los medios que estén a su alcance.

En síntesis, el diagnóstico precoz de tales heridas, es la obligación imperiosa del clínico que aspira a salvar la vida de tales accidentados.

Como tuvimos ocasión de apuntarlo en un trabajo anterior (Rep. de

Med. y Cir. N° 1), la contractura de la pared abdominal es el signo de valor grande, de mayor constancia y de más fidelidad. Por el año de 1823, Roux llama la atención sobre él, relacionándolo con la inmovilidad del diafragma en las perforaciones gástricas. Después Constantt, Crampton, Elestein y otros, insisten sobre el particular hasta Mackensie y Cope quienes tratan de dar el significado del signo. Se trata de una rigidez especial de los músculos de la pared abdominal que ofrecen a la palpación una resistencia extraordinaria y uniforme. Es el vientre de madera, de aspecto excavado ligeramente, donde se dibujan los detalles de los grupos musculares inmovilizados en contracción permanente. La simple inspección permite sospechar su existencia, salvo en las personas de paredes abdominales de gran panículo adiposo en quienes la palpación debe ser atenta, ordenada y cuidadosa. La primera consecuencia de la contractura generalizada, como se deduce fácilmente, es la inmovilidad del abdomen que no sigue los movimientos respiratorios porque el diafragma está comprendido en este fenómeno.

La palpación. Viene a ser el tiempo de más trascendencia en el examen de un herido abdominal. La contractura muscular ofrece varios grados: unas veces es local, limitada a una zona más o menos pequeña que rodea la herida; o un poco más extensa en forma de cuadrante pudiendo llegar a interesar la musculatura de todo un lado del abdomen y finalmente la contractura generalizada, signo del que nos ocupamos. Su mecanismo ha sido motivo de teorías interesantes como las de Mackensie, en cuya opinión se trata de un reflejo víscero-motor. Cope lo considera como un reflejo peritoneo parieto-motor. Se refiere a perforaciones del tubo digestivo de origen no traumático y fundamenta su opinión en el hecho de haber hallado en todos los casos lesiones del peritoneo parietal, lo que le hace pensar que esta irritación de la serosa parietal desencadena el reflejo. En nuestra experiencia hemos podido anotar algunas consideraciones que nos obligan a apartarnos ligeramente de estas dos autorizadas opiniones. La definición de reflejo víscero-motor nos parece demasiado amplia. Efectivamente: al servicio han llegado numerosos casos de heridos del hígado y del bazo que no presentan contractura generalizada a la pared abdominal. Casi nos atreveríamos a asegurar que tales heridas no presentan el signo. De allí que su cuadro clínico sea diferente y de allí también que propongamos diferenciar en la clasificación, las heridas del tractus gastro intestinal de las heridas penetrantes con lesión de otras vísceras. Las heridas hepáticas o esplénicas se caracterizan esencialmente por la hemorragia. Presentan defensa muscular en cuadrante pero la contracción de los músculos correspondientes abarca una zona limitada, va cediendo y deja otras regiones depresibles y blandas a la palpación.

Otros hechos nos apartan de la opinión de Cope. No podemos negar que el peritoneo parietal presente lesiones concomitantes con la contractura en muchas ocasiones y por lo general siempre que hay una lesión visceral tendiente a la supuración, toda la serosa peritoneal sufre de fenóme-

nos inflamatorios más o menos acentuados. Sin embargo, juzgamos que no debe decirse que el reflejo es desencadenado por una lesión peritoneo-parietal porque en muchos casos observados por nosotros, existía la lesión traumática sin que se instalara la contractura. Sin ir más lejos, aquellos casos en que aparece epiplón por los labios de la herida, indican que necesariamente el peritoneo de la pared está atacado y no se cumple la teoría de Cope. Por otra parte hemos visto heridos en que la cavidad abdominal está respetada y el reflejo aparece en todo su grado. De estos casos citamos dos que son muy concluyentes. Uno de ellos había recibido un balazo en el hemi-tórax izquierdo, un poco por encima del reborde costal y unos cuatro dedos hacia afuera del apéndice xifoide. Presentó una contractura generalizada clásica, lo cual nos hizo pensar que se trataba de una herida del estómago. Fué operado y pudo comprobarse que el proyectil no había penetrado en la cavidad abdominal sino que quedó alojado en el fondo del saco costo-diafragmático. En otra ocasión vimos la contractura aparecer como consecuencia de un traumatismo de las primeras vértebras lumbares. Hemos comprobado además que el fenómeno citado puede ocurrir en heridas del riñón, independientes por completo de la serosa abdominal. Estos hechos no son comunes pero tampoco son excepcionales. A nuestro modo de ver, podría considerarse la contractura como un movimiento reflejo de origen simpático, que puede desencadenarse, bien sea por excitación de las terminaciones simpático viscerales o de los traumatismos ocurridos en los cordones simpáticos lumbares. Las anastomosis o comunicaciones que existen entre los últimos ganglios torácicos y los primeros lumbares, nos apoyan aclarando la aparición de contracturas por traumatismos extra-abdominales. Bien que el mecanismo sea uno u otro, queda el hecho clínico indiscutible de que este signo es de un valor inmenso en el diagnóstico de las lesiones del tubo digestivo. Los hechos anotados no le restan valor porque son los menos frecuentes y como lo anotamos en nuestro trabajo ya citado, pueden conducir en tales casos a errores de diagnóstico de poca trascendencia puesto que su consecuencia es una laparotomía de precisión, que corrige el punto de vista clínico y que practicada en buenas condiciones no es peligrosa para el paciente. Puesto que tratamos de causas de error que pudieran provenir del análisis o interpretación de este signo, debemos mencionar el caso contrario de los ya anotados, es decir aquel en que la contractura no se presenta a pesar de existir una herida del trayecto gastro-intestinal. A este propósito se ha invocado cierta idiosincrasia personal, según la cual hay individuos menos excitables que otros o bien zonas abdominales más silenciosas o que permanecen, pudiera decirse que indiferentes a las causas que en otras zonas o en otros individuos, serían suficientes para determinar la aparición del reflejo abdominal. Se ha citado como circunstancia que puede atenuar la intensidad de la contractura, la edad avanzada del paciente vendría a ser en este orden de ideas, una circunstancia muy digna de ser tenida en cuenta. Nosotros no hemos tenido ocasión de observarla en los enfermos que

se nos han presentado, pero creemos que debe tenerse en cuenta puesto que en términos generales y dentro de lo normal, las reacciones neuromusculares van siendo más atenuadas a medida que el individuo avanza en años.

Recordamos solamente un caso en el cual no se presentó ninguna contractura después de una herida abdominal, lo cual nos la hizo considerar como una penetrante simple. Faltaban en este enfermo otros síntomas de que hablaremos más tarde, que hubieran podido orientarnos en el diagnóstico real. Sin embargo la evolución fue hacia la peritonitis difusa y fue grande nuestra sorpresa cuando encontramos todos los síntomas inequívocos que en el transcurso de una semana se habían instalado por completo. La laparotomía nos demostró la existencia de una herida del abdomen con presencia de un líquido semi-purulento en el que se adivinaba fácilmente la presencia de bilis en cantidad abundante. La marcha de esta peritonitis se apartaba mucho del cuadro clásico; podría decirse que fué sub-aguda, donde el pulso no se aceleró ni hubo elevación de temperatura; solamente al final se meteorizó el vientre, apareciendo vómitos, disminución de las orinas y la lengua tomó un aspecto seco característico. Aunque a priori, llegamos a la conclusión de que la observación de bilis por la serosa peritoneal había trastornado la apariencia clínica como también había disminuído la toxicidad de la inoculación peritoneal, dando por resultado el error en que se tenía que incurrir. Pero repetimos que ni esta causa de error ni las ya anunciadas pueden tenerse como argumentos que debiliten el valor del signo contractura abdominal, porque a su lado podemos presentar un número altamente considerable de casos en que su interpretación fue exacta.

Al lado de los músculos de la pared abdominal contracturados, debe buscarse la contractura de los músculos lumbares que generalmente la acompaña y finalmente la contractura de los músculos psoas-iliacos para lo cual el tacto rectal será de una acogida muy eficaz. El tacto rectal no debe despreciarse nunca, especialmente en los casos en que la apreciación de la contractura abdominal deja algunas dudas. La palpación a través del recto permite apreciar estos músculos en tensión fuerte bajo la apariencia de masas rígidas y sensibles a la presión. En resumen, la palpación debe enseñarnos el grado de contractura abdominal. Que ésta sea completa y que se acompañe del fenómeno correspondiente de las masas lumbares, de los psoas-iliacos y de la inmovilización del diafragma, es decir que los músculos que limitan el abdomen o entran en estrecha relación con él, se encuentren contracturados, y se tendrá el signo más fiel de herida que lesionó el tubo digestivo.

La percusión nos suministra otro dato interesante al cual le concedemos un valor más relativo: la *sonoridad prehepática*. Consiste este signo en que al efectuarse la percusión de la zona hepática, se encuentra sonora, casi timpánica, muy diferente de la macicez normal, tal como si el hígado hubiera abandonado su situación habitual. La constancia de este signo es bastante grande pero nunca es tan fiel que pueda permitir consi-

derarlo como base de un diagnóstico en uno o en otro sentido; de allí que consideremos su valor relativo. La presencia de gases libres en la cavidad abdominal es incriminada como causal de este signo y la explicación es satisfactoria. Concuerdá con su constancia relativa porque muchas veces puede ocurrir que exista un pinchazo pequeño del intestino que no deje escapar gases sino en cantidad también pequeña por lo tanto insuficiente para ocupar la región hepática hasta el punto de ocultar la macidez. También, una herida amplia de la pared, permite la penetración de aire en la cavidad abdominal dando lugar a la sonoridad prehepática sin que haya herida del trayecto gastro-intestinal como hemos podido observarlo. Pero tal sonoridad debe tenerse en cuenta como elemento de mayor certidumbre cuando está asociado en la contractura de que ya hablamos.

No debemos olvidar que la perforación puede acompañarse de hemorragia. Todavía más; podemos decir que es lo que ocurre en la mayor parte de los casos. En este campo la percusión nos dará datos preciosos. No creemos necesario insistir más sobre este punto. El pulso tiene una marcha ascendente. La hemos visto y es de todos conocida la frecuencia progresiva del pulso cuando hay de por medio una hemorragia. Pero aun en los casos en que tal complicación no se presenta, el pulso va siendo cada vez más frecuente. Puede observarse algunas veces que el número de pulsaciones sea oscilante, es decir que cambie aumentando o disminuyendo consecutivamente. Algunos le dan valor diagnóstico a este fenómeno como anunciador de una perforación intestinal. Nosotros creemos que tales cambios están en función de los movimientos respiratorios que pueden ser alterados voluntariamente por el enfermo y lo son muchas veces bajo la influencia del dolor o de otras circunstancias diversas. No vamos más adelante en la enumeración de otros signos como el meteorismo, el hipo, etc., que han sido calificados por Mondor justamente como elementos de diagnóstico tardío, suficientemente conocidos y que dentro del cuadro de nuestro estudio carecen de valor práctico.

A propósito del vómito anotamos su importancia cuando se presenta inmediatamente después de la herida o después de un lapso corto, y se encuentra teñido con sangre o constituye una verdadera hematemesis. Esta anotación debe hacernos concluir en una herida del estómago pero su ausencia no excluye tal lesión. En el mismo orden de ideas, la enterorragia señalada por varios autores es índice de lesión intestinal. Nosotros no la hemos observado nunca, ni en casos de heridas localizadas en el colon descendente. No pretendemos negar su existencia. Al contrario nos parece que es lógico que se presente. Creemos que sea un signo poco frecuente. Solamente que nuestra experiencia personal no nos permite ocuparnos de él.

Otras complicaciones de las heridas abdominales.

En este capítulo queremos agrupar algunas consecuencias de las heridas abdominales que llamaremos secundarias, o si se quiere, una moda-

lidad especial de ellas en la que por influencia de distintos factores, siguen una evolución que se aparta de la descrita como habitual. Haremos mención de lo que llamamos, *perforación secundaria*. Para dar una idea de lo que queremos significar con este término, relataremos la historia clínica del caso más típico que hemos tenido: se trataba del paciente N. N. quien había sufrido una herida abdominal por arma de fuego con signos de hemorragia que se podía atribuir a herida hepática pero sin que se pudiera pensar en perforación intestinal. Se trató médicamente en el sentido de dominar la hemorragia y de compensar la pérdida de sangre. La evolución fué favorable y una vez dominada la situación inicial, bastante angustiosa, el enfermo entró en una convalecencia franca. En el curso de la tercera semana, ya había vuelto a la alimentación completa e iniciaba los primeros ejercicios de marcha. Cuando se aprestaba a dejar la sala hospitalaria por curación, sintió un dolor súbito y violento, localizado un poco por debajo del hueco epigástrico e inmediatamente se instaló el cuadro sintomático de una lesión abdominal sobreaguda, con una contractura clásica, intenso estado de shock y hematemesis abundante. Se comprendió la necesidad de una intervención quirúrgica inmediata pero el estado del enfermo en tal momento la hacía impracticable; los primeros cuidados se dirigieron a restaurar un poco las condiciones para que permitieran llevarla a la práctica. El enfermo se agravó cada vez más y falleció dos horas después. A la autopsia se encontró una abundante hemorragia y una perforación del tamaño de una lenteja, de bordes oscuros como si los tejidos que la limitaban hubieran sufrido una necrosis. La interpretación de estas lesiones no era difícil. El proyectil que había penetrado tres semanas antes en la cavidad abdominal, seguramente había rozado el asa intestinal sin perforarla pero mortificando profundamente los tejidos. Se formó una escara que al desprenderse dió lugar a la perforación determinando el segundo cuadro clínico. Nos apoyó en esta hipótesis el hecho de que la citada perforación estaba completamente libre de toda adherencia al contrario de lo que hubiera ocurrido en una lesión semejante de evolución lenta. Dos veces más pudimos ver peritonitis tardías después de heridas por arma blanca, que estallaban en forma semejante a la que acabamos de relatar y cuya causa comprobada en actos quirúrgicos era una perforación secundaria. En uno de ellos el cuadro dramático se inició cuatro días después de la herida, cuando todo hacía pensar en una curación próxima. Comprendiendo la necesidad imperiosa de una intervención, fué practicada logrando comprobar una pequeña solución de continuidad en el delgado, con la apariencia neta de una escara que se había desprendido recientemente. Aún no existía derrame purulento. Sólo se notaban las placas serofibrinosas clásicas, en las regiones que vecinaban la lesión. El post-operatorio fué un poco accidentado pero el resultado final satisfactorio. El segundo caso semejante en su mecanismo al anterior, terminó por la peritonitis difusa con defunción del enfermo a los doce días.

La hernia diafragmática es una complicación que debe tenerse en

cuenta, en los casos de heridas pleuro-peritoneales. No queremos alargarnos demasiado en este particular ya que su estudio está muy bien descrito en los tratados clásicos de patología quirúrgica. Sólo queremos referirnos a los accidentes agudos determinados por el estrangulamiento de una porción del tubo digestivo que pasa a través de un ojal del diafragma. Aquellas hernias más o menos toleradas nos parece que se apartan del cuadro de este trabajo. Es cierto que pueden dar lugar a accidentes de estrangulamiento dentro de una evolución larga o crónica, de la misma manera que toda hernia. Son en realidad complicaciones lejanas de un traumatismo que se remonta a muchos años atrás y su cuadro clínico variable, hace pensar en afecciones crónicas del estómago semejantes casi siempre al *ulcus pilórico*. El examen atento, especialmente la auscultación torácica, ofrece algunos caracteres especiales que dan la primera orientación. El examen radiológico, concurre al diagnóstico en forma definitiva, cuando no lo impone de manera sorpresiva para el clínico.

Nosotros tuvimos ocasión de observar un caso muy interesante de hernia estrangulada diafragmática en la convalecencia de una herida tóraco-abdominal. Se trataba de una herida penetrante simple cuya evolución seguía normalmente dentro de magníficas condiciones. Al cabo de nueve días el enfermo comenzó a presentar el cuadro de una oclusión intestinal característica y pensamos en que una brida de origen inflamatorio pudiera haber aprisionado una asa intestinal y con tal idea se procedió a la laparotomía. Encontramos con sorpresa que al recorrer el intestino, una porción se dirigía hacia arriba sin poder desplazarla. Mediante una prolongación de la incisión pudo observarse que había sido aspirada a través del diafragma, realizando una hernia estrangulada desprovista de saco herniario. La maniobra de reducción fué difícil y más difícil aún la sutura diafragmática por la situación un poco posterior. El *shok* quirúrgico fué muy grande y el enfermo falleció sin recuperar la conciencia.

En términos generales consideramos que ésta es una complicación excepcional. Queremos hacer notar la necesidad de seguir atentamente el estado post-operatorio o la evolución posterior a una herida abdominal hasta llegar a la seguridad de la curación definitiva. No basta para la tranquilidad del cirujano que los primeros días de la impresión de una marcha favorable. La expectativa armada debe mantenerse aun después de la primera semana, puesto que, accidentes graves y quizás los más graves de todos, pueden ocurrir entre la primera y la segunda semana después de una herida.

Tratamiento:

Ya al hablar de las heridas no penetrantes y de las penetrantes simples, hemos dado nuestras ideas generales sobre este particular y no juzgamos necesario volver sobre ellas. Consideramos que el tratamiento de

un herido abdominal tiene tres partes fundamentales: 1^o La preparación del herido. 2^o La técnica quirúrgica y 3^o El tratamiento post-operatorio.

1^o *Preparación del herido.* El estado de shok es la situación habitual en que llega el herido al servicio quirúrgico. La primera impresión es de que se avecina el desenlace fatal. En tales condiciones sería absurdo intentar una laparotomía. Ante todo debe intentarse por todos los medios posibles reponer el estado general para que la soporte. El accidentado, una vez colocado en su lecho con las debidas precauciones, debe mantenerse en ambiente de calefacción; al mismo tiempo procederse a la aplicación de suero subcutáneo. Generalmente empleamos 500 c. c. de suero de Hayem y 500 c. c. de suero glucosado simultáneamente. Tónicos cardio-respiratorios que sean escogidos de acuerdo con la situación del herido. Durante este tiempo el enfermo será observado frecuentemente. Por lo general se aprecia en las dos primeras horas una reacción favorable. Entonces hace su aparición el dolor que debe combatirse en seguida por medio de la morfina o un compuesto semejante. Es necesario haber hecho antes un examen clínico completo y haber definido la conducta que debe seguirse, porque a la aplicación de morfina sigue un cambio del cuadro clínico que desviaría el criterio del cirujano de no haber examinado cuidadosamente al herido. La marcha del pulso será el signo testigo de la evolución del herido. Cuando está de por medio el factor hemorragia, no debe vacilarse en la transfusión sanguínea. La transfusión es un recurso de valor inapreciable en los heridos abdominales. Aún en los casos de shok intenso sin hemorragia, tiene un gran poder tónico, y abrevia el tiempo de preparación del herido.

Es bien sabido que entre más pronto se proceda a practicar la intervención quirúrgica en un perforado, mayores son las probabilidades de buen resultado, pero no debe exagerarse este concepto hasta el punto de operar en condiciones desfavorables. Muchas veces hemos tenido que esperar ocho o diez horas para colocar un herido en condiciones quirúrgicas y los resultados finales han sido buenos.

En cambio el operar dentro de un estado de shok es de consecuencias funestas. Este es un principio fundamental que no puede olvidarse. En la práctica corriente el cirujano es urgido por los dolientes o allegados al herido en quienes domina la idea de que la operación debe hacerse inmediatamente para devolver la vida que parece abandonarlo durante el estado de shok y que la demora equivale a la muerte. Es preciso conservar el dominio y la serenidad suficiente para dar al herido la preparación necesaria, colocarlo en buenas condiciones y entonces sí aprovecharlas sin tardanza para el segundo tiempo del tratamiento.

Técnica quirúrgica.

El acto operatorio en el orden de ideas que hemos venido exponiendo, no puede considerarse aisladamente, sino que debe estar asociado a

todos los detalles del tratamiento en general. En ese sentido podemos decir que el criterio quirúrgico tiene más valor que la técnica quirúrgica, sin pretender restarle importancia a esta última. Es claro que precisa el cirujano tener conocimientos básicos y prácticos en las manipulaciones; queremos decir que el acto quirúrgico en sí, no ofrece dificultades mayores. Como quiera que es necesario rodearse de las mayores condiciones posibles, la preparación del enfermo de cuyas líneas generales ya nos ocupamos, es de importancia capital. Abocados ya a la intervención debe escogerse en primer lugar la anestesia; a nuestro modo de ver, la anestesia raquídea proporciona al cirujano una comodidad inmensa que es la quietud abdominal, lo cual permite una exploración muy completa dentro del menor traumatismo posible. Acostumbramos usar la tutocaína en dosis que oscila entre 55 y 60 miligramos aplicada por punción alta (XI v. d. a. I v. l.) Esta anestesia no está exenta de peligros. La mayoría de los enfermos la soportan admirablemente. Sin embargo cuando hay un estado de hipotensión muy grande, es preferible prescindir de ella. Algunas veces sobrevienen accidentes serios e hipotensos, bien porque han sufrido una pérdida sanguínea abundante o porque a pesar de los cuidados preoperatorios no se ha logrado volver la tensión a una cifra vecina de la normal. Generalmente se anuncian por un estado de angustia y de agitación del enfermo que declara una opresión torácica insoportable y dificultad para respirar. La pupila se dilata y reacciona mal a la luz. El pulso radial se vuelve casi imperceptible o desaparece por completo. Algunos momentos después cesa la agitación, la pupila se paraliza por completo y sobreviene una inconciencia completa; la respiración superficial y frecuente se hace lenta en forma de sacudidas respiratorias, índice de una muerte próxima. Con tal circunstancia usamos como recurso de gran valor la inyección endovenosa de adrenalina aplicada lentamente. Empleamos la dosis de una ampolleta de 0,0011 gr. diluída en 5 c. c. de suero glucosado. El efecto de esta droga es inmediato. A los pocos segundos de aplicada, muchas veces cuando todavía está la aguja en la vena, reaparece el pulso radial y el enfermo va reanimándose, hasta recuperar la palabra y sus demás facultades. Esta droga hay que usarla con precaución porque su efecto violento podría asimismo conducir al síncope. Sólo la aconsejamos en los casos extremos. Su efecto no es muy duradero y como medicación de urgencia debe ser reforzada por otros tónicos de acción más sostenida aunque menos rápida tales como la cafeína, la ouabaína, el aceite alcanforado, etc. Algunas veces pasado el primer efecto de la adrenalina el enfermo regresa al estado comatoso o preagónico; entonces debe repetirse la inyección con buenas probabilidades de que a esta segunda el estado de mejoría consecutivo se sostenga espontáneamente. Estas indicaciones tienen todo su valor cuando el estado lipotímico puede atribuírse sólo al factor anestesia puesto que, si la decadencia orgánica obedece a otras causas tales como la anemia aguda, es preciso obrar en consecuencia y ante todo buscar la

reposición, compensando la pérdida sanguínea. Pero aun en este caso es un recurso que puede dar grandes servicios.

La raquianestesia seguirá siendo por mucho tiempo la anestesia ideal para este género de laparotomías. Puede decirse que la usamos sistemáticamente.

Opina el Profesor Leyva Pereira, que los benéficos resultados quirúrgicos que muestran las estadísticas de la Clínica de Ortopedia y Cirugía de Urgencia, especialmente en este género de intervenciones, obedece en gran parte al empleo de la anestesia raquídea. Según él la quietud intestinal es un elemento importantísimo para la buena cicatrización de las suturas que haya sido necesario practicar, y siendo así que esta quietud se prolonga por un tiempo largo, viene a obrar de modo altamente favorable para la evolución posterior de las lesiones.

En algunos casos usamos la anestesia general. Ellos son cuando las condiciones del paciente son extremadamente malas y es necesario obrar con gran rapidez, de tal manera que es preferible proporcionar una anestesia cuya duración pueda graduarse a voluntad como sucede en el caso de la anestesia inhalada.

La técnica quirúrgica propiamente dicha, como ya lo hemos dicho no presenta dificultades especiales. Aconsejamos la incisión mediana supra e infra umbilical según el caso. Las incisiones laterales que siguen el borde externo del gran recto, pueden dar lugar a dificultades en la exploración completa del contenido abdominal. Algunas veces la situación de la herida parece indicar como más adecuada la incisión por el borde externo del gran recto, pero al llegar a la cavidad abdominal, el asa herida puede estar muy distante. Especialmente cuando se trata de herida por arma de fuego, la incisión indicada es la mediana. En seguida debe procederse a la exploración ordenada del contenido abdominal, comenzando por el estómago en las heridas altas de arma blanca, y en las de arma de fuego siempre. Se continuará con el delgado en su totalidad y finalmente las tres porciones del colon. Acostumbramos hacer una sola sutura en bolsa, invaginando los bordes de las perforaciones, empleando catgut gastrointestinal con aguja atraumática. Esta sutura es suficientemente hermética y firme para obtener el efecto buscado. Las suturas superpuestas por planos, no son necesarias y tienen el inconveniente de estrechar la luz del intestino.

Los cuidados de asepsia deben renovarse después de cada perforación tratada, cambiando guantes y empleando instrumental limpio para evitar posibles inoculaciones en la manipulación de las asas intestinales. Aun cuando se opera en campo que puede considerarse como séptico, estas precauciones no están por demás.

Cuando se encuentran heridas del hígado o del bazo, lo esencial es darse cuenta si están sangrando o nó. En el primer caso es indispensable intentar la sutura. Deben aplicarse puntos en U con catgut grueso y suave, atravezando con la aguja todo el parenquima. Estos nudos no de-

ben apretarse demasiado, sino buscando el simple afrontamiento. Al estar en contacto los labios de la herida se establece la hemostasis y la tracción fuerte sobre el hilo de sutura corta seguramente el parenquima cuya consistencia es blanda; así se viene a agravar con la sutura la situación existente. Una vez terminada la *labor*, hacemos una aplicación de éter. Esta maniobra ha sido criticada porque, según algunos autores, el éter carece de propiedades antisépticas utilizables, en cambio disuelve las grasas y lipoides permitiendo su absorción brusca, lo cual puede ser causa de accidentes.

No pretendemos combatir estas ideas. Hemos notado constantemente que a la aplicación de éter, sigue una congestión intensa de las asas intestinales, por consiguiente el aflujo de elementos figurados de la sangre, es mucho mejor y en esta forma puede contribuir la aplicación de éter, a la defensa del organismo.

En cuanto a fenómenos patológicos que puedan atribuirse a la absorción de grasas disueltas, no lo hemos observado nunca. También empleamos sueros anticolibacilares en la cavidad peritoneal. Sobre este procedimiento no nos hemos podido formar un concepto bien definido porque los resultados han sido variables, sin que hayamos notado un efecto franco. En todo caso su aplicación es inocua y puede ensayarse siempre.

Como tiempo final de la intervención debemos considerar el drenaje o avenamiento. En nuestra opinión este punto es de los más interesantes; en efecto, un drenaje bien establecido es factor indispensable en el acto quirúrgico. Usamos tubos de caucho colocados en el fondo del saco de Douglas. Algunas veces colocamos drenes accesorios o suplementarios que van al sitio mismo de la lesión, pero observamos que el dren que verdaderamente cumple su misión es el del Douglas. Nunca prescindimos de él y le atribuimos una gran parte de los éxitos obtenidos.

En el post-operatorio, los recursos que se tienen a la mano son variables y en cierto modo sintomáticos. La aplicación de suero glucosado y de Hayem en cantidad vecina de 2.000 c. c. en las 24 horas, de acuerdo con el estado del enfermo y sostenidos hasta que el pulso ha recobrado caracteres tranquilizadores. Empleamos además suero hiperclorado de Gosset, especialmente cuando ha habido vómito frecuente. Es frecuente que los accidentes peritoneales sigan los primeros días una marcha progresiva que coloca al enfermo en un cuadro semejante a la peritonitis difusa entre el tercero y cuarto día. Debe practicarse un lavado gástrico. Este recurso es de un gran valor y tenemos a nuestro favor observaciones interesantes donde el lavado del estómago hace cambiar el rumbo del post-operatorio, desintoxicando al enfermo y proporcionándole un bienestar muy apreciable. Puede ser repetido dos veces en el día si es preciso.

Somos partidarios en términos generales de procedimientos que persigan en primer lugar, la hidratación del enfermo y en un mismo tiempo

su desintoxicación. En segundo lugar, sostener el estado general, empleando tónicos cardio-respiratorios, con el control necesario para no excederse en las dosis. Permitimos que el paciente tome algunos líquidos desde el principio, en cantidad moderada y fraccionándolas en manera que no retenga en el estómago cuya motilidad está disminuida por causa de la inflamación. Nos parece conveniente el agua alcalinizada con bicarbonato de soda o agua de Vichy. En cuanto a la alimentación seguirá una marcha progresiva, sosteniendo una dieta moderada hasta las tres semanas, tiempo que juzgamos como mínimo de reposo para el operado.

Presentamos a continuación un resumen estadístico de los casos que nos han servido de base para elaborar el presente trabajo con los porcentajes obtenidos, los cuales nos parecen altamente favorables.

Año de 1937.

Heridas penetrantes simples	37	C.	M.
De estas heridas salieron por curación		53	
Por defunción			4
De estas defunciones dos tuvieron lugar por hemorragia y anemia aguda: una por complicaciones pulmonares, y una por perforación secundaria.			
Heridas penetrantes perforantes	11		
De estos salieron por curación		4	
Por defunción			7
(Tres por shok y anemia. Cuatro por peritonitis).			

Año de 1938.

Heridas penetrantes simples	33		
Salieron por curación		32	
Salieron por defunción			1
(Perforación secundaria)			
Heridas penetrantes perforantes	24		
Salieron por curación		11	
Salieron por defunción			13
(Peritonitis 11 casos; complicación pulmonar dos casos).			

Año de 1939. (Hasta mayo).

Heridas penetrantes simples	8		
Salieron por curación		8	

Heridas penetrantes perforantes	7	
Salieron por curación		3
Salieron por defunción		4
(Peritonitis)		
Total de heridos abdominales	140	

Resumen:

Heridas penetrantes simples	98	—	70%
Heridas penetrantes perforantes	42	—	30%
Mortalidad en las heridas penetrantes simples (sobre 98 casos)			4,90%
Mortalidad de las heridas penetrantes perforan- tes (sobre 42 casos)			57,10%

CONCLUSIONES

I En la nomenclatura de las heridas abdominales deben considerarse:

- 1º Heridas no penetrantes;
- 2º Heridas penetrantes simples;
- 3º Heridas penetrantes con lesión visceral;
- 4º Heridas penetrantes con perforación del tubo digestivo.

II. La contractura abdominal generalizada es el signo de más valor en el diagnóstico diferencial de las heridas del abdomen.

III. Una vez impuesto el diagnóstico de perforación, debe operarse lo más pronto posible.

IV. La preparación del herido es indispensable, especialmente el tratamiento del estado de shok.

V. Nunca debe intentarse una intervención cuando aún existe el estado de shok.

VI. La anestesia que da mejor resultado es la anestesia raquídea.

VII. Siempre debe drenarse el fondo de saco de Douglas.

VIII. No debe confiarse en la curación definitiva de una herida penetrante abdominal, antes de tres semanas.

BIBLIOGRAFIA

- Tapias Luis Fco. Tesis de grado (1906).
 Salcedo José Tomás. Tesis de grado (1919).
 Salgar Entralgo Roberto. Tesis de grado (1921).
 Perilla Alvarado Eduardo. Tesis de grado (1937).

Cubides Pardo Eduardo. La contractura abdominal en traumatología (1937) .

F. Lejars. Chirurgie d'Urgence.

P. Lecene. R. Leriche. Therapeutique Chirurgicale.

R. Lérique. La chirurgie de la douleur.

H. Mondor. Diagnostics urgents.

