

LOUIS DAMBRIN

URGENCIAS
DE CIRUGIA

EDICIONES UTEHA MEXICO, D.F.

150.-=

150.-=

Camp de l'Espérance - Spriak
2 tomes :

URGENCIAS
DE CIRUGIA

URGENCIAS DE CIRUGIA

CUADROS CLINICOS
CONDUCTA A SEGUIR

por

Louis DAMBRIN

ANTIGUO JEFE DE CLINICA QUIRURGICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE TOLOSA

CON 128 FIGURAS EN EL TEXTO

VERSION ESPAÑOLA POR EL

DR. JOSE TORRES TORIJA

MEDICO JEFE DEL SERVICIO DEL HOSPITAL JUAREZ, EX-DIRECTOR DEL HOSPITAL JUAREZ Y
EX-PRESIDENTE DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA,
OFICIAL DE INSTRUCCION PUBLICA DEL GOBIERNO FRANCES,
PROFESOR DE PATOLOGIA QUIRURGICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL

CON LA COLABORACION DEL

DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA

DIRECTOR DEL HOSPITAL JUAREZ Y PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA,
CATEDRATICO DE TERAPEUTICA QUIRURGICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE
LA UNIVERSIDAD NACIONAL

UNION TIPOGRAFICA EDITORIAL
HISPANO-AMERICANA
MEXICO, D.F.



Todos los Derechos Reservados

Copyright by
U T E H A
(Unión Tipográfica Editorial Hispano-Americana)
1 9 3 7

PROLOGO

El libro que mi discípulo y amigo el doctor don Louis DAMBRIN presenta al público médico, está dedicado especialmente a los alumnos y principiantes. Los libros de LEJARS y de MONDOR se encuentran en las bibliotecas de los cirujanos y las salas de guardia de los hospitales. Todo médico debería conocerlos y leerlos; pero un estudiante, un práctico aislado tienen rápidamente necesidad de un guía seguro y de una lectura más fácil.

Louis DAMBRIN ha tenido la feliz idea de escribir un libro claro, breve e ilustrado con dibujos y esquemas originales. Los principales casos de urgencia quirúrgica, los casos de práctica diaria se encuentran allí analizados, esquematizados y descritos con sencillez. Algunos esquemas constituyen para el lector un cuadro sinóptico que le permite conocer de un vistazo las heridas de pecho, las dilataciones agudas del estómago, las retenciones de orina, las rupturas de la vejiga, las causas de las hematurias, etc.

El médico apremiado, el estudiante inexperimentado, encontrarán instantáneamente en el libro de Louis DAMBRIN el dato importante, la noción capital que les permitirán hacer un buen diagnóstico, tomar oportunamente la decisión útil; no perder horas preciosas antes de pedir un auxilio quirúrgico.

Esta conclusión buscada por el autor, atestigua un sen-

tido clínico destacado, un espíritu crítico seguro y una experiencia personal ya extensa. Deseo que este nuevo libro tome su lugar al lado de los ya clásicos en la biblioteca de alumnos y prácticos.

G. MIGINIAC.

INTRODUCCION

Esta obra está escrita para el joven colega poco familiarizado con las "Urgencias de Cirugía". Yo he querido hacerlo muy sencillo, muy esquemático.

Creo que el número de los casos urgentes que por sus caracteres particulares requieren una indicación operatoria especial, es prácticamente limitado. La decisión que hay que tomar enfrente de una "urgencia de cirugía" debe ser inmediata y se resume en general en el dilema siguiente: ¿Se debe operar o se puede temporizar? Dilema que a menudo no puede ser resuelto por un joven médico de 25 años. Ahora bien, de esta respuesta depende la vida del enfermo.

Habiendo desempeñado durante varios años en calidad de jefe de Clínica Quirúrgica, las funciones de Cirujano de Guardia en el Hospital de Tolosa, me he dado cuenta, como todos los cirujanos, que en presencia de una urgencia hay cuestiones esenciales que es preciso resolver automáticamente, investigaciones clínicas primordiales que hay que efectuar sobre la marcha, porque la decisión por tomar depende casi siempre de uno o dos signos capitales que el cirujano busca desde luego, pero que los jóvenes (y nosotros los excusamos) no conocen a menudo en su enorme importancia.

Es con el fin de tratar de ayudarlos que he escrito este libro.

La exposición de cada capítulo comienza desde el momento en que práctico y enfermo se encuentran. Después de haber hecho precisar por el interrogatorio los puntos más importantes, yo presento el o los cuadros clínicos con sus particularidades y principales aspectos.

A propósito de cada uno de ellos enuncio la conducta que hay que seguir, insistiendo sobre las indicaciones operatorias e indicando los principales tiempos del acto operatorio, pero dejando aparte la técnica operatoria pura. Yo concedo, por el contrario, algunas palabras a los cuidados de extrema urgencia que hay que efectuar antes de la llegada del cirujano (hemostasis provisional, transfusión, seroterapia antiinfecciosa, preparación del herido para la operación, etc. . .)

Un joven se encuentra en presencia de una "urgencia de cirugía". ¿Qué debe hacer? He allí el problema que he intentado resolver sin otra pretensión que la de ser claro, preciso y útil.

Que se me permita agradecer respetuosamente al señor profesor FORGUE, miembro del Instituto Higiénico, que me ha ayudado con su estímulo. Mi maestro, el profesor MIGINIAC, ha tenido la bondad de apoyar esta obra con su autoridad: me es grato renovarle el testimonio de mi profundo reconocimiento.

Debo un agradecimiento muy particular a los señores DORN y Compañía, que no han ahorrado nada para ayudarme a revisar esta obra, y al doctor WAGNER, que, con su maestría habitual, ha sabido sacar de mis croquis las figuras que ilustran el texto.

1. - FRACTURAS DE LA BASE DEL CRANEO

- 1º Fracturas sin herida del cuero cabelludo.
2º Fracturas con herida del cuero cabelludo.
3º Las meningitis postraumáticas.

1º FRACTURAS SIN HERIDA DEL CUERO

CABELLUDO

Estamos frente un herido que acaba de recibir un traumatismo craneano importante. Pensando inmediatamente en la posibilidad de una fractura de la base del cráneo, debemos buscar sistemáticamente sus signos, no sin haber, previamente, hecho precisar rápidamente las circunstancias del accidente por el enfermo o las personas que le rodean.

Interrogatorio

Tiempo transcurrido después del accidente.—Causa del traumatismo, su violencia.—Posición del herido.—Estado anterior (embriaguez, epilepsia).—Signos pasados (coma); atenciones recibidas.

Comprobamos los signos de fractura de la base.

Examen

1º **Inspección.**—El herido está tendido inmóvil, comatoso, su respiración es ruidosa, un delgado filamento de sangre escurre por la oreja (otorragia) o la nariz (epistaxis), intermitente, rítmico, aumentando por la posición baja de la cabeza, el esfuerzo. Buscar la parálisis facial o la de un nervio motor del ojo. Materia cerebral sale a veces por la oreja o la nariz.

2º **Palpar** el cráneo y buscar la deformación y la crepitación, que son inconstantes;

3º **Levantar los miembros** y buscar una hemiplegia o una paraplegia;

4º **Tomar el pulso**, que a menudo está retardado;

5º **Practicar un examen completo** a fin de buscar la asociación posible de un machacamiento del tórax, de una ruptura visceral, de fractura de los miembros, etc...

Está indicado tomar la tensión del L. C. R.; pero en todos los casos:

6º **Practicar sistemáticamente una punción lumbar**, estando el enfermo acostado, y recoger el líquido en tres tubos. Este líquido es *más o menos sanguinolento, pero colora uniformemente los tres tubos.*

Si este cuadro es incompleto, se puede dudar.

Los dos signos mejores son la otorragia o la epistaxis asociados a una punción lumbar uniformemente sangrante. El L. C. R. sanguinolento no falta sino en el caso de hematoma extradural sin lesión meníngea. Si se le deja en reposo y después se le agita, el depósito del fondo, en las fracturas del cráneo, se mezcla siempre al líquido superior.

Recordemos que la epistaxis debida a una fractura simple de los huesos de la nariz es eliminada fácilmente, así como la otorragia consecutiva a una herida o un hundimiento del conducto auditivo, lo mismo que la producida por una ruptura del tímpano.

CUADROS CLINICOS Y CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

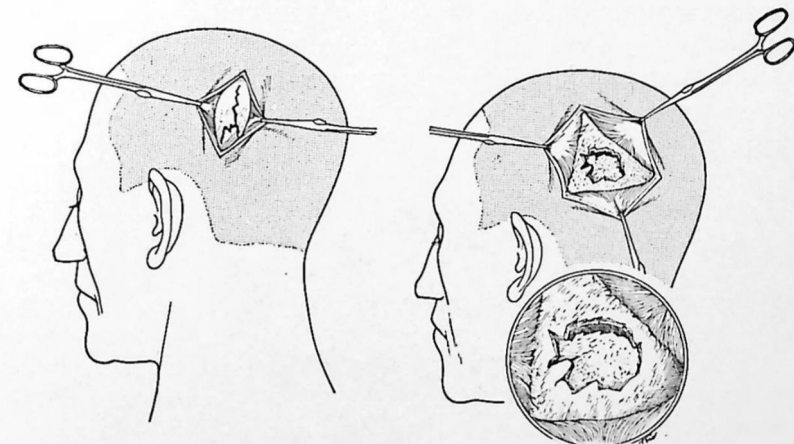
Hecho el diagnóstico de fractura de la base del cráneo, debemos considerar dos casos que imponen conductas diferentes.

PRIMER CASO.—Existe una fractura de la base (en efecto, hay epistaxis u otorragia), la P. L. está uniformemente sangrante, hay a veces parálisis facial, pero no hay signos de localización cerebral (hemiplegia, epilepsia, etc...) ni de lesión ósea de la bóveda, perceptible a la palpación cuidadosa de la piel cabelluda (es inútil en los casos en que no existe signo alguno de localización cerebral cortar desde luego la piel para explorar la bóveda).

LA INTERVENCION SANGRANTE INMEDIATA NO ESTA INDICADA: desinfectar las cavidades naturales (secar con un tapón de algodón y después verter vaselina gomenolada en las fosas nasales y el conducto auditivo externo). Algunos practican la seroterapia antiestreptocócica y antineumocócica preventiva, otros inyectan "propidon" a fin de evitar la meningitis, otros ponen una inyección intravenosa de uroformina. En todos los casos recalentar y tonificar al herido.—Vigilar constantemente su pulso (cuidando el retardo), su temperatura (vigilar la elevación posible), su respiración, la aparición de signos de localización cerebral, de vómitos, que, indicio de complicaciones, podrían pronto constituir indicaciones operatorias. Las P. L. repetidas pueden ser peligrosas.

SEGUNDO CASO.—Existe una fractura de la base, asociada a signos de localización cerebral o de lesión huesosa de la bóveda. Al lado de signos de fractura de la base se comprueba una hemiplegia o fenómenos epilépticos; otras veces una crepitación al nivel de la bóveda o un hundimiento.

ES PRECISO OPERAR.—El acto varía según la lesión.



1.—Fisura

2.—Hundimiento

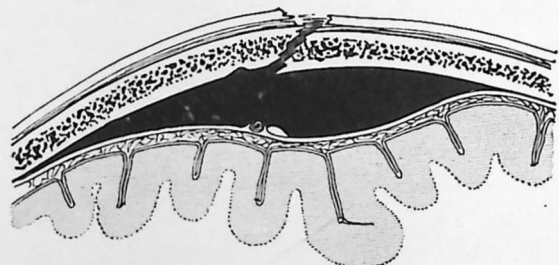
a) *No hay signos cerebrales localizados, pero hay signos de fractura de la bóveda.*—No operar más que cuando los signos de fractura de la bóveda sean claros. La ausencia de signos cerebrales permite contemporarizar en los casos dudosos.

Si se opera, trazar un colgajo al nivel de la lesión huesosa de la bóveda, que es a veces una simple fisura (fig. 1): explo-

rarla. Cuando no está acompañada de cabalgamiento de las superficies huesosas y no existe hipertensión del L. C. R., volver a cerrar sin trepanación; pero si hay la menor duda sobre la posibilidad de lesiones importantes de la lámina interna, hay que trepanar y se comprobará frecuentemente la existencia de un hematoma extradural (fig. 3).

Si existe un hundimiento (fig. 2), hay que quitarlo, regularizar los bordes de la brecha craneana y verificar, después de haber evacuado el hematoma extradural, que el cerebro late bajo la duramadre. Si no late, incidir esta última para vaciar el hematoma subdural, intentar prudentemente la ligadura necesaria y no suturar completamente la dura madre. Canalización subcutánea. Vigilancia.

Algunas veces hay grandes desórdenes huesosos: considerables hundimientos craneanos con salida de materia cerebral al exterior, facies equimótica, pulso lento e irregular. Hay que limpiar la herida, quitar los fragmentos huesosos libres o que comprimen el cerebro, pero acordarse que vale más volver a colocar los grandes fragmentos que quitarlos, sobre todo en la proximidad de los grandes senos venosos endocraneanos, cuya hemorragia sería difícil de cohibir. Suero antigangrenoso y antitetánico en la herida, aproximación de los labios cutáneos sobre amplios tubos de canalización.



3.—Hematoma extradural

b) *Signos cerebrales localizados asociados o no a lesiones huesosas.*—Los signos cerebrales localizados pueden aparecer inmediatamente después del traumatismo, pero más a menudo se trata de heridas en los cuales estos signos se muestran después de cierto "intervalo libre". De cualquier modo:

α) *Existen signos cerebrales bien localizados.*—Después de un intervalo libre más o menos largo se instala un coma progresivo, el retardo del pulso, el estertor, una midriasis unilate-

ral, fenómenos convulsivos o una hemiplegia localizada. Se trata generalmente de un hematoma intracraneano con compresión encefálica progresiva o perturbaciones debidas a una esquirla huesosa. Si la lesión huesosa coincide con la zona comprimida: operar a este nivel.—Se retirará frecuentemente una esquirla o se vaciará un hematoma. Si no existe lesión huesosa la trepanación descompresiva se efectuará del lado opuesto a los signos periféricos. Si la lesión huesosa no está situada al nivel de la zona comprimida, practicar una trepanación descompresiva al nivel de la zona comprimida, después verificar el estado de la fractura.

β) *Existen signos cerebrales mal localizados.*—Se ha invocado a menudo "el edema cerebral traumático", caracterizado por un síndrome de hipertensión, asociado a una punción ventricular blanca, y que debe tratarse por las soluciones hipertónicas, o mejor, por una trepanación temporal bilateral. En realidad se trata, a menudo, de perturbaciones de la tensión y de la circulación del L. C. R. que realizan dos grandes síndromes:

1º *Síndrome de hipertensión craneana libre* (sistema ventricular y subaracnoideo comunicante). Se observan perturbaciones cerebrales: entorpecimiento o coma, contracturas, cefalalgia frontal en casco, parestesias, perturbación de los reflejos tendinosos, midriasis, abolición del reflejo a la luz y sobre todo, estasis papilar asociada a un aumento de la tensión de la arteria central de la retina, a la que se añaden perturbaciones bulbomedulares: vómitos, bradicardia, trastornos respiratorios, hipertermia, trastornos esfínterianos. Se nota, sobre todo, una hipertensión arterial y una tensión del L. C. R. al Claude en decúbito lateral de más de 25; ésta se aumenta sensiblemente cuando por la maniobra de Queckenstedt se comprimen las yugulares.

El tratamiento consiste en P. L. repetidas, pero bajo control manométrico o en una trepanación descompresiva de Cushing con abertura de la dura madre;

2º *Síndrome de hipertensión craneana bloqueada.*—Anatómicamente el sitio del bloqueo puede estar en los agujeros de Monro, en el acueducto de Sylvio o en el agujero occipital, pero su diferenciación clínica es más difícil: la "rigidez descebrada", el "síndrome infundíbulo-tuberio", la "hipertonía muscular", son aún discutidos. Más importantes son la ele-

vación de la T. A. y de la tensión de la arteria retiniana. La tensión raquídea baja muy pronto después de abstraer por P. L. algunos centímetros cúbicos de líquido. La prueba de Queckenstedt revela el bloqueo, pero la punción ventricular y la ventriculografía de urgencia permiten a menudo, mejor que la clínica, precisar el sitio del bloqueo; si un solo ventrículo está dilatado (derrame intraventricular de un lado y obliteración del agujero de Monro), practicar una punción ventricular; si los dos ventrículos están dilatados (bloqueo del acueducto de Silvio o del IV ventrículo), efectuar punciones bilaterales que pueden ser seguidas de drenaje tubular ventricular permanente (de MARTEL, VALDES-VILLARREAL) o puncionar el cuerpo calloso, según el procedimiento de DESGOUTTES y DENIS. El síndrome del piso posterior (bloqueo en el agujero occipital justificará el trépano suboccipital de Ody.

El síndrome de hipotensión del L. C. R. puede ser primitivo, pero es más a menudo secundario a una hipertensión pasajera, sus signos son frustráneos e inconstantes (vértigo, estado nauseoso, pulso pequeño y rápido, hipotermia), la T. A. es anormal o disminuída, pero, sobre todo, la tensión del L. C. R. inferior a 10 al Claude con ausencia de bloqueo. Es preciso inyectar 30 a 40 c.c. de agua destilada por vía endovenosa, repitiéndolos continuamente, y si es necesario completarlos con 500 c.c. de suero.

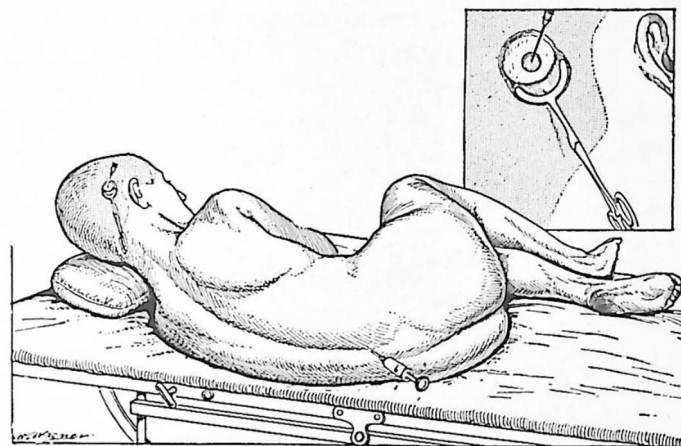
2º FRACTURAS CON HERIDA DE LA PIEL CABELLUDA

El cuadro general es el mismo, en cuanto a las lesiones óseas y cerebrales, que en las fracturas sin heridas de la piel.

La exploración del esqueleto de la bóveda es fácil por la herida y debe ser sistemática, pero practicada de manera rigurosamente aséptica, la cabeza enteramente rasurada. Hay que temer y prevenir la infección.

La herida puede ir desde el orificio puntiforme hasta el arrancamiento amplio. Después de haber rasurado la piel, barnizar ampliamente con tintura de yodo, separar los labios y buscar la lesión huesosa. Podrá ser necesario ensanchar la herida cuando es muy pequeña; después de haber separado los bordes se corta el periostio para buscar una fisura.

Todas las maniobras de exploración deben estar rodeadas, lo repetimos, de la más grande asepsia.



4.—El lavado ventriculoespinal

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

1º Si no existe fisura visible, suturar la piel después de hemostasis y canalización, a menos que signos de localización cerebral no impongan un acto quirúrgico;

2º Si hay lesión huesosa o signos cerebrales localizados, conducirse como en el caso de fractura sin lesión de la piel, pero canalizar siempre y practicar las inyecciones antiinfecciosas.

3º MENINGITIS POSTRAUMÁTICA

En presencia de una *meningitis séptica declarada* (estrep-tocócica frecuentemente) no retardar la inyección de suero específico intrarraquídeo. *Practicar un lavado espinoventricular* (fig. 4), por el cual, gracias a una punción lumbar y a otra ventricular, se inyectarán sucesivamente por la aguja raquídea 150 c.c. de suero fisiológico coloreado con azul de metileno, después 50 c.c. de suero antimicrobiano, diluído en 150 c.c. de suero fisiológico.¹ Acordarse que es útil a veces reanudar el lavado en los días siguientes. Si esta terapéutica es insuficiente, se podrá intentar el drenaje suboccipital solo o asociado al "drenaje forzado de las meninges" de WEED y KUBIE, por inyección intravenosa de suero hipotónico al 4 por 1000.

1. Es preciso, desde luego, marcar el punto de la punción. Está situado 4 cm. arriba y atrás del orificio del conducto auditivo externo. Cortar en seguida alrededor de este punto un colgajo de 2 cm. de diámetro, aproximadamente, de concavidad inferior y, después, habiéndolo bajado, trepanar y puncionar el ventrículo. El líquido inyectado por la aguja raquídea sale por la aguja ventricular. (Soc. Nac. Cirug., París, 27-2-35.)

2. - HEMORRAGIAS DE LOS GRANDES VASOS DEL CUELLO

- 1º Herida amplia.
- 2º Herida puntiforme.

CUADROS CLINICOS

1º HERIDA AMPLIA

Llamados urgentemente cerca de un herido que acaba de recibir una puñalada en el cuello, nos apresuramos, y encontramos a éste tendido en tierra, inmóvil. Una gran capa de sangre mancha el suelo y de su cuello se escapa un chorro de sangre con un ritmo regular.

Con un movimiento instintivo comprimimos ligeramente, con los dedos en gancho, los grandes vasos en la canaladura carotídea sobre el plano vertebral (fig. 5). En otros casos, es la subclavia la que debemos comprimir sobre la primera costilla: realizamos así "la hemostasis provisional". La continuamos si no tenemos a la mano compresas esterilizadas y pinzas, pero en cuanto podamos, se reemplaza la compresión digital por un taponamiento apretado y aproximamos los labios cutáneos con dos pinzas. No poner ciegamente pinzas en la profundidad.

Examen

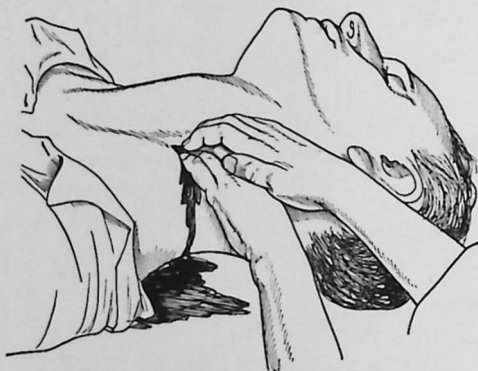
Prestados los cuidados de extrema urgencia y detenida momentáneamente la hemorragia, examinamos al herido.

Su aspecto general es el de un hombre que presenta todos los signos de las grandes hemorragias: inmóvil, exangüe, entreabriendo apenas los ojos, a veces aún en estado sincopal;

sus extremidades están frías, no se queja ni contesta a nuestras preguntas.

Localmente, si sacamos los dedos y el taponamiento, la hemorragia se repite. Es excepcional que al cesar la hemostasis provisional, la herida no sangre más. Si así sucede, no hay que deducir que la hemostasis se ha hecho sola. Generalmente, en este caso, la infiltración de sangre se hace hacia la profundidad. Es preciso buscar entonces el hematoma profundo o el derrame sanguíneo en la cavidad pleural, buscar el ataque del neumogástrico o del simpático, de la tráquea o del esófago.

Sin embargo, no hay que tardarse, porque se debe operar con urgencia.



5.—Compresión digital de las heridas amplias

2º HERIDA PUNTIFORME

El cuerpo vulnerante es una bala, un estilete. La herida es mínima y está situada sobre el trayecto de los grandes vasos. *Existe un hematoma más o menos voluminoso* (fig. 6). Este puede ser enorme y comprimir los órganos nerviosos y aéreos. Puede ser pulsátil. Pero *la hemorragia externa es generalmente mínima*, la sangre que sale de los vasos no puede escurrir al exterior, el orificio cutáneo es demasiado pequeño, un coágulo tapa su luz.¹

1. Algunas veces aunque la herida está situada sobre el trayecto de los grandes vasos, no existe hemorragia. Es peligroso afirmar, desde luego, que no están interesados los grandes vasos. Pensar en las "heridas secas", y en caso de duda no vacilar en explorar la herida.



6.—Hematoma de las heridas puntiformes

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

1º HERIDA AMPLIA

La intervención debe practicarse urgentemente en todos los casos. En tanto que nos preparamos, se tonifica ampliamente al herido (aceite alcanforado, caféina, etc.). Es útil practicar una inyección de suero artificial, o mejor, una *transfusión sanguínea*, pero si esta última no puede efectuarse y el enfermo está absolutamente exangüe, hay que realizar sin tardanza la *ligadura de los cuatro miembros*.

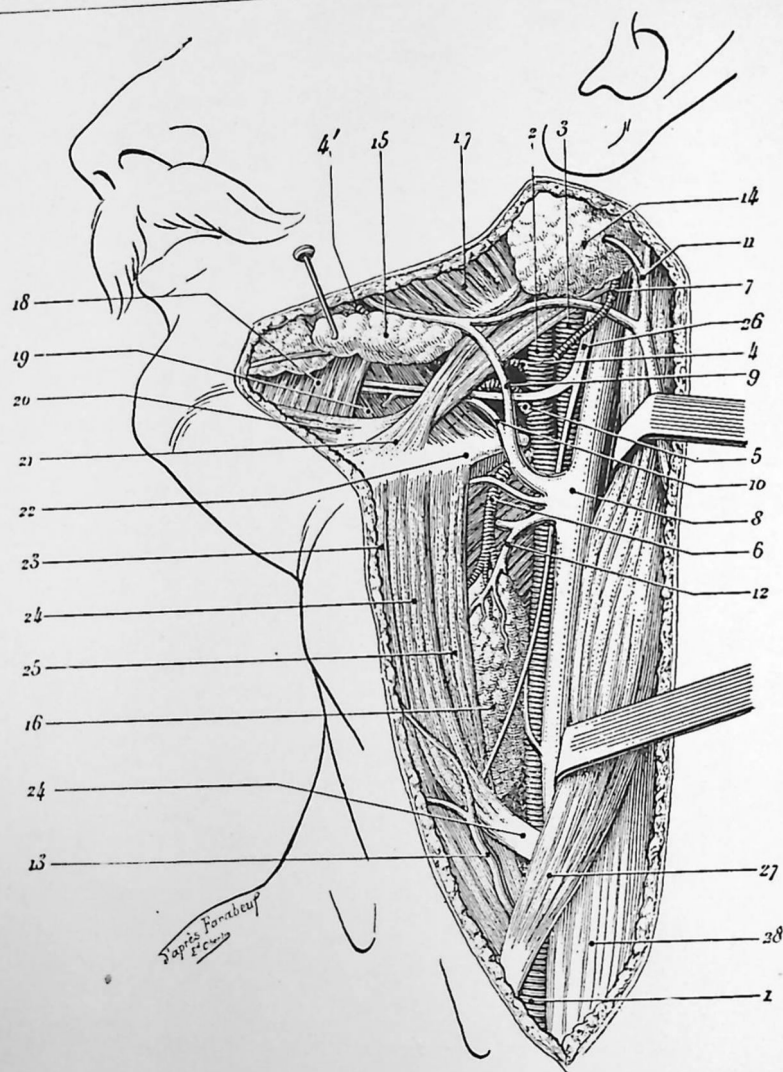
El cirujano va:

1º **A abrirse campo sobre la lesión.**—*a*) Si la herida está situada en la parte media del cuello, es menester practicar una larga incisión al nivel del borde anterior del esternocleidomastoideo; *b*) si la herida es baja, desinsertar el esternocleidomastoideo de la clavícula y seccionar esta última si es necesario; *c*) si la herida es alta, practicar la incisión de Morestin;

2º **Sacar el taponamiento y buscar el sitio exacto de la hemorragia;**

3º **Marcada la herida vascular, el ayudante hace la hemostasis momentánea con el dedo** (*como la pinza puede tomar ciegamente el neumogástrico no debe ser utilizada*). Es a menudo preferible hacer la hemostasis provisional con catgut;

4º **Practicar la hemostasis definitiva.**—Después de haber quitado los coágulos que dificultan la visibilidad, se examina con cuidado el aspecto de la herida vascular y su sitio exacto (fig. 7), a fin de determinar el mejor procedimiento de hemostasis.



7.—Grandes vasos del cuello. Según Farabeuf (en Papin)

1, arteria carótida primitiva.—2, arteria carótida externa.—3, arteria carótida interna.—4, 4', arteria facial.—5, arteria lingual.—6, arteria tiroidea superior.—7, arteria occipital.—8, vena yugular interna y confluencia del tronco tirofacial con sus afluentes 9, 10 y 12.—11, 13, venas yugulares superficiales.—14, parótida.—15, glándula submaxilar.—16, cuerpo tiroideo.—17, masetero.—18, milohioideo.—19, hiogloso.—20, digástrico.—21, estilohioideo.—22, gran cuerno del hueso hioides.—23, 25, músculos infrahioides.—24, omohioideo.—26, nervio gran hipogloso.—27 y 28, esternocleidomastoideo.

a) *Herida de la carótida primitiva.*—Es una forma grave. Se debe tratar de hacer la sutura y no resolverse a la ligadura sino cuando ésta es indispensable. La arteria será ligada en los dos cabos y en la herida. Acordarse que una buena ligadura es preferible a una mediana sutura.

b) *Herida de la carótida interna.*—Es como la precedente, de un pronóstico muy grave. Su ligadura siempre es fatal, y la sutura peligrosa a menudo.

c) *Herida de la carótida externa.*—La ligadura arriba y abajo de la lesión basta generalmente, pero a veces es necesario ligar la carótida externa opuesta.

d) *Vena yugular.*—La sangre que sale es negruzca. Las venas serán ligadas sin inconveniente, pero hay que cuidar de que no quede englobado el neumogástrico en la ligadura. Rara vez es posible la sutura lateral.

e) *La arteria vertebral* será ligada en su nacimiento antes de su entrada al canal vertebral.

f) *La arteria subclavia* será ligada en sus dos cabos.—Es útil en todos los casos buscar la posible hemorragia de sus ramas.

2º HERIDA PUNTIFORME

Aquí hay un hematoma, la hemorragia externa no es muy abundante, el pulso es bueno, la herida no pone en peligro inmediato la vida del enfermo. *Se tiene el derecho de no intervenir desde luego, pero hay que establecer una vigilancia atenta, tomar el pulso, buscar los signos que revelan una compresión. Dos eventualidades:*

PRIMER CASO.—El estado general es bueno y la hemorragia mínima: *expectativa*. Todo se resuelve en un aneurisma arteriovenoso que se operará más tarde.

SEGUNDO CASO.—El estado general se hace malo, existe: **una fuerte hemorragia** que a menudo no se exterioriza, pero que produce fenómenos de compresión (recurrente, neumogástrico, laringe, etc...): *intervenir*. Desbridar, intentar la sutura y, si ésta se hace imposible, practicar la ligadura como en los casos de herida amplia.

3. - CONTUSIONES DEL TORAX

I.—No hay lesión visceral.
a) La contusión simple.
b) Las fracturas (costillas, esternón, clavícula, omoplato).

II.—Lesión visceral.
a) Pleuropulmonar.
b) Cardíaca o vascular.
c) Diafragmática y abdominal.

Se nos trae a un herido en estado de choque intenso, que acaba de sufrir un violento traumatismo en la región torácica

Interrogatorio

Hacer precisar la causa (¿machacamiento?, ¿accidente de auto?, etc...).—Signos pasados (¿hemoptisis?, ¿síncope?).—Atenciones dadas.—Tiempo transcurrido: una hora, aproximadamente.

Una pregunta surge desde luego y que hay que dilucidar sin tardanza: ¿hay o no lesión visceral?

Examen

Examinar con cuidado:

1º *Buscar la existencia posible de una fractura de costilla, del esternón, de la clavícula, del omoplato o de la columna vertebral;*

2º *Palpar y después percutir y auscultar el tórax y el corazón, a fin de darse cuenta de si no existe un neumotórax, un hemotórax, una lesión del corazón o de los grandes vasos;*

3º *Buscar la existencia de un enfisema subcutáneo o mediastínico;*

4º *En los traumatismos bajos, pensar en una lesión diafragmática (hernia del diafragma) y, sobre todo, en una*

lesión visceral abdominal (ruptura del estómago, del intestino, del hígado o del bazo, etc.).

De este examen resulta que puede uno encontrarse en presencia de varias eventualidades:

CUADROS CLINICOS

1º NO HAY LESION VISCERAL

a) **Contusión simple.**—Algunas veces la *contusión es ligera*. Existen, ciertamente, algunas equimosis superficiales, pero el pulso rápidamente se vuelve bastante bueno, la respiración se mejora. No hay signos de fracturas. No hay derrame pleural ni pericárdico. No hay lesión pulmonar, cardiovascular ni abdominal.



8.—Asfixia traumática

Otras veces, la *contusión es más grave*, ha sido acompañada de una intensa compresión. Es un cuadro de *asfixia traumática* (fig. 8). La facies surcada de vetas es de un violeta obscuro con puntos de un rojo vivo; este aspecto se ha detenido en la base del cuello o en la parte superior del tórax; las conjuntivas están inyectadas de sangre.

b) **Las fracturas.**—Las fracturas de costillas, del esternón,

de la clavícula y del omoplato tienen sus signos propios. No nos detendrán. La *fractura de la columna vertebral* será estudiada aparte.

2º HAY LESION VISCERAL

a) **Lesión pleuropulmonar.**—La *equimosis y el hematoma subpleurales* mínimos no dan signos (fig. 9). El *enfisema subcutáneo* (fig. 10) da, a la palpación, una sensación especial de crepitación perceptible desde luego al nivel de la fractura que produce la lesión pleuropulmonar, y extendiéndose después a todo el tórax. El *enfisema mediastínico* (fig. 11) es desde luego perceptible en el hueco supraesternal. Produce disnea súbita y progresiva acompañada de cianosis. El *hemotórax puede ser simple* (fig. 12) o estar asociado con una hemoptisis.

El *hemoneumotórax* se acompaña generalmente de una *hemoptisis* (fig. 13) más o menos abundante. Palpando y percutiendo sistemáticamente las bases comprobamos una abolición clara de las vibraciones vocales, una matidez absoluta situada en una base, con timpanismo superpuesto. A la auscultación: estertores mucosos o gorgóreos al nivel de la desgarradura, y soplo arriba. Este último puede ser ocasionado por una fractura de costilla o por una ruptura traumática del pulmón.

La *hemoptisis sin hemoneumotórax* (fig. 14) se debe a menudo a una ruptura traumática central del pulmón.

b) **Lesión cardíaca y cardiovascular.**—Que se trate de una ruptura traumática o de una herida por un fragmento óseo, pueden presentarse varias eventualidades:

—La *ruptura del corazón* (fig. 15), que da signos de hemorragia interna fulminante y mata desde luego.

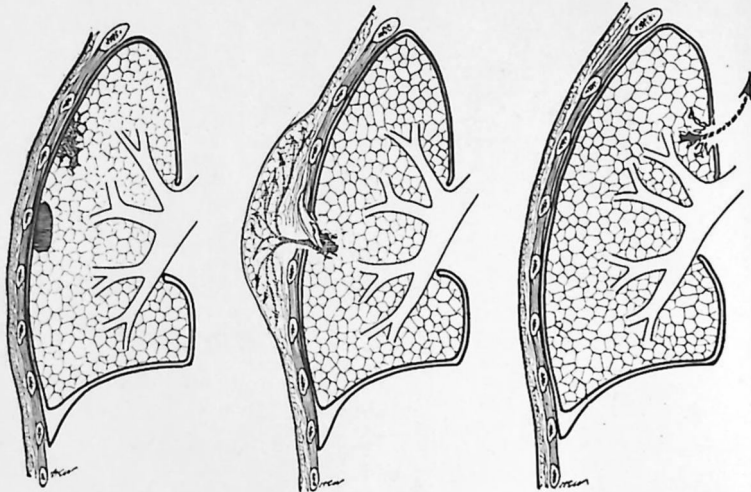
—El *hemopericardio* (fig. 16) (ver heridas del corazón).

—La *ruptura de una válvula o de un tabique* (fig. 17) con sus signos de grave insuficiencia y sus ruidos variados e intensos.

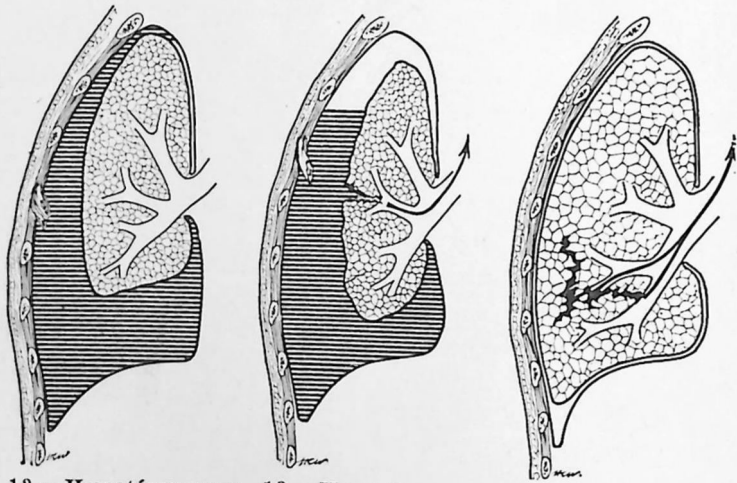
—La *ruptura de la aorta y de la arteria pulmonar o de otros grandes vasos del mediastino* (fig. 18), que traen una muerte instantánea.

—Las *lesiones del diafragma y los trastornos abdominales* (ver: contusiones y heridas del abdomen).

LAS LESIONES DEL PECHO



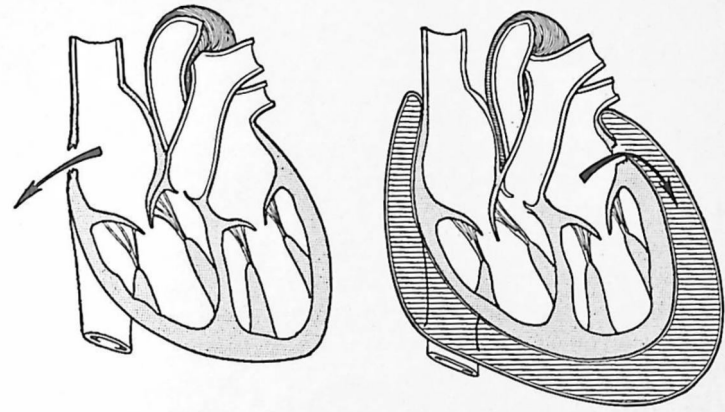
9.—Equimosis y hematoma subpleurales.
 10.—Enfisema subcutáneo.
 11.—Enfisema mediastínico.



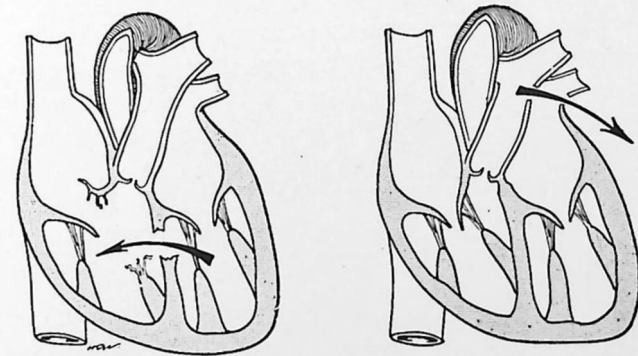
12.—Hemotórax puro (por fractura de costilla sin lesión pulmonar).
 13.—Hemotórax con hemoptisis (desgarradura del pulmón por fractura de costillas).
 14.—Hemoptisis pura (por ruptura traumática del pulmón).

LAS LESIONES PLEUROPULMONARES

LAS LESIONES DEL PECHO



15.—Ruptura de corazón
 16.—Hemopericardio



17.—Ruptura de una válvula o de un tabique
 18.—Ruptura de un grueso vaso

LAS LESIONES CARDIACAS

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

Acordarse que tales enfermos deben dejarse en una inmovilidad tan completa como sea posible y lejos de todo ruido. El tratamiento del choque debe ser instituido sin tardanza.

1º NO HAY LESION VISCERAL

La contusión simple y la asfixia traumática serán tratadas por los tónico-cardíacos habituales asociados a un centigramo de morfina. Se sentará al enfermo y le aprovechará respirar una bolsa de oxígeno.

Las fracturas de costillas, del esternón, del omoplato, de la clavícula, serán inmovilizadas. Las primeras con un vendaje de cuerpo muy apretado, la última en una charpa de Mayor. *La fractura de la columna vertebral* necesita cuidados especiales (ver fracturas de la columna vertebral).

En todos los casos el enfermo debe quedar bajo una vigilancia atenta y constante. **Vigilar la aparición posible de los signos de lesión visceral.**

2º HAY LESION VISCERAL

Si el *enfisema subcutáneo o mediastínico* (fig. 19) llegan a ser importantes, ameritarán una incisión; el primero, en las zonas en que la tumefacción es más pronunciada; el segundo, en el espacio supraesternal, que será seguida de una amplia desbridación. Se instalará una aspiración continua en todos los casos. Si ésta es insuficiente, no debe vacilarse en punccionar la pleura e instalar la aspiración pleural continua. Reposo absoluto, morfina.

El hemoneumotórax será punccionado si se hace sofocante. Es raro que la punción, en caso necesario, permanente, sea insuficiente y que una intervención quirúrgica se imponga.

Las rupturas del corazón y de los grandes vasos traen la muerte en algunos instantes y rara vez son operadas.

Contra el *hemopericardio*, bastan generalmente las punciones (fig. 27).

Las desgarraduras de las válvulas o de los tabiques intracardíacos escapan a nuestra terapéutica.

Las lesiones diafragmáticas acompañadas de desórdenes en las vísceras abdominales requieren la laparotomía inmediata.

4. - HERIDAS DEL TORAX

- 1º Herida no penetrante.
2º Herida penetrante.

Se nos llama con urgencia cerca de un herido que presenta una herida en la región torácica o tóracoabdominal. A menudo se encuentra en estado de choque marcado. Conociendo el extremo peligro de un transporte, buscamos que aun el movimiento más leve esté rodeado de extremadas precauciones.

Interrogatorio

Interrogar sobre todo a los circunstantes, evitando todo esfuerzo inútil al herido. Precisar: agente vulnerante (puñalada, herida de fusil o de revólver).—Tiempo transcurrido después del accidente.—Posición. Distancia.—Síntomas pasados (¿hemoptisis?, ¿vómitos?, ¿síncope?).—Cuidados que se han dado.

Examen y sus resultados

Sangre en mayor o menor cantidad mancha los vestidos. Cortamos éstos con tijeras y surge inmediatamente una cuestión capital: ¿la herida es penetrante o no?

CUADROS CLINICOS

1º LA HERIDA NO ES PENETRANTE

En efecto, no hay signos de lesión visceral, es decir:

1º *No hay signo de lesiones pulmonares,* no hay hemop-

tisis, no hay disnea violenta. La palpación, la percusión y la auscultación no muestran ni derrame sanguíneo, ni neumotórax; 2º *No hay signos de lesión cardíaca* (ver heridas del corazón); 3º *No hay signos de lesión tóracoabdominal* (vómitos, contractura abdominal, etc.)

Aunque la herida no sea penetrante, existe algunas veces una herida bastante amplia, en el fondo de la cual se advierte el plano costal a menudo contaminado con despojos de tierra o de vestidos. Más comúnmente la herida es mínima, sus labios están en contacto. Se trata frecuentemente de una herida en sedal. Se pueden observar *fracturas de costillas y hemorragias intercostales*. (Estas últimas tienen como carácter tener su ritmo de acuerdo con la sístole y no deben ser confundidas con las hemorragias pulmonares, rítmicas con la respiración.)



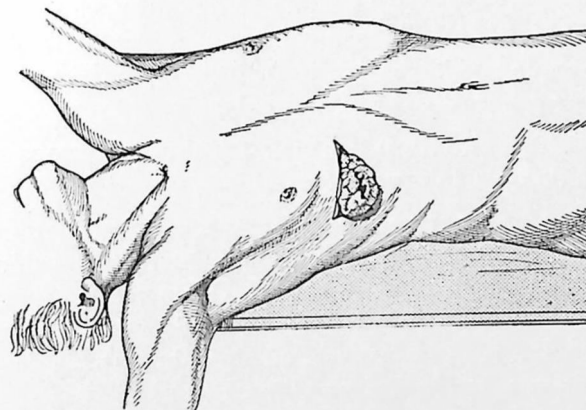
19.—Enfisema mediastínico

Tales son las heridas no penetrantes. A veces, a pesar de un examen muy cuidadoso, una duda puede persistir en nuestra mente. Así debemos imponernos como regla absoluta el seguir vigilando a tales heridos. Volver a su cabecera cada hora o cada media hora, a fin de advertir, desde el principio, un signo que el estado de choque ha podido ocultar parcialmente u otras veces, observar desde su aparición el primer signo de una complicación.

2º LA HERIDA ES PENETRANTE

a) **Herida con tórax cerrado.**—Sin duda la bala o el puñal no han dejado más que una herida mínima cuyos labios están en contacto, pero sin embargo el sitio del orificio de entrada de la bala, la distancia a la cual ha sido disparada, su trayecto, su dirección, la investigación del orificio de salida, nos hacen pensar que deben existir lesiones profundas y a veces aun podemos fijar su sitio. Absteniéndonos de toda exploración con estilete, debemos buscar sistemáticamente los signos de lesión pleuropulmonar, cardíaca, abdominal, que son los únicos capaces de darnos una prueba.

A.—HERIDAS DEL PULMON Y DE LA PLEURA.—Estas pueden realizar uno de los siguientes cuadros: *neumotórax, hemotórax o hemoneumotórax, enfisema mediastínico o subcutáneo, hemoptisis* (ver: contusiones del tórax).



20.—Hernia del pulmón

B.—HERIDAS DEL CORAZON.—Dos grandes cuadros muy difíciles de diferenciar:

—*El hemotórax* = síndrome de hemorragia interna.

—*El hemopericardio* = síndrome de asfixia (ver: Heridas del corazón).

—Es menester añadir la *hemorragia copiosa que trae una muerte instantánea* por herida de un gran vaso del pedículo.

C.—HERIDAS TORACOABDOMINALES.—La herida está situada en los últimos espacios intercostales y su dirección es de arriba a abajo. Tres cuadros:

—*Herida pequeña del diafragma*: sin lesión visceral abdominal.

—*Peritonitis generalizada* por herida de una víscera hueca.

—*Hemorragia intraperitoneal* por herida del hígado, del bazo o de un grueso vaso.

Heridas del esófago, de la aorta, de la vena cava y de los otros órganos del mediastino.

b) **Herida del tórax abierto.**—Aquí es fácil el diagnóstico. Se trata de un accidente grave; herida por fusil, machacamiento, estallido de obús. La lesión es manifiesta, y a menudo asociada a fracturas múltiples de las costillas, a una fractura de la columna vertebral. Se puede tratar de:

A.—**GRAN LESION PLEUROPULMONAR.**—El aire entra y sale ruidosamente de la cavidad pleural: se dice que hay *traumatopnea*. En otros casos, existe una verdadera *hernia del pulmón* (fig. 20). Otras veces, el signo dominante es una *violenta hemorragia pulmonar* (la sangre escurre babeando y con su ritmo marcado por la respiración). A veces existe un *hemotórax* que por regurgitación sale al exterior.

B.—**GRAN LESION DEL CORAZON.**—Tales enfermos sucumben antes de toda intervención.

C.—**GRAN LESION TORACOABDOMINAL.**—Salen algunas veces al exterior *materias o bilis* que han hecho irrupción en el tórax por una herida diafragmática. Otras veces, es una *hernia del intestino a través del diafragma*, siendo aquélla susceptible de estrangularse. A la inversa, puede haber *hernia del pulmón* a través de una *herida diafragmática*. Las vísceras abdominales están perforadas a menudo y dan una gran *hemorragia intra-abdominal* o un cuadro de *peritonitis*.

CONDUCTA QUE DEBE SEGUIRSE

Se debe, en todos los casos, tratar enérgicamente el *choque* y se actúa de diverso modo según el cuadro que se presenta.

1º HERIDA NO PENETRANTE

Desinfección cuidadosa de la herida parietal, limpieza y sutura en todos los casos. Suero antitetánico. Inmovilidad y reposo absoluto. Posición semisentada. Todo movimiento, to-

da palabra, deberán prohibirse. Inyección de 1 cg. de morfina para obtener la calma completa y suprimir el reflejo de la tos.

Se puede tener que tratar una *hemorragia intercostal*:

a) Tratar de poner una pinza hemostática y hacer una ligadura con catgut;

b) si este procedimiento fracasa, practicar un taponamiento a la Desault (fig. 21); si éste es insuficiente, lo que es raro, incidir el periostio en el borde inferior de la costilla y con una aguja curva suturar a la vez el periostio y la arteria.

Una *hemorragia de la mamaria interna* debe suturarse a 1 cm. afuera del esternón.

Las *fracturas de costillas* serán inmovilizadas con un vendaje apretado.

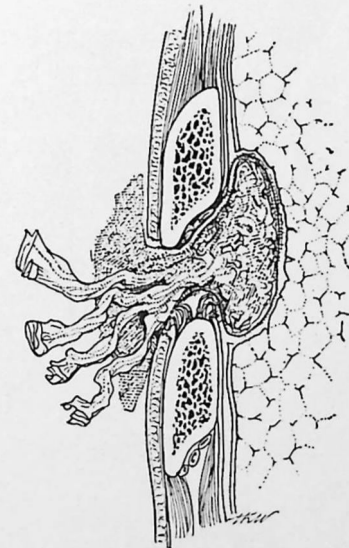
En todos los casos, el herido será vigilado con atención en las horas que siguen.

2º HERIDA PENETRANTE

a) **Herida de tórax cerrado.**

A.—**CASOS BENIGNOS.**—La *hemoptisis*, si existe, es poco abundante generalmente. El *hemotórax* es mínimo. El cirujano, después de limpiar, cierra la herida. Una fractura, *costal o escapular*, requiere la resección de la costilla, en el primer caso, y la esquirlectomía, en el segundo. En todos los casos, poner al herido en reposo más completo y someterlo a una vigilancia estrecha.

B.—**CASOS GRAVES.**—Podemos encontrarnos en presencia de un *gran hemopericardio* o de un *hemotórax* muy abundante,



21.—Taponamiento "a la Desault"

de una *hemoptisis violenta*, de un *neumotórax sofocante* o de un *enfisema grave*; en estos casos hay que obrar inmediatamente. Un *hemopericardio* o un *hemotórax* que, por su abundancia, ocasionan graves desórdenes, deben ser puncionados y parcialmente evacuados. La *hemoptisis* debe tratarse por las terapéuticas ordinarias (emetina, morfina, etc...). El *neumotórax sofocante* debe ser puncionado. El *enfisema subcutáneo*, incidido; es bueno colocar ventosas de aspiración continua. En el caso de *enfisema mediastínico*, se incide en el hueco supraesternal, se disocia el tejido celular hasta la tráquea y se aplican ventosas de aspiración continua (fig. 19).

Una vez practicadas estas maniobras de extrema urgencia, el cirujano se encuentra frente a dos eventualidades; algunas veces, los graves fenómenos del principio han sido solamente pasajeros, han desaparecido o disminuído considerablemente de intensidad. Después de cerrar el tórax, se establece una vigilancia continua del herido, pero hay que abstenerse momentáneamente de ejercer acción directa.

Otras veces, el estado persiste, los pequeños medios han sido insuficientes. Hay que ser sobrio en operaciones; sin embargo, después de la verificación de las terapéuticas ya usadas, es preciso a veces resolverse a intervenir; en particular:

En el caso de *hemoptisis continua y abundante*, practicar una transfusión e intervenir después con anestesia local si la hemoptisis se renueva, cuando el estado del herido lo permite. Practicar una tóracotomía amplia con colgajo en U. Tratar de descubrir el punto que sangra y hacer su ligadura; si aquél no puede ser descubierto, estamos autorizados para practicar un taponamiento.

En el *hemotórax muy abundante*, que da un grave síndrome de hemorragia intensa, puncionar de nuevo y si el líquido retirado por punción se coagula en la jeringa, es que la herida pulmonar sangra aún, siendo preciso intervenir. Tratar de practicar un *neumotórax*, y si es insuficiente o mal tolerado, explorar la pleura y el pulmón para buscar el punto que sangra y que debê ligarse. En casos desesperados, taponamiento.

El *enfisema*, que a pesar de amplias incisiones produce un cuadro de asfixia, puede tratarse eficazmente por una punción de la cavidad pleural.

Las balas y los proyectiles se dejarán en su sitio, a menos que en el momento de la intervención se presenten bajo la mano del cirujano.

Las *heridas del corazón y del pericardio* deben ser operadas (ver: heridas del corazón).

b) Herida de tórax abierto.

A.—SI LA LESION VISCERAL ES MINIMA Y RECIENTE, limpiar la herida parietal, practicar una hemostasis profunda, cuidadosa y después de actuar sobre la lesión huesosa, suturar la herida. Suero antigangrenoso y antitetánico.

B. Si existe una HEMOPTISIS, tratarla como en los casos de tórax cerrado.

C. Si existe una HERNIA DEL PULMON, la conducta a seguir es diferente, según que la herida es reciente o antigua. En el primer caso, se reduce la hernia; en el segundo, estando el pulmón ya esfacelado, se le debe reseca y ligarlo en masa por su base y después volver a cerrar el tórax.

D. Si existe una PERDIDA DE SUBSTANCIA PULMONAR, no intentar el afrontamiento y hacer simplemente la hemostasis.

E. Si existe una HERIDA DEL CORAZON (ver: heridas del corazón).

F. Si existe una herida TORACOABDOMINAL, ésta debe ser tratada de diverso modo, según el cuadro:

—Herida del diafragma: vía torácica y suturar el diafragma.

—Hernia diafragmática: vía torácica o abdominal o mixta. Reducción. Sutura.

—Peritonitis o hemorragia intraperitoneal: vía abdominal. Obrar según la lesión (ver: heridas del abdomen).

5. - HERIDAS DEL CORAZON

- 1º Hemotórax.
- 2º Hemopericardio.
- 3º Hemopericardio con hemotórax.

Nos encontramos en presencia de un herido tendido, pálido, lívido, en estado de choque intenso, portador de una herida en la región del corazón (fig. 22). Algunas veces la lesión es tan importante que el herido muere en algunos segundos (fig. 23). En los casos que nos interesan se puede esperar, por una acción rápida, salvarlo.

Interrogatorio

Circunstancias del accidente o de la herida (¿bala?, ¿puñalada?, etc.).—Tiempo.—Síntomas pasados (¿síncope?, ¿gran hemorragia?, etc.).—Posición.—Dirección del cuerpo contundente.

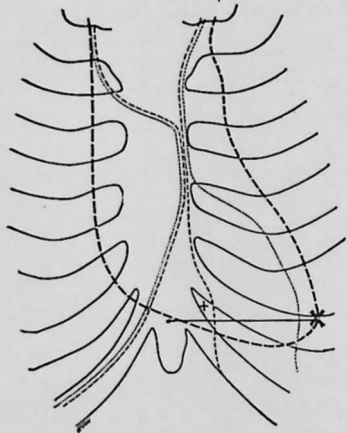
CUADROS CLINICOS

1º HEMOTORAX (fig. 24)

Es un síndrome de gran hemorragia interna debido a la irrupción de la sangre en la gran cavidad pleural. Disnea extrema. Palidez mortal de la cara. Inmovilidad completa del herido. Enfriamiento de las extremidades. Pulso pequeño, rápido e irregular. Matidez de un sector pulmonar con abolición de las vibraciones vocales y del murmullo vesicular. Examinar el orificio de entrada: algunas veces puntiforme, otras amplio. Buscar con precaución el orificio de salida.

2º HEMOPERICARDIO (fig. 25)

Aquí la sangre queda colectada en la cavidad pericardíaca y da rápidamente un **síndrome de asfixia con cianosis de la cara y turgescencia de las yugulares**, angustia extrema. Enfermo algunas veces agitado, que refiere su accidente. *Facies violácea*. Extremidades frías y cianosadas. *Pulso pequeño, irregular, arrítmico* (lo que es un signo muy importante).



22.—Topografía pleuropulmonar

El examen del corazón muestra la abolición del choque de la punta, el aumento de la zona de matidez cardíaca y la opacidad de los ruidos con algunos ruidos sobreañadidos, anormales (ruido de molino, de noria).

El examen radioscópico, si las condiciones nos permiten practicarlo sin retardo en el lecho del enfermo, muestra un ensanchamiento y una inmovilidad del área cardíaca, lo que constituye tal vez el mejor signo de hemopericardio, porque en realidad los dos cuadros de hemotórax y de hemopericardio rara vez son bien distinguibles.

3º HEMOPERICARDIO CON HEMOTORAX (fig. 26)

Es una eventualidad bastante frecuente.

Señalemos también la posibilidad de las heridas secas del corazón.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

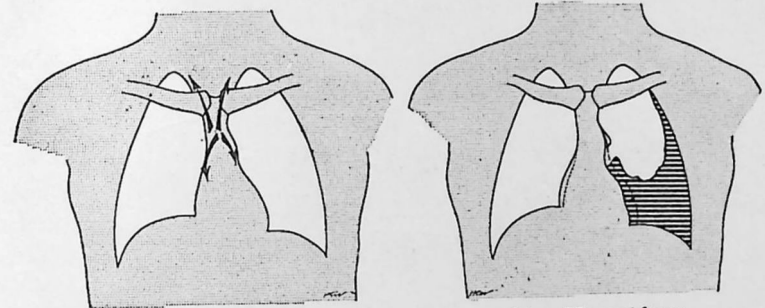
Toda herida del corazón debe ser operada con extrema urgencia.

Un hemotórax, un hemopericardio sofocante, pueden constituirse tan rápidamente que hay que vaciarlos sobre la marcha por punción, antes de cualquier otro acto quirúrgico (fig. 27). Es útil, a menudo, practicar desde luego una transfusión sanguínea. De todas maneras, donador e instrumentos deben prepararse sistemáticamente.

Cuál debe ser, por regla general, la línea de conducta:

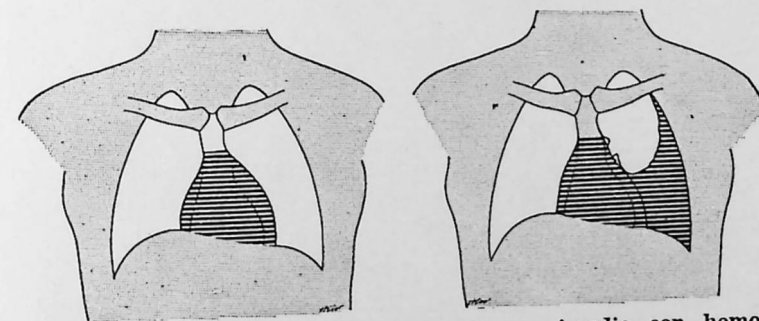
1º Si el diagnóstico es incierto, el cirujano puede explorar metódicamente el trayecto. Resecando la costilla que estorba, llega hasta el pericardio, haciendo en él con pruden-

HERIDAS DEL CORAZON



23.—Muerte inmediata por gran lesión del corazón o de los grandes vasos.

24.—Hemotórax

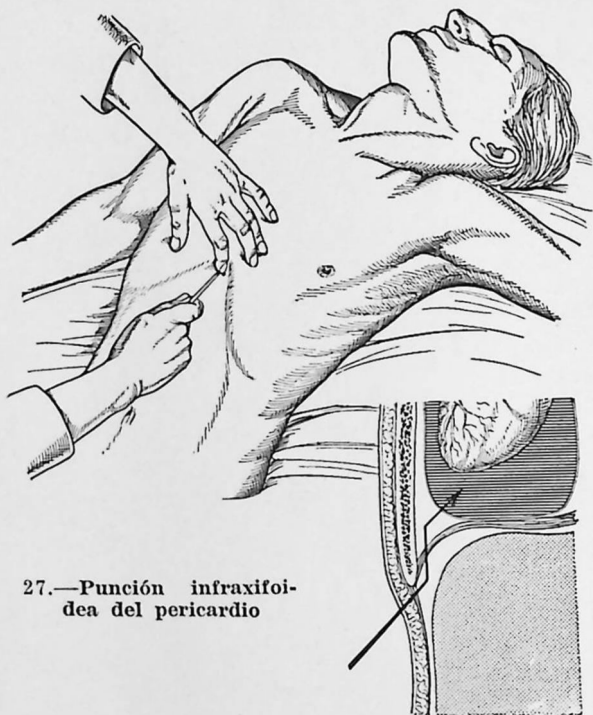


25.—Hemopericardio

26.—Hemopericardio con hemotórax

cia una incisión; si no contiene sangre, lo vuelve a cerrar; si por el contrario, está lleno, coloca sobre él una pinza y corta inmediatamente un gran plastrón torácico.

2º Si el diagnóstico es seguro, realizar desde luego una vía de acceso amplia y practicar la cardiografía. Diseccionar un plastrón de bisagra externa, cortando el tercero, cuarto y quinto cartílagos izquierdos al ras del esternón; después levantar el plastrón y seccionar a algunos centímetros del



27.—Punción infraxifoi-
dea del pericardio

esternón estas tres costillas (procedimiento de FONTAN). Rechazar la pleura y si no existe ya un neumotórax traumático, evitar su producción en las maniobras del despegamiento. Algunos autores prefieren una tóractomía (tóractomía transversal de WILMS, procedimiento de MIGINIAC), o practicar otros plastrones distintos del de FONTAN (colgajo de MARION, de GIORDANO); en la mujer y en el niño se practica algunas veces la tóracolaparotomía de DUVAL, y BARNSBY. De cualquier modo, al llegar al pericardio se agranda su incisión y se practica la sutura del corazón: cardiografía.

Hay que acordarse que frecuentemente la herida pro-

dujo transfixión y es necesario buscar la lesión de la cara posterior del corazón y suturarla. Los proyectiles intracardíacos se quitarán si su ablación es fácil y no peligrosa; se dejarán, en el caso contrario, porque el corazón tiene para ellos una tolerancia notable.

En el caso de *aguja o florete implantados en el corazón*, no retirar ciegamente el cuerpo extraño, sino extraerlo a cielo abierto cuando se ha empuñado ya el corazón en la mano.

Suturar siempre el pericardio y suturarlo sin canalización. Si la pleura precardiaca está interesada, suturarla. Si la sutura es imposible, dejar la brecha, pero cerrar, sin embargo, y en todos los casos, la herida cutánea, sin canalización.

Si la transfusión sanguínea no ha podido hacerse antes de acabar la operación, practicarla sin retardo, y cuando ha sido ya practicada, puede ser útil renovarla.

6. - DILATACION AGUDA DEL ESTOMAGO

- 1º Dilatación aguda postoperatoria.
- 2º Dilatación aguda no postoperatoria.
 - a) Postraumática.
 - b) De origen médico.
 - c) Primitiva.

CUADROS CLINICOS

1º DILATACION AGUDA POSTOPERATORIA

Se nos llama con urgencia a una sala de cirugía donde se encuentra una mujer operada la víspera. La enferma nos dice que acaba de ser atacada de vómitos, en tanto que hasta entonces las consecuencias operatorias parecían ser excelentes.

La enferma está semisentada, las enfermeras tienen una cubeta bajo su boca; *vomita abundantemente*. Estos vómitos están constituidos por *líquido claro un poco verdoso*. Se hacen *sin esfuerzo y casi sin interrupción y predominan en el cuadro*. El dolor no es muy marcado.

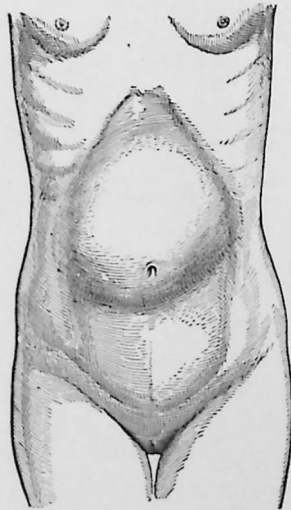
A la inspección nos llama la atención la facies de la enferma: los ojos están exorbitados, la palabra anhelante y casi imposible, la ansiedad enorme. La descubrimos y comprobamos un *abultamiento considerable situado en la región epigástrica* (fig. 28). Existe un enorme abovedamiento a este nivel, que dibuja a veces la forma del estómago, pero el examen a plena luz no denuncia contracciones. Los flancos no participan en este proceso. Por palpación, se advierte una tensión considerable de la región (comparación clásica con un balón de foot-ball inflado rápidamente). El resto del vientre está perfectamente suave, sin contractura ni vientre de madera. La percusión denuncia timpanismo, y la succusión,

el chapoteo. La temperatura es normal, pero el pulso filiforme, hipotenso más que realmente acelerado. Señalemos, también, que la sed es intensa, que hay oliguria y pocas o ningunas evacuaciones, ni gases.

El diagnóstico es a veces difícil. Es preciso desde luego reconocer la dilatación y no considerar este cuadro en el de los vómitos debidos a la anestesia; en fin, no hay que confundirlo tampoco con una hemorragia postoperatoria, con la peritonitis, el círculo vicioso (posible en un enfermo operado de gastroenterostomía), y pensar, sobre todo, en los accidentes oclusivos postoperatorios tan frecuentes, de causa compleja y para los cuales el suero hipertónico da resultados maravillosos.

2º DILATACIONES AGUDAS NO POSTOPERATORIAS

El cuadro es exactamente el mismo que en la forma antes descrita. Los vómitos, el abultamiento, la ansiedad del rostro son marcados. La dilatación puede sobrevenir en varias ocasiones.



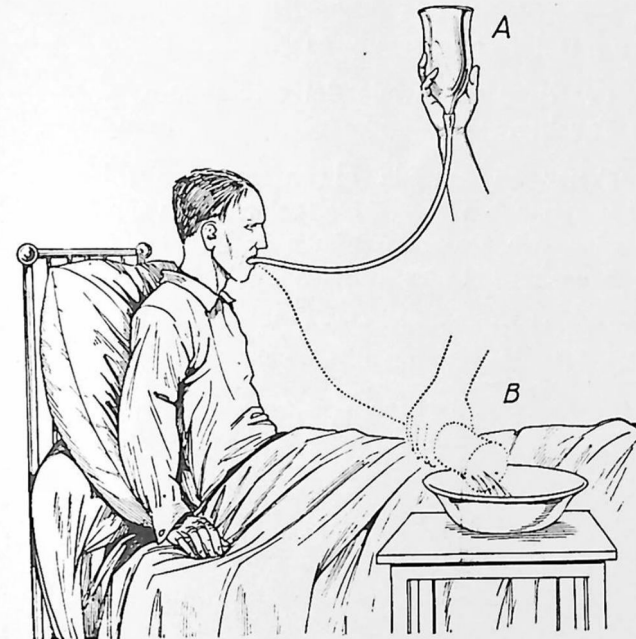
28.—Deformación del abdomen en la dilatación aguda del estómago.

a) **Dilatación postraumática.**—Se trata de un herido que ha recibido un golpe violento en la región epigástrica.

Se piensa, frecuentemente, en la perforación de una víscera hueca; sin embargo, no existe vientre leñoso. Se opera algunas veces por error a tales enfermos y no es sino hasta efectuada la intervención cuando se advierte que el estómago es enorme y que no hay líquido en el vientre. A veces, se tiene la suerte de percibir un hematoma de la región celíaca, causa de la gastroplegia.

b) **Dilataciones de origen médico.**—Se trata de un urémico, de un asistólico, de un gran quemado, en el cual se constituye este cuadro.

c) **Dilataciones primitivas.**—Aquí es un enfermo que acaba de hacer una buena comida y en el que aparece la di-



29.—Lavado del estómago



30.—Posición ventral después del lavado del estómago

latación. Es preciso pensar en la posibilidad de una dilatación, pero debemos confesar que a menudo tal diagnóstico no se hace.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

En presencia de una dilatación aguda del estómago, la conducta que hay que seguir es siempre la misma:

1º Practicar un lavado del estómago (fig. 29) con el tubo de Faucher.

2º Poner en seguida al enfermo en posición genupectoral o aun sobre el vientre, colocando varias almohadas bajo el epigastrio. Dejando el tubo de Faucher en el estómago, la evacuación del aire se hace fácilmente (fig. 30).

3º Inyecciones intravenosas de suero salado hipertónico al 20% (dos inyecciones diarias de 10 c.c. cada una).

4º Sostener activamente al corazón.

El urémico, el asistólico, reclaman terapéuticas especiales.

Vigilar la reincidencia de tal cuadro y dejar al enfermo sobre el vientre durante uno o dos días.

7. - CONTUSIONES DEL ABDOMEN

- 1º El estado de choque.
2º La gran hemorragia interna.
3º La ruptura de una víscera hueca.

CUADROS CLINICOS**1º EL ESTADO DE CHOQUE**

Se nos llama cerca de un herido que acaba de recibir, hace *una hora aproximadamente*, un traumatismo abdominal.

Interrogatorio

Hacer precisar la causa (¿patada de caballo?, ¿rueda de carro?, ¿trucks?).—Los signos pasados (¿síncope?, ¿vómito?, ¿orina ensangrentada?).—Sitio del traumatismo (¿medio?, ¿lateral?).—Existencia de un plano rígido posterior (patada, estando el enfermo apoyado contra un muro).—La hora de la última comida, de la última micción.

Examen

Estado de choque grave (palidez intensa, voz apagada, etc...). Investigar sistemáticamente los signos de lesión visceral. En un herido visto inmediatamente después del accidente, es casi imposible precisar si hay o no lesión visceral. Los vómitos inmediatos son raros, su valor no es absoluto. El examen del vientre a plena luz (fig. 35) es más interesante. En efecto, un vientre que no se mueve con la respiración, habla en favor de una lesión visceral. Pero, sobre todo, es necesario saber muy bien que una contractura generalizada debe hacer formular el diagnóstico de desgarradura de víscera hueca e

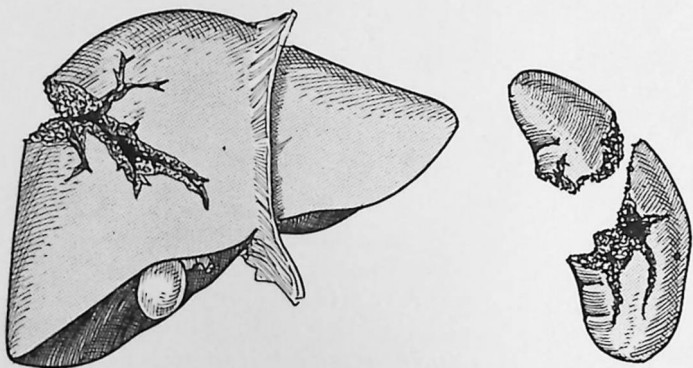
imponer la intervención. Sin embargo, si la contractura es localizada no es posible afirmarlo desde luego.

Tomar el pulso, que siempre es rápido, y pensar en la posibilidad de ruptura vascular; no confundir, por otra parte, choque y hemorragia interna. Hacer orinar al enfermo delante del que explora.

Si se hace el diagnóstico de lesión visceral, la intervención se impone desde luego, y aun si se piensa que no existe, hay que *tener al enfermo en observación*, a fin de seguir la evolución del cuadro.

VIGILANCIA Y CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

Poner al herido con la cabeza baja, recalentarlo y tratar energicamente el choque. *Volver a verlo cada media hora y tomar en cada vez su pulso, su tensión arterial y examinar su abdomen.* ¿El abdomen se mueve siempre con la respiración? ¿Permanece suave? ¿Cómo está, si existía la ligera contractura del principio? ¿Desaparece o se extiende? ¿No hay aparición de vómitos? ¿Hay expulsión de gases, de materias fecales, de orina?



31.—Ruptura traumática del hígado

32.—Ruptura traumática del bazo

Estas investigaciones demuestran que hay tres eventualidades posibles:

- a) El herido ha presentado solamente una contusión

parietal sin lesión visceral.—En efecto, bajo la influencia del tratamiento del choque, la facies se ha recolorido, el pulso se ha hecho regular, el enfermo acaba de orinar, puede haber emitido gases. El vientre está suave.

b) El síndrome de hemorragia interna se constituye.—La temperatura baja más y más, el pulso se hace inconstante, la tensión arterial descende. La palidez de la cara se acentúa, la sed es intensa, el enfermo está agitado, tiene zumbidos de oídos: el hígado, el bazo, el riñón o un vaso están rotos. Es preciso operar con urgencia.

c) Se constituye un síndrome de perforación de víscera hueca.—a) *La lesión está situada en el tubo digestivo.* En efecto, el enfermo vomita, no hay emisión de heces ni de gases por el ano. El dolor se difunde a todo el abdomen, que se hace inmóvil a la respiración. A la palpación toma una dureza de madera. A la percusión la matidez hepática ha desaparecido.—b) *La lesión puede interesar la vejiga y la ruptura es intra o subperitoneal.* El enfermo no orina y el cateterismo da una orina sangrienta. *Cualquiera que sea la víscera interesada hay que intervenir sin tardanza.*

2º LA GRAN HEMORRAGIA INTERNA

CUADRO CLINICO

El accidente data de *dos o tres horas*, el herido está exangüe, el pulso inconstante, la tensión arterial muy baja. Zumbidos de oídos, agitación, sed viva, tendencia al síncope. Hay ruptura de una víscera llena o de un grueso tronco vascular.

Es preciso tratar de precisar el sitio de la hemorragia.—Puede ser el hígado (fig. 31). El traumatismo ha afectado la región del hipocondrio derecho. El dolor irradia hacia el hombro derecho. Matidez en la fosa ilíaca. Pulso retardado, a menudo.

Otras veces se trata del bazo (fig. 32). El traumatismo se ha verificado en el hipocondrio izquierdo.

El riñón puede estar afectado. El traumatismo ha sido lumbar, ha habido hematuria en el momento del accidente, actualmente retención. Hematuria lumbar precoz.

Otras veces es una *hemorragia de un vaso grueso.*

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

Un cuadro de gran hemorragia interna requiere la intervención quirúrgica inmediata.

Verificar el estado del hígado, del bazo, de las arterias mesentéricas, renales, esplénicas, etc...

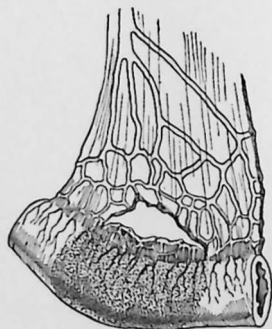
Si existe una *ruptura del hígado*, suturarla en masa con catgut grueso, tomando el parénquima. A veces se necesita un taponamiento. En el caso de *ruptura del riñón* (ver: contusión del riñón).

Si el *bazo* está roto, se puede intentar la sutura, pero generalmente hay que resolverse a la esplenectomía. *Las arterias epiploicas* serán ligadas, pero es necesario, a menudo, practicar una resección del epiplón. *Las arterias mesentéricas* serán ligadas, pero su ligadura trae algunas veces la resección del asa que irrigan.

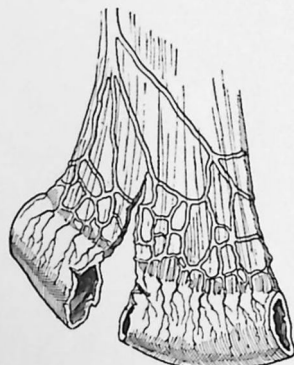
Una transfusión sanguínea es, a menudo, necesaria.

3º RUPTURA DE UNA VISCERA HUECA**CUADRO CLINICO**

Si el herido es traído inmediatamente después del traumatismo, es difícil, como hemos visto, afirmar el diagnóstico.



33.—Desinserción del mesenterio



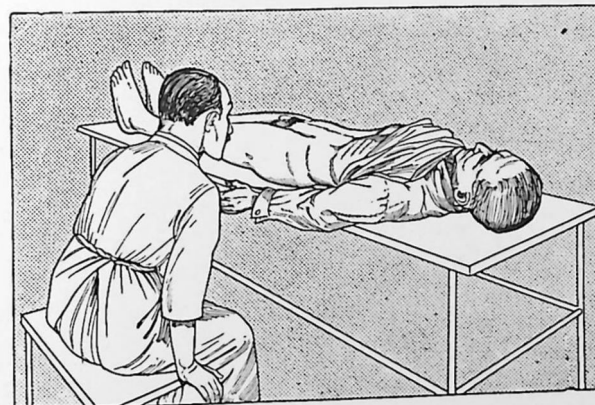
34.—Ruptura traumática del intestino delgado

Pero cuando el accidente data de dos a seis horas, los ojos están sin brillo, la facies plomiza, el vientre inmóvil a la respiración; a la palpación, tiene una dureza de madera. La contractura

generalizada es característica y suficiente para formular el diagnóstico de ruptura intestinal. Además, el dolor se ha difundido, hay vómitos, la detención de materias y gases es completa. Se puede afirmar que hay *ruptura del tubo digestivo* (fig. 34). Las bellas imágenes dadas por la radiografía de frente y de perfil, sin preparación, no son, en general, indispensables para establecer el diagnóstico. Es preciso intervenir sin tardanza.

Algunas veces la *vejiga* está interesada, el traumatismo ha sido bajo, no ha habido micción después del accidente y no hay globo vesical, pero sí una matidez en los flancos con desalojamiento, según la posición. Es preciso sondear prudentemente. La sonda penetra con facilidad hasta la vejiga y retira la orina sangrienta. Después, hundiéndola más, la evacuación de orina ensangrentada se detiene. Una vez que la orina ha acabado de salir, poner al enfermo de pie, la evacuación vuelve. Debe hacerse el diagnóstico de *ruptura intraperitoneal* de la vejiga (fig. 38) y operar.

Otras veces el sondeo muestra orina con sangre, pero en la región suprapúbica existe un empastamiento triangular de vértice en el ombligo. Es el signo de una *ruptura subperitoneal* (fig. 39) que se debe operar.



35.—El examen a plena luz de la respiración abdominal

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

La ruptura de una víscera hueca requiere la intervención inmediata. En caso de duda, vale más operar sin tardanza.

Laparotomía siempre media (supraumbilical o subumbilical, según el sitio del traumatismo). Exploración cuidadosa y metódica. Desde que se abre el vientre, el contenido del líquido colectado en el abdomen, orienta el diagnóstico (bilis, alimentos, orina, etc.). En caso de duda, vaciar el intestino sobre un lecho de compresas calientes embebidas en suero. Las lesiones pueden ser múltiples. Suturar el intestino o resecarlo si la lesión es importante. El ano artificial es preferible a la resección si el estado general es malo. Las heridas de la vejiga se suturarán en tres planos. El epiplón desgarrado se resecará. En fin, las peritonitis serán siempre canalizadas, poniendo hielo sobre el abdomen. Poner al operado en posición de Fowler.

8. - HERIDAS DEL ABDOMEN

- 1° El estado de choque.
- 2° Con gran hemorragia interna.
- 3° Ruptura de una viscera hueca.
- 4° Hay salida de vísceras.

CUADROS CLINICOS

1° EL ESTADO DE CHOQUE

Se nos trae urgentemente a un herido que presenta desde *hace una hora* una herida en la región abdominal.

Interrogatorio

Tiempo transcurrido (menos de dos horas).—Causa (¿cuchillo?, ¿bayoneta?, ¿bala de revólver?, ¿cornada?).—Profundidad a la que el cuerpo vulnerante ha penetrado.—Distancia a la que se ha hecho el disparo.—La posición del enfermo.—La hora de la última comida.—Síntomas pasados (¿hematemesis?, ¿vómitos?, ¿orina ensangrentada?).—Atenciones ya prestadas.—Acordarse que una herida penetrante de tórax, de la nalga o del perineo puede originar lesiones abdominales (figs. 36 y 37).

Examen

Estado de choque (palidez, respiración débil...).

Investigar sistemáticamente si la herida es o no penetrante.

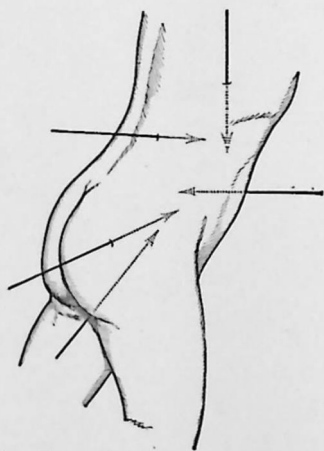
Examinar el orificio de entrada y buscar el de salida, si se trata de una bala. Si no salen materias alimenticias,

bilis u orina por el orificio, lo que sería signo de una lesión visceral. El orificio es pequeño, pero es difícil decir si el peritoneo está o no interesado. La desbridación sistemática es inútil e ilusoria. El *herido no vomita, su vientre es suave y respira normalmente* (una ligera contractura localizada alrededor de los orificios no permite hacer desde luego el diagnóstico de lesión visceral, pero debe hacernos redoblar la vigilancia). Orina. Su pulso, aunque un poco rápido, es bueno.

La herida parece, pues, no ser penetrante; sin embargo, en todos los casos hay que guardar al herido bajo una vigilancia atenta y prolongada.

Vigilancia

Volviendo cada media hora, observar los orificios a fin de advertir la salida eventual de gases, orina, heces, alimentos, verificar la consistencia del vientre y cuidar de la aparición de vómitos: tomar el pulso y la tensión arterial.



36.—Las vías de penetración de las heridas del abdomen

Tres eventualidades son posibles:

a) La herida no era penetrante.—Los vómitos no aparecen y el vientre respira perfectamente. Bajo la influencia del tratamiento anti-choque la facies se colora, el pulso se hace regular. El enfermo orina.

b) Un síndrome de hemorragia interna se constituye.—En este enfermo que al principio parecía simplemente

en estado de choque, se constituye poco a poco este síndrome. Es preciso operar de urgencia.

c) Un síndrome de perforación de una víscera hueca se constituye.—Si se trata del intestino, el vientre respira cada vez menos, la contractura aumenta, los vómitos aparecen. Es raro que gases y alimentos sean evacuados por los orificios

de la herida. En la duda, se puede contemporar una hora aproximadamente, pero si al cabo de este tiempo la contractura no ha retrocedido y los vómitos persisten, es preciso, sin vacilación, practicar la laparotomía. Otras veces es una *ruptura de la vejiga* intra o subperitoneal la que llama nuestra atención (ver: contusiones del abdomen). La intervención inmediata se impone en todos los casos.

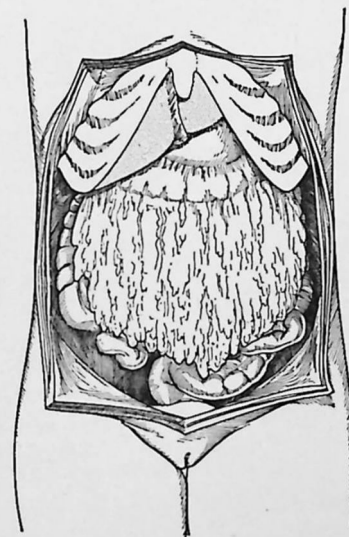
2º EL SINDROME DE GRAN HEMORRAGIA INTERNA

El herido llega exangüe, facies pálida, pulso inconstante, sed viva, etc. El trayecto del cuerpo vulnerante corresponde o no a un grueso vaso. Puede salir sangre por los orificios: hígado, riñón, bazo o gruesos vasos han sido atacados.

La intervención debe efectuarse urgentemente y hacerse desde luego una transfusión.

3º LA RUPTURA DE UNA VISCERA HUECA

Si nos traen al herido dos horas después del accidente, no se puede aún, como hemos visto, afirmar el diagnóstico de ruptura de una víscera hueca, sino cuando salen por la herida bilis o materias alimenticias o fecales, orina o que un asa perforada sale al exterior (eventualidad rara). Igualmente, una contractura generalizada inmediata debe llevarnos al diagnóstico de lesión visceral, pero es rara. La contractura localizada y los vómitos no pueden permitir afirmar antes de las dos horas que siguen al accidente, si hay lesión visceral. Tales enfermos deben quedar sujetos a una vigilancia atenta y continua; pero si el herido viene dos o tres horas después del accidente, el cuadro es enteramente preciso.



37.—Topografía del contenido de la cavidad abdominal

A.—LA PERFORACION DEL TUBO DIGESTIVO está marcada por la constitución de un cuadro de *peritonitis generalizada*, suficientemente claro. Debe tratarse de hacer el diagnóstico sin vacilación y sin retardo. Existen vómitos, detención de materias y gases, un dolor difuso, una contractura abdominal generalizada y la desaparición de la matidez prehepática acompañados de un pulso rápido y filiforme. El vientre es duro "como madera". No respira, es doloroso. La facies es plomiza. No se debe esperar a que este cuadro se constituya para intervenir. En la duda, la laparotomía exploradora está indicada.

B —LA HERIDA DE LA VEJIGA se acompaña de retención de orina. La desgarradura puede ser intraperitoneal o subperitoneal (figs. 38 y 39) (ver: contusiones del abdomen). Es preciso intervenir por vía hipogástrica.

4º CUANDO HAY SALIDA DE VISCERAS

Interrogatorio

Cornada, explosión de caldera o de obús, atentado, etc.

Examen

Choque intenso.—El estómago, una parte del intestino delgado, otras veces del grueso, salen por la vasta brecha y están extendidos sobre la piel. Puede haber hemorragias coexistentes.

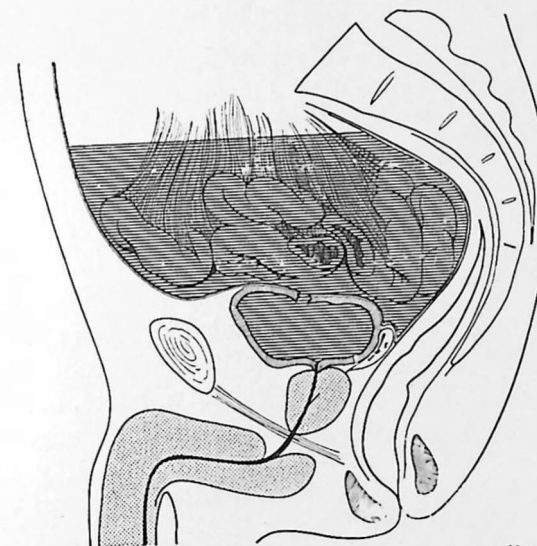
Buscar las lesiones de los órganos salidos y las de los contenidos en la cavidad abdominal. De todas maneras es necesario intervenir quirúrgicamente con urgencia.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

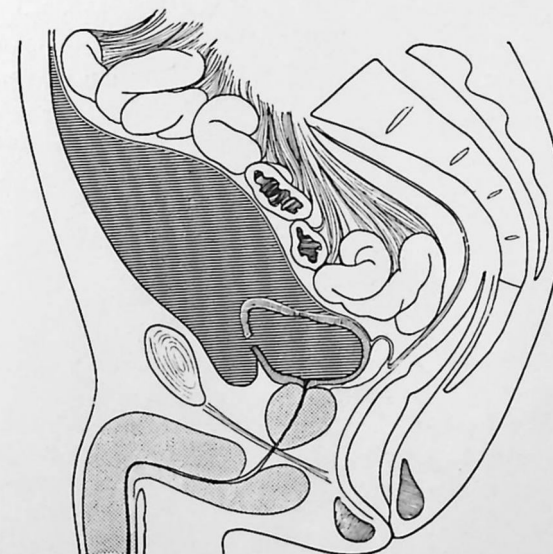
1º EL ESTADO DE CHOQUE

Después de tratar el choque, si la herida es regular: aproximar con una crin parcialmente anudada, pero no cerrar completamente. Si la herida parece contaminada: limpieza y sutura parcial sobre un haz de crines.

En todos los casos: vigilancia atenta del herido, nuevo examen cada media hora y suero antitetánico.



38.—Abertura intraperitoneal de la vejiga



39.—Abertura subperitoneal de la vejiga

2º LA PERFORACION DE VISCERA HUECA Y LA HEMORRAGIA INTERNA

Practicar siempre la intervención inmediata.—Es generalmente imposible tener una luz suficiente agrandando el orificio de entrada. Vale más, después de la limpieza, suturarlo sobre un hacecillo de crines y utilizar las incisiones clásicas, según la víscera que se supone afectada. (Media supraumbilical o subumbilical, algunas veces sub y supraumbilical o aun la tóracofrenolaparotomía, si la herida es tóracoabdominal.)

Explorar sistemáticamente todas las vísceras abdominales, porque la herida visceral puede no estar en contacto con el orificio de entrada, y las lesiones, por otra parte, son generalmente múltiples. Conducirse de modo distinto, según la víscera interesada (ver: contusiones del abdomen), y acordarse que las vísceras torácicas pueden estar interesadas, así como los órganos de la región glútea o los de la pequeña pelvis.

3º CUANDO HAY SALIDA DE VISCERAS

Examinar atentamente los órganos que salen al exterior. Quitar los fragmentos de paja y de vestidos que están adheridos a ellos. Lavar todo con suero antigangrenoso diluído. Resecar el epiplón exteriorizado y practicar las ligaduras necesarias. Investigar con cuidado las lesiones viscerales profundas. Si, lo que es frecuente, la brecha no permite un examen visceral completo, vale más suturar tal brecha y practicando una laparotomía clásica examinar su estado por una abertura amplia y conveniente. Habiendo practicado las intervenciones necesarias, suturar y canalizar. Si el asa está cubierta de falsas membranas, es preciso dejarla en el exterior. Canalizar siempre; hielo sobre el vientre, suero antitetánico y antigangrenoso. Posición de Fowler.

9. - APENDICITIS

- 1º La crisis de apendicitis aguda.
- 2º La apendicitis con periapendicitis.
 - a) No supurada.
 - b) Supurada.
- 3º La peritonitis generalizada.
- 4º Las otras formas (retrocecal, pélvica, subhepática, del niño, del viejo).

CUADROS CLINICOS

1º LA CRISIS DE APENDICITIS AGUDA (fig. 40)

Se nos llama cerca de un enfermo que, en un tiempo comprendido entre tres y doce horas aproximadamente, se queja de la fosa ilíaca derecha y vomita.

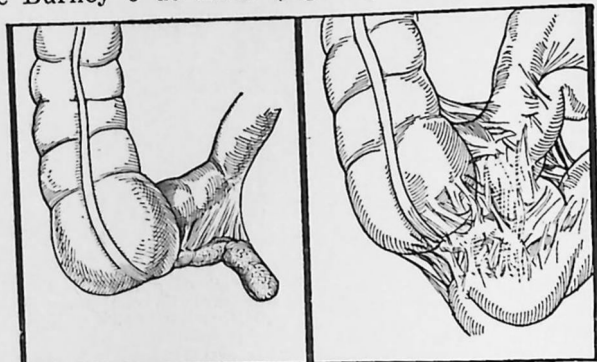
Interrogatorio

El principio se ha marcado por un dolor súbito sin causa apreciable, acompañado de vómitos y que está situado a menudo en la fosa ilíaca derecha, otras veces más alto. Acaso existían algunos trastornos intestinales desde hacía algunos días. Acaso crisis semejantes consideradas o no "apendicitis" se habían producido.

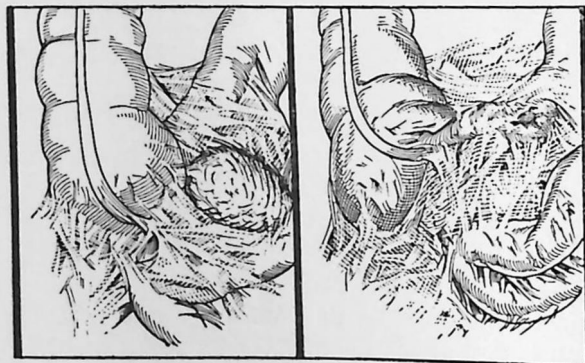
Examen

El enfermo está acostado, la facies ligeramente angustiada. El dolor es más claramente apendicular que al principio. Vomita y no ha emitido gases desde el comienzo de la crisis. El examen sistemático muestra que a la inspección el vientre no está abultado, pero a plena luz se advierte que la fosa ilíaca respira mal. La palpación, iniciada en la fosa ilíaca izquierda,

se aproxima poco a poco a la región apendicular (fig. 45). Es suave y practicada a plano y con ambas manos. Comprobamos que el máximo del dolor está situado en los puntos de Mac Burney o de Lanz (fig. 46). La pared a este nivel



40.—Apendicitis limitada 41.—Apendicitis con peria-
pendicitis no supura-
da.



42.—Apendicitis con peria-
pendicitis supurada 43.—Peritonitis generaliza-
da, por perforación
apendicular.

no se deja deprimir. Existe generalmente una hiperestesia cutánea manifiesta. El tacto rectal, en el hombre, y vaginal en la mujer, son sistemáticamente practicados, así como la auscultación pulmonar, que muestra los pulmones indemnes. El pulso está acelerado, la temperatura a 38.5-39 grados, excepcionalmente más.

Delante de tal cuadro se debe formular el diagnóstico de crisis de apendicitis aguda. Sólo se tiene el derecho de

vacilar cuando aquél es incompleto o modificado. Se puede pensar entonces en un cólico nefrítico, hepático o salpingiano, rara vez en un embarazo gástrico. La crisis de apendicitis requiere la intervención inmediata. Los casos en que se duda deben ser operados.

2º LA APENDICITIS CON PERIAPENDICITIS

a) **Periapendicitis no supurada** (fig. 41).—Enfermo traído al quinto o sexto día de la crisis. Los dolores son menos violentos que al principio, la fiebre ha bajado ligeramente. Hay emisión de gases, no hay vómitos.

Examen

El vientre se mueve bien con la respiración. Se defiende ligeramente en la fosa ilíaca, y se siente fácilmente a este nivel una masa dura, mal limitada y dolorosa.

b) **Periapendicitis supurada** (fig. 42).—Enfermo que se queja de la fosa ilíaca derecha, desde hace tres a siete días, con vómitos, detención completa o incompleta de las materias y de los gases desde el principio.

Examen.—La inspección muestra un ligero abovedamiento en la fosa ilíaca derecha y una inmovilidad total de la respiración a este nivel. A la palpación hay una masa dolorosa y reblandecida y que da la sensación de *cartón mojado*. El tacto vaginal o rectal puede denunciar la masa en la extremidad del dedo. Hay absceso.

La temperatura queda elevada a 39-39,5, el pulso a 100-110, el estado general es malo.

Se puede vacilar entre un flegmón del ligamento ancho, o un absceso pericecal asociado a un cáncer del ciego.

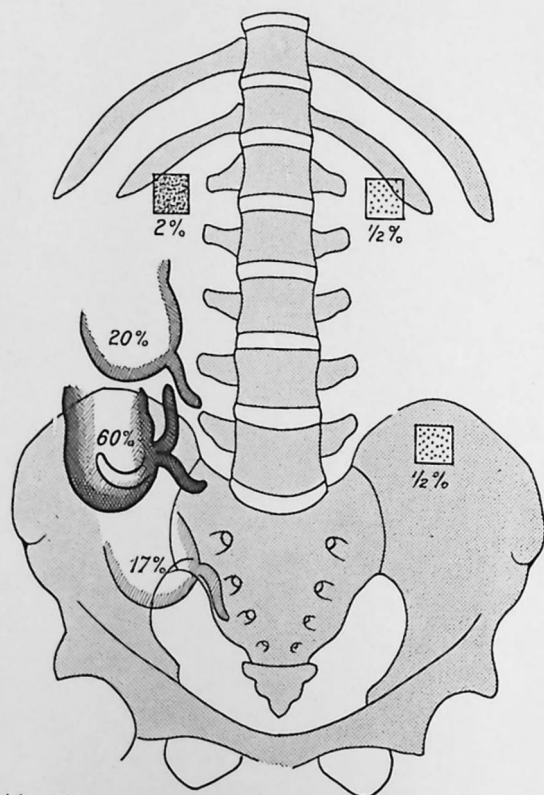
3º LA PERITONITIS GENERALIZADA (fig. 43)

Que aparezca casi desde luego o después de un estado de peritonitis localizada, es una enfermedad que presenta un cuadro característico: facies peritoneal, vómitos biliosos, dolores difusos, detención completa de materias y gases.

Al examen, el vientre no se mueve con la respiración; está abultado (forma purulenta aguda) o retraído en batea

(forma séptica difusa) y uniformemente doloroso. En la *forma purulenta aguda* el pulso es rápido (120) y de poca tensión; la temperatura, 40 grados. Otras veces hay disociación del pulso y de la temperatura (pulso 120, temperatura 36), signos de una *forma séptica difusa*.

El diagnóstico debe hacerse con la oclusión, las peritonitis por perforación gástrica, vesicular o anexial. Prácticamente, la intervención de urgencia se impone en todos los casos.



44.—La posición del apéndice en el hombre adulto

4º LAS OTRAS FORMAS

Tales son los cuadros que se encuentran con mayor frecuencia. Es preciso saber que pueden sufrir algunas variaciones y que se pueden observar:

La apendicitis retrocecal (fig. 47), con su dolor posterior arriba de la cresta iliaca y su ausencia de vómito. Es difícil, a menudo, diferenciarla de un cólico nefrítico y de un flegmón perinefrítico.

La apendicitis pélvica (figs. 44 y 47), con sus signos vesicales, es perceptible fácilmente por los tactos vaginal y rectal. Debe ser diferenciada de las anexitis.

La apendicitis subhepática (fig. 44), con su dolor y su punto doloroso próximo al punto vesicular.

La apendicitis del niño tiene una evolución particularmente rápida, con pulso de 140. El niño puede, como el adulto, presentar una forma hipertóxica con *vómito negro apendicular*. El diagnóstico puede ser difícil con la neumonía, la invaginación, la peritonitis de neumococo, la orquitis de un testículo en ectopia, el envenenamiento, la meningitis, etc.

La apendicitis del viejo, que evoluciona con poco ruido, es difícil a menudo diferenciarla del absceso pericecal consecutivo a un cáncer del ciego.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

1º LA CRISIS DE APENDICITIS AGUDA

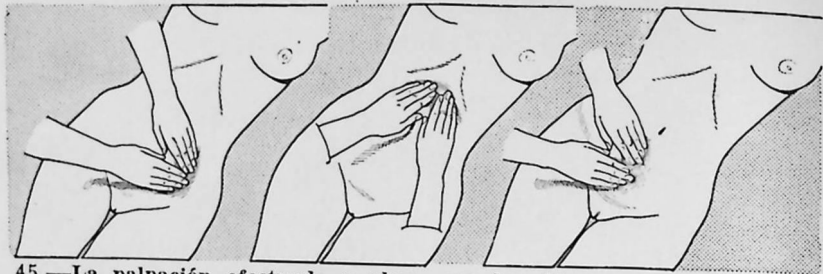
Hay que operar en todos los casos y sin tardar. Vale más quitar un apéndice poco atacado que dejar producirse una peritonitis generalizada.

Hacer la incisión lateralmente. Sin embargo, cuando en la mujer el diagnóstico es dudoso, se puede practicar una incisión media supraumbilical. Ablación del apéndice. Cerrar sin canalizar, si la operación ha sido sencilla; con canalización por una mecha, si la hemostasis ha sido imperfecta, y por un tubo y hielo sobre el vientre, si existían ya falsas membranas y serosidad turbia en el abdomen.

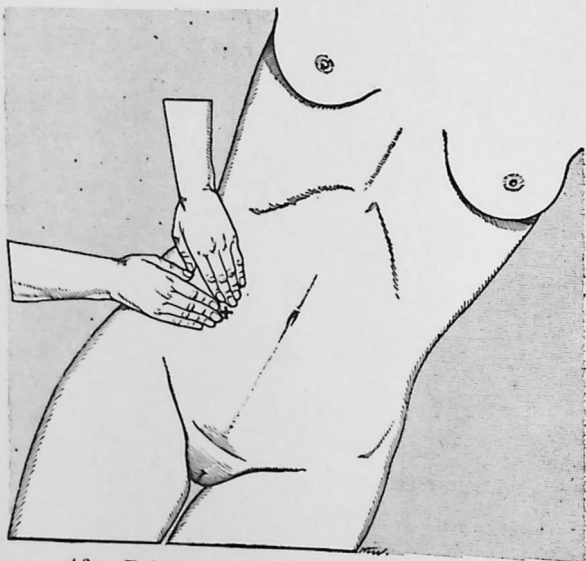
2º LA APENDICITIS CON PERIAPENDICITIS NO SUPURADA

Operar siempre.

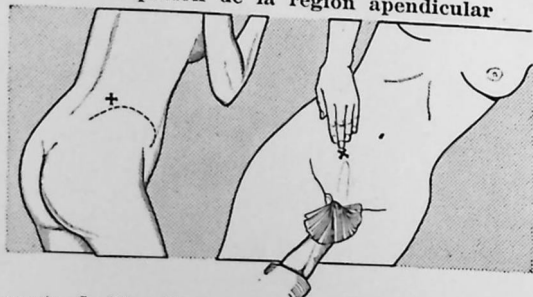
LA PALPACION DE UNA APENDICITIS



45.—La palpación efectuada a plano con las dos manos, comienza bastante lejos de la región apendicular y después se aproxima poco a poco a ella.



46.—Palpación de la región apendicular



47.—Si el punto de Mac Burney no es doloroso, se debe pensar en la posibilidad de una apendicitis retrocecal, después pélvica y buscar sucesivamente sus puntos dolorosos.

3º LA APENDICITIS CON PERIAPENDICITIS SUPURADA

La mayor parte de los cirujanos operan y es prudente. Sin embargo, si puede hacerse el diagnóstico con certidumbre y nada hace pensar que el enfermo esté en el momento de un brote agudo que arriesga traer una peritonitis generalizada, si además, el cirujano puede tener al enfermo bajo una vigilancia continua y atenta (en el hospital, en la clínica), hay en rigor el derecho de tomar la responsabilidad de diferir por el momento la intervención.

Poner al enfermo a dieta y en completo reposo. Aplicarle hielo en el vientre y vigilar atentamente varias veces al día el abdomen, el pulso y la temperatura, porque si los vómitos vuelven, si el abdomen se abulta y respira menos bien al mismo tiempo que el pulso y la temperatura suben, es preciso operar sin tardanza. La operación en este caso es difícil y no siempre se puede practicar la apendicectomía. El acto consiste habitualmente en la abertura prudente del absceso y su canalización.

De todos modos, es al cirujano sólo a quien corresponde tomar la responsabilidad de contemporizar.

4º LA PERITONITIS GENERALIZADA

Impone la intervención inmediata. Apendicectomía. Canalizar ampliamente. Hielo en el vientre. Posición de Fowler. Gota a gota de suero glucosado intra rectal.

5º OTRAS FORMAS

La conducta general por seguir es aquí la misma que en las formas descritas anteriormente.

10. - OCLUSION INTESTINAL

- 1º La oclusión postoperatoria.
- 2º La oclusión del lactante y del niño.
- 3º La oclusión del adulto.

CUADROS CLINICOS

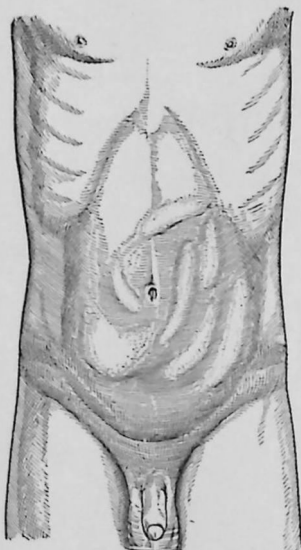
1º OCLUSION POSTOPERATORIA

Se trata de un enfermo encamado en una sala de cirugía, operado la víspera o la antevíspera. Vomita sin cesar después de la intervención, los líquidos expelidos son biliosos y tienen tendencia a hacerse fecaloides. Su vientre se ha abultado, su estado general se hace de hora en hora más malo (facies terrosa, ojos hundidos, pulso rápido, débil, irregular). Ni gases ni materias. No se trata de un síndrome hemorrágico, el diagnóstico es fácil. No se trata de peritonitis, pues el vientre respira y no hay contractura. La dilatación aguda del estómago puede ser eliminada también; en nuestro enfermo el abultamiento está generalizado, los vómitos son distanciados, la región epigástrica no es particularmente dolorosa. Es, ciertamente, una oclusión postoperatoria.

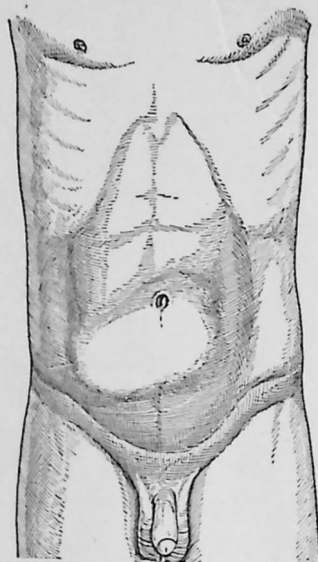
2º OCLUSION DEL LACTANTE Y DEL NIÑO

En el lactante el caso más frecuente es la invaginación intestinal. El lactante es atacado por fenómenos dolorosos muy violentos, lleva su mano incesantemente al abdomen, su facies expresa el dolor, dobla los muslos sobre el abdomen. Vomita y *evacúa sangre por el ano*. La palpación muestra un emplastamiento duro, móvil. El tacto rectal, cuando permite

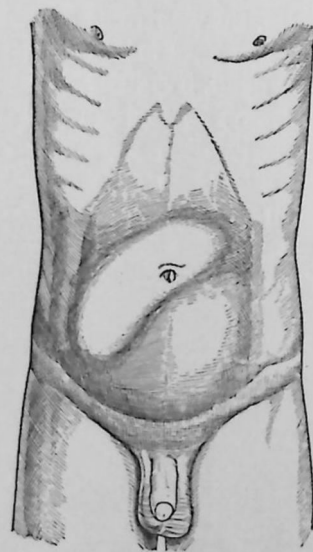
LAS DEFORMACIONES ABDOMINALES SEGUN EL SITIO DE LA OCLUSION



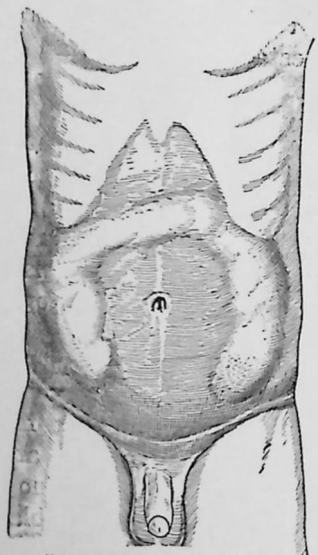
48.—Peristaltismo del delgado



49.—Vólvulo de la última asa del delgado



50.—Vólvulo del colon iliopélvico



51.—Dilatación en cuadro

alcanzar la masa, afirma el diagnóstico. La imperforación anal, la obstrucción meconial, los estrechamientos congénitos del recién nacido son raros. Su diagnóstico es fácil.

Más tarde, en el niño, la invaginación, la apendicitis, una peritonitis tuberculosa o un megacolon, pueden dar un cuadro de oclusión intestinal.

3º OCLUSION EN EL ADULTO

En la mayoría de los casos los signos se agrupan para constituir un síndrome muy especial: el síndrome de oclusión. En el período en que lo examinamos, se trata de un enfermo que después de veinte o treinta horas sufre de dolores abdominales más o menos violentos. Estos han sido más marcados al principio que actualmente. Van acompañados de vómitos que han sido alimenticios y ahora son biliosos. La detención de materias y gases es completa.

Interrogatorio

Investigar la eventualidad de una operación abdominal reciente.—Hacer precisar el principio exacto de la "crisis" (brusca o lenta), el carácter de los vómitos (precoces o tardíos), el estado anterior del sujeto (períodos de constipación, sangre con las materias, vómitos), los signos recientes (enflaquecimiento), los signos actuales (gran dolor o pocos dolores, sensación de contracciones intestinales o ausencia de ellas).

Examen

A la inspección el vientre está abultado, pero respira (signo capital). Se debe estudiar la localización del abultamiento (epigástrico, umbilical, en cuadro, etc.). La palpación muestra que todo el abdomen o algunas de sus regiones están tensas y dolorosas. Se debe buscar la presencia de un tumor e insistir al nivel de los orificios herniarios. La percusión acusa timpanismo generalizado o localizado. Hay desaparición de la matidez prehepática. Los tactos rectal en el hombre, rectal y vaginal en la mujer, deben practicarse sistemáticamente.

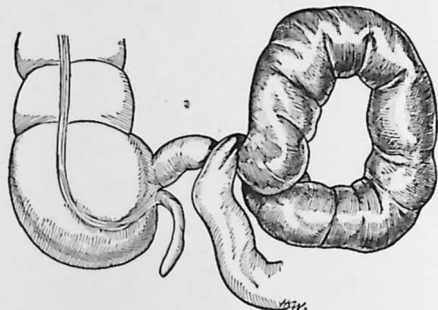
La facies es "grippé" ansiosa, el pulso rápido, irregular, poco tenso, los ojos están hundidos, la voz apagada.

Diagnóstico

Tres casos en los cuales el diagnóstico es fácil.—*El ojo y el dedo hacen el diagnóstico:*

A.—ENFERMO PORTADOR DE UNA CICATRIZ OPERATORIA.—La operación data de algunos meses o algunos años. Algunas veces es una *eventración estrangulada*, más a menudo se trata de una *brida inflamatoria*, a veces de un *cáncer generalizado* en un enfermo operado hace algún tiempo de un cáncer visceral.

B.—EL CÁNCER DEL RECTO ES EVIDENTE.—*El tacto rectal* que se ha practicado sistemáticamente, ha mostrado a la extremidad del dedo un tumor rectal, duro, inmóvil. El interrogatorio hace precisar el cuadro.



52.—Vólvulo del delgado

C.—EL VOLVULO DEL INTESTINO DELGADO EN EL ADULTO (fig. 52).—Algunas veces este diagnóstico se impone: principio brutal, abultamiento enorme. Un asa dilatada cuyas contracciones surcan oblicuamente el abdomen arriba o abajo del ombligo.

Tales son los casos felices para el diagnóstico. Son raros.

Otros casos: el diagnóstico debe ser cuidadosamente estudiado.—Es difícil.—Se necesita:

a) Establecerlo con certidumbre, eliminando lo que no es oclusión.

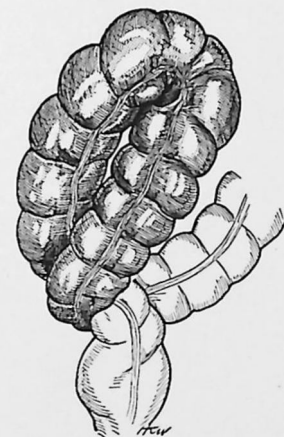
b) Precisar el sitio y la causa de la oclusión.

A.—ELIMINAR LO QUE NO ES OCLUSIÓN.—*Los cólicos hepáticos y nefríticos* (puntos dolorosos especiales, de irradiación

característica, antecedentes). Acordarse que estos cólicos pueden traer un estancamiento reflejo de materias y gases y aun la aparición de abultamiento (LEGUEU) con ileo reflejo. Los *cólicos saturninos y ováricos* son generalmente de más fácil diagnóstico. Las *enteritis agudas, los embarazos gástricos febriles* se acompañan de elevación de temperatura, el abultamiento es raro, la facies buena.

La *apendicitis* en su forma de peritonitis localizada, da sin duda vómitos y una detención de las materias y de los gases, pero tal detención no es total, el punto apendicular es doloroso; no hay abultamiento, sino una defensa de la pared en la fosa ilíaca derecha; ligero ascenso térmico.

Las *peritonitis agudas* se acompañan de abultamiento del vientre con defensa de la pared en la forma purulenta y de retracción en batea en la forma séptica difusa. El vientre no respira. El estado general es afectado, el pulso es rápido, poco tenso, la temperatura es de 40 grados (forma purulenta), o al contrario, de 36 grados (forma séptica difusa). En fin, existen antecedentes que aclaran el diagnóstico.



53.—Vólvulo del colon iliopélvico

Las *pancreatitis agudas* son raras, tienen un cuadro diferente. Hay que pensar en su posibilidad.

¡Todas estas afecciones pueden determinar un ileo secundario, creando un verdadero cuadro de oclusión!

B.—PRECISAR EL SITIO Y LA CAUSA DE LA OCLUSIÓN.—El sitio preciso nos ilustrará a menudo sobre la causa. El diagnóstico de sitio está basado ante todo en los caracteres de los vómitos, de los dolores y del abultamiento, y siempre que es posible, sobre los resultados de la lavativa de bismuto efectuada con urgencia, pero prudentemente.

PRIMER CASO.—*La oclusión está situada en la parte alta del*

intestino delgado. Los vómitos son precoces y rápidamente fecaloides. El dolor y la dilatación se sitúan en la región epigástrica, el colapso aparece rápidamente. La lavativa bismutada no muestra ningún obstáculo sobre el intestino grueso: puede tratarse de un *íleo biliar* (viejo pasado litiásico, principio brutal), de una *hernia estrangulada interna, de un vólvulo*.

SEGUNDO CASO.—*La oclusión está situada en la parte baja del delgado o en la región iliocaecal.*—Los vómitos son menos precoces. El dolor más bajo. El abultamiento enorme y el meteorismo marcado. Pensar en la *invaginación, en el cáncer del ciego, en la tuberculosis iliocaecal, en el vólvulo* (figs. 53 y 54).

TERCER CASO.—*La oclusión está situada en el colon ascendente o transversal.*—Vómitos más tardíos, dolor difuso, abultamiento y meteorismo generalizado, pero marcado sobre todo a la derecha. La sonoridad prehepática es manifiesta. La lavativa bismutada practicada de urgencia muestra el obstáculo: *pensar en el cáncer.*

CUARTO CASO.—*La oclusión está situada en el colon descendente o el asa sigmoidea.*—Los vómitos son raros y tardíos, el dolor es bajo y difuso, el meteorismo es considerable y "en cuadro". El tacto es un auxiliar precioso. La lavativa bismutada confirma el sitio de la lesión: se trata casi siempre de *cáncer, algunas veces de invaginación o de vólvulo.*

En todos los casos, la operación urgente se impone. Hacer el diagnóstico de la causa es perfecto, pero basta con hacer el de oclusión.



54.—Invaginación intestinal

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

Hecho el diagnóstico de oclusión, el tratamiento debe realizarse sin tardanza.

1º LA OCLUSION POSTOPERATORIA

1º Ensayar el lavado de estómago asociado a la inyección subcutánea de un miligramo de atropina.

2º Practicar inyecciones de suero salado hipertónico a 10 ó 20% (una inyección de 20 c.c. cada seis horas).

3º Algunos ensayan, generalmente en vano, la lavativa eléctrica.

4º Acordarse que algunas veces la simple raquianestesia hace cesar la oclusión.

5º Sin perder un tiempo precioso, saber resolverse a intervenir quirúrgicamente con anestesia local o raquia, más bien que con éter. Laparotomía, investigación de la causa (brida, codo, en un orificio natural; adherencias, penetración en un orificio formado por el cirujano, estrangulamiento de un asa por un hilo de sutura parietal). Supresión del obstáculo: se puede introducir el asa y cerrar el abdomen si aquélla está en perfecto estado o si existe un punto equimótico sobre la zona comprimida, a condición de que el intestino reaccione bajo la influencia del suero. Se debe hundir la mucosa en un punto si existe una zona grisácea, a condición de que el asa reaccione bajo la influencia del suero. En los otros casos (zonas de esfacelo, asa que no reacciona con el suero, perforación, etc.) se debe hundir o intentar una resección seguida de anastomosis. Si el estado general es malo, es preciso saber resolverse a practicar desde luego una enterostomía rápida que salvará quizás al operado. Una enterostomía sobre el delgado o un ano sobre el ciego, pueden hacerse, si no se descubre algún obstáculo intestinal.

2º EN EL LACTANTE Y EL NIÑO

El tratamiento de la invaginación es esencialmente quirúrgico. Intervención tan pronto como sea posible. Reducir exprimiendo y si es necesario fijación del intestino. Si la reducción es imposible, practicar la resección intestinal del rodete invaginado, después de simple incisión del rodete de invaginación. A menudo, dado el mal estado del enfermo, vale más en un primer tiempo exteriorizar el tumor, practicar un ano, prestos a restablecer más tarde la continuidad intestinal.

3º EN EL ADULTO

El diagnóstico de oclusión requiere la intervención inmediata: Dos casos: 1º **El diagnóstico de cáncer del recto situado abajo ha podido hacerse** (tumor perceptible al tacto): practicar con anestesia local un *ano iliaco izquierdo* temporal o definitivo, según que se tenga en cuenta o no, en un segundo tiempo, la ablación del tumor.

2º **En todos los otros casos** (que el diagnóstico de la causa se haya hecho o no).

A.—SI EL ENFERMO ESTA EN MUY MALAS CONDICIONES.—Practicar con anestesia local un *ano iliaco izquierdo*, si el obstáculo es rectal; un *ano cecal derecho*, si la oclusión está en el transverso o el ascendente; rara vez una enteroanastomosis; excepcionalmente una enterostomía sobre el delgado, si el obstáculo radica en él.

B.—SI EL ENFERMO PUEDE SOPORTAR UN ACTO QUIRURGICO BASTANTE IMPORTANTE.—Laparotomía media supra o subumbilical y búsqueda metódica de la causa de la oclusión. Explorar desde luego el ciego: si está distendido, el obstáculo se encuentra en el intestino grueso; si está plano, el obstáculo está sobre el delgado, que se despliega con suavidad. Estas maniobras han demostrado que podía tratarse de:

Vólvulo sigmoide (el más frecuente). Hay que punccionar el intestino, a fin de evacuar los gases, destorcer y fijar el asa si está en buen estado, pero si presenta lesiones de esfacelo, acordarse que las resecciones sobre el intestino grueso se acompañan de gran mortalidad, exteriorizar el asa, suturar su base a la piel y reseca inmediatamente el asa exteriorizada. Se establece así un ano artificial que podrá tratarse en un segundo tiempo.

Ileo biliar.—Buscar el cálculo, cortar según el eje del intestino y suturar en dos planos. Si el intestino está en mal estado, anastomosar entre el cabo superior y el cabo inferior.

Cáncer del intestino grueso (salvo recto bajo).—La ilio-sigmoidostomía es un buen procedimiento. Se puede practicar un ano que será seguido ulteriormente de ablación del tumor.

11. - PERITONITIS AGUDA

- 1º El traumatizado.
2º El no traumatizado.

CUADROS CLINICOS**1º EL TRAUMATIZADO**

Se nos trae a un *herido que acaba de recibir un balazo, una puñalada o una fuerte contusión en el abdomen.*

Interrogatorio

Número de horas transcurridas.—Causa.—Signos pasados (¿vómitos?, ¿hematurias?).—La hora de la última comida.

Examen

Tal vez salen por la herida alimentos, bilis o una orina ensangrentada que imponen el diagnóstico inmediato de lesión visceral, pero a menudo el diagnóstico es más difícil porque estos signos de certidumbre no existen.

Si vemos al herido menos de dos horas después del accidente, tan sólo la contractura generalizada del abdomen debe hacer fundar el diagnóstico de ruptura de una víscera hueca e imponer la intervención de urgencia. Pero a menudo esta contractura generalizada falta. Es preciso entonces poner al enfermo en observación y examinarlo cada media hora. Si hay ruptura de una víscera hueca, el cuadro de peritonitis aguda se precisa rápidamente con la inmovilidad del vientre a la inspección practicada a plena luz (fig. 35) y la percepción por palpación de

una "dureza de madera". Existen además vómitos y una detención de las materias y de los gases. En presencia de tal cuadro se impone la intervención, que debe ser inmediata.

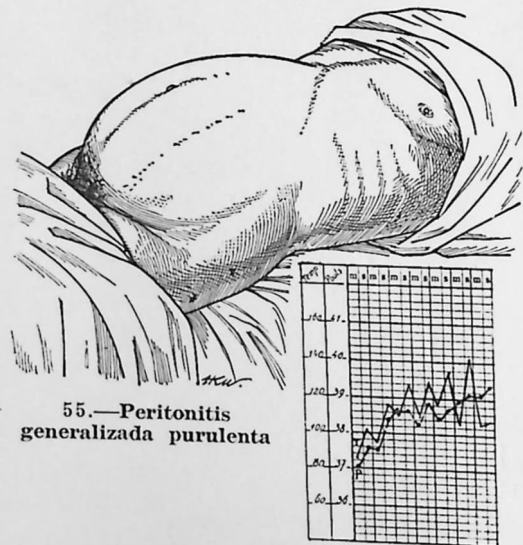
2º EL NO TRAUMATIZADO

Interrogatorio

Carácter del principio de los accidentes (dolor violento, su sitio).—Antecedentes (úlceras del estómago, litiasis hepática, anexitis, fiebre tifoidea).—Signos pasados (hipertermia, vómitos).

Examen

El enfermo está acostado, ansioso, la nariz afilada, la facies peritoneal. Existe un dolor más o menos intenso y difuso, vómitos, una detención de las materias y de los gases. Localmente, el vientre no se mueve con la respiración, está "duro

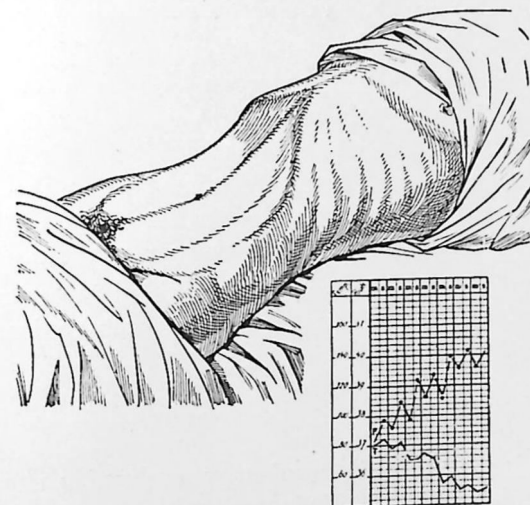


como madera" (signo capital), algunas veces ligeramente abultado (forma purulenta), otras veces retraído (forma séptica difusa). El pulso es rápido y la temperatura elevada a 39 grados (forma purulenta), o abatida a 36 grados (forma séptica difusa) (figs. 55 y 56).

Frente a este cuadro debe hacerse el diagnóstico de peritonitis aguda generalizada. Reposa ante todo sobre la contractura abdominal generalizada.

Diagnóstico

La oclusión intestinal, los cólicos abdominales agudos, las grandes hemorragias internas, deben ser eliminados. Hecho esto, es preciso buscar la causa de la peritonitis. Los antecedentes, el modo de principio, los caracteres presentes lo permiten a menudo. Varios casos (fig. 57):



1º **Las peritonitis por perforación.**—El caso más frecuente es la perforación de *úlceras gástricas o duodenales*. Es un enfermo que tiene antecedentes de dolor en la región epigástrica, de vómitos, tal vez de hematemesis, que bruscamente ha sido atacado por un dolor atroz "como puñalada", acompañado algunas veces de vómitos. Estos pueden faltar al principio: se dice que el enfermo "vomita en su vientre".

Otras veces el dolor del principio está situado en la fosa ilíaca derecha y es en este sitio en donde la palpación es más dolorosa. Se trata verosímilmente de una *perforación apendicular*, sea en el curso de una *apendicitis reconocida*, debe pensarse, sin embargo, en la *litiasis uretral*.

Juntaremos con estos cuadros las *perforaciones de la ve-*

sícula biliar o de las vías biliares y las perforaciones tíficas. Algunas veces, en estos últimos casos, el accidente se produce sobre un sujeto en plena salud, pero habitualmente se trata de un tífico, en la segunda semana, en la cual se produce una caída de la temperatura y una aceleración del pulso al mismo tiempo que hipo. Se debe entonces diferenciar este cuadro de hemorragia intestinal.

2º **Las peritonitis de origen genital.**—Son algunas veces primitivas, pero se trata más frecuentemente de una mujer que tiene lesiones genitales reconocidas y fáciles de diagnosticar (anexitis, quiste, etc...). El dolor ha sido bajo y el tacto precisa el diagnóstico.

3º **La peritonitis de neumococo.**—Se trata de una niña de 4 a 10 años atacada bruscamente de dolores abdominales difusos y violentos, acompañados de vómitos, pero hay emisión de evacuaciones diarreas muy fétidas, los pómulos están enrojecidos, la cara vultuosa, hay herpes labial y un abultamiento abdominal más bien que contractura verdadera.

Señalamos, para terminar, la posibilidad de *peritonitis agudas enquistadas* (pélvica, periapendicular, subfrénica, etc...), cuyo pronóstico es más benigno.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

Todas las peritonitis agudas generalizadas requieren la intervención inmediata, salvo la peritonitis de neumococo cuando es diagnosticada con certidumbre.

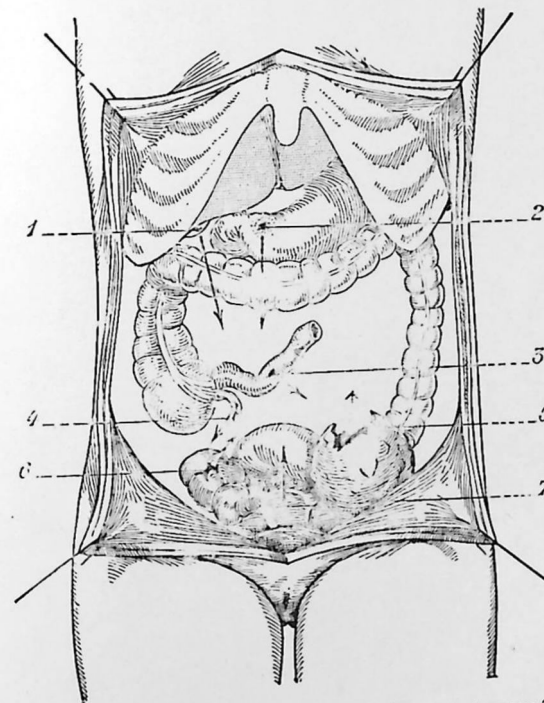
Las peritonitis traumáticas serán operadas siempre (ver: contusiones del abdomen y heridas del abdomen). *Las úlceras gástricas o duodenales* serán hundidas por puntos a la Lembert, pero si se trata de una úlcera callosa, vale más practicar una resección que será seguida de gastroenterostomía.

La apendicitis perforada y las perforaciones tíficas serán operadas sobre la marcha. En el primer caso la apendicectomía será practicada y, en el segundo, si el estado del sujeto lo permite, se podrá practicar la sutura, pero como frecuentemente el estado es precario, vale más abocar rápidamente a la pared el asa perforada.

Las peritonitis agudas genitales reclaman un acto tan mínimo como sea posible, siendo preferible en los casos de

ruptura de una bolsa anexial o de un quiste, practicar la ablación simple del anexo más bien que la histerectomía, pero si se trata de una peritonitis puerperal es preciso practicar la histerectomía subtotal.

La peritonitis aguda de neumococo no requiere intervención, no se opera sino en dos circunstancias: 1ª Si se vacila en hacer el diagnóstico, porque vale más operar una peritonitis de neumococo que dejar evolucionar una apendicitis perforada; 2ª Si existe un absceso periumbilical, porque éste debe ser incidido.



57.—Las principales peritonitis agudas no traumáticas.

1, perforación vesicular.—2, perforación gástrica.—3, perforación intestinal.—4, perforación apendicular.—5, ruptura de quiste ovárico supurado.—6, ruptura de un piosalpinge.—7, infección útero anexial.

Recordemos, para terminar, que todos los operados por peritonitis agudas deben ser canalizados y colocados en posición de Fowler, con gota a gota intrarrectal (método de Murphy).

12. - HERNIA CRURAL ESTRANGULADA

- 1º Hernia perceptible evidente.
2º Síndrome de oclusión intestinal.

CUADROS CLINICOS

1º LA HERNIA PERCEPTIBLE EVIDENTE

Se trata de una mujer de edad avanzada, cuya hernia, reconocida desde mucho tiempo atrás, se ha hecho bruscamente dolorosa e irreducible.

Interrogatorio

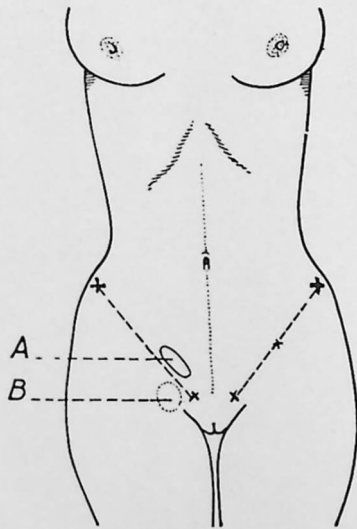
¿Desde cuándo existe la hernia?—¿Se ha estrangulado ya y reducido?—¿A cuántas horas remonta el principio de los fenómenos dolorosos actuales?—¿Hay vómitos, y desde cuándo?

Examen

Se percibe claramente, en la región crural (figs. 58 y 59), una masa del volumen de una nuez, dura, tensa, muy dolorosa, irreducible. El enfermo sufre, generalmente vomita. No emite gases ni materias (la emisión es nula en el enterocele y posible en el epiplocele y en el pellizcamiento lateral). El diagnóstico es fácil. La adenitis aguda, la flebitis del cayado de la safena, son raras y no se prestan a confusión.

2º SINDROME DE OCLUSION INTESTINAL

Mujer vieja, gorda, que no ha comprobado nunca ser portadora de una hernia crural, que se presenta con un grado de oclusión constituido por vómitos, abultamiento del vientre, detención de las materias y de los gases. No llama nuestra atención hacia la región crural. Es el examen completo el que nos permite hacer el diagnóstico. En efecto, el tacto rectal practicado en primer lugar y sistemáticamente en toda oclusión (ver: oclus. intest.), muestra un recto normal, pero la palpación de los orificios herniarios, que en todo caso debe seguir al tacto rectal, muestra generalmente la masa estrangulada. Sin embargo, en las mujeres muy gordas, es posible que no muestre nada. Se está obligado entonces:



58.—A. Hernia inguinal.
B. Hernia crural

1º HERNIA DIAGNOSTICADA

Después de una inyección de morfina, ensayar con prudencia la reducción, pero no insistir y operar si se fracasa. Con anestesia local, practicar la cura radical si el intestino

1. Es raro que la hernia contenga un anexo, el colon iliopélvico, el ciego, una porción de vejiga, etc.

1º Establecer el diagnóstico de oclusión intestinal, eliminando todo aquello que no lo es;

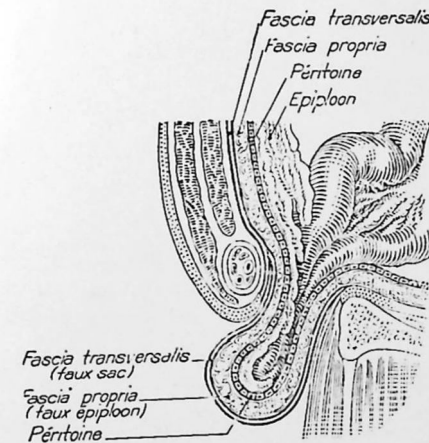
2º Precisar el sitio y la causa de la oclusión.

El examen muestra el obstáculo que se encuentra en el delgado¹ (vómitos precoces, abultamiento enorme). Si el orificio crural no es doloroso, cosa rara, no se puede hacer el diagnóstico y se duda entre la invaginación, el cáncer del ciego, el vólvulo, etc... *Prácticamente, lo esencial es hacer el diagnóstico de intervención.*

está en buen estado. Poner el asa en la pared si el intestino y el enfermo están en mal estado. Resecar por vía abdominal si el intestino está gangrenado, en caso de que el enfermo pueda soportar el acto operatorio.

2º EL SINDROME DE OCLUSION INTESTINAL

A menudo se ha diagnosticado la hernia crural, y se incide directamente al nivel de la región crural, pero si el diagnóstico no se ha hecho, se corta por vía media subumbilical y es por el examen sistemático del intestino que se descubre un asa encajada en el orificio crural.



59.—Hernia crural (corte Forgue).—Fascia transversalis, fascia propia, peritoneo, epiplón, fascia transversalis (falso saco), fascia propia (falso epiplón, peritoneo).

Librarla prudentemente y volver a cerrar el abdomen si el asa está en buen estado. Establecer un ano temporal sobre el delgado, si el asa está gangrenada y el enfermo en la imposibilidad de soportar un acto más largo. Practicar la resección, si estando gangrenada el asa el estado general del sujeto es bueno.

13. - CUERPOS EXTRAÑOS DEL RECTO

- 1º El termómetro quebrado.
- 2º Un cuerpo extraño de mediano volumen.
- 3º La botella enclavada.
- 4º Flegmón perirrectal.

CUADROS CLINICOS

1º EL TERMOMETRO QUEBRADO (fig. 60)

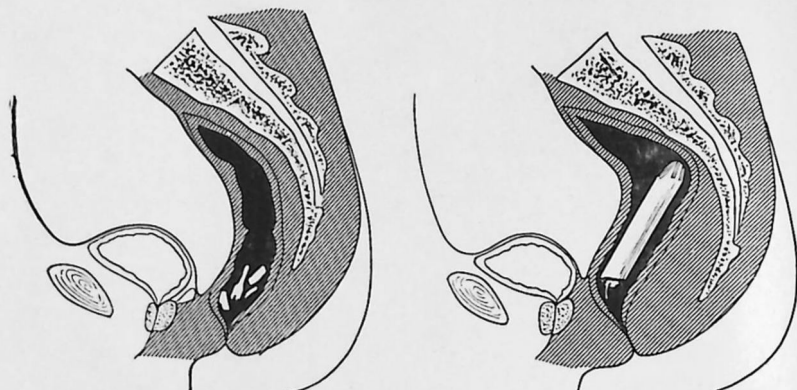
Tomando la temperatura, en el momento de un falso movimiento, la extremidad del termómetro se ha roto en el recto, los dolores son más o menos violentos, algunas veces existe un ligero escurrimiento de sangre.

2º EL CUERPO EXTRAÑO DE MEDIANO VOLUMEN (fig. 61)

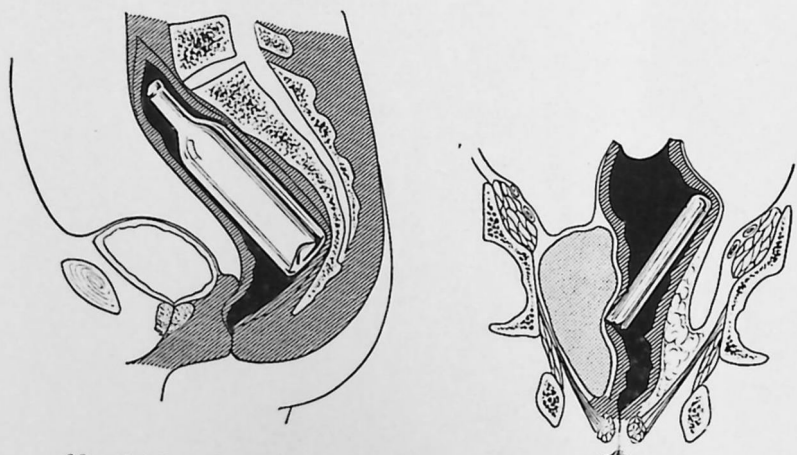
Se trata de un pedazo de madera, de una bujía, etc... a veces el enfermo confiesa haberse introducido este cuerpo extraño, pero en muchos casos no lo confiesa. Si el accidente no data sino de algunas horas, se queja de un dolor en la región, acompañado tal vez de un ligero escurrimiento sanguíneo. Pero si el accidente es más antiguo, se añade una *rectitis* marcada con suboclusión. De todas maneras el tacto rectal sistemático muestra el cuerpo del delito. Es raro que la *rectoscopia* sea necesaria.

Si la introducción data de dos o tres días, el enfermo viene a vernos por complicaciones. Son a veces fenómenos de *rectitis*, otras veces *una retención de orina*, a veces *una oclusión intestinal*.

CUERPOS EXTRAÑOS DEL RECTO



60.—El termómetro quebrado 61.—El cuerpo extraño de mediano volumen



62.—La botella enclavada

63.—El flegmón pelvirrectal superior

3º LA BOTELLA (fig. 62)

Aquí el cuerpo extraño es enorme y enclavado. Es mal soportado y da rápidamente un cuadro de suboclusión y después de *oclusión intestinal aguda*. Generalmente, al interrogatorio, el enfermo no confiesa y es también el tacto rectal sistemático el que permite hacer el diagnóstico y obliga a confesar. Acordémonos, sin embargo, que si el cuerpo extraño está situado en una porción alta, el diagnóstico puede ser difícil.

4º FLEGMON PERIRRECTAL (fig. 63)

El cuerpo extraño ha sido introducido desde hace varios días; habiendo herido el recto, produce un flegmón del espacio pelvirrectal superior, siendo más raros los de la fosa isquirrectal.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR1º EL TERMOMETRO QUEBRADO

Dilatar el ano con valvas rectales y tomar con una pinza el tallo. Este a menudo está implantado en la mucosa y su extirpación puede ser delicada. Es que, en efecto, el recto puede ser de una sensibilidad exagerada, y fragmentos de pequeño volumen difíciles de alcanzar; puede haber una hemorragia. Es preciso, a menudo, practicar una anestesia general, y si la pinza no puede tomar el fragmento, es útil a veces introducir parafina en el interior del recto para englobar los fragmentos. Puede ser necesario practicar algunas ligaduras o una sutura de la mucosa rectal.

2º CUERPOS EXTRAÑOS DE MEDIANO VOLUMEN

Tratar de obtener la evacuación por medio de una *lavativa de aceite*. En caso de fracaso, dilatar, como en el caso anterior, rechazando el coxis hacia atrás e intentar extraer con una *pinza*. Sabemos que es a veces útil rodear el extremo de la pinza con caucho, a fin de evitar el deslizamiento del cuerpo extraño. Si éste está enclavado en las dos paredes, puede ser necesario fraccionarlo.

3º LA BOTELLA ENCLAVADA

a) *Es preciso tratar de sacarla sin intervención sangrante.*—Después de *anestesia general* y amplia dilatación, reclinar fuertemente el coxis con una valva posterior. En esta maniobra el ayudante rechaza, a través de la pared abdominal, la extremidad superior del cuerpo extraño. Se toma el objeto con una pinza cuyas extremidades están cubiertas de gasa o con un fórceps. Si estas maniobras fracasaran por estar fuertemente clavado el cuerpo extraño, es preciso practicar una intervención sangrante.

b) *La intervención sangrante.*—Practicar la *resección del coxis*.—Si el cuerpo extraño no puede ser sacado por esta maniobra, resolverse a efectuar una *rectotomía* seguida de restauración completa de los planos seccionados. Algunas veces, estando situado el objeto muy arriba, hay interés en practicar una *laparotomía* que permitirá, sea rechazar el cuerpo extraño hacia abajo y extraerlo por las vías naturales, o sea extraerlo por enterostomía. Señalemos que las intervenciones sangrantes practicadas han dado buenos resultados.

4º EL ABSCESO PERIRRECTAL

Debe ser ampliamente abierto y canalizado.

14. - HEMATURIA

1º El traumatizado.
2º El no traumatizado.

CUADROS CLINICOS**1º EL TRAUMATIZADO**

a) **Ruptura del riñón o de la vejiga.**—Enfermo que acaba de ser derribado por un auto, comprimido por un derrumbe, etc. Se queja de la región lumbar, está en estado de choque, ha emitido a menudo algunas gotas de sangre en el momento del accidente. Al examinarlo tiene retención. Sondeando sistemáticamente retiramos una orina ensangrentada (ver: contusión del abdomen).

b) **Heridas del riñón, del uréter y de la vejiga.**—Algunas veces es una herida *puntiforme* producida por una bala de revólver o una arma blanca, y el trayecto del proyectil corresponde a la situación que ocupan estos órganos. Sale por la herida sangre mezclada a orina.

Otras veces es una *amplia brecha* producida por un disparo de fusil, en el fondo de la cual se puede advertir el riñón o la vejiga desgarrados o abiertos.

En uno y otro caso existen frecuentemente *lesiones asociadas* (hígado, intestino, bazo, etc...). Recordemos la posibilidad de las lesiones vesicales por heridas perineales (cornada, empalamiento, etc...).

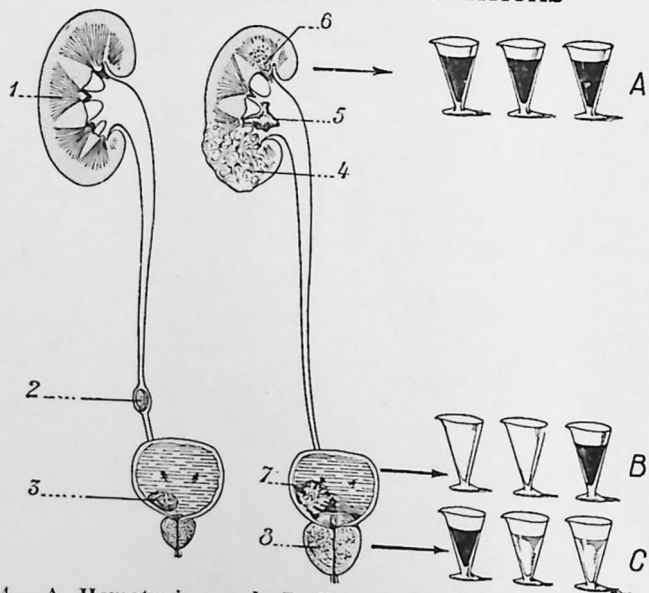
2º EL NO TRAUMATIZADO

Aquí el diagnóstico causal es a menudo delicado. Es preciso proceder con método.

A.—Hacer precisar: la edad, los signos pasados (¿el enfermo ha tenido crisis dolorosas en los riñones?—¿Se levanta varias veces en la noche para orinar?—¿Es la primera hematuria?).—B.—Practicar sistemáticamente un tacto rectal.—C.—Palpar las regiones renoureterales.—D.—Examinar las bolsas (varicocele, epididimitis).—E.—Examen completo (pulmones, pleuras). Se pueden discernir dos eventualidades:

a) Algunas veces el diagnóstico es fácil.—A. EL PROSTATICO DE GRAN PROSTATA.—Enfermo de 50 años de edad que se levanta varias veces en la noche para orinar. Practicar sistemáticamente el tacto rectal, que muestra una próstata hipertrofiada con una masa neoplástica.

LAS HEMATURIAS NO TRAUMATICAS



64.—A. Hematuria renal; B. Hematuria vesical; C. Hematuria supraesfincteriana

1, nefritis aguda.—2, cálculo del uréter.—3, cálculo de la vejiga.—4, cáncer del riñón.—5, cálculo de la pelvícula.—6, tuberculosis renal.—7, tumor de la vejiga.—8, hipertrofia prostática.

B.—EL CALCULO DEL URETER CLARO.—Pasado doloroso, característico, asociado a hematurias y a eliminación de cálculos. Buscar los puntos dolorosos ureterales.

C.—LOS DIVERSOS SINDROMES HEMORROGIPAROS MEDICOS.—Las formas hemorrágicas de las enfermedades infecciosas y las nefritis agudas son algunas veces de diagnóstico bastante fácil.

b) A menudo el diagnóstico es difícil.—Un interrogatorio preciso, un examen clínico cuidadoso no pueden siempre ponernos sobre la vía del diagnóstico. Dos eventualidades:

1) Podemos llamar con urgencia a un especialista para practicar una cistoscopia. Dará casi siempre la clave del diagnóstico y a menudo intervendrá útilmente desde luego (diatermocoagulación de tumores, ablación de cálculos, etc...).

Localizará y tal vez podrá precisar las causas renales: cáncer del riñón, tuberculosis renal. Litiasis discreta.

2) No podemos llamar con urgencia a un especialista.—Ensayar la prueba de los tres vasos de Guyon, que puede ayudar, y acordarse que las hematurias renales (A) son generalmente el signo de una tuberculosis, de una litiasis o de un cáncer, en tanto que las hematurias vesicales (B) son debidas a menudo a un tumor o a cálculo, en tanto que la hipertrofia y el cáncer prostático son las causas más frecuentes de las hematurias supraesfincterianas (C) (fig. 64), pero el diagnóstico no puede generalmente hacerse desde luego. Se hace el diagnóstico de hematuria, pero no nos atrevemos a afirmar su causa.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

1º EL TRAUMATIZADO

a) Ruptura del riñón y de la vejiga (ver: contusiones del riñón y contusiones del abdomen).

b) Heridas del riñón, del uréter y de la vejiga.—Heridas renales pequeñas (poca sangre, hematuria ligera, ningún signo peritoneal): hemostáticos habituales, abstención quirúrgica, pero vigilancia.

—En todos los demás casos: operar. Verificar la importancia de las lesiones y obrar según el estado del riñón y de las lesiones asociadas (ver: contusiones del riñón y heridas del abdomen).

—Las lesiones vesicales requieren la intervención (ver: contusiones del abdomen).

—Las lesiones del uréter serán suturadas (ureterorrifia), pero si la lesión está situada muy abajo, vale más practicar una ureterocistostomía, en tanto que frente a una gran pérdida de substancia que hace toda sutura imposible, se practicará la implantación del uréter a la piel.

2º NO TRAUMATIZADO

a) **El prostático.**—Hemostáticos. Lavativas muy calientes y si es necesario instilación intravesical de agua adrenalina.

b) **Cálculo del uréter.**—Reposo absoluto.—Morfina (1 cg.).—Compresas calientes.—Uroformina.—Hemostáticos habituales. (Cloruro de calcio: 4 gramos en veinticuatro horas, por vía bucal, o emetina: una inyección subcutánea de 4 cgs. o arhemapeptina: una ampula subcutánea de 10 cgs.)

Si se fracasa, practicar un cateterismo ureteral seguido de inyección de aceite gomenolado. Dejar la sonda a permanencia. Algunas veces la desbridación del orificio vesical del uréter puede permitir a los cálculos ser evacuados en la vejiga.

c) **Los tumores de la vejiga.**—Hemostático. Si la hematuria no se detiene, sondear y lavar la vejiga con agua adrenalina (sol. de adrenalina al milésimo, 100 gotas para un litro de agua).—Si se fracasa y la vejiga se llena sin cesar de coágulos, se puede practicar la cistostomía; pero frecuentemente la hematuria se detiene parcialmente; es preciso entonces practicar la diatermocoagulación por las vías naturales, bajo lavado continuo, si el tumor es pequeño o mediano; pero si el tumor es muy voluminoso, practicar una cistostomía y después obrar por vía hipogástrica.

d) **Los cálculos de la vejiga.**—Hemostáticos y después

tratamiento causal: litotricia si los cálculos son pequeños o medianos y cistostomía si el cálculo está encasquillado, es muy grande o asociado a una fuerte cistitis.

e) **Tuberculosis renal.**—Hemostáticos y lavado de la vejiga con agua adrenalina o aceite gomenolado si la cistitis es intensa. La nefrectomía no será practicada sino cuando se hayan hecho todos los exámenes (citológico, bacteriológico, químico, radiográfico).

f) **Cáncer del riñón.**—Los hemostáticos deben emplearse desde luego y la nefrectomía será tan precoz como sea posible y luego que el diagnóstico se ha hecho con certidumbre, si el enfermo es aún operable.

g) **Otros casos.**—Hemostáticos.

15. - CONTUSIONES Y RUPTURAS DEL RIÑON

- 1º La hematuria de mediana abundancia.
- 2º La ruptura ligera sin hematuria.
- 3º La gran hemorragia interna.
- 4º El traumatismo antiguo.
 - a) Hematuria tardía.
 - b) Hemorragia interna tardía.
 - c) Absceso perineal.
 - d) Anuria.

CUADROS CLINICOS

1º LA HEMATURIA DE MEDIANA ABUNDANCIA (figs. 65 y 66)

Es un traumatizado que dice sufrir de la región lumbar. El traumatismo ha sido poco importante. Ha originado algunas gotas de sangre en el momento de su accidente, su camisa está manchada.

Interrogatorio

Hacer precisar las circunstancias del accidente (¿caída de un andamio?, ¿derrumbe?, ¿accidente de auto?, etc...). Los cuidados ya dados, los signos pasados (¿hay orina después del accidente, era sangre?).

Examen

Fija nuestra atención hacia la región renal, la examinamos con cuidado. Existe a menudo un *hematoma superficial* y la palpación es muy dolorosa. Pedimos al enfermo que orine; algunas veces no puede y el cateterismo saca una *orina ensangrentada*; en otros casos orina delante de nosotros sangre

pura. Nos aseguramos que el traumatismo no se ha verificado en la región vesical ni perineal, y hecho nuestro diagnóstico de *contusión del riñón con ruptura* sin dificultad, practicamos sistemáticamente el examen completo del herido a fin de investigar la *posibilidad de lesiones asociadas* y en particular de fracturas (columna vertebral o pelvis) o de signos peritoneales. Estas investigaciones son negativas, ciertamente el enfermo está en estado de choque, pero su pulso es bastante bueno. Existe una simple ruptura del riñón sin lesiones asociadas y la hematuria indica que la desgarradura *termina en los cálices*. Algunas veces el riñón está extremadamente doloroso y aumentado de volumen a la palpación, existe generalmente en estos casos un voluminoso *hematoma subcapsular simple*.

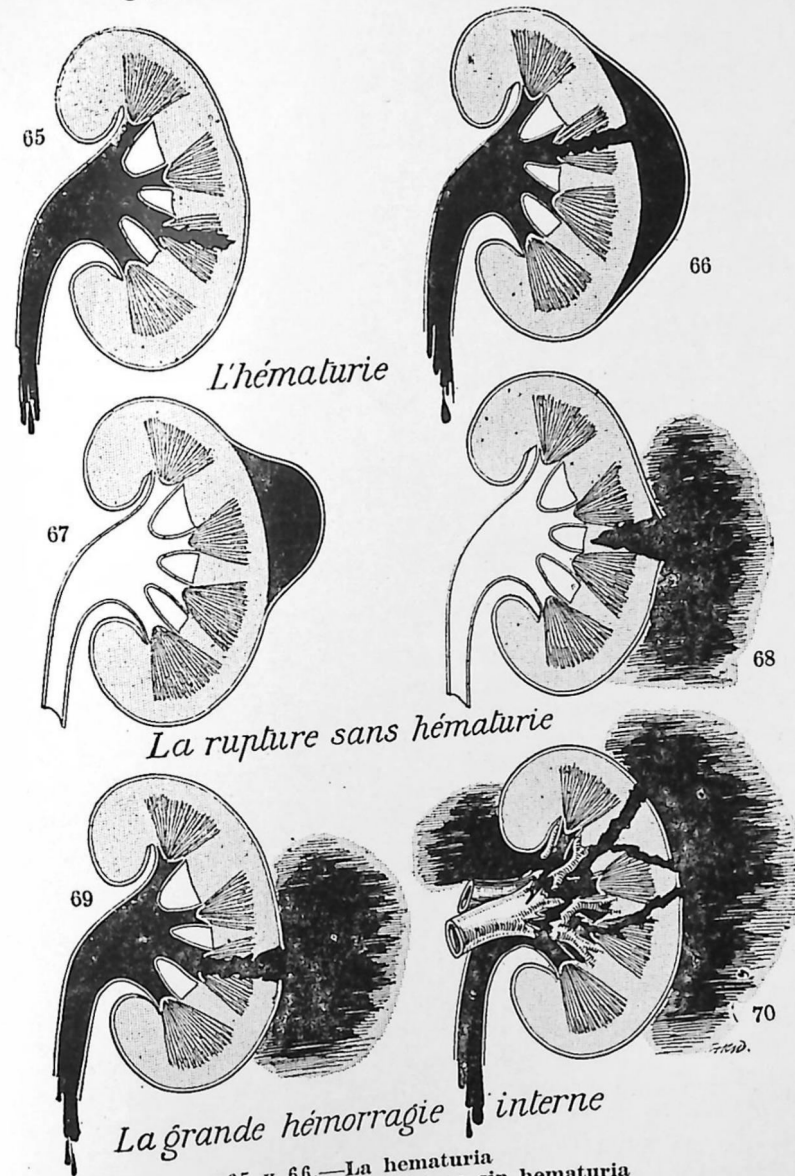
2º LA RUPTURA LIGERA SIN HEMATURIA (figs. 67 y 68)

Algunas veces el herido no orina sangre en las horas que siguen al accidente. No se debe deducir automáticamente que no existe lesión renal, puede ser portador de un *hematoma subcapsular simple*. En fin, otras veces, habiendo sido interesada la cápsula, se produce un voluminoso *hematoma perirrenal*, pero en uno y otro caso, estando los cálices indemnes, no hay hematuria inmediata.

3º LA GRAN HEMORRAGIA INTERNA (figs. 69 y 70)

El traumatismo ha sido muy importante (aplastamiento entre dos trenes, derrumbe, etc. . .). Existen a menudo fracturas de costillas y de la columna vertebral, así como otras lesiones viscerales. El enfermo orina o no sangre, pero presenta un *síndrome de gran hemorragia interna*.

El vientre respira mal, está un poco abultado, hay algunas náuseas. A pesar de los estimulantes habituales que inyectamos inmediatamente, el herido permanece exangüe, su estado se agrava de minuto en minuto. Su pulso se hace más y más rápido y filiforme. Existe verosíblemente una *ruptura completa del riñón o de los vasos del pedículo*, es posible que esté asociada con una ruptura del hígado o del bazo. De to-



65 y 66.—La hematuria
67 y 68.—La ruptura sin hematuria
69 y 70.—La gran hemorragia interna
65.—Ruptura renocalicial profunda con integridad de la cápsula (hematuria y hematoma subcapsular). 66.—Ruptura renocalicial (hematuria). 67.—Ruptura subcapsular (hematoma subcapsular). 68.—Ruptura intersticial sin lesiones de los cálices (hematoma perirrenal). 69.—Ruptura total (hematuria y hematoma perirrenal). 70.—Ruptura total por desgarradura de los grandes vasos (hematuria y hematoma perirrenal. Gran hemorragia vascular).

das maneras, formulado el diagnóstico de hemorragia interna grave, el cirujano debe intervenir con urgencia. Es necesario a menudo practicar una transfusión sin demora.

4º EL TRAUMATISMO ANTIGUO

El traumatismo data de 2 a 6 días aproximadamente. Cuatro eventualidades pueden llamar nuestra atención:

- 1º *La hematuria tardía;*
- 2º *La hemorragia interna tardía;*
- 3º *El absceso perirrenal;*
- 4º *La anuria.*

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

1º EL HEMATURICO

1º Acostar al herido, recalentarlo, tratar el choque. Inmovilidad absoluta, vendaje apretado del tronco, hemostáticos habituales. Urotropina: 1 gr.;

2º Ponerlo en observación, vigilar su estado general, tomar el pulso, la tensión arterial y la temperatura cada hora. Dos eventualidades son posibles:

α) *Bajo la influencia de nuestra terapéutica su estado mejora:* dejar al herido en reposo y continuar la vigilancia.

β) *Otras veces su estado continúa agravándose,* el pulso se hace muy rápido, pequeño, la tensión arterial baja, lo mismo que la temperatura. Se produce la gran hemorragia que pone en peligro la vida del herido, hay que operar. El cirujano, con anestesia local, llegará por lombotomía hasta el riñón, acordándose que debe de ser extremadamente conservador. *En las rupturas parciales* se debe suturar con grandes puntos el riñón, tomando el parénquima en masa y después, si la hemostasis es insuficiente, practicar un taponamiento a la Mickulitz. Cuando la *ruptura es total* e interesa un polo del riñón, efectuar una nefrectomía parcial, pero si existe una *lesión del pedículo*, la sutura raras veces es posible y es preciso resolverse a la nefrectomía. Si existe una *lesión de la pelvícula*, intentar suturarla, pero la nefrectomía es a menudo preferi-

ble. Si existe *anuria*, que resiste a la revulsión lumbar y a los diuréticos poderosos, esperar y sólo ante su persistencia practicar un cateterismo de los uréteres, y si se fracasa, hacer una nefrostomía o una descapsulación.¹

2º LA RUPTURA LIGERA SIN HEMATURIA

Poner al enfermo en reposo. Vendaje apretado. No intervenir.

3º LA GRAN HEMORRAGIA INTERNA

Con anestesia locorregional, intervenir por vía lumbar o por vía anterior a fin de verificar los resultados del traumatismo. Practicar una nefrectomía; pero se deberá algunas veces añadir a este acto, a la derecha una sutura del hígado por ruptura hepática y a la izquierda una esplenectomía. Investigar la existencia de un estallamiento del colon o del delgado.

4º LA HEMATURIA TARDIA

Conducirse como en el caso de una hematuria primitiva.

5º LA HEMORRAGIA INTERNA TARDIA

Conducirse como en el caso de hemorragia primitiva.

6º EL ABSCESO PERIRRENAL

Practicar la incisión si está colectada.

7º LA ANURIA TARDIA

Ensayar los tratamientos médicos, después el cateterismo de los uréteres, y si persiste, intervenir.

1. Practicamos algunas veces, en estos casos, nuestra operación de "energación" total; es decir, que después de haber descapsulado, seccionamos los filamentos nerviosos del pedículo fácilmente visibles, y después barnizamos riñón y pedículo con la solución de Doppler. Estando el riñón completamente privado de nervios, la anuria refleja cesa. (Ver: *Journal d'Urologie*, febrero de 1936.)

16. - RETENCION AGUDA DE URINA

- 1° Retención postoperatoria.
- 2° Un gran traumatizado.
- 3° Un enfermo que se queja de no poder orinar.

CUADROS CLINICOS

1º RETENCION POSTOPERATORIA

Se nos llama cerca de un enfermo que ha sufrido la víspera una intervención abdominal o pélvica. El personal advierte que no ha orinado. La región hipogástrica está globulosa, dolorosa. El diagnóstico es evidente. La anuria es eliminada fácilmente.

2º UN GRAN TRAUMATIZADO

Herido en estado de choque, traído por *fractura de la pelvis, de la columna vertebral o ruptura traumática de la uretra*. Los signos propios de la herida están en el primer plano, pero la retención forma parte del cuadro clínico, y si el herido no se queja de ella, hay que pensar siempre en buscarla. En tal herido, que no ha orinado desde hace varias horas y que no puede emitir orina, basta sondear para hacer el diagnóstico. Si no hay orina en la vejiga, es que hay anuria. Si la orina es sangrante, es que existe una ruptura del riñón o de la vejiga (ver capítulos: Contusiones del riñón y Contusiones del abdomen).

3º UN ENFERMO QUE SE QUEJA DE NO PODER ORINAR

Está ansioso, agitado, sufre en la región hipogástrica y refiere que desde hace cierto número de horas no ha podido evacuar una gota de orina. Examinando sistemáticamente la región hipogástrica, advertimos el globo vesical tenso, doloroso y mate (fig. 71).

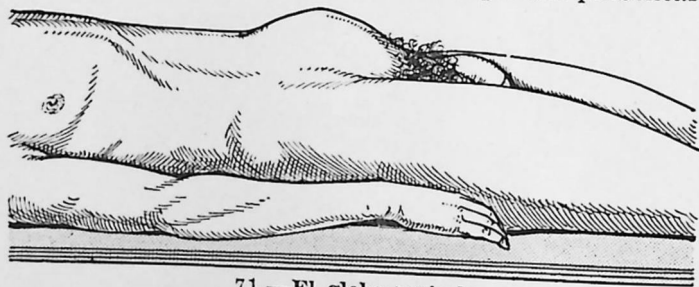
Lo primero que hay que hacer es buscar la causa de la retención.

Interrogatorio

Precisar la edad, las enfermedades anteriores, la manera como el enfermo orinaba en los últimos tiempos, la existencia de uretritis antigua o reciente.

Examen

El examen se hará primero sobre los órganos genitales externos (blenorragia, ruptura de la uretra), después un tacto rectal (hipertrofia prostática, absceso de la próstata), y vaginal en la mujer (embarazo, tumor); se proseguirá, en fin, con el examen del sistema nervioso (tabes) y de los diversos aparatos. De allí resulta que varios casos pueden presentarse:



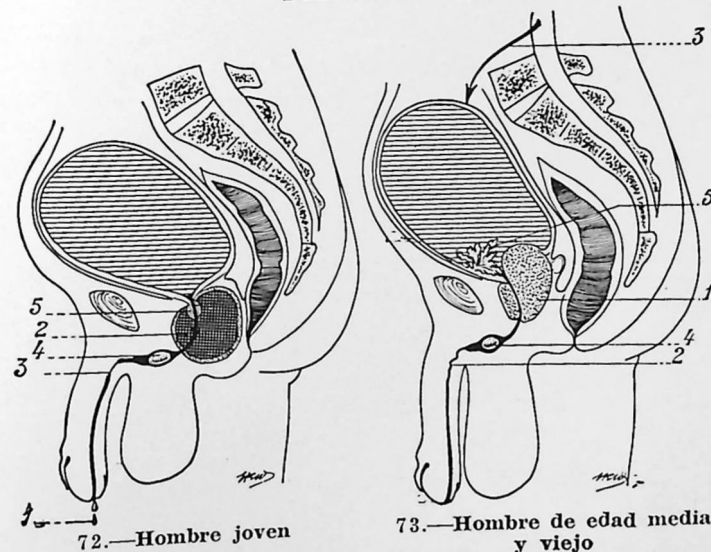
71.—El globo vesical

1º **Hombre joven o adulto** (fig. 72).—La *blenorragia aguda* debe ser diagnosticada en primer lugar. Interrogar, tratar de hacer salir una gota del meato. Si este examen es negativo, practicar un tacto rectal que mostrará a veces un *absceso de la próstata*. Pensar en seguida en el *estrechamiento*. Se trata entonces de enfermo con un pasado blenorragico y que se ve obligado desde hace tiempo a pujar para orinar un chorro fino y sin fuerza. Se está autorizado (una vez elimi-

nada la blenorragia aguda) a tomar un explorador número 18 ó 19 Charrière y después del lavado del glande y del canal, tratar de introducirlo hasta la vejiga. Choca en la región bulbar y el dedo siente su oliva en el perineo. Si puede ser introducido hasta la vejiga, se siente, al sacarlo, que se detiene en cada estrechamiento. A veces el explorador no pasa: utilizar exploradores más y más finos y si es necesario los filiformes. Pensar en la posibilidad de *cuerpos extraños o de cálculo*. Si el explorador número 22 ha pasado sin dificultad en los dos tercios anteriores del canal, pero se detiene al nivel del esfínter, se trata de un *espasmo*;

2º **Hombre de mediana edad o viejo** (fig. 73).—La *hipertrofia prostática* es la causa más frecuente. Es un enfermo que se levanta desde hace algún tiempo varias veces en la noche para orinar. El tacto muestra una próstata grande,

LA RETENCION AGUDA DE LA ORINA NO TRAUMATICA DEL HOMBRE



72.—Hombre joven
1, blenorragia aguda.—2, absceso de la próstata.—3, estrechamiento.—4, cuerpos extraños y cálculo.—5, espasmo.

73.—Hombre de edad media y viejo
1, hipertrofia prostática.—2, estrechamiento.—3, tabes.—4, cuerpo extraño y cálculo.—5, tumor de la vejiga.

pero si ésta no es voluminosa, pensar "en los prostáticos sin próstatas", en los estrechos y en los blenorragicos. Buscar los

signos de una *tabes* y pensar en la posibilidad de un *cálculo*, de un *cuerpo extraño* o de un *tumor de la vejiga*;

3º **En el niño** (fig. 74).—Se trata algunas veces de un *cálculo de la vejiga*, más rara vez de un *cuerpo extraño* o de un *estrechamiento congénito* de la uretra;

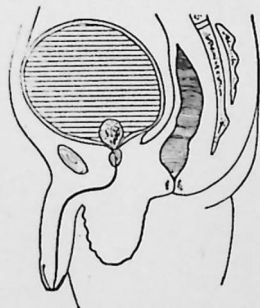
4º **En la mujer** (figs. 75, 76, 77).—Varias causas principales: una *lesión uretral* (pólipo, chancro), un *cuerpo extraño*, un *tumor pélvico* (fibroma, embarazo) y en fin y sobre todo, una *retroversión sobre un útero grávido*.

Acordarse finalmente que se puede observar una retención en las *afecciones agudas generales*, tales como la *fiebre tifóidea*, las *meningitis*, las *peritonitis agudas*, etc.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

1º LA RETENCION POSTOPERATORIA

Lavarse las manos, limpiar el glande e introducir una sonda de muletilla número 16 Charrière, vaciar parcialmente la vejiga y, antes que esté completamente vacía, inyectar 20 c.c. de glicerina boricada al 20% esterilizada.



74.—La retención aguda de la orina, no traumática, del niño.

2º EL GRAN TRAUMATIZADO

(Ver capítulos: Fracturas de la pelvis, de la columna vertebral o ruptura traumática de la uretra.)

3º BLENORRAGIA AGUDA

Practicar sucesivamente: 1º, baños de asiento alternativamente calientes y fríos; 2º, una lavativa muy caliente; 3º, una inyección de morfina; 4º, si estos medios fracasan, puncionar la vejiga, pero practicar siempre antes un tacto rectal que, tal vez, denunciará un absceso de la próstata que hay que evacuar.

4º ESTRECHAMIENTO DE LA URETRA

Si el explorador olivar números 15 ó 19 Charrière, pasa, introducir una sonda de cabo olivar del mismo calibre (fig. 78).

Si ningún explorador pasa, ensayar los filiformes y hacer un cateterismo en haz, inyectando con presión 10 c.c. de aceite gomenolado en la uretra.

Si la filiforme pasa, "montar en seguida" una sonda Philips y sacar todo al cabo de algunas horas. Una sonda de cabo olivar será entonces fácilmente introducida.

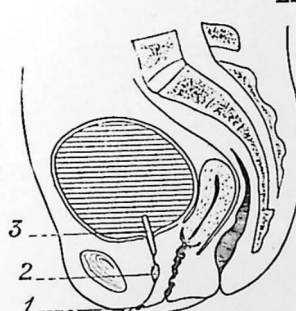
Si la sonda Philips no pasa, dejar la filiforme a permanencia en el canal dos o tres días: la orina filtrará sola.

Si la filiforme no pasa: cistostomía.

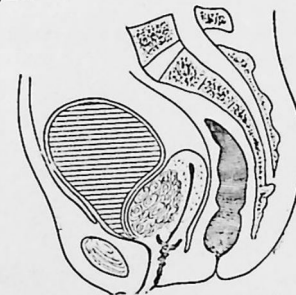
5º ESPASMO

Inyectar 15 c.c. de novocaína en el canal. Si es insuficiente, introducir un supositorio en el ano y, si es necesario, practicar una inyección de morfina. Emplear siempre sondas gruesas, pero sobre todo "armarse de paciencia".

LA RETENCION AGUDA DE LA ORINA NO TRAUMATICA DE LA MUJER



75.—1, chancro del meato; 2, pólipo de la uretra; 3, cuerpo extraño.



76.—Fibroma uterino

6º CUERPOS EXTRAÑOS Y CALCULOS

(Ver capítulo: Cuerpos extraños y cálculos de la uretra.)

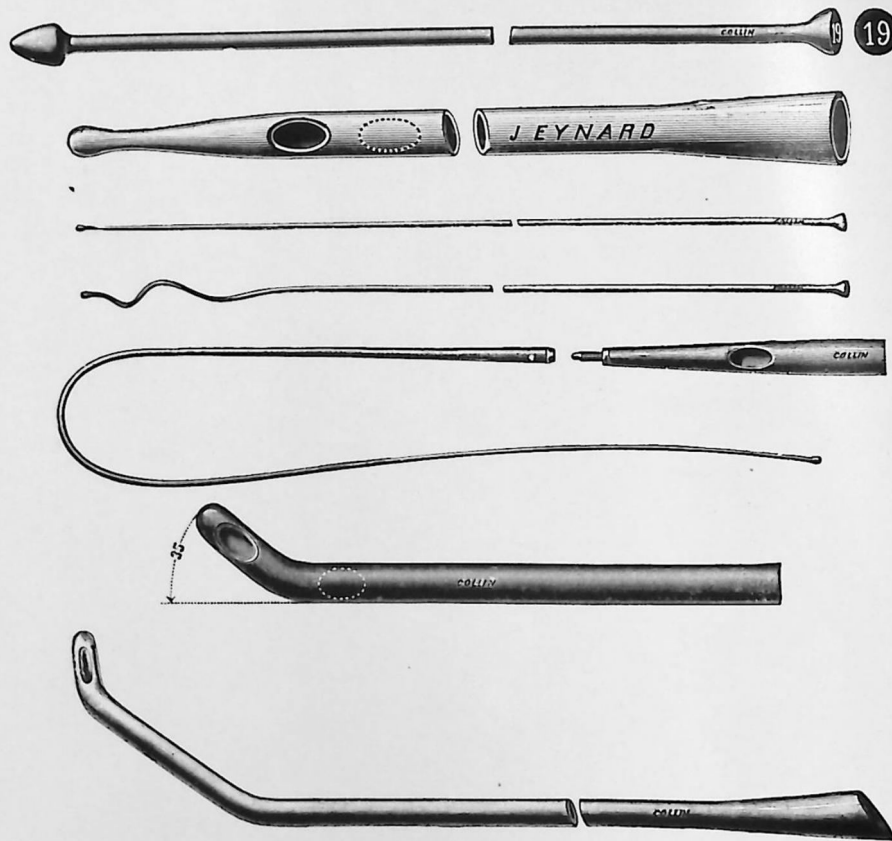
7º HIPERTROFIA PROSTATICA

Ensayar los baños de asiento alternativamente calientes y fríos y las lavativas muy calientes. Si se fracasa, es juicioso concebir la conducta que hay que seguir del modo siguiente:



77.—Embarazo sobre un útero en retroversión

a) **Enfermo sin pasado de retención crónica.**—Poner una sonda a permanencia durante cuatro a cinco días, porque al cabo de este tiempo la congestión prostática puede haber retrocedido. El enfermo orina: un tratamiento médico es suficiente. Si la sonda, que debe de ser de *muletilla* o mejor *biacodada*, no pasa, hacer *cistostomía*.



78.—Los instrumentos necesarios para la exploración y el cateterismo de un retencionista.

De arriba a abajo: 1, explorador.—2, sonda recta de cabo olivar.—3 y 4, filiformes (estrecho).—5, sonda de Philips (estrecho).—6, sonda de *muletilla* (prostática).—7, sonda *biacodada* (prostática).

b) **Enfermo con pasado de retención crónica.**—Practicar la *cistostomía*, sea desde luego si la retención crónica es míni-

ma, sea después de veinticuatro horas de sonda a permanencia con gota a gota, en el caso de retención crónica con gran distensión.

8º LA MUJER

Sondear después de obrar sobre la causa (corregir la retroversión de la mujer embarazada, quitar los cuerpos extraños de la uretra, etc...).

17. - RUPTURA TRAUMATICA DE LA URETRA

- 1º El paso falso del coito (ruptura peniana).
- 2º La caída a horcajadas (ruptura perineobulbar).
- 3º La fractura de la pelvis (ruptura membranosa).
- 4º Flegmón difuso gangrenoso periuretral.

CUADROS CLINICOS

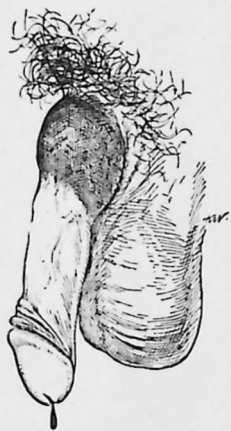
1º EL PASO FALSO DEL COITO (ruptura peniana) (fig. 79)

Se trata, sea del paso falso del coito, sea de ruptura de la cuerda blenorragica. *El dolor es violento.* Existe algunas veces una *uretrorragia aislada* (ruptura parcial interna), pero ésta está más a menudo asociada a un *hematoma de forma cilíndrica* (ruptura total); la retención de orina es excepcional. La erección es imposible o desviada. El diagnóstico es fácil. Es preciso acordarse que una ruptura simple del cuerpo cavernoso y la desgarradura de una vena pueden dar un hematoma, pero sin uretrorragia.

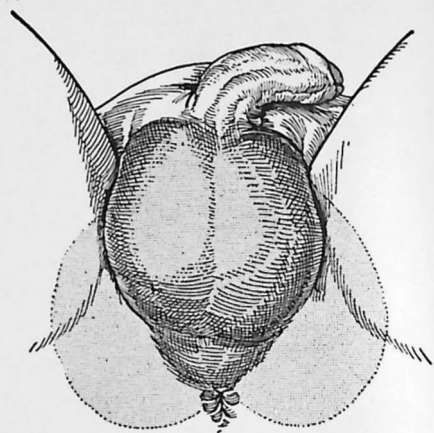
2º LA CAIDA A HORCAJADAS (ruptura perineobulbar) (fig. 80)

Se trata de un obrero que ha caído a horcajadas sobre una viga, y un jinete que habiendo caído con las piernas separadas, ha recibido una patada del caballo sobre el perineo. El estado de *choque* más o menos marcado, oculta el dolor. *La uretrorragia es constante*, ha comenzado desde el accidente, la camisa está manchada con sangre. *La equimosis y la tumefacción perineal* comienzan a aparecer. Están situadas *en el perineo*

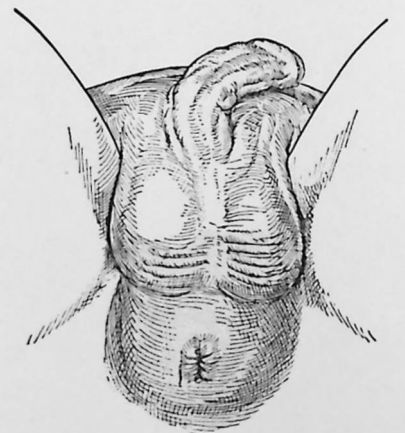
LAS RUPTURAS TRAUMATICAS DE LA URETRA



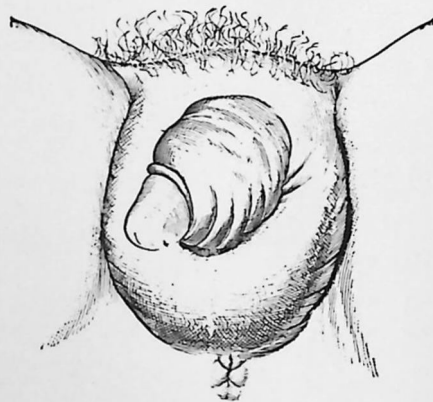
79.—Ruptura total de la uretra peniana



80.—Ruptura total de la uretra perineo bulbar



81.—Ruptura total de la uretra membranosa



82.—Flegmón difuso gangrenoso periuretral

anterior, en la parte media y se extiende pronto a las bolsas y al pene, pero no pasan, sin embargo, detrás del transverso del perineo. La retención de orina es casi la regla.

Al lado de esta ruptura total, se pueden observar, como en el caso anterior, rupturas parciales internas con su uretrorragia, pero que no se acompañan de hematoma, y parciales externas con su hematoma, pero sin uretrorragia.

3º LA FRACTURA DE LA PELVIS (ruptura membranosa) (fig. 81)

Es un gran traumatizado de la pelvis, pálido, con gran estado de choque, que acaba de ser sorprendido en un derrumbe, machucado por un auto o comprimido entre dos trenes. Trae contusiones múltiples y una fractura de la pelvis. *No llama la atención hacia su perineo, pero está en retención* (gran globo vesical), presenta un *hematoma perineal* y el tacto denuncia un *dolor subprostático* con sensación de empastamiento. En fin, casi siempre existe una *uretrorragia*. El diagnóstico es algunas veces delicado entre la ruptura vesical y la uretral, el globo vesical puede, en efecto, estar oculto por una contractura abdominal. La uretrorragia puede faltar y el hematoma ser tardío.

4º INFILTRACION DE ORINA Y FLEGMON DIFUSO GANGRENOSO PERIURETRAL (fig. 82)

El accidente data de varios días, edema enorme de las bolsas, del pene y del perineo, alteración grave del estado general (temperatura de 40 grados, pulso de 120, lengua seca, delirio). Micción muy difícil, a menudo imposible.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

1º RUPTURA PENIANA

a) Contra la uretrorragia.—Inyección intrauretral suave de agua hervida muy caliente, seguida de instilación de algunas gotas de una solución de adrenalina al milésimo, y si la hemorragia persiste muy abundante, se está autorizado,

salvo en el blenorragico, para colocar con suavidad, por cuarenta y ocho horas, una sonda de caucho a permanencia, y si es necesario, se puede hacer momentáneamente una curación compresiva sobre el pene. Hemostáticos (por vía bucal o subcutánea).

b) **Contra la retención de orina.**—Tratar de practicar un cateterismo prudente si el enfermo no es blenorragico. Pero a la menor resistencia desistir de él. Puncionar la vejiga del blenorragico.

c) Si existe un voluminoso hematoma, está indicado desbridarlo. Hacer tomar hemostáticos. Curación compresiva.

2º RUPTURA PERINEO BULBAR

a) **Caso benigno: el enfermo orina.**—No hacer nada, sobre todo no sondear. Si existe un hematoma voluminoso, es necesario vaciarlo por una incisión media.

b) **Caso grave: hay retención de orina.**—Antiguamente se trataba de colocar una sonda y se dejaba al canal reconstituirse sobre ella, o bien después de perineotomía se suturaba sobre la sonda por uretrorrafia y se dejaba aquélla a permanencia: hoy muchos prefieren no pasar nunca sonda por el canal, sino *derivar inmediatamente las orinas por cistostomía suprapúbica seguida de reconstitución de la uretra inmediata o tardía.*

Así, después de cistostomía desbridar el perineo y vaciar el hematoma. Si los cabos uretrales no están contundidos y el enfermo no está en estado de choque, intentar la reconstrucción inmediata. 1º Perineotomía media seguida de puntos de referencia de los dos cabos uretrales, el anterior por simple cateterismo y el posterior por cateterismo retrógrado con be-niqué introducido por la vejiga después de cistostomía; 2º, regularización de los tejidos, resección económica de los cabos contundidos (no más de 5 cm.) y liberación del cabo anterior; 3º, sutura de la herida.

Si el enfermo está en estado de choque muy grande, los tejidos están muy contundidos, es preferible abstenerse de reconstituir y se practica entonces una uretrotomía temporal (los dos cabos en la piel), como lo hace Legueu, preparados a efectuar más tarde (seis semanas por lo menos) la

restauración, porque “practicar tal intervención sobre tejidos contundidos expone al fracaso de la sutura agravada por el hecho de que ha habido resección de la uretra” (Marion): es entonces la operación en dos tiempos.

En todos los casos muchos prefieren hoy quitar las sondas de referencia y dejar al enfermo en reposo sin sondeo uretral, vigilando el buen funcionamiento de la derivación hipogástrica.

3º RUPTURA MEMBRANOSA

En un enfermo con choque, que tiene fractura de la pelvis y retención de orina, practicar siempre con anestesia local una cistostomía y después por perineotomía descubrir el foco. Por cateterismo anterior se descubre el cabo anterior y por cateterismo retrógrado se marca fácilmente el cabo posterior. Si la sutura de los dos cabos puede efectuarse (buen estado de los mismos, choque ligero), se la verifica. En el caso contrario, es preferible dejar el canal reconstituirse sobre la sonda, pues la ausencia del tejido esponjoso evita en cierto modo el estrechamiento.

4º INFILTRACION DE ORINA Y FLEGMON DIFUSO PERI-URETRAL

Cistostomía seguida inmediatamente de abertura de la colección con canalización amplia *hasta el fondo.*

18. - CUERPOS EXTRAÑOS Y CALCULOS DE LA URETRA Y DE LA VEJIGA

- 1º Cuerpos extraños y cálculos de la uretra en el hombre. Fragmentos de sonda. Cuerpos extraños de mediano volumen. El cálculo. El alfiler. El flegmón difuso periuretral.
- 2º Cuerpos extraños de la vejiga.

CUADROS CLINICOS

1º CUERPOS EXTRAÑOS Y CALCULOS DE LA URETRA EN EL HOMBRE

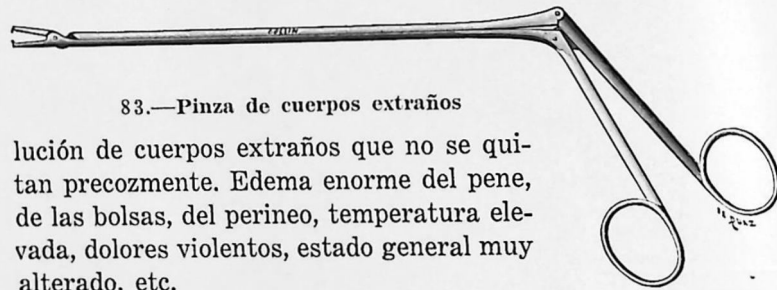
a) **Un fragmento de sonda.**—El enfermo, la enfermera o nosotros mismos, al retirar la sonda después de cateterismo, advertimos que le falta la extremidad. Algunas veces se siente el fragmento por la palpación del canal, pero a menudo está en la parte posterior y no puede sentirse. De todas maneras el diagnóstico es evidente.

b) **Un lápiz, un fragmento de madera u otros cuerpos extraños de mediano volumen han sido introducidos en la uretra.**—La introducción data de algunas horas. Que el enfermo confiese o no, se queja de un *dolor violento acrecentado durante la micción y la erección*. La micción es difícil y el chorro débil y deformado. Algunas veces el enfermo está en *retención aguda completa*. Existe a menudo una *uretrorragia*. Palpando la uretra anterior, se puede sentir el cuerpo extraño. En caso contrario, practicar un tacto rectal para tratar de sentir el cuerpo del delito en la uretra posterior. Si estos exámenes son negativos (cuerpo extraño muy pequeño), cateterismo prudentemente con una sonda, y si es necesario, hacer practicar una uretroscopia para verificar el diagnóstico.

c) **El cálculo.**—Uretral, da signos de *retención de orina*. El enfermo nos refiere que al orinar ha sentido súbitamente un dolor violento, acompañado de una pequeña hemorragia y de suspensión brusca de la micción. Después, sufre enormemente. El interrogatorio buscará los antecedentes de litiasis urinaria.

d) **El alfiler.**—Inmediatamente después de su introducción, se produce una neuralgia y violentos dolores.

e) **Flegmón difuso gangrenoso periuretral.**—Es la evo-



83.—Pinza de cuerpos extraños

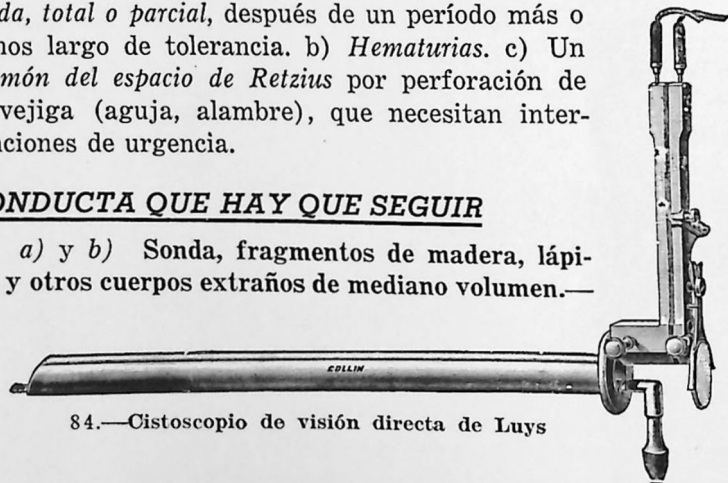
lución de cuerpos extraños que no se quitan precozmente. Edema enorme del pene, de las bolsas, del perineo, temperatura elevada, dolores violentos, estado general muy alterado, etc.

2º CUERPO EXTRAÑO VESICAL

Es generalmente tolerado largo tiempo sin incidente, pero puede originar: a) una *cistitis aguda o una retención de orina aguda, total o parcial*, después de un período más o menos largo de tolerancia. b) *Hematurias*. c) Un *flegmón del espacio de Retzius* por perforación de la vejiga (aguja, alambre), que necesitan intervenciones de urgencia.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

a) y b) Sonda, fragmentos de madera, lápices y otros cuerpos extraños de mediano volumen.—



84.—Cistoscopio de visión directa de Luys

1º Apretar el meato, ordenando orinar al enfermo: la presión de la orina retenida, y después bruscamente evacuada, puede expulsar el cuerpo extraño;

2º Empujar al objeto con los dedos a través del pene hacia el meato, si es anterior;

3º Limitar con el dedo, lo más que sea posible, el desalojamiento hacia atrás del objeto y tratar de encajarlo en una sonda del más grande o del más pequeño calibre;

4º Tratar de encajarlo en un tubo de plomo que se aplaste en seguida sobre él;

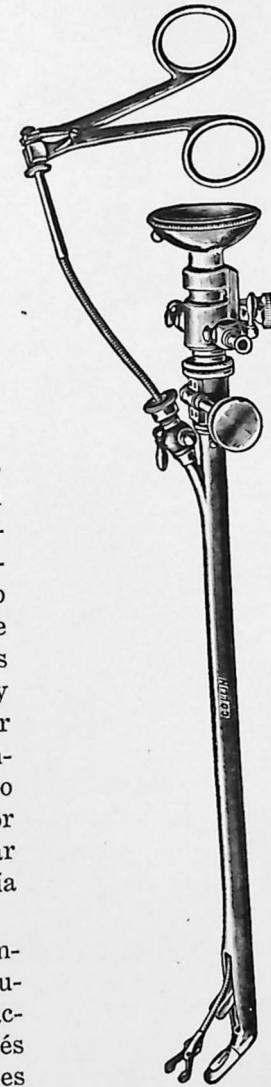
5º Si estos procedimientos fracasan, tratar de tomarlo con la pinza uretral de Collin (fig. 83);

6º Si todo fracasa:

a) Cuerpo situado en la uretra móvil: tomarlo por medio de pinzas especiales introducidas en el uretroscopio de Luys (fig. 84).

b) Cuerpo situado en la uretra posterior: tratar de tomarlo con el uretroscopio de Luys. Si esto es imposible, rechazarlo a la vejiga y después extraerlo, sea con el cistoscopio operador (fig. 85) de Chevassu o de Papin, sea con el litotritor de dientes planos; sin embargo, si es rígido y voluminoso, vale más quitarlo por cistostomía suprapúbica. Si está enclavado en la uretra posterior y no puede ser tomado por vía anterior ni rechazado a la vejiga, practicar una cistostomía y tomarlo por vía retrógrada.

c) **El cálculo.**—1º Si está enclavado y no puede ser evacuado durante la micción, ensayar la extracción directa con la pinza y después con el uretroscopio de Luys. Si es necesario, fragmentarlo y recoger fragmento por fragmento;



85.—Cistoscopio operador de Chevassu



86.—Colección de objetos extraídos por Hogge, de la vejiga de una mujer

2º Si es posterior y no se le puede tomar, tratar de rechazarlo a la vejiga para quitarlo por fragmentos. Si está enclavado, practicar una cistostomía y tomarlo por vía retrógrada.

d) **Alfileres.**—La versión de Boinet es el procedimiento de elección: hacer atravesar la punta del pene por el alfiler y después hacer bascular el alfiler de adelante a atrás. Sale así la cabeza por el meato.

e) **Flegmón difuso gangrenoso periuretral.**—Abertura amplia hasta la uretra, canalización del absceso, ablación del cuerpo extraño por ojal uretral.

f) **Cuerpo extraño de la vejiga.**—Reclama la cistoscopia inmediata con el uretroscopio de Luys, en la mujer, y con el cistoscopio operador, en el hombre. Se debe tratar de quitar este cuerpo extraño por las vías naturales. Cuando se fracase por vía natural, practicar una cistostomía.

El flegmón de la cavidad de Retzius requiere una incisión hipogástrica asociada a menudo a una contraincisión perineal.

Señalemos, para terminar, que en la mujer los cuerpos extraños de la uretra son raros. En todos los casos, fáciles de extraer, dada la brevedad y la elasticidad del canal. Unas simples pinzas de disección o de Kocher, bastan para extraerlos. Son muy frecuentes, al contrario, en la vejiga, y pueden ser múltiples (fig. 86). Su extracción es bastante fácil con el uretroscopio de visión directa de Luys o con el cistoscopio operador.

19. - RUPTURA DE EMBARAZO TUBARIO

- 1° La hemorragia cataclísmica.
- 2° El hematosalpinx en vía de ruptura.
- 3° El hemocele enquistado.

CUADROS CLINICOS

1° LA HEMORRAGIA CATACLISMICA (fig. 87)

Se nos llama cerca de una mujer y se nos dice que acaba de sentir repentinamente un violento dolor en el bajo vientre y pierde un poco de sangre por la vagina; está acostada, casi sin conocimiento. Nos apresuramos y comprobamos, en efecto: que una mujer bastante joven está acostada, con una palidez de cera, sus mucosas descoloridas, verdaderamente exangüe, la nariz y las extremidades frías y el pulso rápido y débil.

Interrogatorio

Sabemos que esta mujer estaba dedicada a sus ocupaciones, cuando ha lanzado repentinamente un grito de dolor, llevándose las manos a su bajo vientre, y ha caído. Hacemos que la enferma nos precise brevemente los caracteres de las últimas, o de las dos o tres últimas reglas. Sabemos que las últimas o las penúltimas han tenido un retardo de dos o tres días y han durado menos que de costumbre. Acaso han faltado completamente. Desde este momento la enferma ha perdido pequeñas cantidades de sangre oscura en intervalos muy aproximados. Estas "hemorragias destilantes", después de un ligero retardo de las reglas, son características.

La enferma responde apenas a nuestras preguntas, está en estado sincopal.

Examen

El vientre se mueve con los movimientos respiratorios. Es suave a la palpación y poco o nada abultado. Algunas veces existe un dolor ligero en una región ovárica. Rara vez se puede descubrir una matidez en los flancos.

El tacto hecho sistemáticamente muestra un cuello blando y un poco entreabierto, pero el útero es de dimensión casi normal. Un fondo de saco (el que corresponde al lado en que se encuentra el dolor) es tenso y doloroso. El tacto del fondo de saco de Douglas arranca a menudo un grito a la enferma, "el grito de Douglas". Los senos dan salida a calostro. Existe una areola secundaria.

Ante este cuadro el diagnóstico debe hacerse sin vacilación. La intervención se impone con urgencia extrema, pero generalmente la enferma muere antes de poderle prestar auxilio.

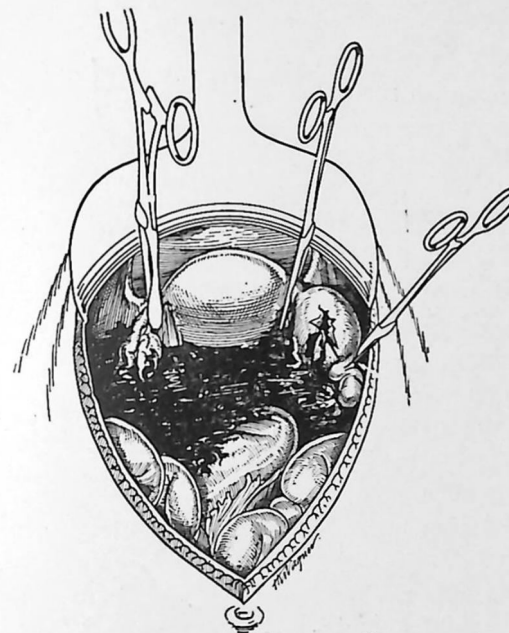
2º HEMATOSALPINX EN VIA DE RUPTURA (fig. 88)

Es una mujer que ha sentido hace algunas horas un dolor violento en el bajo vientre y pierde un poco de sangre desde ese momento. Está acostada, pálida, con pulso rápido.

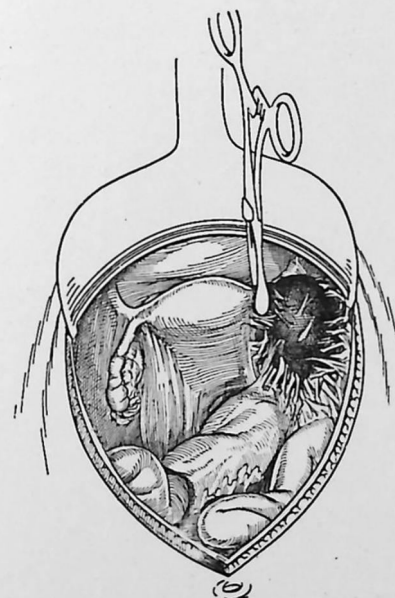
Examen

El vientre respira bastante bien. La región anexial es un poco dolorosa a la palpación abdominal de un lado. El tacto muestra un cuello blando y entreabierto, pero el útero está muy poco aumentado de volumen. Lateralmente el fondo de saco está lleno, existe una masa del volumen de una naranja, muy doloroso, mal limitado. El fondo de saco posterior es doloroso, un poco tenso, pero no existe masa verdadera a su nivel.

El diagnóstico es a menudo difícil. Se puede confundir con un embarazo uterino asociado a una anexitis. Otras veces se pregunta uno si no se trata de un aborto uterino asociado a una anexitis.



87.—Inundación peritoneal



88.—Hematosalpinx

3º EL HEMATOCELE RETROUTERINO (figs. 89 y 90)

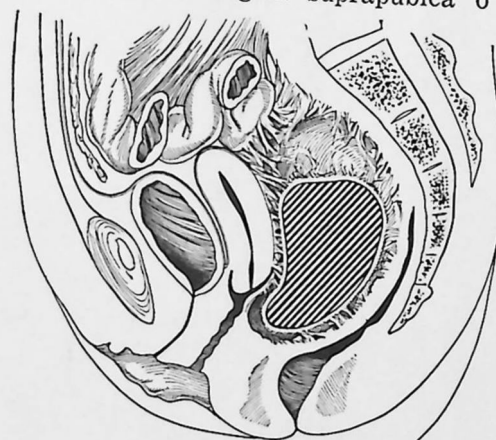
Mujer que ha tenido varias crisis dolorosas recientes en el bajo vientre, que han aumentado de intensidad desde hace algunos días.

Interrogatorio

Las reglas han cesado desde hace dos, tres o cuatro meses; un escurrimiento sanguíneo irregular y caprichoso de sangre oscura se ha establecido. La enferma está profundamente anémica, sufre al orinar, está constipada.

Examen

Se observa una subicteria marcada, sobre todo en las conjuntivas. El vientre respira bastante bien, pero puede estar ligeramente globuloso. A la palpación está doloroso, en ocasiones en la región suprapúbica o en una fosa ilíaca;



90.—Hematocele retrouterino
men de los dos puños, extremadamente dolorosa, que al tocarla



89.—Hematocele retrouterino

se puede sentir una masa a este nivel. El tacto muestra un cuello blando, entreabierto y rechazado hacia adelante. Un fondo de saco lateral es doloroso y tenso, pero es, sobre todo, en el fondo de saco de Douglas donde existe una masa arredondada, de contornos mal limitados, del volumen de los dos puños, extremadamente dolorosa, que al tocarla

arranca un grito a la enferma. El tacto rectal confirma la presencia y la localización prerrectal de la masa retrouterina.

El diagnóstico no puede confundirse más que con una anexitis asociada a un parto o a un aborto, rara vez con un embarazo en una enferma portadora de un fibroma.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

1º LA HEMORRAGIA CATACLISMICA

Hay que operar inmediatamente, y si el estado de la enferma lo necesita, iniciar la transfusión mientras el cirujano se lava las manos. Laparotomía media subumbilical. No tardarse en la extracción de los coágulos y fijar rápidamente el anexo roto, poniendo dos clamps: uno contra el útero, el otro contra el ovario: conservar el ovario si es posible. Sutures.

2º EL HEMATOSALPINX EN VIA DE RUPTURA

Si se puede afirmar el diagnóstico, *es menester operar sin tardanza*. Y por laparotomía subumbilical quitar la trompa afectada. Si se duda, hay que colocar a la enferma en el lecho bajo una vigilancia constante y presta a sufrir la intervención de urgencia a la menor alarma. Tomar orina para la prueba biológica del embarazo, pero estando presto a operar a cualquiera hora. Si las crisis dolorosas se repiten, si las pérdidas aumentan, debilitando a la enferma, hay que intervenir sin tardanza.

3º EL HEMATOCELE

Hecho el diagnóstico *hay que operar sin tardanza* por vía subumbilical. Liberar la masa y quitar el anexo afectado. La colpotomía no se practica sino cuando la masa es purulenta.

20. - ABORTOS

- 1º **Aborto simple.**
 - a) Hay amenaza de aborto.
 - b) El aborto se hace o acaba de hacerse.
 - c) El aborto se ha efectuado y hay retención.
- 2º **Aborto complicado.**
 - a) Hemorragias violentas.
 - b) Infección postabortum.
 - c) Perforación uterina.
 - d) Ictericia grave o tuberculosis aguda.

1º ABORTO SIMPLE

Nos encontramos en presencia de una mujer joven, con el rostro pálido, los labios descoloridos, que presenta pérdidas rojas abundantes.

Antes de todo examen y de todo interrogatorio, pedir a los circunstantes que se retiren.

Interrogatorio

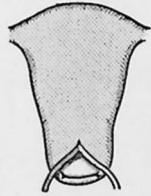
Interrogar a la joven enferma tratando de ganar su confianza. El interrogatorio debe ser medido y preciso.
¿De cuándo son las últimas reglas?—¿Cuánto han durado?—
¿Eran menos abundantes que de costumbre?—¿Las reglas han sido siempre normales?—¿No vomita ahora en la mañana?—¿Ha tenido ya abortos?—¿Piensa estar embarazada?—
—¿De cuánto tiempo?

CUADROS CLINICOS Y CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

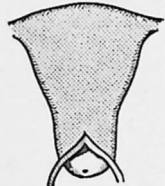
Cualesquiera que sean las respuestas obtenidas, hay que examinar cuidadosamente a la enferma. Comprobamos que

sale sangre por la vulva. El tacto muestra un cuello blando y entreabierto, un útero un poco grande. El espejo permite verificar que el cuello está entreabierto y un poco aumentado de volumen (figs. 91, 92, 93, 94), además un hilillo de sangre escapa por él, y a veces un coágulo grueso o una parte de la placenta obstruye su orificio. La enferma no tiene fiebre.

Es casi cierto que esta mujer está embarazada. Busquemos los otros signos de embarazo y particularmente examinemos los senos, que están aumentados de volumen, pigmentados y dejan escapar calostro cuando se comprime el pezón; la areola secundaria y los tubérculos de Montgomery, si existen, dan un apoyo a nuestro diagnóstico.

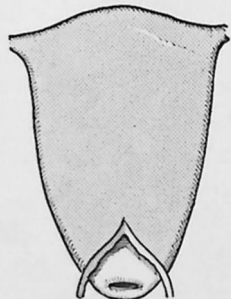


91.—Útero no grávido de nulipara

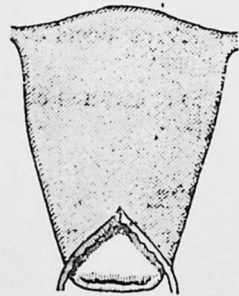


92.—Útero no grávido de multipara

Si los resultados del interrogatorio cuadran con el resultado de nuestro examen, aceptarlos. Pero si a pesar de la evidencia de los signos, no se obtiene la confesión de la enferma, seguir adelante sin insistir en ello.



93.—Útero grávido de nulipara

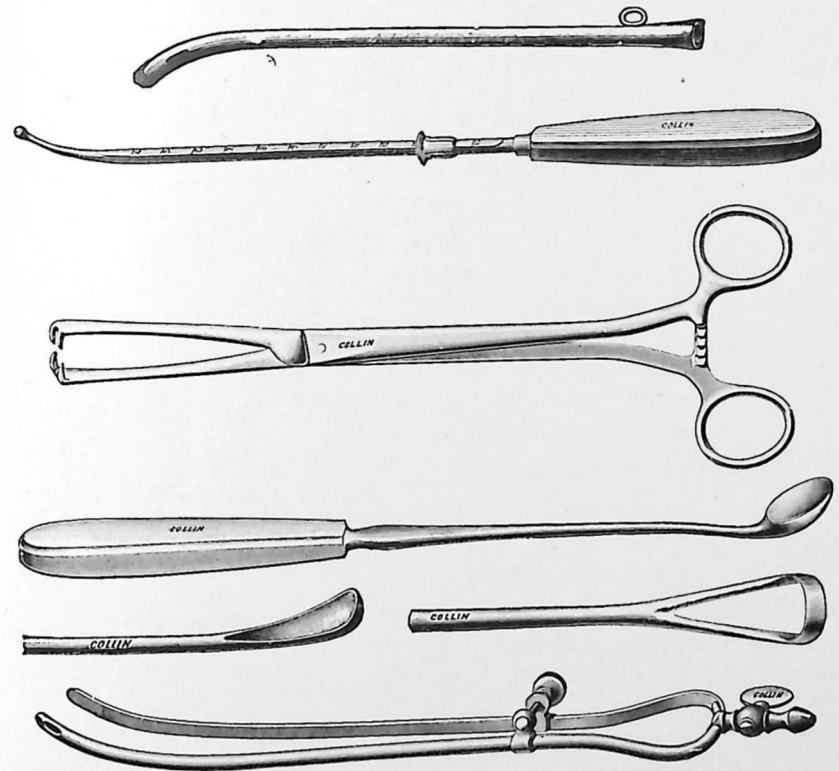


94.—Útero grávido de multipara

Si el examen no denuncia los signos mencionados, podemos, sin embargo, estar vacilantes: las hemorragias no uterinas, es decir, las que vienen de la vulva, de la vagina

o del recto, son fácilmente eliminadas por un examen cuidadoso de la región. Las otras hemorragias uterinas (el cáncer, el fibroma) rara vez nos hacen vacilar.

Hay hemorragias ligadas a un embarazo anormal que pueden ser difíciles de eliminar, particularmente si existe un útero de cuello blando y entreabierto con una masa lateral, caso en el que puede uno preguntarse si se trata de un aborto asociado a una anexitis o de un embarazo extrauterino. Los signos clínicos pueden ser insuficientes para hacer el diagnóstico. Si nada apura, tomar orina para practicar el diagnóstico biológico del embarazo.



95.—Los instrumentos para la raspa

Hecho el diagnóstico de aborto, debemos inquirir: *¿En qué periodo del aborto está la enferma?* Es, 1º, por el estudio de las pérdidas cuya abundancia se nota, el principio, su asociación o no a restos de placenta; 2º, por el carácter de

los dolores, que pueden ser violentos y expulsivos o ligeros; 3º, por los resultados del tacto, que muestran un cuello poco o muy entreabierto, un útero más o menos voluminoso; 4º, la fecha de las últimas reglas, por las que precisamos esta cuestión.

Establecemos así que: 1º, hay amenaza de aborto; 2º, el aborto está en vías de hacerse; 3º, el aborto se ha hecho y hay retención; 4º, el aborto es complicado.

a) **Hay amenaza de aborto.**—Las hemorragias son mínimas, las contracciones uterinas no son violentas y están distanciadas, el cuello está poco entreabierto, en los coágulos arrojados no hay ni ha habido restos de membrana ni de huevo.

Tratar de evitar el aborto, vigilando muy de cerca a la enferma. Tratar de detener las contracciones uterinas. Reposo absoluto en el lecho, morfina, sea por medio de una inyección de 1 cg. de morfina, o hidrato de cloral, o mejor lavativa evacuadora seguida de una lavativa laudanizada (XXX gotas de láudano de Sydenham para 100 grs. de agua) que deberá renovarse al cabo de dos horas si las contracciones no se calman.

Desembarazar la vagina de los coágulos que la obstruyen.

b) **El aborto se ha hecho o acaba de hacerse.**—La hemorragia es abundante, las contracciones son más y más numerosas y dolorosas, el cuello está entreabierto con un fragmento de placenta en su orificio. Un examen atento de los coágulos arrojados permite, a menudo, encontrar el huevo o restos de membranas.

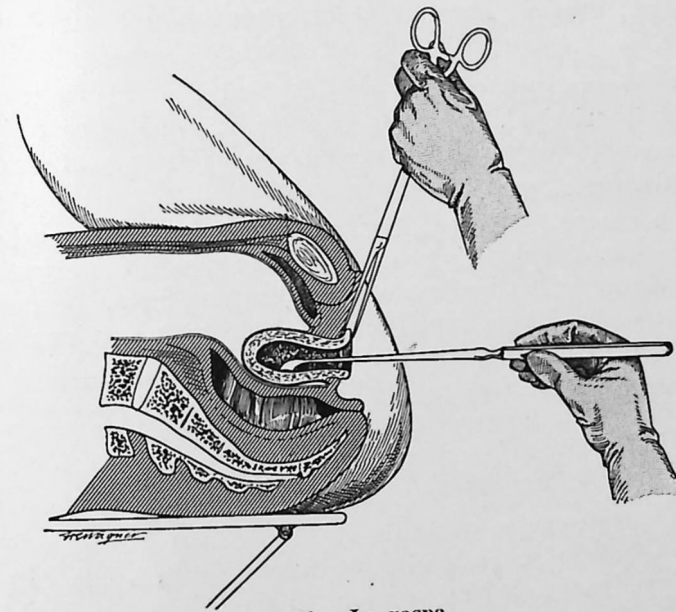
No se puede evitar el aborto: reposo en el lecho y dejar pasar las cosas. Inyecciones vaginales calientes (48º de solución de permanganato o de agua yodada). No repetir el tacto y guardar todos los productos expulsados, a fin de vigilar que no haya retención. Curación vulvar y esperar.

Generalmente todo pasa en la mejor forma, pero si las pérdidas continúan muy abundantes durante dos o tres días, está indicada la raspa.

c) **El aborto se ha hecho en parte y hay retención.**—Es el caso más frecuente. Es raro que todos los lienzos man-

chados se hayan guardado y que se pueda afirmar que todo se ha evacuado. A menudo, es una mujer *que pierde desde hace cierto número de días*, pero cuyas hemorragias han aumentado últimamente; está en un estado de anemia bastante marcado, los dolores son distanciados.

La raspa está indicada.—Aseo vulvar: rasurar completamente la región, practicar o no la anestesia y comenzar la raspa (figs. 95 y 96). Excepcionalmente, en algunos casos de útero grande, con cuello muy abierto, puede preferirse la raspa digital.



96.—La raspa

Los tiempos principales de la raspa instrumental son: 1º, sondear la vejiga; 2º, practicar una inyección vaginal de agua yodada; 3º, dilatar el cuello; 4º, fijar su labio anterior con una pinza de Museux; 5º, verificar con el histerómetro la longitud uterina; 6º, raspar con suavidad (sobre todo si el útero es blando o si hay temor de que existan lesiones anexiales), hasta obtener el "grito uterino" (crujido uterino); 7º, inyección caliente yodada intrauterina sin presión; 8º, si el útero no sangra, es preferible no canalizar ni taponar, pero la vagina deberá ser limpiada cuidadosamente y desembara-

zada de sus coágulos. Si la enferma está atacada de anexitis y la raspa ha sido indispensable (pérdidas abundantes y prolongadas que anemian a la enferma), poner hielo sobre el vientre durante dos días.

2º EL ABORTO ESTA COMPLICADO

a) **Hemorragias violentas.**—Ensayar una inyección vaginal muy caliente. Si ésta es insuficiente, está indicado practicar una raspa inmediata y rápida. Si la enferma presenta signos de anemia graves, hacer desde luego un taponamiento, después levantar el estado general y finalmente raspar. La transfusión puede ser necesaria.

b) **Infección postabortum.**—Se trata, generalmente, de un aborto criminal. La facies es terrosa; el pulso es rápido. La temperatura elevada, las pérdidas son fétidas y el vientre bajo, doloroso, respira mal.

No apresurarse, practicar una inyección intravenosa de uroformina. Poner hielo sobre el vientre y si al día siguiente el estado no se ha mejorado, practicar una raspa prudente, seguida de una larga canalización intrauterina, con una sonda de doble corriente, seguida de una irrigación continua según el sistema de Dakin. Continuar la uroformina o la septicemina. Es a veces útil practicar un absceso de fijación. Pero si el estado general se agrava, la histerectomía vaginal será practicada sin espera.

a) **Perforación uterina.**—En el caso de perforación uterina reciente y ligera, que no se acompañe de salida de asa intestinal, en la cavidad uterina, ni de signos peritoneales, poner hielo en el vientre y esperar. Si hay peritonitis, histerectomía seguida de Mickulitz y tratamiento general.

d) **Ictericia grave o tuberculosis aguda.**—Cuando no se puede dejar evolucionar un embarazo en estas condiciones, es preciso apresurar los acontecimientos.

21. - HERIDAS ARTICULARES

- 1º **Heridas recientes.**
 a) Herida puntiforme sin lesión huesosa.
 b) Herida amplia sin lesión ósea.
 c) Fracturas articulares abiertas.
 d) Heridas por arma de fuego.
- 2º **Heridas antiguas con infección.**

1º HERIDAS RECIENTES

a) HERIDA PUNTIFORME SIN LESION HUESOSA (fig. 97)

Se trata de un lesionado que presenta una herida provocada por instrumento punzante, punzón, lámina de florete, etc. Nos hacemos precisar la posición del miembro en el momento del accidente, los signos pasados, la presencia o no de una hemorragia o de un escurrimiento de sinovia, los cuidados ya dados (suero antitetánico...), las maniobras de exploración ya practicadas y *sobre todo el tiempo transcurrido.*

CUADRO CLINICO

Se ve fácilmente la herida, que está situada en una región articular y cuya dirección indica la probabilidad de lesiones de la sinovial. El orificio es mínimo, puntiforme, los bordes están casi en contacto. Sale tal vez líquido claro e hilante más o menos mezclado con sangre, pero este escurrimiento falta a menudo. A veces la flexión del miembro puede dar salida a burbujas de aire que se escapan de la articulación, pero a menudo es difícil afirmar si existe o no una herida articular. La radiografía sistemática muestra que no hay lesiones óseas

y que la extremidad del cuerpo vulnerante no ha quedado en la articulación.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

El cirujano juzgará la conducta que hay que seguir. Si el accidente data de menos de seis horas, la regla es la abstención; rasurar, enyodar e inmovilizar en una férula acojinada. Suero antitetánico. Si el accidente data de más de seis horas: reseca los bordes de la herida y jamás explorar con estilete. Desbridar si es necesario. No suturar completamente e inmovilizar el miembro en una canaladura acojinada. Suero antitetánico y antigangrenoso.

b) HERIDA ARTICULAR AMPLIA SIN LESION OSEA (fig. 98)

CUADRO CLINICO

El examen físico no deja duda sobre la penetración articular, existe una amplia brecha. Se ven las superficies articulares lisas y blancas, existe un derrame sanguíneo notable y las regiones periféricas están interesadas. La impotencia funcional es importante.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

Operar en todos los casos. Después de desinfección cuidadosa de los tegumentos, limpieza amplia y metódica. Abrirse un campo intraarticular suficiente. Quitar los coágulos e investigar cuidadosamente la presencia de cuerpos extraños. Lavado de la articulación con suero caliente, secar con la compresa estéril, después lavar con éter, efectuando grandes movimientos de flexión y extensión. Reconstrucción de la sinovial y de las capas ligamentosas, sutura cutánea sobre canalización. Inmovilización sobre férulas acojinadas, curaciones raras, pero vigilancia cuidadosa de las consecuencias operatorias.

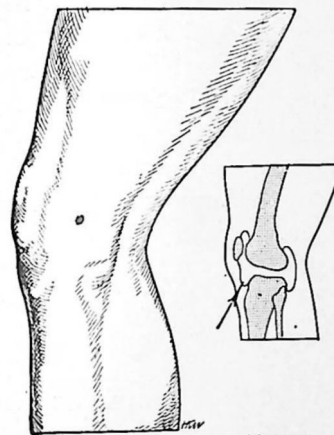
En los casos en que la herida está claramente contaminada, o cuando el accidente data de más de seis horas, se colocará un tubo de caucho que llegue hasta la articulación. Inmovilización como anteriormente. Recordar que la noción del tiempo transcurrido es capital.

c) FRACTURAS ARTICULARES ABIERTAS (fig. 99)

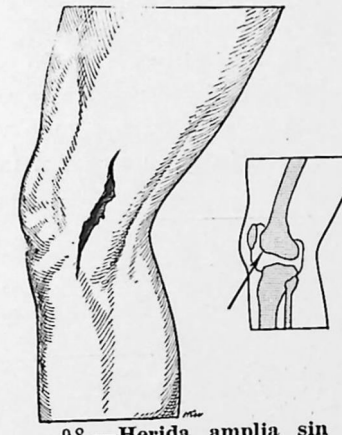
CUADRO CLINICO

Los signos de fractura dominan la escena, el dolor es vivo, la articulación está llena por una importante hemartrosis que se colecta también hacia afuera. Aquí la fecha del ac-

LAS HERIDAS ARTICULARES RECIENTES



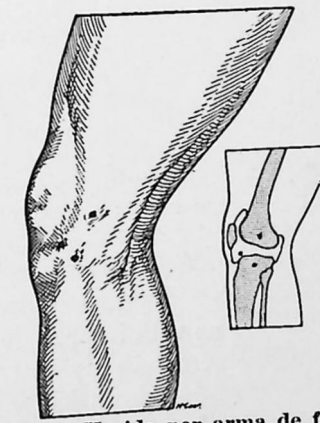
97.—Herida puntiforme sin lesión ósea



98.—Herida amplia sin lesión ósea



99.—Herida amplia con fractura articular



100.—Herida por arma de fuego

cidente, las circunstancias, los cuidados ya dados, tienen una gran importancia. La radiografía de urgencia será sistemática.

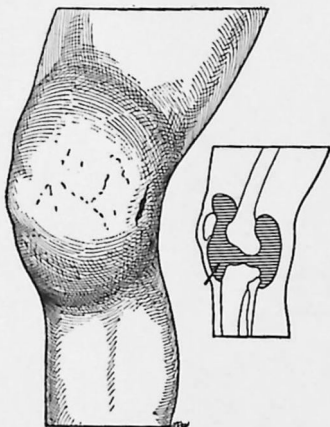
CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

Estando los vasos y nervios intactos, hay que practicar una *amplia artrotomía* inmediatamente.

Si los desarreglos huesosos son mínimos, después de aseo cuidadoso, practicar una *esquirlectomía minuciosa* y cerrar parcialmente sobre canalización, después de haber resecado los fragmentos de hueso que hacen saliente.

Si los desgastes huesosos son muy importantes, debe hacerse una *resección primitiva*. La resección típica conservadora se hará si el esqueleto lo permite. La resección atípica es a menudo la única posible, será practicada si el segmento subyacente está en buen estado y bien irrigado.

La *amputación* se hará desde luego si el segmento subyacente está machacado o mal nutrido.



101.—La artritis purulenta consecutiva a una herida articular

La *herida es extremadamente séptica*. La radiografía precisará la extensión del desorden huesoso. *Intervenir en todos los casos*. Si el hueso no está interesado o lo está poco, practicar un aseo quirúrgico completo sin empeñarse en buscar las municiones y se cerrará sobre un hacecillo de crines o un tubo de canalización. Es bueno, si se teme la infección, instalar por este último 20 c.c. de Dakin cada tres horas, día y noche.

Si los desarreglos huesosos son importantes, se puede según la extensión de las lesiones, practicar una *artrotomía simple con esquirlectomía* muy económica si el desarreglo es me-

d) **HERIDAS POR ARMA DE FUEGO** (fig. 100)

1º **Por bala.** Estas heridas hacen estallar al hueso, pero generalmente *no son muy sépticas*. Son casi asimilables desde el punto de vista terapéutico a las heridas puntiformes. La radiografía precisará el sitio de la bala y ésta será extraída.

2º **Por municiones o fragmentos de granada.** La

diano; una *resección primitiva* si hay grandes lesiones huesosas con integridad de los vasos y de los nervios, así como de los segmentos subyacentes.

Si hay machacamiento de la articulación o si el segmento subyacente está mal nutrido, *se practicará la amputación*.

2º HERIDA ANTIGUA CON INFECCION**CUADRO CLINICO**

La herida data de varios días. Ha sido mal cuidada o no ha recibido cuidados; la articulación está roja, voluminosa, tensa, dolorosa. Existe linfangitis del segmento suprayacente, la temperatura es elevada, la herida grisácea y deja escapar un líquido sanioso, rosado y más o menos purulento. El estado general se afecta. Hay *artritis purulenta*.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

1º Si el estado general es aún bueno, si no hay fractura ni colecciones purulentas: *practicar una artrotomía amplia*, limpiar, verter éter en la articulación; disponer dos o tres tubos de canalización que atraviesen la articulación y aproximar por puntos distanciados los labios de la herida, después de haber hecho las contraincisiones necesarias y de instalar una irrigación continua con Dakin;

2º Si existen desgastes huesosos hay que practicar la *resección típica o la atípica*;

3º Si el estado general es malo y existen vastos despegamientos purulentos, es preciso *amputar*. Esta amputación está indicada particularmente en la rodilla. Se impone en todas las artritis supuradas de los dedos.

22. - FRACTURAS ABIERTAS

- 1º El herido ha venido menos de seis horas después del accidente.
 - a) Herida puntiforme.
 - b) Abertura mediana.
 - c) Gran herida sucia con fractura comunicativa y partes blandas laceradas.
 - d) Machacamientos.
- 2º El herido viene después de seis horas del accidente.

1º EL HERIDO VISTO MENOS DE SEIS HORAS DESPUES DEL ACCIDENTE

a) HERIDA PUNTIFORME

Interrogatorio

Precisar la naturaleza y la violencia del traumatismo. La herida ha sido producida por el cuerpo contundente o ¿es al tratar de levantarse cuando el herido ha vuelto a caer, y se ha producido la perforación cutánea secundaria?—Precisar los cuidados ya recibidos (¿una curación, una limpieza de la herida se han practicado ya?).—¿La herida ha sangrado mucho?—¿No salía un fragmento de hueso cuando se dieron las primeras atenciones, que se haya metido en seguida?—¿Se han practicado inyecciones antitetánicas o antigangrenosas?

CUADRO CLINICO

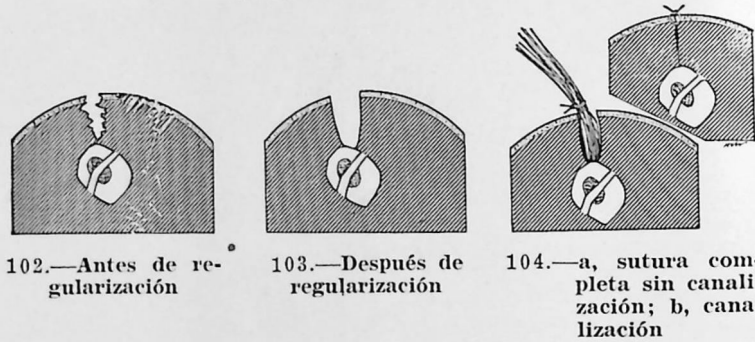
La fractura está en la pierna. El herido está tendido; su pantalón, más o menos sucio con tierra y sangre, desgarrado. Cortamos con las tijeras pantalón, calzón y curación provisional, y después de haber corroborado que ninguna ligadura provisional se ha colocado en la raíz del miembro, ob-

servamos (descubriendo los dos miembros) los signos de la fractura.

El pie está en rotación externa, hay acortamiento de la pierna y saliente angulosa de la cresta tibial del fragmento superior. La palpación denuncia dolor al nivel del trazo de fractura y permite verificar la extensión del desalojamiento.

La herida cutánea es mínima, lenticular o puntiforme y da salida a un poco de sangre negruzca. No hay hematoma profundo. El hueso no sale al exterior. Un examen radiográfico practicado con urgencia, demuestra que la fractura no es multiesquirlosa e indica la posición de los fragmentos.

HERIDA PUNTIFORME



102.—Antes de regularización

103.—Después de regularización

104.—a, sutura completa sin canalización; b, canalización

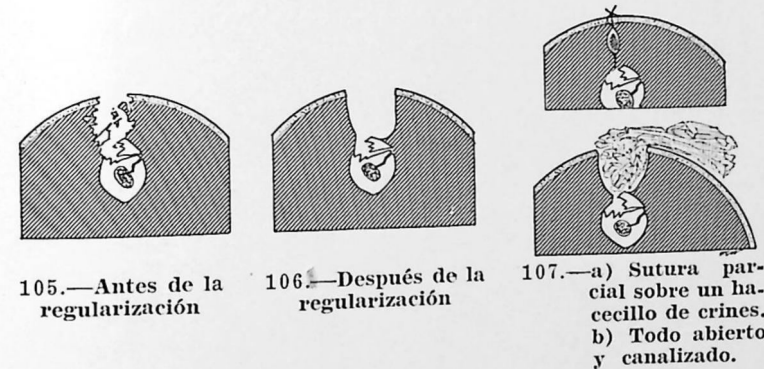
CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR (Figs. 102, 103, 104)

En todos los casos, el cirujano debe ver la fractura siendo él el único que debe juzgar la conducta que hay que seguir. Lavar cuidadosamente la región y el contorno de la herida y rasurar. Limpiar con éter y después con tintura de yodo. Con anestesia local recortar los bordes en un espesor de 2 mm. Verificar que no hay fragmentos de vestidos o de alguna otra naturaleza en la profundidad. Verter éter en la herida (nunca tintura de yodo). Si ésta es producida por una bala y está situada en el miembro, hay gran interés en localizar el proyectil con la pantalla radiográfica y a todo trance evitar la diseminación de gérmenes al buscar sus fragmentos sépticos en la herida. Si se tiene la menor duda sobre la septicidad de ésta, y así sucede a menudo: dejar abierto y canalizar con un hacecillo de crines o una mecha embebida con éter yodoformado y dejar al miembro durante algunos días en observación

en una férula acojinada. Si no se tiene la menor sospecha, lo que debe ser raro, cerrar la herida completamente y, practicada la curación aséptica, inmovilizar después de reducción en una canaladura enyesada esterilizada¹ ampliamente escotada, o sobre una férula. En el caso en que un fragmento óseo hace saliente al exterior, es preciso resecarlo. Algunos practican la extensión con un clavo de Kirschner: es un buen método.

b) ABERTURA MEDIANA

La herida tiene de 2 a 4 cms. de longitud, la piel se encuentra en buen estado. El hematoma no es importante, el hueso no se ha exteriorizado o ha vuelto a entrar, la radiografía demuestra que la fractura es o no esquirlosa y el desalojamiento mínimo.



105.—Antes de la regularización

106.—Después de la regularización

107.—a) Sutura parcial sobre un hacecillo de crines. b) Todo abierto y canalizado.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR (Figs. 105, 106, 107)

El cirujano practica un aseo cuidadoso del miembro (lavar, rasurar, cortar la piel); después de haber vertido éter a profusión en el foco, lo explora muy asépticamente. Practicar en seguida una regularización metódica y amplia de las partes blandas. Quitar con la pinza gubia o la sierra de Gigli, los fragmentos huesosos salientes, conservando, si es posible, su periostio. Hay que desechar la raspa, porque disemina

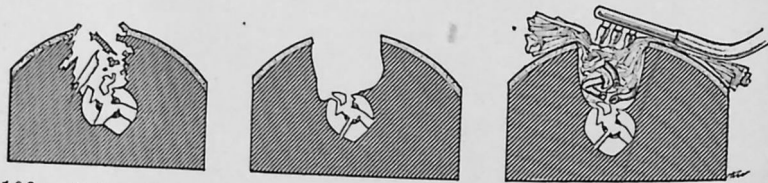
1. Que se nos permita recordar que la esterilización del yeso se puede obtener muy fácilmente y sin alterar sus propiedades, manteniéndolo durante una hora en el calor seco (Poupinel) a 140 grados.

productos sépticos. Sutura parcial por puntos separados sobre un hacecillo de crines. Si la herida estaba francamente sucia, dejar abierto. Curación, reducción y contención por enyesado esterilizado con ventana. No poner nunca enyesado circular. Algunos autores efectúan en este caso una osteosíntesis con placa, pero este procedimiento justamente ha sido abandonado. Otros reducen por medio de fijadores externos (del género Lambotte) y algunos emplean la extensión continua por el estribo o el gancho transcalciano. En todos los casos, suero antitetánico y antigangrenoso.

c) GRAN HERIDA CONTAMINADA, CON FRACTURA CONMINUTIVA Y PARTES BLANDAS LACERADAS

Son fracturas debidas a un machacamiento. Los tegumentos están muy afectados. La piel, desgarrada y despegada. Se ven fácilmente los fragmentos. La herida está contaminada. Una cuestión importante debe plantearse desde luego: *¿la arteria tibial posterior está o no herida?* Tomar la tensión arterial al nivel del pie.

AMPLIA HERIDA CON FRACTURA CONMINUTIVA Y DILACERACION DE LAS PARTES BLANDAS



108.—Antes de regularización

109.—Después de regularización

110.—Ampliamente abierto y Dakin

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR (Figs. 108, 109, 110).

El cirujano debe recortar la piel, desbridar las partes despegadas, quitar con tijeras las porciones musculares contundidas y dilaceradas. Hacer una hemostasis cuidadosa. Resecar las partes huesosas sucias, pero debe ser económico, sin embargo. Quitar las esquirlas libres y respetar el periostio. Colocar tubos de Dakin en la herida y *dejarla ampliamente abierta*. No hacer osteosíntesis primitiva. Colocar el miembro

en una canaladura forrada y vigilar la instalación de irrigación continua con Dakin. Se puede practicar la extensión con el clavo de Kirschner. La desgarradura, aún alta de la arteria tibial posterior, no requiere la amputación inmediata, pero exige una vigilancia atenta del miembro.

b) MACHACAMIENTOS

Se trata de un gran machacamiento por la rueda de un tren (ver: grandes machacamientos de los miembros). Los tegumentos, las partes blandas, los huesos están machacados. La parte distal del miembro está apenas suspendida. Se ha colocado un garrote en la raíz del miembro, los vasos están interesadas, el enfermo está generalmente en estado de choque acentuado.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

Hay que amputar inmediatamente. Se debe amputar desde luego o es preciso tratar inmediatamente el choque. La anestesia por infiltración segmentaria (fig. 114) bloquea todo reflejo hipotensor y permite amputar desde luego.

Mientras que el cirujano se lava, un ayudante rasura y practica las inyecciones estimulantes y tonicardíacas (aceite alcanforado, etc.) y la seroterapia antitetánica y antigangrenosa. Se cubre al herido con cobertores calentados, el garrote se deja en su lugar. Se practica la infiltración anestésica y la amputación es ejecutada rápidamente: debe ser alta y circular. Rociar el corte de sección con agua oxigenada. Cubrir el hueso con un ligero colchón muscular y cerrar parcialmente con crines separadas sobre un gran tubo de caucho fenestrado en su parte media o sobre una gran compresa enrollada transversalmente y empapada con agua oxigenada. Acordarse que las *lesiones arteriales, nerviosas o articulares asociadas*, pueden crear indicaciones especiales.

Las arterias serán ligadas, pero, salvo el caso de machacamiento, la ruptura vascular no implica una amputación inmediata. El miembro será vigilado con mucho cuidado. El no restablecimiento de la circulación, la menor huella de infección local y la elevación de temperatura, en los días siguientes, constituirán una indicación formal para amputar.

Los nervios serán suturados desde luego.

La articulación vecina puede estar interesada (ver: heridas articulares).

2º HERIDO VISTO MAS DE SEIS HORAS DESPUES DEL AC- CIDENTE

Puede tratarse: 1º de un herido visto veinticuatro, cuarenta y ocho horas después del accidente y en el cual la herida es mínima, pero cuyos bordes están rojos, la piel un poco edematizada: *hay ligera infección;*

2º en otros casos se ve al herido también tardíamente, pero el miembro está muy edematizado, violáceo, con flictenas, rayas de linfangitis y un dolor vivo completa el cuadro. La temperatura está elevada: *la infección es importante.*

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

En el primer caso: desbridar muy ampliamente; resecar todo lo que está contundido y en vía de esfacelo. Dejar todo ampliamente abierto e instalar un Dakin continuo.

En el segundo caso: amputar desde luego por el método circular y dejar ampliamente abierto.

23. - GRANDES MACHACAMIENTOS DE LOS MIEMBROS

- 1º Machacamiento sin herida.
- 2º Machacamiento con herida.
- 3º Machacamiento antiguo con infección.

CUADROS CLINICOS

1º MACHACAMIENTO SIN HERIDA

Interrogatorio

Tiempo transcurrido después del accidente (¿una hora o dos?).—Causas (¿carro?, ¿auto?, ¿correa?, ¿tren?, ¿engranaje?).—¿Ha habido hemorragia?—¿Cuál era el medio? (habitación, calle, estiércol).—Cuidados que se han dado (garrote, inyección antitetánica).

Examen

El herido está acostado en marcado estado de choque. Vamos a cortar inmediatamente con las tijeras sus ropas y a quitar la curación si la hay.

El miembro está azulado, tenso, enorme al nivel en que se ha verificado el traumatismo. Es sitio de una movilidad anormal, consecuencia de la fractura.

Movilizando con prudencia esta zona, se tiene la sensación de un verdadero "saco de nueces". Una pregunta debe surgir inmediatamente: ¿está o no rota la arteria? La investigación de los latidos arteriales abajo del machacamiento debe practicarse sistemáticamente.

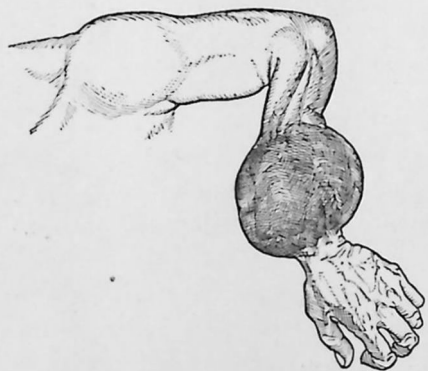
A veces la arteria está interesada: el hematoma es enorme (fig. 111), la extremidad del miembro, fría, violácea; los latidos arteriales no se perciben ni con el dedo ni con el oscilómetro. Frecuentemente está indemne: el hematoma no es considerable, la extremidad del miembro no está fría, los latidos arteriales son perceptibles.

Algunas veces la lesión está situada en la extremidad del miembro (pie, mano). Estos "segmentos periféricos" están deformados, violáceos, enormes.

2º MACHACAMIENTO CON HERIDA

a) **Herida mínima.**—A veces la herida es estrecha. El hueso hace o no saliente al exterior, pero la zona fracturada está, sin embargo, contundida, la piel violácea, los músculos forman una verdadera papilla. No es una simple fractura expuesta, sino un machacamiento con herida mínima.

b) **Herida importante.**—La piel está arrancada, los músculos descubiertos más o menos desgarrados,



111.—Gran machacamiento sin herida



112.— Gran machacamiento con sección casi completa

dos, llenos de tierra, con fragmentos de vestidos. La herida sangra mucho, a menos que un garrote se haya colocado. Esta hemorragia puede venir de los tejidos dilacerados, de las arte-

rias secundarias o del tronco principal. Es preciso, pues, en todos los casos, comprobar la integridad de este último.

c) **Sección casi completa.**—El miembro está apenas adherido por algunos colgajos (fig. 112). Algunas veces la sección es franca (rueda de tren); otras veces es una *papilla pastosa* (rueda de carro, derrumbe). Los grandes troncos vasculares están interesados.

El machacamiento puede efectuarse en la extremidad del miembro, y el pie o la mano están machacados; hay una herida asociada a lesiones huesosas más o menos considerables. Una radiografía de urgencia es la única que puede identificarlas exactamente.

3º MACHACAMIENTO ANTIGUO CON INFECCION

a) **Infección ligera.**—El accidente data de un día o dos; la herida está tensa, mal nutrida, sangra poco; los tejidos están esfacelados, la temperatura es poco elevada: la infección está localizada.



113.—Machacamiento de pierna

b) **Infección grave.**—La herida está abierta; los músculos, grisáceos; escurre líquido sanioso de olor muy fétido. Hay a veces crepitación gaseosa, el segmento suprayacente está surcado de venas dilatadas. La piel es bronceada; el estado general, atacado (temperatura 40°, pulso 120). Es una infección grave y a veces el principio de la gangrena gaseosa.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

1º NO HAY HERIDA

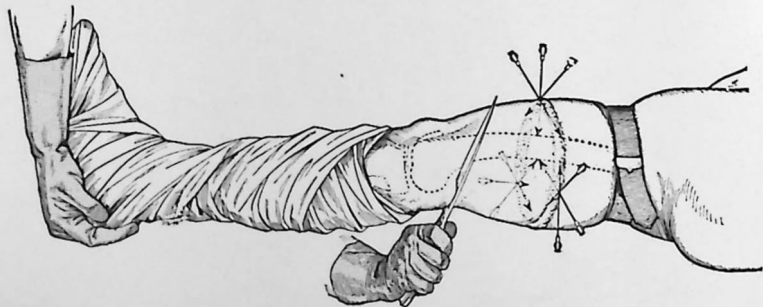
Si la arteria está intacta, conducirse como para una fractura cerrada: extensión ligera en una canaladura acojinada.

Si hay lesión vascular, vigilar el miembro durante seis o diez horas y recalentar al herido. Si al cabo de este tiempo la extremidad del miembro no está fría y surcada con vetas, puede intentarse su conservación. En caso contrario, amputar sin dilación después de infiltración anestésica voluminosa circular (fig. 114).

2º HAY HERIDA

Llamados a ver un machacamiento con herida acompañada de fuerte hemorragia, lo primero que hay que hacer, si no se tienen instrumentos a la mano, es colocar un garrote que realice la hemostasis provisional. Se actúa distintamente después, según las lesiones.

a) **Herida mínima.**—La herida puntiforme no sucia será regularizada cuidadosamente y después de quitar el garrote se sutura parcialmente si la arteria está intacta; si está interesada, se vigilará el miembro, amputándolo en caso de que la circulación no se restablezca.



114.—La amputación inmediata después de infiltración anestésica "voluminosa en anillo"

b) **Herida importante.**—Regularizar ampliamente y después quitar el garrote. Buscar el punto que sangra. Si la arteria principal está intacta, intentar la conservación; si está interesada, vale más amputar desde luego.

c) **Sección completa.**—Terminar la sección y amputar inmediatamente, más arriba, en el lugar de elección (figs. 113 y 114).

El garrote en este caso no se quitará sino cuando el corte de amputación se haya efectuado. Aquella será siem-

pre circular. Dejar la herida más o menos ampliamente abierta, según su estado de infección y el número de horas transcurridas después del accidente.

3º MACHACAMIENTO ANTIGUO CON INFECCION

a) **Infección ligera.**—La infección ligera y localizada con una herida mínima y arteria intacta, reclama una desbridación muy amplia, regularización, seguida de instalación de un Dakin continuo, pero si por el contrario la herida es extensa y hay despegamiento con tejidos grisáceos, un fuerte ascenso de la temperatura, un segmento subyacente con dilataciones venosas, estando la arteria intacta, se puede intentar aún la conservación, practicando amplias desbridaciones, incisiones con termocauterio e irrigando todo con agua oxigenada; pero con este mismo cuadro, si la arteria está atacada y el segmento subyacente frío, es preciso amputar.

b) **Infección grave.**—En este caso, y con mayor razón frente a una gangrena gaseosa, practicar la amputación inmediata. Dejar ampliamente abierto.

Los grandes machacamientos de las extremidades de los miembros son menos graves que las formas que acabamos de considerar. Es preciso ser extremadamente parco.

Todos los machacamientos que se acompañan de herida, reclaman una seroterapia antitetánica y antigangrenosa polivalente, inmediata e intensa.

24. - FRACTURAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL

- 1º Fracturas de la 12ª vértebra dorsal.
 - a) Con deformación y grandes lesiones medulares.
 - b) Sin signos nerviosos.
 - c) Con signos nerviosos, pero sin deformación.
- 2º Fracturas lumbares y sacras.
- 3º Fracturas cervicales y dorsales altas.
- 4º Fracturas abiertas.

1º FRACTURA DE LA XII VERTEBRA DORSAL

a) CON DEFORMACION Y GRANDES LESIONES MEDULARES (fig. 115)

Se nos llama cerca de un herido que acaba de sufrir un gran traumatismo en la región dorsal. Está extendido, inmóvil, sobre una camilla, en estado de choque marcado, sin poder levantar las piernas.

Interrogatorio

Hacer precisar la causa, el tiempo transcurrido después del traumatismo, los signos pasados (¿ha orinado?, ¿ha evacuado?). Los cuidados que hasta entonces se le han prodigado.

Examen

Levantamos los miembros y advertimos que existe una *paraplegia completa*. Vamos a colocar inmediatamente al fracturado sobre una cama, con precaución, a fin de evitar, a todo trance, movilizar los fragmentos. Hay que colocar bajo el colchón tablas, después poner la camilla al pie de la cama y en su eje. Cuatro hombres por lo menos, o mejor seis,

tomando con precaución al lesionado, y a una señal, lo levantan juntos y lo desalojan a un tiempo de la camilla al lecho (fig. 116), a donde lo depositan suavemente, en tanto que el cirujano sostiene la cabeza. Podemos ahora examinarlo.

Se queja de "estar cortado en dos partes", su segmento inferior es indoloro, "completamente muerto", nos dice; no puede levantar las piernas, a veces se queja de dolores irradiados a lo largo de los nervios.

Tres hombres lo inclinan muy ligeramente sobre un lado, "de una pieza", lo necesario justamente para que inclinándonos podamos advertir la zona fracturada y palparla.

Separando los vestidos, se ve que no hay herida y por la palpación nos damos cuenta que existe una deformación y un punto doloroso al nivel de la XII dorsal.

Aprovechando la inclinación del herido, quitamos su camisa y haciéndole colocar nuevamente de plano, quitamos completamente sus vestidos. Podemos en este momen-

to examinarlo más de cerca y a la comprobación de la paraplegia

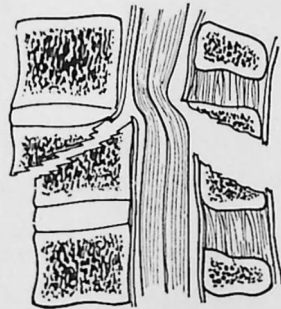
agregamos la de la zona de anestesia. Esta sube hasta la región inguinoabdominal (fig. 117). Es completa y abarca todas las modalidades de sensibilidad. Los reflejos tendinosos y cutáneos cuyo centro es subyacente a la lesión medular, están abolidos.

Las perturbaciones vasomotoras y simpáticas no faltan. *No olvidar investigar si hay retención de orina, que siempre existe.* A menudo incontinencia de materias.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

Algunos practican la reducción inmediata por el método de BOHLER o de A. SICARD, otros, la reducción por extensión y contraextensión; finalmente, algunos prefieren la laminectomía.

1º Reducción por el método de Bohler (fig. 119).—Anestesia local (10 c.c. de novocaína a 1/100 en el foco de fractura), poner después al herido en hiperextensión en de-

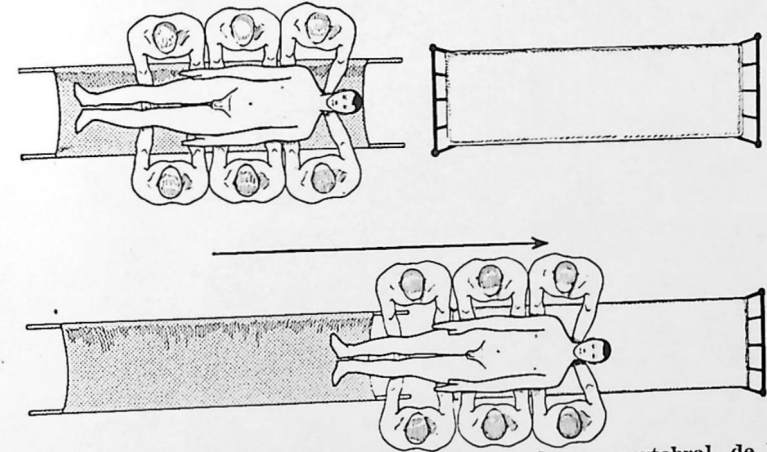


115.—Fractura con compresión medular

cúbito ventral, de manera que su cuerpo se apoye, por una parte, sobre la barba y los brazos cruzados delante del pecho, hacia arriba, y, por otra parte, sobre el pubis y los miembros inferiores hacia abajo. La reducción debe producirse sola al cabo de 10 a 20 minutos, después de lo cual es preciso inmovilizar en esta posición por un corsé enyesado. Cuando esté seco se hace caminar un poco al enfermo y practicar ejercicios de gimnasia activa;

2º La reducción por extensión y contraextensión es el viejo método clásico. Sea: *extensión continua por los hombros y contraextensión por los miembros inferiores*, estando el herido acostado en una canaladura de Bonnet (fig. 118).

Sea: *extensión por el tripié de Sayr* y colocación de un enyesado cuando la fractura se ha reducido (fig. 119);



116.—El transporte de un fracturado de la columna vertebral, de la camilla a su lecho (se necesitan seis hombres)

3º La laminectomía precoz tiene el favor de algunos cirujanos (fig. 120). Contra la retención de orina, practicar un cateterismo muy aséptico o mejor una cistostomía.

b) NO HAY SIGNOS NERVIOSOS

CUADRO CLINICO

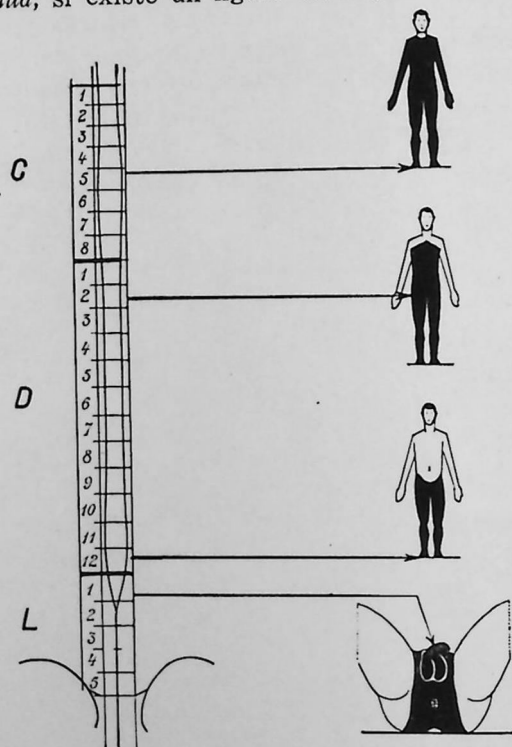
No hay signos motores, ni sensitivos, ni reflejos, o si existen algunos, son aislados y mínimos. La fractura no parece, pues, muy grave. La radiografía efectuada con urgen-

cia muestra una fractura de las apófisis transversas o espinosas, otras veces de las láminas, algunas veces es un aplastamiento del disco sin desalojamiento.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

Poner al enfermo en una *canaladura de Bonnet* (fig. 118).

Ponerlo en una *canaladura de Bonnet* e instalar una *extensión continua*, si existe un ligero desalojamiento (fig. 118).



117.—Fractura de la columna vertebral

Reducir por el método de Böhler si hay lesión del cuerpo vertebral (fig. 119).

c) HAY SIGNOS MEDULARES. PERO NO DEFORMACION RAQUIDEA

CUADRO CLINICO

Existen solamente algunos signos nerviosos; no hay deformación.

El examen radiográfico muestra que no existe desalojamiento; se trata generalmente de un hematorraquis.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

Poner al herido en una *canaladura de Bonnet*, vigilar la vejiga y las funciones digestivas.

2º LAS FRACTURAS LUMBARES Y SACRAS

CUADRO CLINICO

Algunas veces la fractura está situada al nivel de la segunda vértebra lumbar, existiendo entonces el síndrome del "cono medular" con "anestesia en silla". Otras veces la fractura es más baja y da el "síndrome de la cola de caballo" más o menos completo, con perturbaciones que se extienden a todo el miembro y al perineo.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

A menudo puede bastar colocar al enfermo en una canaladura de Bonnet, pero si existen perturbaciones nerviosas marcadas, se puede *intervenir quirúrgicamente* sin temor (porque se opera debajo de la médula) y está indicada la laminectomía.

3º FRACTURAS CERVICALES Y DORSALES ALTAS

CUADRO CLINICO

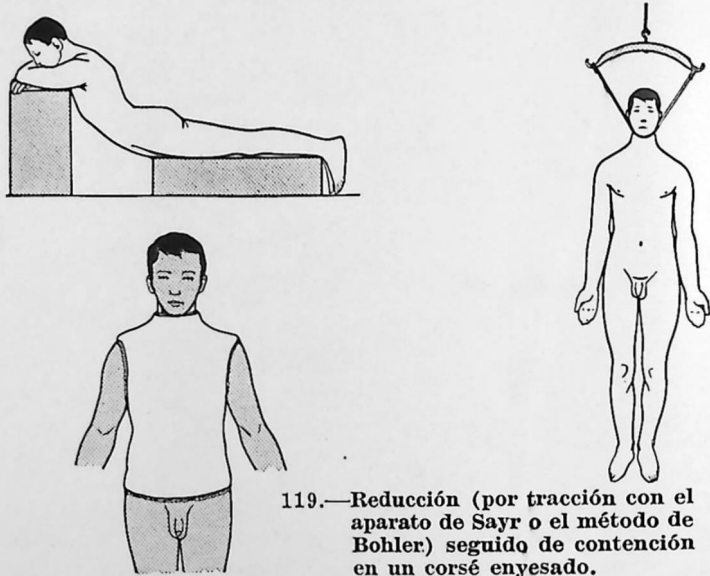
Algunas veces la fractura cervical es alta. El enfermo presenta una disnea intensa por parálisis del diafragma, de los escalenos, del frénico y de los intercostales. Cuadriplegia, perturbaciones respiratorias importantes, muerte rápida que una laminectomía puede evitar excepcionalmente.

Otras veces la fractura cervical es muy baja o es dorsal alta. Hay paraplegia, perturbaciones vesicales, parálisis más o menos altas en el abdomen, el tórax o los miembros superiores.

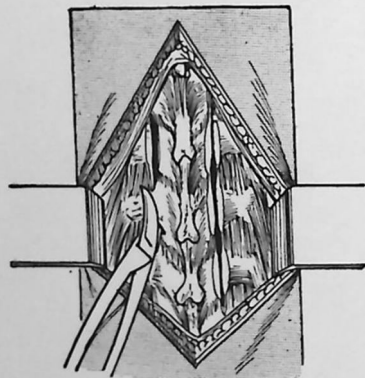
LOS METODOS TERAPEUTICOS EN LAS FRACTURAS DORSALES Y DORSOLUMBARES



118.—Canaladura de Bonnet sin tracción y con tracción continua



119.—Reducción (por tracción con el aparato de Sayr o el método de Bohler) seguido de contención en un corsé enyesado.

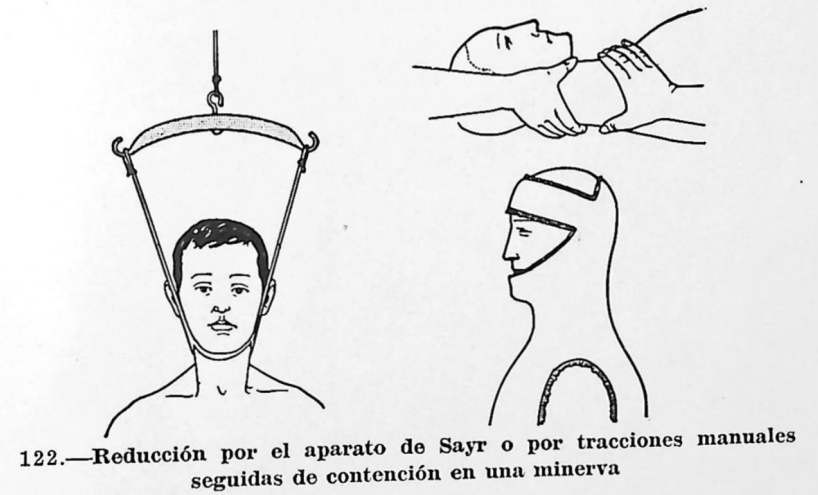


120.—La laminectomía

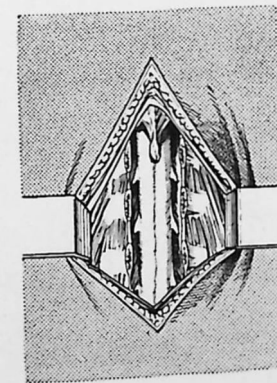
LOS METODOS TERAPEUTICOS EN LAS FRACTURAS DE LA COLUMNA CERVICAL



121.—La extensión continua



122.—Reducción por el aparato de Sayr o por tracciones manuales seguidas de contención en una minerva



123.—La laminectomía

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

La fractura cervical está asociada casi siempre a una luxación cervical *que es preciso reducir* (por extensión continua, por tracciones manuales o tracción continua por el aparato de Sayr), después inmovilizarla en una minerva (figs. 121 y 122).

Si estos procedimientos, que son peligrosos, se muestran insuficientes, se puede practicar una laminectomía (fig. 123).

4º LAS FRACTURAS ABIERTAS

Hay herida y el foco huesoso está descubierto. Las lesiones son a menudo considerables. Las fracturas son ocasionadas por arma de fuego o explosiones; están generalmente asociadas con desórdenes medulares importantes.

Es preciso intervenir siempre quirúrgicamente. Regularizar las partes blandas, quitar los fragmentos huesosos que comprimen la medula.

25. - QUEMADURAS GRAVES DE LOS TEGUMENTOS

-
- 1º Quemaduras superficiales extensas.
 - 2º Quemaduras profundas.
 - 3º Electrocutado con necrosis total o parcial de un miembro.

CUADROS CLINICOS**1º QUEMADURA SUPERFICIAL EXTENSA**

Se trata de un herido quemado por la proyección de aceite hirviendo o explosión de una caldera.

El rostro, el cuello, las manos y una parte del tórax presentan quemaduras de primero y segundo grados. Está acostado, inmóvil, presa de violentos dolores. El rostro está tumefacto, las manos son enormes. Todas las superficies atacadas están cubiertas de flictenas. Su pulso es rápido. Está disneico y ansioso.

2º QUEMADURAS PROFUNDAS

Es un herido que ha caído al fuego y cuyos vestidos se han inflamado, y al lado de quemaduras superficiales, se ven *escaras* más o menos extensas, negras y que suenan bajo el estilete.

Los vestidos están destruidos en parte. Está acostado en un estado de choque muy marcado, su pulso es débil, sus extremidades, frías; no reconoce a los que le rodean, vomita y no orina.

3º EL ELECTROCUTADO CON NECROSIS TOTAL O PARCIAL DE UN MIEMBRO (fig. 124)

El miembro está negro, carbonizado. Estado de choque intenso. Lesiones múltiples, a menudo.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

1º QUEMADURA SUPERFICIAL EXTENSA

a) Cortar los vestidos con tijeras y reconocer la extensión de las lesiones.

b) Tratar el choque.—Inyección de morfina; de aceite alcanforado, etc...

c) Tratamiento local de la quemadura.—Lavar con suavidad los tegumentos con agua ligeramente jabonosa, a fin de quitar los despojos sépticos. Picar las flictenas, evitando dejar al desnudo la capa rosada del dermis. *Abstenerse de toda curación oclusiva.* Hoy la mayor parte de los cirujanos está de acuerdo en pensar que *el mejor tratamiento de las quemaduras de primero y segundo grados, consiste en dejar efectuarse la cicatrización al aire libre.* Poner, pues, al herido en una pieza caliente, sobre sábanas muy limpias (si es posible esterilizadas), en la semiobscuridad, con las superficies quemadas expuestas directamente al aire y bajo un arco de calefacción. Es, a veces, útil en los sujetos agitados, fijar parcialmente los miembros a la sábana, por lazos flojos, a fin de evitar que se rasque. En fin, se deben separar con gasas engrasadas las superficies que pudieran adherirse (espacios interdigitales, etc.). Se puede, provechosamente, practicar un *tanaje* de las quemaduras.



124.—Carbonización parcial del miembro superior por electrocución.

d) Tratamiento general.—*Hidratar al herido por todas las vías:* 1º *bucal:* hacer beber con profusión tisanas ligeramente bicarbonatadas (a fin de luchar contra la acidosis) y alcoholizadas; 2º *rectal:* instalar

un gota a gota continuo de suero glucosado; 3º *intravenosa:* suero salado hipertónico; 4º *subcutánea:* que tiene el inconveniente de ser rápidamente dolorosa.

La transfusión sanguínea debe practicarse en los casos muy graves.

Comenzar el trazo de la curva de las orinas y de la temperatura. Es de ella de quien depende el pronóstico.

En ciertos casos se puede uno encontrar en presencia de quemaduras infectadas: conducirse de modo diverso, según el estado de las lesiones. Nuestra acción puede consistir, si existe una infección ligera, en gran baño oxigenado del miembro, en baño completo con una solución antiséptica isotónica; en fin, si la quemadura está acompañada de colección purulenta que se ha propagado en profundidad, amplias incisiones con desbridaciones extensas pueden necesitarse.

La seroterapia antitetánica y antigangrenosa debe emplearse: la primera en todos los quemados, la segunda cuando hay infección.

2º QUEMADURAS PROFUNDAS

Tratamiento intenso del choque. Si las lesiones son asépticas, dejarlas intactas. Hidratar con energía. Seroterapia abundante. Suero hipertónico, algunas veces transfusión.

3º EL ELECTROCUTADO CON NECROSIS TOTAL O PARCIAL DE UN MIEMBRO

Amputar instantáneamente con anestesia local el miembro, arriba de las lesiones. Tratamiento general del choque.

26. - HERIDAS DE LAS PARTES BLANDAS

A.—Herida vista antes de las seis horas que siguen al accidente.

1º Heridas regulares.

2º Heridas contusas y heridas por arma de fuego.

3º Machacamientos.

B.—Heridas vistas después de seis horas del accidente.

1º Poco infectada.

2º Gravemente infectada.

A.—HERIDA VISTA ANTES DE LAS SEIS HORAS QUE SIGUEN AL ACCIDENTE

1º HERIDAS REGULARES

Interrogatorio

Causa (fragmento de vidrio, cuchillada, etc...), medio poco séptico.—Signos pasados.—Atenciones prestadas (¿garrrote?, inyección de suero antitetánico).

Examen

La herida es neta, con sus dos bordes casi en contacto, la piel está desgarrada, los tejidos profundos no están dilacerados. Ningún cuerpo extraño. Ningún fragmento de vestido contamina la herida.

CONDUCTA QUE HAY QUE SEGUIR

Toda herida, por pequeña que sea, debe considerarse como infectada. Querer sistemáticamente cerrarla sin canalizar es muy peligroso.

Después de haberse lavado cuidadosamente las manos, proteger la herida por una gasa, lavar y rasurar la piel que la rodea, enyodar, hacer limpiar la herida y lavar con éter.

Si la herida es *puntiforme*, perfectamente neta (herida por fragmento de vidrio), poco profunda y si no encierra cuerpos extraños, se está, en rigor, autorizado a suturarla, dejando una crin, si se tiene la certidumbre de poder vigilar la herida durante cinco o seis días.

Las heridas del rostro serán cerradas con una sutura intradérmica o, más sencillamente, con crines delgadas pasadas con una aguja muy fina, afrontando con cuidado. Tales son los únicos casos en que puede autorizarse la sutura primitiva completa.

En las largas heridas netas es preferible no practicar sutura primitiva total. Reconstituir los diversos planos y cerrar parcialmente sobre canalización por un hacecillo de crines. Los nervios y tendones deben siempre suturarse desde luego.

Acordarse que, prácticamente, la sutura primitiva completa sin canalización de las heridas, aun cuando sean regulares, está indicada raras veces (excepto en la cara) y es siempre peligrosa.

2º HERIDAS CONTUSAS Y HERIDAS POR ARMA DE FUEGO

A.—HERIDAS CONTUSAS.—La piel está más o menos machacada, desgarrada, los músculos están dilacerados.

Después de haber lavado, rasurado, enyodado la piel y vertido éter en la herida, hay que efectuar "la regularización quirúrgica". En la herida de mediana importancia no existe despegamiento y la regularización será limitada: quitar un collar de piel contundida, evacuar coágulos y cuerpos extraños, cortar los colgajos musculares contundidos y los tejidos desprendidos y mal nutridos: obtener una herida neta y sangrante. Colocar en caso de necesidad algunos puntos de aproximación en la profundidad y cerrar bajo un hacecillo de crines (figs. 125, 126, 127, 128).

B.—HERIDAS POR ARMAS DE FUEGO.—Si se trata de una herida por bala, hacer precisar la distancia a la cual se ha hecho el disparo, la dirección, los signos pasados.

Siendo la herida *puntiforme*, buscar el orificio de salida y reconstituir el trayecto aproximado de la bala. Verificar si no existe lesión visceral.

Si la región herida estuviese cubierta por vestidos, desbridar el orificio de entrada, buscar los cuerpos extraños (restos de vestidos arrastrados en la herida), quitarlos y después dejar abierto ampliamente o aproximar los labios por un punto flojo. Si la región no estuviese cubierta con vestidos y no pareciese la herida contener cuerpos extraños, no desbridar, pero dejar abierto el orificio. La bala será extraída desde luego si esto es fácil o la localización radioscópica inmediata lo permite. En caso contrario la extracción puede ser retardada algunas horas.

Las heridas por fragmentos de granada son anfractuosas y particularmente sépticas; contienen los proyectiles y despojos de vestidos que han sido arrastrados por aquéllos. Es necesario ampliar y regularizar las heridas importantes y sucias y quitar todos los despojos, así como los proyectiles accesibles. Una herida única y mínima situada en una zona no cubierta por vestidos, puede compararse a una herida por bala y no desbridarse sistemáticamente.

En resumen: no cerrar jamás sin canalización una herida contusa anfractuosa, pero es permitido colocar hilos provisionales sin apretarlos. Se pone una curación "a plano", y si al cabo de cuarenta y ocho horas el estado local y general es satisfactorio, se estará autorizado para apretar los hilos: es la sutura primitiva retardada.

3º MACHACAMIENTO

Las partes blandas están gravemente atacadas; la piel, despegada; los músculos, los tendones, parcialmente arrancados; la herida sangra.

Resecar todas las porciones condenadas al esfacelo, pero ser muy económico. No conservar más que las fibras musculares intactas y bien vascularizadas, pero hacer lo imposible para conservarlas en cada músculo. Investigar sistemáticamente el estado de los grandes vasos, de los nervios y de los tendones y practicar la hemostasis cuidadosa de las arterias secundarias. Una herida reciente de los grandes vasos impo-

ne rara vez la amputación inmediata: vigilar el miembro durante algunas horas, antes de amputarlo. Las suturas nerviosas y tendinosas serán siempre inmediatas. Se cerrará con algunos puntos flojos y separados que aproximarán las partes, pero con amplios tubos de caucho, de canalización, que penetrarán en las zonas despegadas.

B.—HERIDA VISTA MAS DE SEIS HORAS DESPUES DEL ACCIDENTE

1º INFECCION LIGERA

Los labios de la herida están rojizos, escurre entre ellos una ligera serosidad purulenta, pero no hay rayas de linfangitis, ni elevación notable de temperatura, y el estado general es bueno.

Cortar y regularizar ampliamente, quitar todos los tejidos mal nutridos, buscar las conejeras y canalizarlas. Instalación de tubos de Dakin. Dejar abierto ampliamente o aproximar parcialmente sobre los tubos de canalización.

2º INFECCION GRAVE

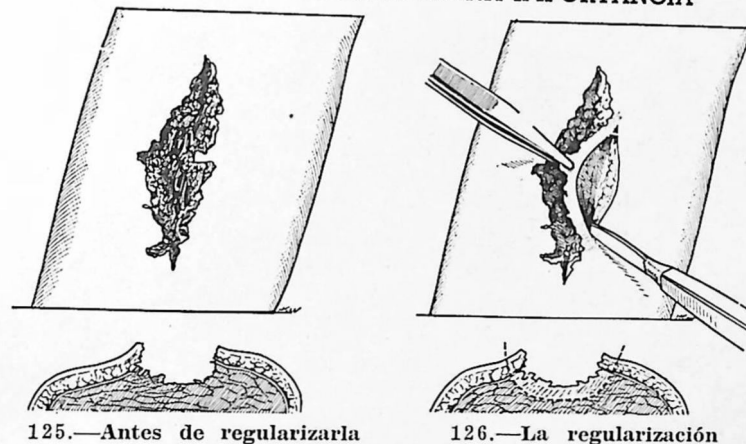
Se trata, sea de *coleción purulenta*, que necesita amplias incisiones y canalizaciones, sea de *gangrena gaseosa*, que necesita la amputación y la seroterapia abundante, sea del *tétanos*, que necesita la escisión amplia o la amputación, asociada a la seroterapia abundante (subcutánea, intravenosa, intrarraquídea.)

En todos los casos de heridas en las calles, los campos, el taller, la guerra, por el automóvil o en el accidente de trabajo, que crean una herida un poco anfractuosa, lo mismo que en las heridas menos importantes, pero sucias por cuerpos extraños o tierra; finalmente, en las heridas aun mínimas de la planta de los pies, de los artejos, subungueales, y en las heridas por machacamiento de los dedos, es necesario inyectar suero antitetánico que tal vez la vacunación preventiva hará bien pronto inútil.

Cuando la herida está muy sucia o está infectada, añadir la inyección de suero antigangrenoso, pero acordarse que la regu-

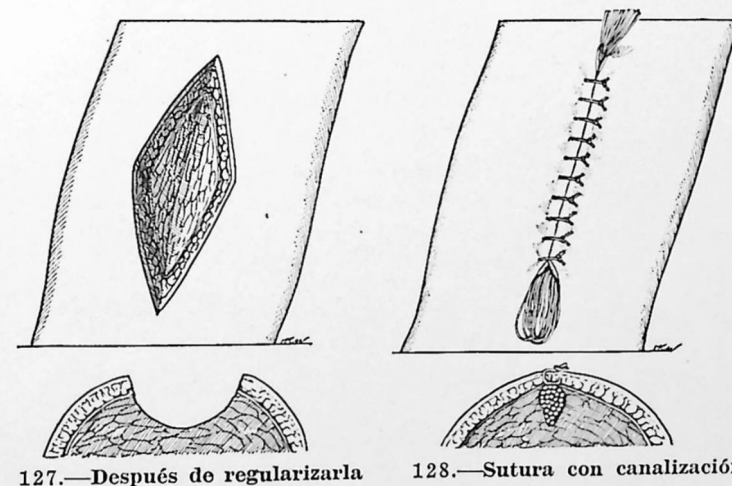
larización minuciosa de una herida es mejor como tratamiento preventivo del tétanos y de la gangrena gaseosa, que la inyección de suero.

HERIDA CONTUSA DE MEDIANA IMPORTANCIA



125.—Antes de regularizarla

126.—La regularización



127.—Después de regularizarla

128.—Sutura con canalización

Una herida del pie es más grave que una herida de la mano, y esta última más grave que una herida de la cara o del cuero cabelludo, porque para la misma lesión anatómica el peligro de infección es mayor.

INDICE DE MATERIAS

	Pág.
	—
Prólogo	VII
Introducción	IX
1.—Fracturas de la base del cráneo	1
2.—Hemorragias de los grandes vasos del cuello	9
3.—Contusiones del tórax	15
4.—Heridas del tórax	21
5.—Heridas del corazón	29
6.—Dilatación aguda del estómago	35
7.—Contusiones del abdomen	39
8.—Heridas del abdomen	45
9.—Apendicitis	51
10.—Oclusión intestinal	59
11.—Peritonitis aguda	67
12.—Hernia crural estrangulada	73
13.—Cuerpos extraños del recto	77
14.—Hematuria	81
15.—Contusiones y rupturas del riñón	87
16.—Retención aguda de orina	93
17.—Ruptura traumática de la uretra	101
18.—Cuerpos extraños y cálculos de la uretra y de la vejiga ..	107
19.—Ruptura de embarazo tubario	113
20.—Abortos	119
21.—Heridas articulares	125

22.—Fracturas abiertas	131
23.—Grandes machacamientos de los miembros	137
24.—Fracturas de la columna vertebral	143
25.—Quemaduras graves de los tegumentos	151
26.—Heridas de las partes blandas	155
