

drome to calm pain in senile arteritis—excepting some contraindications—and to improve circulatory conditions before amputating.

Suprarenalectomy does not give the results advocated.

When amputating because of a confirmed gangrene, it is convenient to determine the circulatory conditions resorting to various advocated exploratory tests, so as to be conservative in mutilation.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Die vorherrschende pathogenische Ursache der Nekrose in den Gliedern ist die Arterienentzündung in mehr oder weniger schwerer Form. Das Auftreten der Nekrose durch Embolie ist eine Ausnahme.

Die besagten Artenentzündungen teilt sich traumatische, infektiöse oder solche durch Ernährungsstörungen hervorgerufene (Zuskerkrankheit, Arteriosklerose, Alters oder Jugend Arterienentzündung).

Die Behandlung muss kausal und vorbeugend sein: Antisyphilitisch, antidiabetisch usw. Bei Fällen von Embolie frühzeitige Ausschneiden der Embolie, innerhalb sieben Stunden wenn möglich.

Innerliche Eingabe von Natronzitat, oder durch intravenöse Einspritzungen haben unsichere Wirkung sehr verspäteter Aktion und können Hämolysis verursachen. Die Behandlung mit Insulina ergibt gute Resultate in der Jugend Arterien Entzündung, aber keine in der des Alters.

Die Sympatectomie der Periarterien ist zu empfehlen beim Raynaudschen Syndrom um die Schmerzen zu stellen und zwar in der Alters Arterienentzündung, ausgenommen in einigen Fällen, ferner dient sie um die Blutumlaufverhältnisse zu verbessern bevor man die Amputation vornimmt.

Operation Suprarenal gibt die behauptet en Erfolge.

Wenn es sich erweist wegen bestätigter Nekrose zu amputieren, ist es erforderlich die Umlaufkonditionem genau zu bestimmen, um möglichst ekinomisch in der Verstümmelung sein zu können, wzu man zu den verschiedenen unbekannt en Untersuchungen proben gemacht werden.

## ABDOMEN AGUDO

por el doctor

L. CIVIT LLOVET

Médico del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona

### I.—DEFINICION, GENERALIDADES, ETIOLOGIA, OBJECIONES E IMPORTANCIA

«The name «acute abdomen» has been given to a group of affections of the abdominals contents, characterised by severe pain and urgently calling for operation. It is met with in children as well as in adults, and in no department of surgery or of medicine is the immediate procuring of skilled assistance and advice of such incalculable value. In many cases everything depends upon a prompt and properly performed operation».

Esta es la definición de J. W. BALLANTYNE, a mi concepto tan expresiva y concisa, que no he podido pasar sin copiarla, aun intentando traducirla literal-

mente. «Se ha dado el nombre de «abdomen agudo» a un grupo de afecciones del contenido abdominal caracterizadas por un dolor intenso y que reclaman urgentemente la intervención quirúrgica. Se presentan en la infancia como en la edad adulta y en ninguna otra afección médica o quirúrgica es de tan incalculable valor la inmediata asistencia y consejo de un experto. En la mayoría de los casos, todo depende de una intervención precoz».

La importancia del conocimiento del abdomen agudo es formidable. Casi siempre los casos que se nos presentan son de importancia vital. Su aceptación ha sido universal, de un modo especial por los cirujanos; pero hay que tener en cuenta que se trata de una afección médico-quirúrgica y que no sólo es al cirujano a quien interesa de un modo extraordinario, sino al médico en general; éste, pues, debe conocer el asunto perfectamente, ya que el problema es a él a quien se presenta y él es quien primeramente debe enfocarlo.

Los antiguos conocían las oclusiones intestinales, vólculos, invaginaciones, etc., con el nombre de cólico misere, de *misereo miseris*, compadecerse, mover compasión. Los médicos americanos han agruppado también en una palabra «acute abdomen» todas las enfermedades abdominales que mueven a actuar.

Han pasado y pasarán sin duda muchos años en que la misión del médico en muchísimas enfermedades es poner en práctica el consejo de Sydenham para su gota: «paciencia y franela»; o la de dar tiempo al tiempo. En los casos de abdomen agudo, por el contrario, nada de apostolado de paciencia y paños calientes; en ellos, dejando a parte la compasión, no se debe perder el tiempo, hay que desconfiar de los calmantes; y si no se actúa ya desde el primer momento de un modo activo, hay que estar preparado (expectación armada) para poder obrar en su momento oportuno.

El médico que se encuentra con un enfermo tal, no debe, después de la primera visita, considerarlo como a sus otros enfermos, o incluso convalecientes, anotando su dirección para el día siguiente con la misma importancia que esos a quien hay quien les da la inyección diaria de cacodilato o suero más o menos vital; estos enfermos reclaman toda nuestra atención y debemos preocuparnos de ellos. Con frecuencia ocurre que aquello de que para mañana es tarde resulta cierto en estos casos. La obligación que tiene el médico de considerar a sus enfermos como individuos de su propia familia, en ninguna otra enfermedad lo requiere tanto; más que la atención, deben llegar estos enfermos a producirnos la preocupación; pero ya desde la primera visita, y no ya luego cuando las cosas van de mal en peor.

La sociedad nos reserva a los médicos la misión de tratar la salud de los individuos, y lo menos que puede exigirnos es que tengamos un conocimiento de la enfermedad según el estado actual de la ciencia. Nos permite enviarlos a especialistas, o tener consultas con ellos; pero lo que no tolerará ni puede

permitir, es que por ignorancia digamos que una cosa no tiene importancia, teniéndola, y capital; que, como los incautos, confiemos en el alivio momentáneo bajo la acción de la morfina, sin decidirnos ni orientar dejemos pasar el tiempo para ver cómo se resolverá; y al ver que va peor, todavía esperar por si se confirma, cuando ya es desastre. Entonces, a las consultas e intervención suele seguir la muerte del enfermo. Aquí hago más las palabras de E. DOUCLAUX; «como siempre me dirijo a la opinión, y no ataco a las personas: la crítica es uno de los derechos de la ciencia, que no progresaría si se viera forzada a conformarse con todo lo existente». Y LEJARS ha dicho «nunca se insistirá demasiado sobre la inmensa y grave responsabilidad que se asume esperando una confirmación superflua de la gravedad de los accidentes».

Se dirá que no siempre es la responsabilidad del médico, pues muchas veces es la familia quien es contraria a la operación. Es verdad, en un limitado número de casos, si al principio, en vez del optimismo o del titubeo, de hacer concebir ciertas esperanzas, al día siguiente con él parece que no va peor, al indicar más tarde la operación y a no poder dar muchas garantías de ella, claro que algunas veces son refractarios; pero si ya de buen principio cuando impera la zozobra se les confirma que es cosa seria, sabiendo lo que tiene entre manos, y mejor si es posible después de acordado en consulta se ordena la operación, todavía puede que haya algunos que no quieran; pero la mayoría, la inmensa mayoría, creen y ceden. En los contados casos en que no es aceptada, nuestra responsabilidad queda a salvo; pero debemos guardarnos mucho de ser en extremo absolutistas, ya que el organismo tiene medios de defensa: cohibiéndose una hemorragia, venciendo un obstáculo, aislando o limitando por la formación de adherencias, acabando en abscesos, abertura espontánea de estos; disolviendo mecánicamente por fluído de la misma irritación líquidos sépticos caídos en la cavidad peritoneal, a más de sus poderes bactericida, citológico, aglutinante, antitóxico del plasma sanguíneo. Pero hoy por hoy, por nuestra parte no podemos contar con estos medios de defensa como suficientes ni abandonarnos a ellos en los casos graves.

El abdomen agudo está integrado por las contusiones abdominales sea cualquiera el mecanismo producido, comprendiendo desgarros y rotura del intestino, más comunmente el delgado que el grueso, de la vejiga, estómago, vesícula biliar, o de vísceras macizas, (hígado, bazo, páncreas, riñón), así como también del mesenterio u omento; las hemorragias consecutivas a roturas de estas vísceras o por lesiones directas sobre los vasos; perforaciones gastro-duodenales, abscesos subfrénicos, ciertos estados de la vejiga biliar (roturas, gangrenas), apendicitis de forma grave, oclusiones con todas sus causas, vólvulos e invaginaciones intestinales, perforaciones de los mismos, peritonitis, hernias internas, pancreatitis agudas, trombosis y embolias de las mesentéricas,

rotura de un piosalpinx o del útero, embarazo ectópico, torsión de un pedículo, de un quiste o del cordón espermático, perforaciones de recto, en una palabra, toda rotura traumática, toda perforación parcial patológica de una víscera hueca, toda oclusión intestinal, trastornos vasculares que pueden acarrear necrosis o hemorragia, o sea todas las afecciones abdominales capaces de crear una oclusión o una peritonitis localizada o generalizada, y cuya causa, actuando a tiempo podemos atacar.

No incluyo las roturas de los aneurismas de la aorta abdominal, pues a pesar de que representa el tipo máximo, desgraciadamente el médico nunca puede hacer nada. Si no se había diagnosticado el aneurisma, son hallazgos de autopsia. Ni las heridas penetrantes por arma blanca o arma de fuego, pues ya sabemos positivamente de qué se trata; la lesión o lesiones pueden ser mayores o menores de lo que suponíamos y en ellas la laparotomía es de rigor, puesto que es absolutamente necesaria. «Actualmente, el bisturí debe sustituir siempre al estilete» Imbert.

Al término abdomen agudo se le han hecho algunas objeciones: que la traducción de la palabra ha sido muy literal, que no da concepto claro de lo que representa y diferentes interpretaciones o expresiones que del mismo se han dado. Realmente, puede que la traducción del vocablo no sea muy feliz, y el que no dé un concepto claro de lo que representa, tal vez sea debido a que todavía no estamos del todo familiarizados con él. De todos modos, hemos de considerar que representa el estudio en conjunto de las afecciones abdominales agudas, y que si siempre debemos ir al perfeccionamiento en medicina, también tenemos desgraciadamente otros términos admitidos y consagrados por el uso cuya etimología deja mucho que desear, como por ejemplo el término asistolia. Las diferentes interpretaciones tal vez sea causa de la poca literatura, el no preocuparnos demasiado del mismo y que es lo que a mí me ha movido a escribir el presente artículo. Pero la objeción principal que se ha hecho al mismo, es, que si conocemos particularmente las enfermedades o complicaciones de ellas que forman este grupo, es más lógico precisar la enfermedad que lo produce que no contenerlo todo con el nombre abdomen agudo. Sería verdad si siempre tuviésemos elementos suficientes y dispusiéramos de tiempo para las precisiones de diagnóstico; pero muchas veces nos embrollamos y perdemos ante las menudencias al ir a precisar un diagnóstico certero, y es un gran acierto agrupar en una sola palabra las que con pocos síntomas, casi siempre claros, demuestran un pronóstico siempre serio, exigen una igual orientación terapéutica y procuramos distinguir en un principio, no de las otras afecciones en particular sino de las restantes en general. Dice BALMES en su «Criterio» al hablar del carácter de las inteligencias elevadas, que «los genios superiores no se distinguen por la mucha abundancia de las ideas, sino en que están en posesión de algunas capitales, anchurosas, donde hacer caber al mundo» y que sólo es don de las águilas posarse en la cumbre de los Alpes y desde

allí abarcar y contemplar montañas, valles, ríos, llanuras y ciudades.

Evita estas precisiones de diagnóstico siempre muy loables pero también a menudo falsas por no disponer siempre de exploraciones complementarias y en especial de los rayos X. ¿Quién es capaz de diagnosticar una embolia o trombosis de la arteria o vena mesentérica y más aún si el médico urgentemente llamado no sabe que el tal enfermo es un endocárdico o un cirrótico? ¿Y para qué entretenerse en puntualizar, cuando lo importante es abrir rápidamente el abdomen? Las mismas invaginaciones intestinales en el adulto, ¿no son la mayoría de las veces una sorpresa operatoria? ¿Quién es capaz de diagnosticar una pancreatitis hemorrágica, sólo por la gran intensidad del dolor y por localizarse éste al principio en la parte superior e izquierda del abdomen?

Suprima estos chascos ante los ojos de los familiares y tal vez de algún médico, que creen ver, una vez la intervención ha demostrado que era en otra viscera en donde radicaba la lesión. Este mismo año fué mandado por uno de los mejores clínicos, cuya reputación científica es de las más sólidas, a un hábil cirujano un caso muy bien historiado de una perforación gástrica; y en la intervención se encontró una gangrena de la vejiga biliar. Afortunadamente, debido a la precocidad en la operación, el enfermo curó. El día 11 de julio ingresa en el hospital con diagnóstico de perforación gástrica M. García, de 25 años, del cual sólo podemos saber que estando siempre bien, hace un año tuvo dolores difusos en ambas fosas ilíacas durante un mes, que hacía ocho meses tenía dolores epigástricos de aparición irregular, que calmaban con alimento, y que el día anterior a primeras horas de la madrugada siente un fuerte dolor en la región umbilical, con náuseas, vómitos, sudores fríos y paresia intestinal. A la exploración el vientre está abultado, doloroso, contractura de la pared generalizada, especialmente en el epigastrio, después de la palpación movimiento de reptación de los intestinos, desaparición de la macidez hepática, 80 pulsaciones. Hecha la intervención dos horas después de su ingreso en el hospital, se encontró que el estómago, lo mismo que el duodeno estaban completamente normales; en la fosa ilíaca derecha, un asa de ileon adherida al ciego, con un nódulo en el mismo, donde se implanta una brida epiploica que acoda el intestino. Hecha la resección del nódulo y del epiplón enfermo, con peritonización de la superficie a que estaba adhehrido, el enfermo se pone en subdelirio, agitación, sin restablecerse el peristaltismo intestinal, falleciendo a las 24 horas.

Y acaba con estas discusiones en junta donde la reputación de algún maestro descende mucho de su nivel por querer sostenerse sólo por su autoridad, y por perspicacia, sin puntos de apoyo sólidos, siendo a menudo causa de la pérdida de un tiempo precioso. Recuerdo que el Dr. VALLEJO, en el diagnóstico de las apendicitis agudas, nos decía que hay casos que pueden confundirse con la mayor parte de las afecciones agudas del abdomen; y nos contaba que ha-

bía asistido a un muchacho en consulta con siete médicos, habiendo de lo más esclarecido de la clase. Se diagnosticó colecistitis, gastritis, con sus manifestaciones reflejas, vólvulo del intestino, y no sé qué más, pues se hicieron cinco diagnósticos. «Si uno cualquiera hubiese hablado de apendicitis, su opinión hubiese sido rechazada por unanimidad. Ni siquiera se pensó en ella», se reunieron otra y otra vez se exploró nuevamente al enfermo (cuántas miles de veces se le había tomado el pulso, cuantas veces no enseñaría el pobre su lengua, cómo se le percutiría en todas posiciones); y en vista del fracaso en todo lo empleado, como último recurso se decidió ir a la intervención, y sorpresa general al encontrarse con una apendicitis gangrenosa. El enfermo murió el mismo día. Años después leí una máxima de LEJARS, que bien podría aplicarse aquí. «No os entretengáis en esos exámenes repetidos que matan por el tiempo que hacen perder».

Las mismas comunicaciones en academias o sociedades, la publicación en revistas especialmente de casos de simulación de oclusiones intestinales u otras afecciones por causas de las más diversas, yo veo a través de ello más que el valor en sí, la sorpresa que al cirujano o al médico en la autopsia le produjo aquello impensado, de modo que podrán tener una importancia para formar biografía, pero no práctica, ya que, en la clínica, no debe pensarse en lo excepcional.

Si cito estos casos y otros muchos que se podrían contar, pues todos tenemos en nuestra experiencia, y si esto pasa entre maestros, grandes clínicos y médicos de hospital donde se alardea de tener la medicina al día, donde el cambio de impresiones es continuo, donde se dispone de todos los recursos, qué pasará en un medio rural o en pequeñas poblaciones y por qué no en la clientela particular de las grandes capitales (lo primero has de saber que en la corte hay siempre el más necio y el más sabio y los extremos de todas las cosas, que disimula los malos y esconde los buenos) (Historia de la vida del buscón. Cap. XIII) donde no se cuenta o no se piensa en disponer de todo cuanto podemos echar mano. Según A. R. SCHORT «En la práctica general, la principal diferencia entre un buen médico y un médico malo y peligroso para el enfermo, consiste en que el primero sabe cuando hay que recomendar una operación y el segundo desconoce este asunto».

Es tan difícil señalar siempre la causa con precisión, que sé de otro profesor, que sabiendo perfectamente esta dificultad, para no mermar su autoridad, decía que él ya sabía el diagnóstico, pero no quería exponerlo, puesto que ya lo llevaba escrito; y realmente, después de la intervención mostraba un papel con el diagnóstico, que resultaba exacto; pero llegó a saberse que de papelitos no llevaba uno sólo, sino que eran tantos como causas él creía podían tratarse. ¿No es más lógico y práctico confesar claramente que hoy por hoy no es posible precisar siempre la causa y que sólo es indispensable la intervención y que luego ésta nos lo dirá? El mismo SCHORT

dice: «En la práctica es con frecuencia muy difícil llegar a establecer una opinión segura sobre el diagnóstico diferencial de las «catástrofes abdominales agudas». Para nuestro propósito podemos contentarnos con un objetivo mucho más modesto. Lo que debe averiguar el médico que asiste a un enfermo de esta clase, es si el estado morboso exige o no una operación inmediata. En caso afirmativo, importa poco que se le diagnostique de úlcera gástrica perforada, o de trombosis aguda de la arteria mesentérica.

Este mismo año hemos perdido una notabilidad médica a consecuencia de abdomen agudo, por más que hubo juntas. ¿Se puede afirmar de una manera rotunda la causa de aquella peritonitis? Ha dolido a muchos la falta de una laparotomía exploradora, que de poder hacerse y a tiempo, tal vez hoy a pesar de su edad, todavía lo contaríamos entre nosotros.

El malogrado Dr. FARGAS tenía una idea clara de ello, aunque no se había creado esta palabra entonces. Ingresó en su servicio del hospital una muchacha joven recién casada, amenorreica de dos meses, que estando comiendo fué sorprendida por un dolor agudo, intensísimo, en el vientre. Era cuando la reacción de ABDERHALDEN estaba en su principio; y el resultado negativo de dicha reacción, sin síntomas genitales, pues parecía un fondo de saco lateral más ocupado y la falta de síntomas generales, y sólo con una resistencia en el vientre, dió lugar a tratar extensamente sobre diagnóstico diferencial, siendo su opinión de que *probablemente* se trataba de un embarazo ectópico y que lo que interesaba era operar rápidamente a la enferma. La mujer, de momento se resistía a dejarse intervenir, diciendo que había oído que de un modo cierto no sabíamos lo que tenía; y él le contestó que aunque no pudiésemos precisar exactamente dónde radicaba el mal, debía ella considerar que dentro su vientre tenía una bomba que estaba humeando y cuya explosión podía producirse de un momento a otro, siendo entonces inútil todo cuanto se hiciese, pues las consecuencias de la explosión serían fatales; la enferma se convenció y luego nos dijo a nosotros aparte que estos casos el médico debe considerarlos como *tumores malignos* y que hay que ir decididamente a abrir el vientre y su extirpación debe ser lo más rápida posible; la intervención demostró que se trataba de un embarazo tubárico, saliendo curada la enferma a los pocos días del hospital.

## II.—SINTOMATOLOGIA

Somos llamados porque se trata de un enfermo con un dolor agudo intenso en el vientre; algunas veces nos dicen que ha sufrido un traumatismo, generalmente no nos dan otro dato. ¿Cómo debe procederse? Creo que lo que primero hay que examinar es la cara del enfermo antes que nos acostumbremos a ella poniendo especial cuidado en indagar si se trata de una facies angustiosa, peritonítica o si tiene una palidez exangüe; la posición que guarda en ca-

ma no nos debe pasar por alto; pasiva en decúbito supino, a veces con las piernas dobladas en gatillo de fusil, y otras, por el contrario, con una agitación, yendo de un lado a otro de la cama. Recogidas estas impresiones, antes de proceder a la exploración es necesario hacer un interrogatorio para orientarse. El interrogatorio con la palpación constituyen lo fundamental, pero no son estos casos en los que mejor puede hacerse un buen interrogatorio; la familia, preocupada, sólo desea ver calmado al paciente; y éste, aunque casi siempre con la inteligencia despejada, pero intrigado con su intenso dolor, generalmente contesta de un modo vago y displicente. Como dice muy bien el Dr. CORACHÁN: «no hi fa res que el malalt es queixi i s'impacient, que us digui que no l'amoïneu, que la seva família es pensi que a la arivada del metge el malalt ha de deixar de patir com per art d'encantament. Cal procedir amb calma i no encomanar-se l'agitació que omplena la cambra del pacient». Así, pues, el médico, sin petulancia, debe dominar la escena sujetándose íntegramente a las condiciones que requiere un interrogatorio. Las preguntas deben ser claras, precisas y con un plan; he ahí cómo acostumbramos a proceder hasta encontrar la orientación. Me apresuro a advertir que éste es un plan esquemático que pocas veces es posible seguirlo todo en la práctica, sino que a las pocas preguntas, ya orientados, o pensando estarlo en un sentido, forzamos las preguntas hacia él a fin de afianzarnos o rechazarlo. La parte de exploración sí que generalmente la hacemos siempre como lo expongo, sólo que a más procuramos completarla; más cuando suponemos que no se trata de abdomen agudo, como por ejemplo un caso de sistema nervioso con la busca del signo de ARGYLL ROBERTSON, estado de los reflejos en especial el WESTPHAL, etc. Acostumbramos a empezar por los antecedentes individuales, es conveniente saber si ha sufrido intoxicaciones agudas o crónicas, infecciones como la tifoidea, y de un modo especial directa o indirectamente la lúes; debe preguntarse si estaba herniado, si ya había sufrido alguna operación; y si se trata de mujeres, el estado de su menstruación. Es de capital importancia conocer si era un antiguo enfermo de estómago, si le dolía éste después de las comidas, con qué le calmaba y si estas molestias habían sido a temporadas; hay que saber cómo deponía antes del ataque, si había tenido alguna crisis de obstrucción, indagar si había sido un colecístico con ictericia y modificaciones de sus heces o un nefrolitiasico con sus trastornos ordinarios y saber si el enfermo era un antiguo endocrático o con alguna afección de los vasos, si sufría alguna afección de las vías respiratorias. Teniendo ya así a grandes rasgos un concepto del enfermo, hay que puntualizar referente a los caracteres del dolor, saber cómo empezó, si dejó sus ocupaciones y si pudo por sí mismo andar hasta un dispensario o a su domicilio; o bien, si estando en casa, preguntar a sus familiares las características del principio, hay que hacerle señalar a él mismo por dónde le empezó el dolor, si ha persistido en el mismo sitio,

extendido por todo el vientre, o ha sufrido alguna irradiación hacia el dorso o alguna de las extremidades. Interrogar luego si tiene el vientre cerrado a materias y gases y si esta detención le es pasiva o le mueve a constantes esfuerzos o por el contrario si ha tenido diarrea y los caracteres de ella, y de un modo especial la presencia de sangre rutilante o ya digerida. Luego después, aunque muchas veces ya les vemos vomitar, hay que preguntar por los vómitos, si han persistido aún a pesar de no beber, y los caracteres de los mismos, saber si el enfermo orina bien o si está con polaquiuria o bien anuria. Orientados ya con estas preguntas, es cuando debe procederse a la exploración, dar una ojeada a la forma de respiración, si ésta es amplia, o bien rápida y superficial, puramente torácica, fijándose al mismo tiempo si es por igual en ambos lados. Descubierta el abdomen, lo primero que ha de buscarse es el estado de sus paredes, blandas o duras. Hay que recordar, como dice J. E. GASCH, «que algunos enfermos, sea por el pudor sea por la timidez, mantienen el abdomen contraído en una forma intensa de un modo absolutamente innecesario, y esta causa puede evitarse entablando una conversación con el enfermo durante uno o dos minutos o haciéndole practicar algunas inspiraciones profundas». Hay que averiguar si la contracción está localizada o extendida por todo el vientre; el grado de dureza es tan importante, que a la mayor parte de casos de abdomen agudo llega a ser tan grande la contracción muscular, que se le denomina «abdomen de madera o vientre enrocado»; si es doloroso a la presión superficial o profunda, empastamientos o fluctuaciones en las partes bajas, buscar las líneas pleximétricas del hígado y asimismo la existencia de una ascitis ligera en los vacíos, movable en los cambios de posición. Si el estado del vientre lo permite, hacerse cargo del borde inferior del hígado.

Examen del pulso y temperatura, tacto rectal, y en las mujeres, alguna vez el vaginal.

Después puede completarse con una exploración del sistema nervioso, respiratorio y circulatorio, y si es posible, contaje y fórmula leucocitaria, índice de Arneth, Wassermann, etc.

Análisis de los síntomas: las facies del enfermo tiene valor, pero no debemos buscar siempre la cara peritonítica o abdominal; ésta acostumbra a presentarse tardíamente, cuando pocas confianzas de éxito puede haber en una intervención. Entre los varios casos recuerdo un muchacho y una muchacha de Arbuacias que en tres meses de diferencia ingresaron en el hospital, ella diagnosticada de nefritis y él de orquitis consecutiva a paperas; ambos los vi a los cinco días del ataque con los ojos hundidos, rodeados de una aureola negruzca, párpados inmóviles, nariz afilada y boca entreabierta. A pesar de la operación a las pocas horas del ingreso, pues se trataba de una apendicitis supurada la de ella y gangrenosa la de él, los dos fallecieron a los pocos días. La fisonomía que se acostumbra a ver es la llamada facies angustiosa, cara pálida, cubierta de un sudor frío y pe-

gajoso, con una expresión dolorosa como si tuviera toda la atención dedicada a su abdomen; otras veces, especialmente en los casos de traumatismos, se ven esas caras pálidas, exangües, con aleteo de las venanas de la nariz. No debe siempre confiarse en estas expresiones morbosas de la fisonomía para hacer un diagnóstico. El 6 de noviembre pasado, soy llamado para hacer un certificado de un individuo que, teniendo que comparecer en un asunto judicial, no puede asistir porque ha pasado muy mala noche de dolor de vientre, diciéndome que ahora está bien pero ha quedado abatido. Me encuentro con un joven, J. Pascual, de 28 años, con cara normal, que habiendo estado siempre bien, desde hace un año padece frecuentes dolores en el hipocondrio derecho, ardores en el epigastrio al cuarto de hora de haber comido, sin grandes molestias, algún vómito de hipersecreción, y que el día anterior a las 9 de la noche, sin haber cenado, siente un dolor de puñalada en el hipocondrio derecho que le inmoviliza, siendo transportado por unos compañeros a su casa, que se presentan vómitos y que continuó el malestar hasta las seis de la madrugada. Las irradiaciones del dolor son imprecisas, lo mismo contesta que sí, que luego que no. A la exploración se nota el vientre duro y doloroso todo él, 96 pulsaciones, y sin fiebre. Puntos frénicos, a pesar de que me desorientan algo los dolores en el hipocondrio derecho, y que también aquí fué la iniciación del actual. Al principio me confirma la irradiación al hombro, no vacilo en sentar un diagnóstico de abdomen agudo de probable perforación gástrica. Me cuesta convencerles de que debe ingresar inmediatamente en el hospital; tuve que invocar que de repetirse este dolor por la noche seguro sería mucho más intenso y que no lo resistiría. Por fin se deciden, y no sé cómo se orientaría, que fué diagnosticado al ingreso de una apendicitis (pero sabemos que es igual). Operado a las 24 horas del ataque, nada anormal ni en el estómago ni en la cavidad peritoneal; pero en el duodeno se encuentra una úlcera perforada. Sutura en bolsa y gastro yeyunostomía, y el enfermo sale el 3 de diciembre, y hasta la actualidad se encuentra bien.

Las intoxicaciones es útil conocerlas; hace poco asistí en un dispensario una mujer con un fuerte dolor en el epigastrio y vómitos, que vista por otro compañero no había diagnosticado, pues ella ocultó el intento de suicidio. Las crónicas, en especial el saturnismo, es de todos conocido su similitud. Entre las infecciones, la sífilis tiene una gran importancia, y en mi experiencia es la que ha dado más casos de simulación.

El tipo de respiración torácica debe ser observado, puesto que demuestra la inmovilidad del vientre, así como el número de respiraciones. Le Dentu, a 30 por minuto, es partidario en estos casos de la intervención inmediata.

El vientre cerrado sin expulsión de gases es un síntoma de gran valor por lo que nunca nos debe pasar por alto. En la mayoría de los casos hay, pues, parálisis o paresia intestinal, en un número reducido

diarrea sanguinolenta, lo mismo el estreñimiento, y en especial a gases, que la diarrea sanguinolenta deben inducirnos más a la confirmación de un abdomen agudo. Por el contrario, una deposición normal es indicio de tratarse de otra afección.

Los vómitos constituyen otro de los signos capitales; frecuentemente se presentan sin náuseas, expulsándose al principio, como es natural, el contenido gástrico para hacerse inmediatamente bilioso; ¿para qué hablar de que según el momento de su aparición y la persistencia, pueden indicar el sitio de la lesión así como que después se hacen la mayoría de veces fecaloideos y cómo se reconocen estos? Lo esencial es el vómito «per se» el ser a veces de una manera explosiva, a bocanadas, que persisten a pesar de estar el estómago vacío y de no ingerir ni agua. El vómito fecaloideo no debemos esperar nunca. URRUTIA cita la acusación terrible que hace BURGESS a quien primeramente lo describió como un signo, cuando en realidad no es más que la evidencia de una muerte próxima. Si dudamos y positivamente queremos saber si hay reflujo intestinal, podemos recurrir a la busca de la bilirrubina en las materias vomitadas que nunca existen en el estómago en estado normal.

Respecto a la desaparición de la macidez hepática que en otros tiempos se tenía casi como patognomónica de las perforaciones gastro-duodenales, (que constituyen una gran parte de los casos de abdomen agudo), hoy ha perdido mucho el valor que se le concedía. En el Hospital, hace unos dos años tuve una discusión con un internista respetable que no me admitía que un individuo que hacía 36 hoas había tenido un intenso dolor y que por la sintomatología y exploración diagnosticué de probable perforación gástrica (y que poco después confirmé la operación), porque por la percusión se encontraba perfectamente el hígado. Según MADINAVEITIA (cita del Dr. CORACHÁN) es buen síntoma si se puede comprobar en seguida del dolor; más tarde no tiene ninguna importancia. Hay dos hechos que deben tenerse en cuenta y son que frecuentemente está producida por distensión gaseosa del colon transversal y que en un 50 por ciento de perforaciones gástricas no dan la desaparición porque no hay escape en la cavidad peritoneal de nada.

Lo fundamental, como he dicho, lo constituye la palpación, esas resistencias abdominales verdaderas, de las que HARTMANN llamó la atención con esa sensación de ser de consistencia de madera; en la mayoría de los casos basta por sí sola para sentar el diagnóstico; pero he de advertir que esa dureza es sólo al principio, hasta las 24 ó 48 horas; pues luego después va desapareciendo, quedando una sensibilidad difusa con ligera ascitis, que lejos de ser favorable, es indicio de una peritonitis difusa, siendo más problemático el éxito de la intervención. El diseño de contracciones intestinales que acaban en un punto, más si son escalonadas, una zona dolorosa fluctuante en alguna fosa ilíaca o en el hipogastrio, también tiene una importancia definitiva.

Temperatura y pulso. En general se concede poca

importancia a la temperatura en sí, sea alta o baja; es al pulso a quien damos preponderancia; el pulso pequeño, fluctuante, a 100-120 debe corroborar la idea de cosa seria. Es de necesidad contarle y anotarlo cada hora. Cuando existe discordancia entre el pulso y la temperatura, es necesario creer al pulso.

### III.—DIAGNOSTICO.

Cuando nos encontramos con un paciente con un dolor agudo abdominal, por él interrogatorio y los síntomas expuestos, sin obcecarnos, debemos ir a la confirmación de un abdomen agudo. Caso de serlo o de estar en duda, sentamos ya un diagnóstico. Hoy por hoy no se puede exigir más. Pero por el deber del perfeccionamiento, y sin presunciones, podemos aspirar a puntualizar la causa, pero etiquetándola siempre con el *probable*. Los antiguos dieron al vientre el nombre «abdomen» del latín «abdere» (oculto); así, pues, cuando dentro de poco la laparatomía vaya a dar luz en aquel cuadro, nos exponemos a que con gran facilidad niegue nuestros diagnósticos. Por eso decía en generalidades la gran ventaja de abdomen agudo y la amplitud de miras que debemos tener.

Divido las causas en tres grandes grupos:

Causas muy frecuentes	}	Perforaciones gastro-duodenales.
		Apendicitis
		Oclusiones intestinales
Causas frecuentes	}	Abcesos subfrénicos
		afecciones de la vejiga biliar o colédoco
		Embarazo extrauterino
		Torsión de un pedículo de quiste
		Rotura de un piosalpinx
		Hernias internas
		Perforaciones de recto
Causas raras	}	Peritonitis tuberculosa, neumocócica, gonocócica, Leptotrix
		Pancreatitis aguda
		Trombosis y embolia de las mesentéricas
		Perforaciones intestinales, etc.

Aunque no lleguemos a precisar ninguna de estas causas, por lo menos en todos los casos acostumbramos a localizar en general si es alto o bajo y si suponemos es en el epigastrio, hipocondrio derecho, fosa ilíaca derecha, etc.

Cuando no se trata de abdomen agudo, entonces debemos procurar hacer un diagnóstico concreto, y para ello nada mejor que recordar cuáles son las enfermedades que pueden simularlo o hasta insinuarlo.

En primer lugar hay apendicitis de forma catarral que por más que esté admitido que todas deben operarse en cuanto se vean, sea porque después de una fase corta, grave, regresan *todos* los síntomas, o si no hay gravedad y por las condiciones en que vive

el enfermo, aguantando las primeras 48 horas de la mejor manera posible; pues si el estado luego lo permite, es de muchos admitido que puede esperarse para operar luego en frío, evitando angustias, molestias y gastos.

Las radiculitis en su mayor parte, crisis fulgurantes de la tabes, se presentan bastante a menudo; yo he podido observar unos seis casos; ninguno se ha confundido, y no se le ha hecho intervención quirúrgica, a pesar del cuadro dramático de dolor y vómitos, ya sea por su repetición, ya por el número de días que dura el cuadro, por los efectos rápidos de alguna medcación, morfina, atropaver, o por el sondaje gástrico, en todos ellos hemos hecho un examen complementario detenido, signo de ARGYLL ROBERTSON, desigualdad pupilar, desaparición del reflejo rotuliano; nos hemos asegurado y los hemos sometido a un tratamiento médico.

Los cólicos hepático y nefrítico son también muy a menudo confundidos en un primer tiempo. El aspecto de la cara, su agitación, localización del dolor con sus irradiaciones características, la exploración de los puntos de referencia, el examen de orina, son suficientes casi siempre para no caer en un error.

Las intoxicaciones agudas, con dolor y vómito, casi no ofrecen dudas; con enrojecimiento de la boca y fauces, los vómitos de hipersecreción y los antecedentes, se diagnostican bien.

El cólico saturnino, como es sabido, se puede parecer; por el estado dentario, la orla gingival, podemos orientarnos para luego comprobarlo con la exploración de ambas parálisis antirraquiales excepto la del pronador redondo, a más con un examen de la sangre en busca de la anemia típica. Yo he visto un caso, pero era en un enfermo hospitalizado, no dando lugar a ninguna duda; pero hay que tener en cuenta que en un saturnino puede asociarse un abdomen agudo.

La neumonía de base es citada por todos los autores. Presencé un caso de un individuo que con antecedentes gástricos, que la presencia del maestro nos hizo observar que había signos evidentes en el pulmón izquierdo, aumento de macidez, disminución del murmullo vesicular, pectoriloquia, hicimos un examen radiográfico, notándose una abolición absoluta del hemidiafragma izquierdo. El enfermo falleció al cuarto día, pudiendo comprobar la necropsia, la neumonía masiva y la integridad absoluta abdominal.

Pueden simular un abdomen agudo la pielonefritis colibacilar aguda, grupo eritematoso D'OSLER (CORACHÁN), principio de un embarazo normal (BALLANTYNE) fiebre tifoidea (SORT) anemia perniciosa (BAILEY) gripe (VIGART, ROLLESTON). Todas estas y otras confusiones debe conocerlas el médico práctico para evitar en lo posible una intervención inútil, pero no deben hacer mella en ningún médico, ya que como excepciones que son, representan sólo una minoría de los casos.

#### IV.—TRATAMIENTO.

En el transcurso de este trabajo se ha indicado la conducta a seguir; pero ¿no hay qué hacer nada al enfermo, aboliendo las inyecciones de morfina para operar siempre? Por vía oral realmente no se da medicación ninguna; lavados gástricos y algunos trocitos de hielo; propinamos las inyecciones de suero por vía hipodérmica, así como de aceite alcanforado; de ninguna manera suprimimos la morfina, empleándola más que sus sucedáneos, pero sin cambiar de criterio, o si estamos a la expectativa, desconfiando en absoluto del dolor o euforia atendiéndonos solamente a los síntomas generales; y respecto a la intervención, lo que LEJARS aconseja en las contusiones abdominales se puede muy bien aplicar al abdomen agudo. «¿Quién, pues, ha hablado nunca de la laparotomía sistemática e inmediata? Si el enfermo reacciona bien y pronto, si el pulso recobra y conserva una fuerza suficiente, si la facies se hace excelente, si el vientre permanece poco doloroso, si luego expelle gases y si orina, ¿quién es el cirujano que se obstinará desde luego en abrir aquel vientre? Pero han transcurrido unas horas y el pulso permanece pequeño y frecuente se levanta después de una inyección de suero y bien pronto se deprime de nuevo, las extremidades están frías, el enfermo está angustioso, anhelante, el vientre se ha meteorizado, está distendido, doloroso a la menor presión, o hay matidez en una de las fosas ilíacas, no hay emisión gaseosa. Operar en seguida; no espereis ni los vómitos ni los demás».

No siempre se presentan los enfermos con esta claridad, con todos estos síntomas; hay casos dudosos, debiendo siempre pensarse en las indicaciones de la intervención inmediata.

Pero es el médico que es el llamado para asistir estos casos, y como ha dicho en la definición J. W. BALLANTYNE, lo que interesa es la inmediata asistencia y consejo de un experto. El día 8 de julio soy llamado de urgencia a las tres y media de la madrugada para asistir a E. A., de 40 años, afecto de un dolor agudo intensísimo en el vientre. Cuando llegué al domicilio me encuentro que el médico de cabecera ha sido condiscípulo mío, y sin darme ningún dato me invita a ver al enfermo. De anamnesis no pude recoger nada en concreto; no había tenido enfermedades anteriores, negó la lúes; sólo que había tenido digestiones pesadas atribuyéndolas a excesos de tabaco, sin que le alivie nada todas cuantas inyecciones de aspalmagina, pantopón, se le han dado. Al principio tuvo un vómito, no ha obrado ni recuerda si ha expulsado gases; dice que el dolor lo siente por todo el vientre; a la exploración contrasta todo este cuadro con una facies nada alterada; se podía decir que el dolor no hacía huella, la respiración tampoco era francamente torácica; a la palpación, el vientre muy doloroso, con contracción de los músculos, quizá más sensible, si cabe, en la parte superior, percusión imposible debido al temperamento del enfermo, agitándose de un lado para otro de la

cama; pulso a 90. El médico de cabecera diagnosticó una perforación gástrica y yo dije que se trataba de un caso de abdomen agudo; de todos modos estuvimos conformes en que sorprendía la facies, la agitación extrema y el pulso. Acordamos, como es de regla, solicitar el consejo de un experto, indicando a la familia la necesidad de hacerlo en seguida y en aquella hora intempestiva, sin aguardar para más tarde; fuimos a la busca y captura de un hábil cirujano, siendo más difícil de lo que se cree a las cuatro de la madrugada y en verano el encontrarlo; por fin dimos con él, y cuando volvimos, al cabo de una hora, el cuadro había cambiado, el enfermo estaba durmiendo transversalmente en la cama; al despertar con cara eufórica y contestando con calma a nuestras preguntas y pudiéndose hacer una buena exploración, nos convencimos de que se trataba de un cólico hepático. Aunque el individuo, como se comprenderá, no se intervino, tenemos la convicción de que cumplimos con nuestro deber.

En estos casos el problema es siempre el mismo, dejando aparte el diagnóstico de probabilidad. Es o no es quirúrgico, es el eterno «To be or not to be: tat is the question».

Como dice A. SCHMIDT «todo gira alrededor de la pregunta terapéutica: ¿Esperar o intervenir quirúrgicamente? Esta pregunta no puede contestarse con reglas escritas, sino resolviendo la cuestión en cada caso en consulta con internistas o mejor con el cirujano. Así como considero un error en tales circunstancias puncionar en seguida en busca de un foco purulento o abrir el vientre para ver de una vez lo que se ha roto, tengo también como una falta no llamar a tiempo a un experimentado cirujano. Digo intencionadamente cirujano «experimentado», pues la experiencia es el todo aquí. Los cirujanos experimentados, como es sabido, no siempre suelen operar».

Dice JALAGUIER: «Si hubiera sido un intervencionista acérrimo, hubiese operado así dos fiebres tifoideas, dos enterocolitis gripales, un cólico nefrítico y hasta una pulmonía derecha». Al enfermo que he citado de neumonía, gracias a la intervención de mi maestro, no se le abrió el vientre.

Pero en la inmensa mayoría de casos las cosas pasan al revés; se pierden muchos enfermos por tratarlos con expectación desarmada, o por acudir tarde a la operación. Nunca hay que olvidar, como dice la definición, que en la mayoría de casos todo depende de un precoz acto operatorio. El 18 de abril de 1827 a las 10 de la noche ingresa en el Hospital, S. Cos, de 56 años, de la Torrasa. Refiere que a las 6 de la tarde ha tenido un dolor muy fuerte en el vientre, que como no cedía fueron por su médico a las 9 de la noche; se presentó, le dió una inyección, y les indicó que para curarse no hay más que un solo medio, que es entrar inmediatamente en un hospital y que se le opere cuanto antes. Con una historia gástrica antigua, una facies angustiosa, vientre enroscado y cerrado, pulso frecuente (110), es intervenido a media noche, encontrándose una perforación gástrica en la pequeña curvatura, de medio centí-

metro de semicircunferencia, líquido en la cavidad peritoneal, sutura en bolsa de tabaco en la úlcera y gastroenterostomía transmesocólica posterior. El enfermo sigue un buen curso, y a los 5 días encuentro al médico de cabecera que venía a felicitar al cirujano por el éxito. Entonces yo no conocía la frase de GALLART, pero le dije, empiezo yo a felicitarte a ti por oportuno; «la gloria es de ambos y por partes iguales con el cirujano». El enfermo sanó, aunque continuando con alguna molestia gástrica, pero hace su vida normal.

Las defensas del organismo, como entre otras lo demuestra la contractura de la pared abdominal, son muy acentuadas en un principio, para luego ir paulatinamente rindiéndose. N. FRIEDRICH (cita del Dr. DOMÉNECH ALSINA) en el XL Congreso de la sociedad alemana de cirugía, expuso el experimento siguiente: después de haber laparotomizado perros, dejaba en el vientre pedazos de tierra envueltos en una compresa y los dejaba allí un tiempo variable. Cuando los sacos infectantes eran retirados antes de las ocho horas, los animales sobrevivían; mientras que si se pasaba este plazo, sucumbían todos, aunque se laparatomizaran nuevamente para drenar el peritoneo infectado.

Se admite de un modo general que *se pierde un uno por ciento de probabilidad de salvación por cada hora que se deja transcurrir desde el momento de la aparición del dolor a la intervención quirúrgica*. Si consultamos las estadísticas de los grandes cirujanos en las principales enfermedades que componen el abdomen agudo, encontramos:

*Perforación gástrica.*

	Fecha de la operación	Caso	Defun.	Mort.
Según MILES	a las 24 horas	19	5	26'3%
	a las 48 »	9	3	44'4%
Enfermería Real de Bristol	Primeras 12 »	24	5	21%
	de 24 a 48 »	19	6	60%
	Pasadas 48 »	13	10	77%

*Apendicitis Gangrenados o perforados*

Según KUMEL (Operados de urgencia)	de 24 a 48 »	237	115	50%
------------------------------------	--------------	-----	-----	-----

*Oclusión intestinal*

Estadística de GIBSON	a las 24 horas	16	6	37%
	a las 48 »	44	17	38'5%
	a las 72 »	61	25	41%
	después	44	29	66%

Resulta justificado lo nefasto que es aguardar, dejando pasar días para hacer operaciones provechosas, y ante el desenlace fatal la familia muchas veces no perdona estas demoras. R. MORISON ha dicho: más de una vez me he visto en apuros para defender a un médico contra críticas virulentas que se le dirigían por no haber recomendado la operación en una fecha más temprana. Todo porque se ha llamado al cirujano al cuarto día de la enfermedad en vez de hacerlo al primero».

Así, pues, debemos tener un horror para recomendar

cuando se trata de estos casos de abdomen agudo las intervenciones del tercer o cuarto día en adelante. Tenemos obligación de aprovechar cuando todavía es tiempo, cuando después de atacada quirúrgicamente la causa, queden bastantes probabilidades de reaccionar aquel organismo hacia la normalidad.

#### Resumen:

No voy a sentar conclusiones, pues de sobras están trazadas, sino a resumir diciendo: que siempre que presenciemos un enfermo con un *intenso dolor en el vientre* debemos pensar en un abdomen agudo, yendo a la comprobación por:

1.º El interrogatorio: Historial de un dispéptico, apendicular, peritonítico, herniario, una contusión abdominal, etc.

2.º Por sus caracteres fundamentales: Paresia intestinal absoluta o diarrea sanguinolenta, vómitos persistentes, vientre enroscado, contracciones peristálticas o plastrón.

3.º Síntomas importantes: Facies angustiosa y actitud inmóvil, respiración torácica, pulso frecuente.

Una vez hecho el diagnóstico global, se puede hacer un diagnóstico particular de la lesión, pero esto en el estado actual deberá ser con reservas y sin darle gran importancia.

Lo mismo un diagnóstico en firme que dudoso, implica una afección grave; y por lo tanto, nos abstenemos de llevar el caso ya de un principio bajo nuestro sola responsabilidad, siendo indispensable el consejo de un internista o cirujano de absoluta confianza. Cuando las condiciones económicas no lo permitan, hay que aconsejar el ingreso de urgencia en un hospital, pues nunca se debe olvidar que la inmensa mayoría de los casos son tributarios de una operación quirúrgica, recordando siempre que la llave del éxito es preciso ir a buscarla en manos de la diosa oportunidad.

#### BIBLIOGRAFIA

- J. W. BALLANTYNE.—Acute abdomen. Encyclopedia médica, 2.ª edición.  
 CORACHÁN.—La cirugía en els processos abdominals aguts. Monografías mèdiques; octubre 1926.  
 DOMÉNECH ALSINA.—Consideraciones sobre el drenaje del peritoneo, valor e indicaciones; Ars Médica, septiembre 1925.  
 H. FRENCH.—Índice de diagnóstico diferencial.  
 GALLART.—El médico ante los problemas quirúrgicos del aparato digestivo; Ars Médica, mayo 1927.  
 LEJARS.—Cirugía de urgencia.  
 S. D. ROLLESTON.—Acute abdomen. The medical anual, 1926.  
 A. SCHMIDT.—Errores diagnósticos y terapéuticos y manera de evitarlos. Aparato digestivo y sus anexos.  
 A. R. SHORT.—Indicaciones operatorias en la práctica ordinaria. Índice de pronóstico.  
 THOMSON and MILES.—Manual of surgery; vol. III.  
 L. LMBERT.—Manual de Terapéutica quirúrgica.

#### RESUME

Toutes les fois que nous examinerons un malade souffrant d'une intense douleur au ventre, nous devons songer à un abdomen aigu et nous le constaterons par:

1º L'interrogatoire: Historial d'un dyspeptique, appendiculaire, péritonitique, herniaire, une contusion abdominale, etc.

3º Des symptômes importants: Facies angoissante, attiplastron.

2º Par ses caractères fondamentaux: Parésie intestinale absolue ou diarrhée sanguinolente, des vomissements persistents, le ventre dur, des contradictions péristaltiques ou tude immobile, respiration thorachique, pouls fréquent.

Une fois le diagnostique global posé, on peut établir un diagnostique particulier de la lésion, mais celui-ci, à l'état actuel, devra être fait avec des réserves et sans y accorder trop d'importance.

Un diagnostique soit-il sûr ou douteux, implique une affection grave; c'est pour cela que nous nous abstenons de traiter dès le commencement sous notre seul responsabilité, étant indispensable le conseil d'un interniste, étant indispensable le conseil d'un interniste ou d'un chirurgien de confiance. Lorsque les conditions économiques ne permettent pas cela, il faut conseiller l'entrée d'urgence dans un hôpital, car on ne doit jamais oublier que la plupart des cas peuvent être opérés chirurgiquement, et nous devons toujours rappeler qu'il faut chercher la clef du succès dans la main de la déesse opportunité.

#### SUMMARY

Whenever we observe a patient suffering intense ventral pain we must think about an acute abdomen ascertaining it through 1) Questioning, of a dispeptic, appendicular, peritonitis, herniatic, an abdominal contusion, etc.

2) Its fundamental characteristics: absolute intestinal paresia or bloody diarrhea, persistent vomiting, enroscated belly, peristaltic contraction or plastron.

3) Important symptoms: painful facies and immobile attitude, thoracic breathing, frequent pulse.

Once the global diagnosis made, a particular diagnosis of the lesion can be made but in the present state it should be with mental reserve and without attaching too much importance to it.

A definite as well as a doubtful diagnosis implies a serious affection and therefore we shall abstain ourselves from dealing with the case under our own exclusive responsibility, the advice of an internist or of a reliable surgeon being indispensable. When the financial state does not allow it, urgent entrance into a hospital is to be advised as it should not be forgotten that most cases require a surgical operation and that the key to success is to be looked for in the hands of the goddess opportunity.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Stets wenn wir einen Kranken vor uns haben, der eine grossen, intensiven Schmerz im Unterleibe aufweist, muessen wir an ein akutes Unterleibsleiden denken und wie folgt untersuchen:

1. Verhoer: Krankheitsverlauf eines Dyspeptikers, Blinddarm, Bauchfell, Bruch hunsu Krankheiten.

2. Hauptkennzeichen: Vollstaendige Unterleibslahmung oder blutiger Durchfall, dauerndes Erbrechen, harter steinartiger Zustand des Unterleibes, peristaltische Zusammenziehungen oder Erdrosselung.

3. Hauptsymptome: Gesichtszerrung, Unbeweglichkeit, Brustkastetnahrung, schneller Puls.

Einmal die Gesamtdiagnose gemacht, kann man dazuschreiten, die spezielle Diagnose der Verletzung zu machen, doch nach den heuti tigen Stand darf dieselbe nur unter Vorbehalt vorgenommen werden und ohre derselben grosse Wichtigkeit beizumessen.

Eine feststehende Diagnose so wahl als auch eine zweifelhafte Diagnose muessen beiderseits eine schwere Erkrankung einschliessen und aus diesem Grunde wird man es unterlassen, den Fall von Anfang an unter unserer eige-

nen Verantwortlichkeit zu fuhren, denn er verlangt auf alle Faelle die Hinzuziehung eines Internen oder eines Chirurgen von absoluter Verlaesslichkeit wenn die geldliche Lage es nicht erlaubt, ist die sofortige und eilige Einbringung in ein Hospital zu raten, denn es darf nie vergessen werden, dass fast alle diese Faelle eine chirurgische Operation notwendig und unumgaenglich machen, wo bei zu erinnern ist, dass der Schluessel des Erfolges bei der Goettin Glueck zu suchen ist.

Trabajos del laboratorio de Anatomía-Patológica del Dr. FERRER-CAGIGAL

UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE CONSERVACIÓN EN SECO, PARA PIEZAS ANATOMO-PATOLOGICAS

por

LUIS M.<sup>a</sup> CALLIS

LUIS MUR

Psor. A. de la Cátedra de Anatomía-Patológica Interno del laboratorio

A pesar de que los procedimientos de conservación en seco, para piezas anatómo-patológicas, se hallan hoy relegados al olvido y sólo son empleados para las piezas óseas, existen aún algunos órganos que son perfectamente aptos para ser conservados por tales procedimientos.

El que con esta nota damos a conocer, viene a ser una aplicación o derivación del procedimiento por sumersión del Dr. FERRER-CAGIGAL.

Por el presente sólo lo recomendamos para ser empleado en órganos de delgado espesor, especial y casi únicamente para aortas y pequeños segmentos de intestino.

La técnica por nosotros empleada y única que nos permitimos recomendar, es la siguiente:

1.—tiempo, fijación.

Debe prepararse una mezcla a partes iguales de Sal de Cádiz y Nitrato potásico.

Mezcla, a la que colocada en un recipiente, agregaremos hasta que su nivel superior quede cubierto en uno o dos traveses de dedo, el siguiente líquido.

Agua . . . . .	700 c.c.
Glicerina . . . . .	300 c.c.
Fluoruro sódico . . . . .	8 gr.

La aorta que se desee conservar, a la que previamente habremos disecado y secado su superficie, para

que puede limpia de sangre pero *sin lavarla*, será *enterrada sin doblarla* en la mezcla pastosa que hemos preparado, de modo que quede completamente cubierta.

La duración de este tiempo será de 24 horas, sin prolongarlo más tiempo.

2.º—tiempo-Viraje.

Se practicará como en los procedimientos por sumersión, mediante un baño en alcohol de 60<sup>a</sup> ó 70<sup>a</sup>. Duración 24 horas.

3—tiempo. Conservación.

Se tendrá preparada una solución saturada de parafina de 50º fusión en Xilol, a la que agregaremos unos cristales de timol; esta solución deberá emplearse a la temperatura de fusión de la parafina.

Sumergiremos a la aorta, bien secada con gasas o papel filtro para quitar el alcohol que hubiese podido quedar del tiempo anterior, en este baño durante un minuto, secándola seguidamente y dejando secar, repitiendo esta operación cuatro o cinco veces; quedando ya en estado de conservación.

En las pruebas verificadas por nosotros, las piezas (aortas) has quedado con propiedad de coloración y sin retraerse; inclusive hemos logrado conservar un corazón abierto por sus cuatro cavidades con el trozo correspondiente de aorta.

RESUME

*Exposition de la technique employée par les Auteurs pour conserver à sec des organs d'une mince épaisseur (des aortes et de petitesportions d'intestin).*

SUMMARY

*Statement of techniqu eemployed by the authors to keep organs of slight thickness dry (aorta and small segments of intestine).*

ZUSAMMENFASSUNG

*Darstellung der von Autoren angewendeten Technik zur Trockenerhaltung von Oranen mit dünnem Durchmesser (Aorten und kleiner Darmsegmente).*