

# REVISTA DE SANIDAD DE GUERRA

## Cirugía de vientre

### Casos clínicos

por J. M. MADINAVEITIA

Mayor médico del Equipo Quirúrgico Volante

En estos meses de guerra, en que tenemos abandonada la ciencia por la preocupación constante en que vivimos, hemos variado nuestro modo de aprender, dejando el libro y la conferencia o charla con los maestros, para ir al triste campo de la experimentación humana.

Son los heridos los que nos enseñan constantemente las diversas pautas a seguir para la mejor cicatrización de las heridas, y el operar constante nos ha traído a conclusiones que poco a poco vamos confirmando y que con el tiempo verán su luz, pues en algunos puntos hemos variado la forma de opinar para obrar beneficiando siempre al paciente.

En este primer artículo pretendo sólo exponer algunos casos interesantes que me han traído para operar. Más adelante aportaremos otros casos y datos de nuestra experiencia personal.

\* \* \*

En el ataque de Brihuega, del mes de enero, me trajeron un chico del campo fascista, de quince años de edad, con un balazo en vientre. Pene-

traba próximo al ombligo y salía por la espalda a igual nivel a la izquierda. Llevaba ya diez horas de haber sido herido. Sin vómitos y estado general bastante deplorable.

Operación : Anestesia etérea. Incisión media supraumbilical. La macidez que se notaba en la percusión está casi toda formada por una ascitis de origen probable tuberculoso, ya que todo el peritoneo tiene una gran siembra tuberculosa. Encontramos también una perforación del epiplón, que suturamos con catgut, y ocho perforaciones del íleon, que suturamos oblicuamente con catgut y lino, evitando el obturar la luz intestinal. Extraemos la mayor cantidad posible del líquido ascítico, mezclado con sangre y algo de contenido intestinal, y cerramos peritoneo con catgut, punto continuo, aponeurosis con catgut, puntos entrecortados, y piel, puntos continuos.

Durante cuarenta y ocho horas presenta vómitos muy frecuentes, que no ceden a nada, y fiebre de 38 grados, que perdura varios días aún, de tipo vespertino, remitiendo por la mañana por bajo de 37 grados.

En los días siguientes ceden por completo los vómitos, mejora de aspecto el enfermo y repone peso con rapidez, pero sin volverse a presentar su ascitis. A partir del octavo día instauramos helioterapia diaria, de una hora de duración, habiendo comenzado rápidamente su habituamiento.

El décimo día se quitan los puntos quedando la cicatriz bien cerrada, sin haber supurado.

Por tener que cambiar de lugar nosotros evacuamos al paciente al dieciocho día, y últimamente he conseguido enterarme que tres meses más tarde estaba sin lesión alguna apreciable, tanto en vientre como en pecho, pues mandé lo vieran radiológicamente.

\* \* \*

El tema de la tuberculosis peritoneal y la cirugía fué muy debatido en los últimos tiempos, habiendo llegado ya casi al acuerdo de que no se debe operar más que cuando se presente una perforación, una estrechez intestinal, etc., pero que se debe dejar sin operar todos los casos de simples ascitis tuberculosas.

Nuestro enfermo pudiera muy bien venir en apoyo de la operabilidad, pero no es para combatir mis propias ideas para lo que lo traigo a colación, sino que para ver una vez más cómo el dejar en peritoneo algo de contenido intestinal, aunque contenga el peritoneo un caldo tan bueno de cultivo como es la ascitis, no se reproducen los gérmenes en condiciones de poder ser perjudiciales a la marcha de la curación, como ya veremos en ulteriores

artículos. Sin que pretenda con ello, como me objetaron en cierta ocasión, que sea beneficioso, pero creo siempre se debe vaciar el contenido peritoneal, pero sin tomarse la molestia de ir a dejarlo perfectamente limpio pasando compresas y haciendo lavados, que la mayoría de las veces (sobre todo con éter) son perjudiciales para un órgano que tan perfectamente se sabe defender.

El que nuestro paciente presentara un brote febril, que dice no haber tenido antes de la operación, viene en apoyo de la idea general de cómo se reagudiza la tuberculosis peritoneal malaxando las vísceras y sobre todo el peritoneo que las recubre. Muchas veces hemos tenido ya con anterioridad ocasión de poderlo comprobar, pero tan claro como en ésta tan sólo en un paciente civil, también joven y con masas tuberculosas en su peritoneo, pudimos ver cómo su temperatura marcaba un notable ascenso después de la operación, que llegó a durar diez días, remitiendo la fiebre durante las mañanas hasta su desaparición total casi todos los días.

Lo que no me cansaré nunca de aconsejar lo bastante son los baños de sol en estos pacientes a partir de la operación, pero yo creo que debieran dárselo a partir de las veinticuatro horas consecutivas al acto operatorio. Bien es verdad que esta técnica general de tratar toda herida no nos es dable ponerla en práctica en los hospitales de frente, ya que tenemos, por desgracia, casas más o menos buenas donde poderlos instalar. Pero en los hospitales de retaguardia, donde se puede trabajar de forma muy distinta, los apósitos debieran desaparecer casi por completo, dejando las heridas al aire, y donde las condiciones climatológicas lo permitan dando baños de sol para su mejor curación. Así se consigue con frecuencia la desaparición total de las cicatrices en muchos casos. Pero como se trata de un punto de gran interés espero poderlo explicar con más detenimiento y datos gráficos en otra ocasión.

Un asunto que siempre nos preocupa más es la formación de las estrecheces cicatriciales intestinales postoperatorias. ¿Cómo evitarlo?

Es cuestión difícil de resolver, pues nosotros seguimos siempre la pauta de no reseca intestino más que cuando materialmente es imposible conservar su integridad. No creo sea fácil señalar formas de suturar estas lesiones, ya que son completamente arbitrarias y en sentidos muy diferentes. Cuando la bala hace una herida limpia, bien redondeada, lejos de los vasos, sin quedar entrada y salida en beso, nosotros hacemos la sutura intestinal cogiendo con dos pinzas suaves, las más blandas que tengamos a mano, dos puntos opuestos de la herida, procurando que no sigan ni el eje intes-

tinal ni el de la línea de su circunferencia. Es decir, formando un ángulo de unos 45 grados con el eje longitudinal. Así la cicatriz, al retraerse, lleva las menores probabilidades de estrechar la luz intestinal.

Los dos peores casos es cuando las perforaciones están en beso y cuando toca, por lo menos una de ellas, los vasos nutricios del intestino.

En el primer caso seguimos la misma técnica antes descrita para las suturas, con puntos de catgut flojos para las mucosas y subserosas y puntos de lino (punto de ojal) hemostáticos para las serosas. En algunas ocasiones hicimos puntos de lino entrecortados, que dan mejor cierre y más seguridad tal vez, pero nos prolongan mucho la operación y creo no vale la pena, a juzgar por mis conocimientos de cirugía experimental en los perros. En el momento de la paresia intestinal, del segundo al quinto día, en que los intestinos suelen estar tan distendidos antes como después de la sutura, no he visto extravasarse contenido intestinal a peritoneo siguiendo la técnica de la sutura continua hemostática. Tanto es así que con gran frecuencia en perros he hecho tan sólo una sutura hemostática con lino de las serosas, dejando las mucosas sin coser, y he visto se llegaban éstas a soldar muy bien. Pero en hombre me parece demasiado osado el hacer una sola sutura, y aunque con dos suturas se estenose algo más su luz prefiero tener que volver a operar al paciente antes de quedarme con la preocupación de si soldará bien lo que me da resultados buenos en los perros.

En el segundo caso, como vea que los vasos nutricios a ambos lados de la lesión están en buenas condiciones de poder suplir el riego necesario, sigo la técnica ya mencionada, suturando las dos hojas del peritoneo a la cicatriz operatoria del intestino. De lo contrario, cuando el riego temo sea imperfecto, me veo obligado a hacer una resección término-terminal de intestino cortado en pico de flauta o una láterolateral isoperistáltica, que nunca da tan buenos resultados.

¿Cuándo vemos las estrecheces intestinales?

Es difícil la contestación en los postoperados, pues así como unos las presentan rápidamente con dilatación de las asas por encima de la cicatriz, otros tardan incluso meses en presentarlas. De todas formas es obligación del hospital de retaguardia, antes de dar de alta a los heridos de vientre con suturas intestinales, de no dejarlos salir sin antes haberlos visto a la pantalla radiológica con la ya conocida papilla de bario.

Los síntomas propios de la estrechez, incluso con su dolor al paso de los alimentos, se presentan sólo cuando la cicatriz provoca una estrechez ya muy marcada.

## CIRUGIA DE VIENTRE

También las adherencias postoperatorias presentan estos síntomas, pero éstas tienen los caracteres por todos ya conocidos.

\* \* \*

En el ataque de Guadalajara del mes de marzo me traen un muchacho que estando en los parapetos sintió un dolor violento, de noche, en el vientre. Reconocido por su médico, diagnostica abdomen agudo y lo evacua rápidamente al quirófano.

Presenta cara abdominal, dolor espontáneo y a la presión en todo el vientre, vientre poco duro, que se mueve con la respiración. No se palpa ni plastrón ni masa alguna, no tiene contenido peritoneal apreciable por percusión. Pulso frecuente.

En vista de lo cual le ponemos una inyección de morfina y esperamos media hora.

No cediendo el dolor decidimos operar con toda urgencia, ya que nos habíamos lavado y preparado todo el instrumental mientras observábamos al paciente.

Operación: Anestesia etérea. Incisión media supraumbilical, que hubo de prolongarse algo. Por encima de colon nada anormal, fuera de un páncreas grande y blandujo. Levantado el epiplón encontramos cuatro perforaciones en íleon que se pudieron suturar, así como dos en yeyuno. Otras ocho perforaciones (catorce en total) estaban situadas en tal forma que nos obligaron a resear cincuenta centímetros de intestino delgado, haciendo anastomosis laterolateral, isoperistáltica típica. Quedaba poco contenido peritoneal, que pudimos aspirar. Cierre por planos con catgut y lino.

Se le transfundió inmediatamente 400 c. c. de sangre, por la cantidad de sangre que había perdido en peritoneo.

A pesar de todos nuestros cuidados falleció a las veinticuatro horas.

Las úlceras presentaban bordes lisos, ovalados, unas en sentido del eje intestinal y otras transversales, pero todas de unos cuatro centímetros de longitud.

El trozo reseado fué enviado a Madrid para su estudio, contestándonos nuestro compañero Joaquín Alonso que no eran de origen tífico, tuberculoso ni específico, quedándose con el enigma de a qué pudiera ser debido esas ulceraciones.

\* \* \*

No hemos encontrado, a decir verdad, explicación a este caso. Un muchacho fuerte, de aspecto sano, en pleno bienestar, puesto que decía no

haber nunca sentido la menor molestia, tiene catorce úlceras intestinales, que se perforan indudablemente a fecha fija, puesto que ni tenía síntomas de otras amenazando romperse ni otras en vías de cicatrización o ya cicatrizadas.

¿De haberlo operado antes se habría salvado este chico?

Yo creo que si se trataba tan sólo de su irritación peritoneal y el traumatismo operatorio lo habría podido soportar; pero indudablemente sufría ya un estado infectivo anterior, aunque por lo visto era completamente afrígore. Y lo más probable es que la unión de todo ello fuera la causa de su muerte, ya que tenemos varios heridos de guerra salvados con más perforaciones intestinales y operados en ese mismo lapso de tiempo.

\* \* \*

En el frente de Cifuentes, el mes de mayo último, me traen un hombre de treinta y cinco años, que hacía un mes había sufrido un balazo en el costado izquierdo que no parecía haber penetrado en vientre y del cual sanó sin ser operado.

A los quince días cicatrizó su herida, y comienza con dolor gástrico violento casi a diario. Dice no guardar relación muy marcada con las comidas ni calmarse bien con alcalinos.

Hace dos días melena abundantísima que no da importancia, y la víspera de traérmelo, por la noche, hematemesis violenta, que perdura a pesar de los hemostáticos que le han sido inyectados.

Lipotimias casi constantes, palidez extrema, pulso filiforme a 110, defensa muscular en el epigastrio.

Operación: Anestesia general con éter, presentando síncope más frecuentes, hasta que fallece al final de la operación. Incisión media supraumbilical. Masa de aspecto lardáceo con ganglios gruesos, que ocupa casi toda la curvatura menor. Resección gástrica amplia (llegando al cardias), rápida, antecólica. Cierre por planos.

Pieza anatómica: Intensa gastritis mamelonar de todo el antro pilórico. Cuatro úlceras callosas perforantes, de curvatura menor. La más próxima al cardias es mayor y había llegado a romper la arteria gástrica izquierda, la cual sangraba en estómago.

\* \* \*

Es raro encontrar casos semejantes a los dos últimamente descritos en la práctica diaria, pero aún resulta más difícil encontrarlos en plena

línea de fuego, donde siempre esperamos nos venga un herido y no un enfermo urgente del tipo ya descrito.

Sin embargo, en lo que llevamos de guerra podemos decir, en orgullo de los camaradas de primera línea, que no sólo atienden bien a los heridos, sino que también se preocupan de los llamemos enfermos, por lo bien preparados y rápidamente que nos los evacuan. Hemos aportado, por su gran interés, estos malogrados casos, pero tenemos un gran número de apendicitis agudas, etc., operados con gran éxito debido a su rápida evacuación al hospital por el médico del batallón. Es orgullo nuestro presentar nuestras magníficas estadísticas, debidos los éxitos, en su mayor parte, a la clara visión y rápida actuación de los médicos de primera línea, cuya labor callada y constante nadie mejor que nosotros, los cirujanos, podemos apreciar y loar en cada ocasión.