

REVISTA DE SANIDAD DE GUERRA

Sobre el pronóstico en los heridos de guerra del vientre

por el Prof. Dr. M. BASTOS

Teniente Coronel Médico, Jefe de Equipo Quirúrgico

La actividad de los equipos quirúrgicos de vanguardia suele consagrarse en primer término y con gran preferencia al tratamiento operatorio de los heridos de vientre. Ello es muy justo, pues la vida de tales heridos depende exclusivamente de la rapidez y del acierto con que son intervenidos. Es natural, por tanto, que el cirujano de guerra considere su estadística de heridos de vientre con la más honda preocupación ante las cifras adversas que siempre la ensombrecen, pero también con el orgullo más legítimo ante los casos de éxito. Pues todo el mundo sabe que al mejor cirujano, operando en condiciones óptimas, se le mueren gran parte de sus heridos de vientre. Pero también es indudable que los casos rescatados de la muerte lo son por obra exclusiva de la acción quirúrgica, pues si no hubieran sido operados hubieran sucumbido sin remisión.

Está, pues, plenamente justificada la prioridad que se concede a los heridos de vientre en los equipos bien llevados. En cambio, apenas tiene disculpa la actitud de algunos cirujanos que se desentienden más o menos de toda otra clase de heridos que no sean los de vientre, entregándose por entero a éstos con verdadera obsesión. Hemos conocido colegas en los que esta obsesión estaba situada de lleno en el terreno de lo patológico. Unos caían en el apocamiento atribuyendo sus repetidos fracasos a incapacidad personal

irremediable. Pero peor era el caso de otros que ante estos fracasos, reaccionaban con la obstinación selvática de ciertos amantes desdeñados.

En tamaños excesos no puede incurrir nunca el cirujano equilibrado que tiene plena conciencia de la gravedad de los heridos de vientre y acepta como cosa superior a sus fuerzas las negruras de su estadística, haciendo, claro está, todo lo posible por mejorarla. Lo que ya no tiene disculpa es que este noble afán de mejorar la estadística lleve a falsearla despojándola de los casos malos con diversos eufugios. Y de este imperdonable defecto adolecen las cifras con que algunos cirujanos pretenden, no diremos deslumbrar a los demás, pero sí engañarse a sí mismos. Para ello, quienes así proceden, tienden a soslayar todo tratamiento activo en los heridos graves, dejándoles que se mueran buenamente sin intervenirles. De este modo, no figuran en la estadística de operados más que los heridos que han llegado al hospital en plena vitalidad, los tangenciales sin lesiones viscerales apenas y aun los afectos de lesiones no penetrantes.

En conciencia, no debe rehusarse el beneficio de la intervención a los heridos más graves. Con ello, tal vez se añadan más muertos a la estadística operatoria, pero también se habrán podido salvar algunas vidas, de otro modo perdidas. Claro es que el cumplimiento de este áspero deber no debe llevar al malgaste de tiempo y de energías que supone operar moribundos afectos de lesiones incompatibles con la vida. El deber del cirujano es, sin duda alguna, no dejar pasar la más remota posibilidad de salvar una vida. Pero el buen criterio quirúrgico obliga, igualmente, a saber abandonar la partida a tiempo cuando el herido que se tiene entre manos no ofrece perspectivas de curación alguna. Las primeras horas que siguen a la llegada de heridos al hospital son siempre preciosas. Y el cirujano de vanguardia no puede mal emplearlas debatiéndose con imposibles, en tanto que priva de oportuna ayuda a otros heridos que habrían de beneficiarse grandemente con ella.

Las estadísticas de los cirujanos que se inspiran en estos sanos principios son, con toda seguridad, coincidentes. Personalmente, hemos podido comprobar esta coincidencia en los cambios de impresiones que hemos tenido con nuestros colegas. Si alguno nos comunicaba cifras más optimistas sospechábamos siempre que había rehuído operar los casos graves. Y aquellos que se manifestaban deprimidos ante una estadística demasiado tétrica no habían sabido liberarse, probablemente, de una serie de casos fatales.

Creemos, en efecto, que la elección de métodos operatorios y el acierto y la habilidad en llevarlos a cabo tiene poca importancia, relativamente, en el pronóstico de los heridos de vientre. La naturaleza de estas operacio-

nes se presta poco a la diversidad de técnicas y por eso todos las efectúan sin diferencias substanciales en su ejecución. El modo de anestesia, la forma de abrirse camino hasta las vísceras heridas, la manera de reparar estas lesiones en el tractus gastrointestinal y en las vísceras macizas, se encuentran hoy bien fijadas. Y en operaciones que dejan tan poco margen al desarrollo de la personalidad, la destreza del operador no puede entrar muy en cuenta. El cirujano novel puede tener la seguridad de que en tal terreno no es donde más puede aventajarle el cirujano maduro dueño de la técnica. Así se ve que neófitos y consagrados pueden presentar análogas cifras estadísticas en este sector de la cirugía de guerra.

Puede asegurarse, por tanto, que el pronóstico operatorio de los heridos de vientre depende, más que del acto operatorio mismo, de factores inherentes a la propia lesión, al tiempo que se tarda en atenderla y al medio en que el cirujano se mueve. Todos estos factores, como se comprende, escapan a la mano del cirujano. Este no puede hacer más que temperar a ellos su actuación, considerando el caso como desesperado cuando dichos factores son adversos, actuando sin dilación y con el ímpetu que da la confianza cuando son favorables.

He aquí por qué nos ha parecido útil hacer un examen de dichos factores del pronóstico de los heridos de vientre según se deriva de nuestra propia experiencia. Hemos visto así que el éxito o el fracaso operatorio en tales heridos depende, aparte de otros motivos más o menos patentes,

- 1.º De las condiciones en que se hace la intervención.
- 2.º De la naturaleza misma de la herida.

1.º CONDICIONES EN QUE SE HACE LA INTERVENCIÓN. — Todo el mundo sabe que para salvar a un herido de vientre es necesario operarle pronto, cuanto antes mejor. La eficacia de las intervenciones en tales heridos, se pierde por momentos cuando no se realizan dentro de las primeras horas que siguen a la lesión. Si ésta tiene ya un día de fecha cuando llega al cirujano, no será inútil, seguramente, todo lo que se haga. La más pequeña lesión de las vísceras huecas ha producido ya a estas fechas una reacción peritoneal difusa. Esta se traduce en el aspecto edematoso, friable, tumefacto de la serosa y en el exudado, tanto libre y flúido como depositado a trechos en placas coaguladas blanco-amarillentas. La pared intestinal se desgarrará a la menor tensión de los puntos que se dan para ocluir las perforaciones. Y aunque éstas queden bien cerradas, al parecer, nada se consigue con ello, pues el peritoneo, largamente inflamado, es incapaz de completar con

una cicatriz sólida dicha oclusión. En tales condiciones, la intervención no hace más que empeorar la situación y es buen consejo no realizarla. Bien entendido que, en caso de duda, se debe intervenir mientras el herido no presente el cuadro clásico de la peritonitis. Pero si al abrir, se revela ésta por el aspecto antedicho, lo mejor que puede hacerse es no seguir más adelante.

Nada hay que añadir a lo mucho que se ha escrito sobre la influencia decisiva de la precocidad de la intervención en el pronóstico de los heridos de vientre. Tampoco hemos de insistir en la necesidad de que los servicios de evacuación y asistencia se hallen en condiciones de proporcionar a los heridos tan perentoria ayuda. Ya sabemos que no hay límite en cuanto a la precocidad de la operación y que ésta es seguramente más eficaz hecha a los diez minutos de la herida, que si se la hace una hora después. Todo hay que sacrificarlo, pues, a esta urgencia extrema en la actuación del equipo. Pero ello no debe hacer olvidar un problema subsiguiente de la mayor trascendencia: es la suerte que ha de correr el herido después de operado. Puede ocurrir, efectivamente, que todo esté dispuesto para que la operación se realice pronto, pero en condiciones tales, que el herido tenga que ser trasladado así que es operado, a una formación más a retaguardia. Tal cosa sucede con harta frecuencia cuando los equipos actúan muy cerca de la línea de fuego. Ello obliga a evacuar prestamente a los heridos desde estos puestos avanzados, muchas veces peligrosos y siempre de carácter provisional.

En tales condiciones, se plantea un problema de organización cuyo núcleo está en saber qué es preferible desde el punto de vista del herido: la operación precoz con la perspectiva de una evacuación consecutiva, o el transporte inmediato a un hospital base, de donde el herido no haya de moverse ya después de operado. Dicho en otros términos: ¿cuándo es más dañoso para el herido un viaje, tal vez largo, en ambulancia, antes o después de ser operado?

Ateniéndonos a nuestra experiencia en un hospital fijo de vanguardia, nosotros contestaríamos sin vacilar a esta pregunta que *lo peor de todo es mover al herido después de operado*. Creemos, por tanto, que cuando no haya posibilidad de sostener a estos heridos en el mismo hospital donde se les opera, una semana por lo menos, es preferible llevarlos de inmediato a un hospital fijo más a retaguardia aunque esto retrase la intervención. A pesar de ello, parece menor el daño del transporte antes de la operación que después de la misma. Al menos, nosotros no hemos encontrado diferencia apreciable en el estado de los heridos que nos llegaban a los pocos momentos y los que nos traían después de algunas horas de viaje en ambulancia. En cambio, los

operados que fueron evacuados seguidamente a nuestro servicio desde formaciones a muchos kilómetros en vanguardia, puede decirse que sucumbieron todos. Y nuestra impresión es que fué el viaje, las fatigas del transporte, lo que les mató. Es decir, que si no se les hubiera movido de donde fueron operados — acertadamente, a no dudarlo — se hubieran salvado en gran proporción.

Tenemos idea, sin embargo, de que no todos los cirujanos comparten nuestra opinión. Algunos creen que debe sacrificarse todo a la premura en intervenir aunque forzosamente haya de ser trasladado el herido a poco de ser operado. Para quienes así piensan, los heridos de vientre son asimilables a los hemorrágicos, en los que nadie puede discutir la necesidad de una asistencia operatoria inmediata.

Nosotros no tenemos autoridad ninguna para opinar en esta cuestión de organización de servicios quirúrgicos. Nuestra visión del problema es la unilateral y limitada que corresponde al puesto fijo que hemos ocupado durante largos meses de guerra. Pero lo que desde este puesto hemos observado tenemos el deber de darlo a conocer. Y, ateniéndonos a estas observaciones pensamos que, *si un herido de vientre puede ser trasladado a un hospital fijo en un plazo menor de seis horas, no hay razón ninguna para operarlo más en vanguardia con la perspectiva de tenerlo que evacuar seguidamente. Si para atenderle en dicho puesto fijo, han de transcurrir más de seis horas, debe operársele, evidentemente, antes, allí donde se pueda.*

También como resultado de nuestras observaciones nos hemos impuesto la norma de conducta de retener en el hospital a nuestros heridos de vientre operados, hasta que estén, prácticamente, fuera de peligro. Hemos presenciado tales catástrofes en estos heridos, cuando eran prematuramente evacuados, que a toda costa hemos tratado de evitarlas en los intervenidos por nosotros. Por eso nos resistimos a evacuar a estos operados antes de la segunda o tercera semana aunque las circunstancias nos forzaran a ello. En la cura de los heridos de vientre la responsabilidad del cirujano no termina, ni mucho menos, cuando acaba el acto operatorio. La vida de estos heridos está pendiente de un hilo durante la primera quincena, por lo menos, después de la operación, y todo el cuidado es poco durante este período. Pasar a otras manos a los pacientes cuando aun no están en franquía es, simplemente, zafarse de ellos incurriendo en grave pecado de despreocupación.

2.º NATURALEZA DE LA HERIDA. — a) *Situación y dirección de la herida.* — El punto de entrada y el trayecto que sigue el proyectil determi-

nan, como es natural, la clase de vísceras heridas y la cuantía de los destrozos. En este sentido, es posible observar que las heridas de ciertas zonas del abdomen y ciertas trayectorias tienen, en general, una gravedad específica o una relativa benignidad. Los datos sobre la *topografía de las heridas* que se adquieren en una primera inspección sumaria, tienen pues algún valor para el pronóstico.

Sabido es, en efecto, que las heridas transversales son, por regla general, más graves que las de dirección anteroposterior. Las primeras afectan, seguramente, a una cantidad mayor de asas intestinales que las que siguen un trayecto sagital. En cambio, estas últimas, especialmente cuando son de metralla y con proyectil alojado, tienen tendencia a producir hematomas y despegamientos del tejido celular subperitoneal de la pared posterior del vientre. La presencia en esta región de numerosos centros nerviosos vegetativos es lo que da, indudablemente, un carácter de gravedad especial a tales heridas. Por lo menos es muy frecuente observar en las mismas el síndrome de agotamiento simpático de que nos hemos de ocupar más adelante.

En las heridas de bala con entrada y salida no cabe duda que son mucho más de temer las transversales y esto no solamente porque producen por necesidad mayor número de perforaciones de las asas delgadas, sino, sobre todo, porque afectan casi siempre a una zona u otra del intestino grueso y esto, como hemos de ver, agrava enormemente el pronóstico.

Según nuestras observaciones, las heridas más benignas, relativamente, son las de entrada por la *región hipogástrica*, especialmente las bajas que no afectan más que la vejiga. También lo son las de la región umbilical y paraumbilical que no suelen acompañarse más que de perforaciones múltiples de asas delgadas. Son muy graves, en cambio, las heridas de las *fosas ilíacas*, especialmente las de la fosa ilíaca izquierda. Lo único que mejora el pronóstico de tales heridas es que muchas no son penetrantes a pesar de su aspecto. Tal sucede en las de dirección muy oblicua que han de atravesar, por tanto, un grande espesor de pared. También puede suceder en estas condiciones que no exista más que una lesión tangencial del intestino grueso en contacto íntimo con la pared. Y, como hemos de ver, estas lesiones son casi las únicas de tal zona del intestino que resultan compatibles con la vida.

Tienen también muy mal pronóstico las *heridas de los hipocondrios y vacíos*, especialmente estas últimas. Solamente las heridas muy tangenciales en que muchas veces se duda de si llegarán a ser perforantes suelen dar éxitos favorables. Es, efectivamente, probable en tales heridas, que no haya lesión más que de las vísceras macizas (hígado o bazo) y tal lesión, cuando es ais-

lada, tiene cierta benignidad. Lo mismo podemos decir de las heridas del epigastrio. Cuando son diametrales y en sentido sagital, suelen ser gravísimas por la gran complejidad de las lesiones que producen. En cambio, cuando son oblicuas con entrada o salida por los hipocondrios, suelen no producir más que lesiones de estómago, o de estómago y una de las vísceras antes mencionadas. Y no son estas lesiones de las de pronóstico más sombrío.

En cambio, las *heridas toracoabdominales* han sido en nuestra experiencia casi siempre fatales. Cuando la gravedad extrema de las lesiones abdominales no arrebatara la vida del herido en los primeros días, éste sucumbía después por consecuencia de complicaciones torácicas: neumotórax valvular, agobio cardíaco, hemotórax infectado de modo fulminante por los gérmenes del tractus gastrointestinal, etc.

b) *Naturaleza de las vísceras heridas.* — Es, como se comprende, el factor decisivo en el pronóstico. En general, puede decirse que lo que da mayor gravedad a las heridas del vientre es la complejidad de las lesiones, la diversidad de vísceras heridas. Las heridas de una sola víscera: estómago, hígado, intestino, aunque sean múltiples o extensas tienen, en principio, menor gravedad que las que afectan a la vez vísceras huecas y macizas o tramos diversos y muy distantes del tubo gastrointestinal. Puede decirse que *las lesiones de vísceras diversas no se suman, sino que se multiplican en su acción mortífera.*

La *gravedad específica* de las lesiones de las vísceras en particular no es, desde luego, un factor invariable, pero tiene bastante fijeza. En igualdad de condiciones, son más graves las lesiones de las vísceras huecas que las de las vísceras macizas, según se deduce de lo que va a continuación.

HERIDAS DE LAS VÍSCERAS HUECAS. *Heridas del estómago.* — Son relativamente benignas en sí. Algunas zonas del estómago parecen tener una tolerancia especial. Tal es la *región de la curvatura mayor* en todo el recorrido de la inserción epiploica. Las heridas de esta zona, aun las más extensas y anfractuosas, pueden cerrarse bastante bien mediante varios planos de sutura en bolsa y suelen evolucionar favorablemente. También se cierran bien las perforaciones aparejadas de cara anterior y posterior del cuerpo del estómago, cuando no están cerca de la curvatura menor. Las heridas de esta curvatura, en efecto, suelen ser mortales por la gran hemorragia que producen y, sobre todo, por la infiltración hemática de la región celíaca que fatalmente las acompaña. En medio del hematoma que llena el epiplón menor y la trascavidad, es muy difícil orientarse durante la operación y,

tanto la hemostasia como el cierre de las perforaciones de la curvatura menor, resultan sumamente difíciles. Añádase a esto la profunda depresión del sistema simpático que presentan tales heridos como consecuencia de las lesiones del plexo solar y demás órganos de la región celíaca.

Por las mismas razones, son también gravísimas las *heridas del cardias*. Las del *píloro* lo son menos en el solo caso de ser tangenciales o sea cuando no hacen más que aflorar la pared anterior sin lesionar otros gérmenes. El cierre de la perforación en tales condiciones es sencillo. Pero cuando afectan a esta región del estómago, en dirección sagital, atravesándola de lado a lado, son casi siempre mortales, pues se acompañan necesariamente de heridas del hígado, páncreas, etc.

Heridas del duodeno. — Son, casi sin excepción, mortales. Aunque no vayan unidas a lesiones de los importantes órganos vecinos, las perforaciones del duodeno tienen de por sí una enorme gravedad específica. Tenemos la impresión empírica de que el contenido duodenal es mucho más dañoso para el peritoneo que el del estómago o el de tramos más bajos del intestino. Al menos, siempre que hemos encontrado líquido bilioso, flúido y espumoso, es decir, contenido duodenal, extravasado en el peritoneo, éste presentaba un aspecto de inflamación vivísima aunque la herida fuera muy reciente. En esto, ocurre lo mismo en las heridas de guerra que en las perforaciones de úlceras duodenales. Unas y otras tienen una enorme gravedad por el hecho de acompañarse precozmente de la llamada *peritonitis biliar*. De aquí, que en unas o en otras condiciones, debe interpretarse como signo de muy mal pronóstico la impregnación de las asas por líquido amarillo característico de la lesión duodenal. Sobre todo, cuando dicha impregnación aparece muy extendida en el abdomen.

Aun en las mejores condiciones, es decir, cuando el líquido duodenal apenas mancha las asas más próximas y cuando se trata de perforaciones muy pequeñas, las heridas del duodeno suelen ser mortales. No sirve, efectivamente, cerrarlas con toda escrupulosidad, lo que siempre cuesta gran trabajo. A pesar de ello, estos heridos mueren casi siempre con el cuadro de la insuficiencia aguda del simpático que hemos de esbozar más adelante.

Heridas del intestino delgado. — Importa hacer una distinción previa. Nos referimos a la *diferente condición anatómica, estructural, funcional y, desde luego, quirúrgica del intestino yeyuno y del intestino íleon*. Las asas yeyunales, anchas, de pared gruesa, de rica vascularización, son muy distintas a primera vista de las íleales, delgadas, de pared deleznable de vascularización más pobre. Todo hace creer que las primeras tienen una vitalidad muy superior a la de las segundas. Por lo menos, las heridas de

guerra del yeyuno curan, según nuestra experiencia al menos, mucho mejor que las del íleon. El cirujano de guerra encuentra en las anchas asas yeyunales un material excelente para la reparación. Las perforaciones son en ellas muy fáciles de cerrar sin peligro de estenosis de la luz intestinal. En cambio, en las mezquinas asas íleales, las suturas, especialmente las de mucosa, prenden defectuosamente y si se les completa con un buen plano sero-seroso queda siempre muy comprometido el tránsito intestinal. Sea como quiera, repetimos, hemos encontrado grandes diferencias en el pronóstico de las heridas de una y otra zona del intestino. E insistimos sobre estas diferencias, parejas a las que hay entre uno y otro sector del intestino delgado, precisamente porque en los libros corrientes no se hace tal distinción que en la realidad de la operatoria no puede ser más tajante.

Nuestra experiencia está también en contraste con la noción corriente de que las heridas del intestino son más graves cuando sorprenden a éste en plena función digestiva. Hemos visto, por el contrario, el mayor número de curaciones en los casos de heridas del yeyuno en que éste aparecía rojo, ingurgitado y con sus linfáticos bien visibles como gruesos hilos blancos. Este último signo, sobre todo, revela inconfundiblemente la plena actividad digestiva del sector correspondiente. Pues bien, contra lo que esperábamos, tales indicios de actividad digestiva, no lo fueron de mal pronóstico. Y así, actualmente, cuando en las operaciones encontramos lesiones aisladas del yeyuno y éste presenta el aspecto dicho, consideramos el caso con redoblada confianza. Es de notar que semejante aspecto no lo hemos observado nunca en el íleon. Es decir, que aquí no parece exteriorizarse la diferencia entre el período digestivo y el de reposo.

Otra diferencia, no bien conocida a nuestro entender, entre el yeyuno y el íleon es la que existe en la *disposición de los vasos mesentéricos* correspondientes. En el yeyuno, estos vasos afloran al borde posterior de las asas formando arcos anastomóticos muy cerrados. En el íleon, estos arcos son mucho más anchos. La vascularización de las asas yeyunales se hace, pues, por una red apretada de vasos, mientras que en el íleon el borde mesentérico está ocupado por arcos vasculares que dejan entre sí zonas avasculares cada vez más anchas. De esta diferencia, bien fácil de comprobar, parece deducirse una cierta ventaja en las condiciones de vitalidad del yeyuno. Tal vez sea por ello por lo que las heridas del yeyuno curan mejor, según hemos dicho. En las del íleon es más probable que quede sin riego un segmento de la pared, especialmente cuando la lesión afecta el borde mesentérico, y por ello fracasa tantas veces la operación en tales heridas.

A estas diferencias anatómicas corresponden *ciertas diferencias de táctica quirúrgica*. Efectivamente, en el yeyuno, las lesiones de guerra deben ser tratadas siempre que se pueda por la sutura aislada de cada perforación. Aunque éstas son múltiples, conviene cerrarlas una por una. De este modo, el intestino, que en tal zona tiene un ancho calibre, no corre peligro de quedar estenosado y la curación de las perforaciones suturadas puede descontarse, gracias a la buena vascularización de la parte. La resección de un trozo de intestino, en cambio, es aquí muy mal tolerada. Los bordes mesentéricos correspondientes a la parte reseçada se infiltran fuertemente de sangre por mucho cuidado que se tenga al hacer la hemostasia. Como consecuencia de ello, las anastomosis cabo a cabo, se encuentran en condiciones circulatorias muy precarias.

Por el contrario, en el íleon está muy indicada la resección de un trozo de intestino cuando éste se encuentra acribillado de perforaciones. La sutura de estas perforaciones, reiterada en un corto trecho, produce la estenosis primitiva o secundaria del intestino. Otras veces, se produce el esfacelo de una zona fruncida o acodada por la sutura. En cambio, la resección permite reunir cabo a cabo dos bocas poco sangrantes de intestino sin peligro de infiltración hemática del mesenterio ni de hemorragia en la luz intestinal. En el íleon es, pues, siempre preferible reseçar un segmento, aunque sea ancho, del tubo intestinal, a dejar este trozo lleno de costuras que le angostan, pliegan y tuercen. La fórmula de táctica operatoria es, por lo tanto: *en el yeyuno, cerrar una por una las perforaciones y no reseçar nunca; en el íleon, reseçar en cuanto un asa presenta varias perforaciones en un corto trecho.*

Heridas del intestino grueso. — Son, en general, de muy mal pronóstico. El hallazgo de lesiones groseras de este intestino — desgarros extensos, roturas transversales completas o casi completas — lo consideramos motivo suficiente para suspender en el acto la operación, renunciando a todo intento de salvar una vida que está irremisiblemente perdida. En lesiones de menos entidad hacemos escrupulosamente la reparación operatoria, pero siempre con muy pocas ilusiones. Solamente en las *heridas tangenciales del ciego o del sigma* que no afectan más que su pared anterior y esto en poca extensión, cabe tener algunas esperanzas. Tales heridas suelen evolucionar, en efecto, favorablemente pero, casi siempre, después de un curso tempestuoso. La sutura suele fallar abriéndose hacia la piel y, como consecuencia, se forman flemones fecales seguidos de fístulas prolongadas y expuestas a variadas complicaciones.

Tal evolución que, como decimos, suele ser favorable en definitiva, se

presenta con más frecuencia en el sigma que en el ciego. Aquí no son enteramente raros los casos de curación sin incidentes. En cambio, en el resto del colon es casi constante la terminación fatal. Cuando las heridas afectan al *colon transverso* la muerte no suele ser inmediata. Por el contrario, es corriente que en los primeros días que siguen a la lesión se encuentren los heridos bastante confortables y esto hace concebir grandes esperanzas. Pero hacia el fin de la primera semana suele agravarse bruscamente la situación como consecuencia de la mortificación y desprendimiento del trozo de pared cólica herido y suturado. No es raro que esta eliminación del trozo necrosado se denote por una deposición hemorrágica. Sea como sea, la muerte sobreviene en la inmensa mayoría de los casos.

También son de muy mal pronóstico las *heridas de los ángulos hepático y esplénico* y de las porciones fijas del colon ascendente y descendente. En estas zonas desprovistas de meso, la lesión del colon es, puede decirse, subperitoneal y va acompañada, por tanto, de efusión sanguínea y del contenido intestinal en el tejido laxo subperitoneal. Esto hace, en primer lugar, que sea muy difícil el cierre de las heridas del colon que apenas pueden verse durante la operación en medio del extenso infiltrado. Y, aunque llegue a reconocérselas bien, son muy difíciles de suturar por lo deleznable de la pared cólica y la falta de un buen plano seroso de revestimiento. Si no se moviliza el colon, la resección de las heridas es siempre defectuosa. Y si se hace una extensa movilización por despegamiento coloparietal queda seriamente comprometida la vitalidad, siempre precaria, de esta parte del intestino. En todo caso, las probabilidades de curación son muy escasas. Cuando la infiltración subperitoneal primitiva no acaba con el herido antes de las 48 horas, suele venir la mortificación tardía de la pared cólica con todos los caracteres antes expuestos.

Heridas del recto. — Tienen muy distinto pronóstico según asienten en la *porción intraperitoneal o en la extraperitoneal* del recto. Las primeras tienen una gravedad pareja a la de las porciones fijas del colon. También en el recto pelviano se produce, necesariamente, como consecuencia de la herida, una extensa infiltración del tejido celular subperitoneal con la consiguiente repercusión sobre el sistema vegetativo. La efusión sanguínea, además, despega la pared rectal disecándola materialmente con lo cual padece mucho la vitalidad de la parte afecta. Por si fuera poco, las heridas del recto suelen ir acompañadas de hemorragias profusas que se exteriorizan en forma de melena a las pocas horas de la lesión y suelen acabar con el herido en dos o tres días.

Lo más lamentable es que, ante tales hemorragias, como en general ante todas las consecuencias de las heridas del recto, se encuentra uno totalmente desarmado. El cierre de estas heridas según aparecen al hacer la laparotomía, es casi imposible, pues aunque, con gran trabajo, pueda suturarse la herida de la cara anterior, no es probable hacerlo con la herida de la cara posterior que la acompaña regularmente. El despegamiento del recto de la cara anterior del sacro es algo que no debe intentarse y sin ello queda incompleta forzosamente la oclusión de la herida rectal. Afortunadamente, cuando estas heridas de cara posterior son de pequeño calibre curan algunas veces por sí mismas. No suelen curar, en cambio, si se las trata por sutura, previa movilización y despegamiento del recto. Es decir, que en tales casos puede asegurarse que la operación es contraproducente. Como puede verse, las *heridas del recto pelviano* ofrecen pocas perspectivas a la cura quirúrgica, y en presencia de ellas, lo mejor que puede hacer el cirujano, en la mayoría de los casos, es cerrar el vientre sin tocarlas.

Tampoco hay nada que hacer, por lo general, en las *heridas del recto perineal*. Normalmente, estas heridas suelen producir la infección del tejido celular isquio-rectal y de la nalga, dando lugar a flemones fecales de evolución insidiosa y prolongada. Después de unos días de fiebre y estado septicémico muy graduado, suele presentarse una abundante supuración en los orificios de entrada y salida del proyectil. Muchas veces, hay que dar salida a la colección purulenta mediante amplias incisiones o bien hay que repetir éstas en el curso ulterior para facilitar el drenaje que siempre es muy defectuoso. El herido está así largo tiempo luchando con la supuración profusa, sumamente fétida y que, por su tendencia a quedar retenida afecta profundamente el estado general. Pero, en definitiva, todo suele terminar bien, pues las heridas del recto acaban por cerrarse y con ello, después de muchas vicisitudes, se curan también los abscesos perineales o de las nalgas, que son su consecuencia.

Heridas de la vejiga. — Son sumamente benignas, no ya cuando van aisladas, sino incluso unidas a ciertas lesiones del intestino. La operación de la *talla hipogástrica* es en todas estas heridas eficacísima y salvadora. En las heridas de vejiga, bajas, hay que asociar al drenaje de la vejiga con el tubo de Marion, el drenaje con gasa del espacio perivesical. En las heridas altas, hay que empezar por abrir el peritoneo siempre que el fondo de saco prevesical deje transparentar sangre derramada. Generalmente, existen en estos casos algunas perforaciones de asas yeyunales bajas que requieren su tratamiento apropiado. Cerrado de nuevo el peritoneo, se hace la abertura y

drenaje de la vejiga. En todo caso, como hemos dicho, estas heridas de región hipogástrica suelen evolucionar favorablemente y la participación de los órganos peritoneales no agrava considerablemente el pronóstico de la lesión vesical.

Tampoco la extensión de esta lesión de la vejiga tiene demasiada importancia. Incluso, las extensas desgarraduras de cara anterior curan bien cuando se puede abocar sin tensión la vejiga a la pared anterior del abdomen. Solamente los estallidos completos del órgano en que apenas pueden reconocerse los restos del mismo, tienen una gravedad excepcional. También son gravísimas las heridas de vejiga complicadas con lesiones del recto. Estos heridos sucumben, generalmente por hemorragia, dentro de los cuatro primeros días y nada puede hacerse eficaz para evitar tal complicación. A veces, la hemorragia se colecciona en forma de gran hematoma pelviano y el cuadro es el de la infiltración subperitoneal.

HERIDAS DE LAS VÍSCERAS MACIZAS. *Heridas del hígado.* — Son de un pronóstico relativamente favorable cuando no van acompañadas de lesiones de otros órganos. Por esta causa son más benignas las *heridas del lóbulo derecho*. Y lo son tanto más cuanto más a la derecha, o sea más cerca del borde costal, está la lesión. En tal caso, los orificios de entrada y salida están situados en la cara convexa del hígado, donde no suelen ser tan sangrantes como en la cara cóncava, además de que son mucho más accesibles a la sutura, como ya se comprende. Lo único que complica seriamente estas heridas es la lesión, casi constante, de la pleura. Pero si los orificios hechos por el proyectil en el hígado no son grandes y no está lesionado el pulmón, todo puede transcurrir sin contratiempo. Por el contrario, cuando se trata de heridas anchas que abren ampliamente la cavidad pleural y producen una gran hemorragia del hígado, todo puede considerarse perdido, hágase lo que se haga.

Asimismo, son relativamente benignas las *heridas de cara convexa, tangenciales o con proyectil alojado* que, por una u otra causa, profundizan poco en el hígado. La sutura de estas heridas cohibe eficazmente la hemorragia y ejerce, por tanto, una positiva acción de salvamento. El acto operatorio es tanto más impresionante cuanto más ancha sea la rasgadura del hígado. En las grandes heridas estrelladas, la intervención tiene verdadera belleza. Su eficacia, sin embargo, disminuye mucho cuando la herida del hígado es muy profunda. Si la herida llega a la cara posterior del órgano, en toda la superficie extraperitoneal del mismo, puede considerarse el caso como perdido.

Una vez más, la infiltración hemática del tejido celular subperitoneal de la pared posterior del abdomen se revela aquí como algo incompatible con la vida.

Las *heridas del lóbulo izquierdo* del hígado son, por muchos motivos, gravísimas. No sólo se acompañan de lesiones de otros órganos, sino de hematomas de la región celíaca cuya gravedad hemos señalado repetidamente. Sólo tienen perspectivas de curación las heridas poco profundas de dicho lóbulo con proyectil alojado. La extracción de estos proyectiles, tanto en esta zona como en el resto de la convexidad hepática, suele ir seguida de una profusa hemorragia. El proyectil actúa, efectivamente, más o menos como un tapón y su extracción deja libre paso a la sangre. Precisa, pues, estar muy advertidos en tales operaciones para comprimir entre los dedos todo el espesor del hígado así que se extrae el proyectil. Sin abandonar esta presa hemostática, se hace seguidamente la sutura de la brecha, lo mejor que se pueda.

En cuanto a los *proyectiles profundamente situados*, vale más renunciar a su extracción. Esta suele ser muy difícil, aun haciéndola bajo control radioscópico, y no soluciona nada por sí misma. Cuando el proyectil ha llegado a la cara posterior del hígado, el caso puede considerarse perdido. Y si está en pleno espesor del hígado y la hemorragia no es grande, puede tenerse confianza en que será bien tolerado. En todo caso, la operación no puede hacer más que agravar la situación añadiendo nuevos daños a los producidos por el proyectil sin ventaja ninguna, por otra parte.

En algunos casos aislados hemos visto *lesiones de las vías biliares*. Estas lesiones no parecían tener una gravedad especial y siempre fueron accesibles a una reparación quirúrgica satisfactoria. En dos casos hubimos de hacer colecistectomía de una vesícula perforada por un proyectil. Pero esta operación resultó inútil, pues ambos casos terminaron con la muerte. Ciertamente, ésta no pudo atribuirse a la herida del colecisto, sino a las graves lesiones que la acompañaron, especialmente a las lesiones del colon.

Heridas del bazo. — Tienen un excelente pronóstico cuando son aisladas y un pronóstico pésimo cuando van acompañadas de lesiones del ángulo esplénico del colon o del páncreas. En las *lesiones simples* que no producen más que una perforación fina del órgano o que lesionan solamente su polo inferior, nada debe hacerse. El bazo cohibe muy bien sus hemorragias y éstas no es de temer que se reproduzcan cuando la lesión es de poca entidad. Generalmente, en estos casos, se encuentra el bazo casi exangüe.

Tratándose de *heridas algo rasgadas del polo inferior*, es muy tentado-

ra, a pesar de todo, la sutura de la brecha. Generalmente, no se consigue efectuar tal operación, pero si se logran colocar unos cuantos puntos puede tenerse la satisfacción de hacer obra útil pues así se evita con seguridad el peligro de una hemorragia secundaria. Si la herida del bazo es de alguna entidad, esta hemorragia secundaria es, efectivamente, muy de temer. Como es sabido, el bazo entra en contracción activa así que es herido y se mantiene en este estado un tiempo más o menos largo. Por eso, al cesar dicho estado de contracción, la hemorragia del primer momento se reproduce inopinadamente y puede llegar a ser fatal.

En las *grandes heridas con hemorragia primitiva profusa*, el único recurso es la extirpación del órgano; la esplenectomía. En esta operación se pone a prueba el ímpetu acometedor que tan indispensable es, en ocasiones, al cirujano de guerra. No es que sea difícil, pero sí es de un exterior imponente y su ejecución en los heridos del bazo exige del cirujano la más briosa resolución. Estos heridos suelen llegar, como es natural, profundamente deprimidos por la gran hemorragia exterior e interior. Es necesario abrirse paso hasta el origen de esta hemorragia con toda presteza. El órgano despedazado, apenas se vislumbra en el fondo de un gran lago de sangre. Asirle entre los dedos y enuclearle debe ser cosa de segundos. Generalmente, se le encuentra partido transversalmente o fragmentado en varios pedazos por una herida estrellada. Estas heridas sangran poco en el momento de la operación pero, como se ha dicho, volverán a sangrar necesariamente después, si no se las trata con la poca vida que le queda al herido. En cambio, una vez ligado el pedículo y extirpado el órgano, puede tenerse la seguridad de haber conjurado el peligro de la hemorragia y la esperanza fundada de haber salvado una vida.

En algunos casos, la operación es más dificultosa por consecuencia de la cortedad del pedículo que hace imposible la ligadura sin comprender en ella un trozo del páncreas. Esto representa de por sí un serio peligro, pues la necrosis del fragmento de páncreas excluído por la ligadura, suele extenderse al resto del órgano y ello trae consigo, inexorablemente, la terminación fatal. En cambio, en los casos de pedículo largo, puede hacerse la esplenectomía sin lesionar páncreas. Si este órgano ha escapado, asimismo, a la acción del proyectil, es muy posible que el herido se salve.

Mucho se ha escrito sobre la *parvedad de los trastornos que siguen a la esplenectomía*. Los heridos de guerra en plena vitalidad, soportan esta operación todavía mejor que los operados por causa de enfermedad. Nosotros hemos seguido en nuestros heridos esplenectomizados no sólo el curso clí-

nico, sino el estudio hematológico día por día sin encontrar en ningún caso alteración digna de llamar la atención. Por este motivo no reproducimos las fórmulas hematológicas y recuentos de hematíes, leucocitos y plaquetas que acompañan a nuestras historias clínicas. En todas ellas, no se encuentran otras huellas que las de una anemia más o menos graduada que se va compensando en días sucesivos con rapidez siempre sorprendente.

Heridas del páncreas. — Son casi siempre mortales, como ya se adivina. Necesariamente van acompañadas de lesiones de otros órganos pero, sobre todo, de lesiones de los delicados confluentes nerviosos de la región celíaca. Personalmente, no hemos tenido un solo caso de supervivencia entre nuestros heridos afectos comprobadamente de lesiones del páncreas. Y en algunos casos desgraciados, sospechamos que estas lesiones habían sido causa de la muerte aunque no las hubiéramos visto durante la operación.

Heridas del riñón. — Suelen ser muy benignas de por sí. La hemorragia producida por una perforación de bala o de metralla, del riñón, rara vez llega a ser peligrosa para la vida. La sangre se colecciona en la masa grasosa perirenal o sale con la orina, pero, de uno u otro modo esta efusión suele corregirse por sí misma. En todo caso, es muy poco lo que hay que hacer en una de estas heridas en simple túnel del riñón que sólo se revelan por la hematuria, muy intensa en los primeros días y cada vez más ténue después. La operación es contraproducente pues nada puede remediarse con ella, y, en cambio, pone en malas condiciones de defensa al órgano y a su envoltura celulo-grasosa.

Solamente en los casos de *rotura extensa del riñón*, en que éste se encuentra materialmente destrozado, está indicada la nefrectomía. Los casos que motivan esta operación son los de herida abdomino-lumbar con cuadro de gran hemorragia y grave estado general en que se sospechan fundadamente lesiones complejas de abdomen y flancos. La nefrectomía en tales circunstancias suele ser no más que una de las múltiples operaciones reparadoras que hay que realizar. Como ya se comprende, la mortalidad en tales casos es muy elevada. Personalmente, no nos hemos visto nunca obligados a practicar tal operación.

En los casos, muy numerosos, de *herida aislada del riñón* que hemos visto, no encontramos nunca indicación para intervenir. Y el curso, casi siempre favorable de tales heridas, nos ha convencido de que en el tratamiento de las mismas, el operador tiene muy poco que hacer. En cuanto a los casos en que la herida del riñón podía comprobarse en el curso de una laparatomía, se trataba casi siempre de lesiones complejas en que lo más impor-

tante no era la herida del riñón, sino las del colon, hígado o bazo. Y estas heridas, especialmente las del colon eran las decisivas para dar al caso un pronóstico fatal casi sin excepción.

La "muerte subperitoneal". — Este cuadro, al que hemos aludido repetidamente, se caracteriza por la *algidez con debilitación progresiva del pulso*; sin acompañamiento de signo alguno de peritonitis. El herido empieza por presentar las manos frías — síntoma que consideramos como muy alarmante — y poco a poco se van enfriando apreciablemente todas las partes expuestas de su cuerpo. Un sudor glacial empaña la cara que suele estar algo cianótica. El pulso se debilita por momentos y llega a hacerse inapreciable bastante antes de la muerte. Su rapidez aumenta, pero no en proporción de lo que se debilita la fuerza de los latidos. El sensorio se conserva íntegro e incluso es corriente que los heridos se encuentren animados y optimistas; por lo menos muestran una serenidad impresionante y no manifiestan sufrimiento alguno. No hay, efectivamente, dolor ni rigidez en el vientre ni timpanismo ni signo alguno de padecimiento del peritoneo. Suele haber, en cambio, un síntoma cuya significación pronóstica desfavorable hemos oído señalar hace tiempo a nuestro admirado jefe el Dr. Gómez-Ulla. Este síntoma es el *estado de semierección del pene*. Suele aparecer muy precozmente en los casos a que nos referimos y se mantiene hasta la muerte que, en efecto, no perdona casi nunca a los heridos que presentan tal síntoma. La constancia con que se presenta este cuadro en las heridas que se acompañan de gran infiltración hemática de las raíces de mesos y tejido subperitoneal nos hace achacarle a tales lesiones del subperitoneo. Como ya hemos dicho, es de creer que se trate en tales casos de una acción directa sobre los grandes plexos y ganglios simpáticos de la región celíaca y de toda la pared posterior del abdomen. La causa de la muerte sería un agotamiento agudo de tales centros. La observación clínica — sobre todo cuando está hecha en las azarosas condiciones de la guerra —, no nos permite salir, en este asunto, del terreno de las suposiciones.