

Sobre un signo precoz de lesión visceral en las contusiones y heridas del abdomen. Signo del temblor peritoneal

Por Ch. Clavel.

Jefe de Clínica Quirúrgica en la Facultad de Lyon.

Actualmente los heridos de fa práctica civil; son llevados precozmente a los centros quirúrgicos. Sucede frecuentemente que se nos llama a examinar un contusionado del abdomen en la media hora u hora que sigue al accidente. Si se buscan entonces los signos clásicos indicadores de una lesión visceral, la confusión es frecuente: muchos de estos signos no existen todavía y no pueden existir, pues son el índice de una reacción peritoneal que no ha tenido tiempo de producirse, Y si, en ausencia de signos locales se quiere orientar por los generales, no se les puede acordar ningún valor: están ahogados en la sintomatología del choc traumático al cual se agrega el choc provocado por un transporte reciente. Por tanto es mejor asegurarse de la existencia de Sesiones abdominales, a fin de poder emitir un pronóstico y discutir una indicación operatoria en las horas siguientes.

En estas condiciones es clásico atribuir una gran importancia a la intensidad, al sitio del traumatismo, en una palabra, a las circunstancias etiológicas más que a los síntomas presentes. Sin embargo, varios autores han inten-

tado establecer, desde esa fase signos que indiquen la presencia de sangre u otros líquidos en el abdomen. *ha.* percusión da resultados imprecisos; se ha llegado hasta proponer la punción del abdomen o del fondo de saco de Douglas. Las causas de error y los peligros del método han hecho condenarlo por la Sociedad de Cirujía de París.

Yo había visto repetidas veces a mi maestro, el Profesor Tixier investigar de cierta manera la existencia de una ascitis discreta en las afecciones abdominales crónicas (tumores del ovario, fibroma, neoplasias gástricas, etc.): ondulaciones ligeras de la pared abdominal provocadas por la succión o la percusión, sensación particular de note del útero, percibido al tacto vaginal, con distensión ligera del Douglas. El Profesor Tixier, insiste sobre el valor semiológico considerable de estos pequeños signos, que son evidentemente matices de la palpación o del tacto, pero que pueden prestar a quien los conoce bien grandes servicios a] punto de vista diagnóstico.

He buscado sistemáticamente esos signos en algunos contusionados y heridos del abdomen que

he tenido ocasión en la enfermería de la Puerta del Hotel Dieu. Esto no es posible, se entiende, sino en ausencia de contractura, Pero esa ausencia de contractura es frecuente en los traumatismos recientes (Jean Quenu la evalúa en 50 por 100 de casos en las rupturas del baso.

La pared abdominal es entonces flácida, como estupefacta por el traumatismo; es casi comparable a la pared abdominal de una mujer que acaba de parir. Si en estas condiciones existe líquido en el abdomen (sangre, orina, etc.) he aquí un medio que me ha parecido práctico para asegurarse: el enfermo estando acostado sobre el dorso, los muslos relajados, poner de piano en la fosa ilíaca la cara palmar de los cuatro últimos dedos, deprimir varias veces, a pequeños golpes rápidos la pared abdominal. Se imprime así a la pared una especie de movimiento ondulatorio, que llega en caso de presencia de líquido, a una doble sensación táctil y visual:

Sensación táctil, sobre todo, no es de onda, propiamente, es una especie de temblor gelatinoso, debido sin duda a la percepción de las anzas que flotan en un poco de líquido y vienen a chocar los dedos.

Sensación visual, transmisión a la pared del lado opuesto, de esa ondulación, traducción visual del chapaleo.

Este signo se ha' notado cuando la macidez hacía falta; algunas

veces ha coincidido con la percepción por el tacto de un Douglas doloroso si no ya distendido.

Cuáles son Las causas de error posibles? La presencia de grasa en cantidad abundante en la pared abdominal y el epiplón: esta causa de error es análoga a la que la grasa puede producir en la investigación de la hidartrosis de la rodilla al principio (hidartrosis grasosa de Malgaine) la presencia de líquido en el estómago dilatado o en un intestino distendido de oclusión podría dar una sensación análoga, pero se acompañaría de otros signos, Pero en materia de contusiones recientes del abdomen, esta causa de error no debe considerarse.

He aquí, brevemente resumidas las observaciones en las que he podido constatar este síntoma; No reportaré un caso de ruptura de la vejiga, donde estaba muy claro, pero asociado a la contractura hipogástrica, el accidente datando de diez horas.

Observación I. Contusión abdominal. Ruptura intraperitoneal del riñón izquierdo interesando el pedículo.

Una niña de 25 años fue víctima el 3 de agosto de 1930 hacía las 6 p. m. de un accidente de automóvil. A las 11 la herida es llevada a la enfermería de Entrada del Hotel Dieu en un estado alarmante y palidez extrema, choc intenso; la atención es llamada únicamente del lado abdominal El traumatismo fue en el hipocondrio izquierdo, al ras de

las falsas costillas, dejó trazas en forma de equimosis. El vientre es suave, sin contractura ni macidez en los flancos. Dolor a la presión en la fosa lombar y el hipocondrio izquierdos. Nada de gases. Un vómito. La orina contiene sangre pero la mujer está reglando. La orina extraída por cateterismo vesical no contiene sangre.

Se calienta la enferma y se pone en observación. A la una de la mañana el pulso está mejor, 100. Siempre sin contractura ni baloteo. No hay hematoma lombar perceptible, sin embargo a travez de la pared abdominal flácida, sin defensa muscular ninguna, se tiene la vaga impresión de baloteo de las an2as en un poco de líquido. No hay signos de fractura de la pelvis ni de la columna. Suero artificial.

A las 3 am. el estado de la herida ha empeorado. Dice haber expulsado gases pero sufre violentamente del abdomen. Contractura en el flanco izquierdo, empastamiento vagamente perceptible en el flanco y la fosa ilíaca. Pulso muy pequeño y muy rápido, palidez extrema.

Vista la existencia *de* signos de hemorragia interna, la ausencia de sangre en la orina y la noción de traumatismo en el hipocondrio izquierdo, se interviene con el diagnóstico de ruptura del baso. Se encuentra sangre en cantidad abundante entre las an2as, el baso está intacto pero existe una ruptura del riñon in-

teresando un gran vaso del pedículo con rasgadura del peritoneo, que permite a la sangre caer al abdomen.

Nefrectomia transperitoneal. Transfusión. Curación.

Este caso llamó mi atención sobre el signo del temblor peritoneal tanto más que su aparición precedió casi 4 horas a la contractura. Si hubiera operado por la sola constatación de este signo, hubiera podido evitar al enfermo una pérdida importante de sangre que necesitó una transfusión y escapó de comprometer la curación. También me prometí estudiar este signo de más cerca y tuve la ocasión de verificar Juego su exactitud en el curso de dos laparotomías por heridas penetrantes del abdomen por bala de revólver.

Observación II. B. árabe de 28 años herida del abdomen por bala de revólver: orificio de entrada sobre el borde externo del gran recto izquierdo, al nivel de la horizontal pasando por el ombligo. Palidez extrema, pulso 130, no hay orificio de salida visible. El accidente data de una hora y media casi. Ninguna contractura; a travez de la pared flácida se percibe claramente una sensación obscura de onda donde pelotean las an2as. Un poco de macidez en el flanco izquierdo. Intervención inmediata: parare en cantidad notable en el abdomen, dos perforaciones gástricas, cara anterior, cara posterior, suturas. La bala fue a alojarse en el polo

inferior del riñon izquierdo, de donde proviene la hemorragia, que se trata por taponamiento. No hay lesiones intestinales ni cólicas. Un vaso del colon descendente sangra. Sutura con hilos metálicos. Curación.

Observación III. Un hombre de 31 años, empresario, es llevado a la enfermería con una herida del abdomen por bala de revolver. Choc de mediana intensidad. Orificio de entrada a 8 cm. abajo y a izquierda del ombligo. No hay orificio de salida. El enfermo ha orinado. no hay sangre en la orina. El accidente data de una hora; ausencia absoluta de contractura; signo del temblor peritoneal positivo un poco de macidez en el flanco derecho. A la radioscopia se ve la bala en la fosa ilíaca derecha, inmóvil, metida indudablemente en el psoas. Intervención inmediata, escisión del trayecto de la bala muestra que la herida es penetrante. Laparotomía subom-bilical sangre en abundancia en el abdomen, (casi medio litro) el ciego intacto. Se encuentran y suturan 5 perforaciones del intestino delgado y 2 resgaduras del mesenterio que sangraban.

No hay hematoma en la fosa ilíaca interna derecha. Los vasos ilíacos externos no están heridos. Toilete del peritoneo y sutura. Curación. La bala no fue extraída.

He aquí ahora un caso de herida toxaco-abdominal, en que nuestro signo permitió diagnos-

ticar precozmente la penetración abdominal:

Observación IV. - Herida toraco-abdominal izquierda por bala de revolver.

Una joven es llevada en la noche a la enfermería del Hotel Dieu por una herida del tórax por bala de revolver. Orificio de entrada al nivel del 6º espacio intercostal izquierdo. Sobre la línea axilar posterior. Choc intenso, palidez extrema, pulso incontable, disnea, signos de hemotorax izquierdo. A la percusión parece no haber hemopericardio. No hay orificio de salida de la bala, ni dolor, ni contractura ni macidez al nivel del abdomen; no hay hematuria, no hay vómitos. El examen del herido, radioscópicamente, es muy serio por su mal estado. Todo parece autorizar a concluir en una herida pulmonar simple pues al cabo de una hora el choc ha regresado notablemente. El enfermo es enviado al día siguiente a las 9.30 a la sala Santa Ana. El accidente data de 6 horas, no hay más choc pero la disnea debida al hemotorax persiste. El vientre es suave, no hay macidez en los flancos y sin embargo la investigación de nuestro signo es positiva. Inquieto, vuelvo a ver al enfermo al medio día: esta vez no hay duda, existen dolores abdominales y un poco de contractura en el hipocondrio izquierdo. El enfermo es llevado de nuevo

{Pasa a la pág. 65}.