

Bi-maxilar en cm.	Hombres en mm.	Mujeres en mm.
6	10,91	12,00
6,5	11,82	13,00
7	12,73	14,00
7,5	13,64	15,00
8	14,54	16,00
8,5	15,45	17,00
9	16,36	18,00
9,5	17,27	19,00
10	18,18	20,00
10,5	19,09	21,00
11	20,00	22,00
11,5	20,91	23,00
12	21,82	24,00
12,5	22,73	25,00
13	23,63	26,00
13,5	24,54	27,00
14	25,45	28,00
14,5	26,36	29,00
15	27,27	30,00
15,5	28,18	31,00
16	29,09	32,00
16,5	30,00	33,00
17	30,91	34,00
17,5	31,82	35,00
18	32,72	36,00

RESUMEN.

El autor preconiza un nuevo sistema en la representación gráfica de la constitución somática, siguiendo las directrices de DECOURT, pero variando la configuración gráfica en el sentido de intentar "siluetear" la imagen humana. Presenta un modelo teórico normal, y varios de diversos tipos constitucionales. Resalta la importancia de diseñar el problema, sobre un normotipo teórico para contrastar más fácilmente las variaciones constitucionales. Califica a su esquema con el nombre de *morfofoto somático*.

BIBLIOGRAFIA

- DECOURT, J.—Sem. des Hôp. de Paris, 81, 3.360, 1949.
 DECOURT, J. et DOUMIC, J. M.—Sem. des Hôp. de Paris, 51, 2.457, 1950.
 PENDE, N.—Tratado de Biología Humana individual y social. Salvat Editores, S. A. Buenos Aires, 1947.

SUMMARY

The author presents a new system for the graphic representation of the somatic constitution, in accordance with Decourt's principles, but with a variation in the graphic configuration in an attempt to achieve a silhouette of the human form. He presents a normal theoretical model and several others of varying constitutional types. He emphasizes the importance of presenting the problem against the models of a normal theoretical type, in order that the constitutional variations may stand out more clearly. He gives his diagram the name of somatic morpho-type.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser bespricht ein neues System zur graphischen Darstellung der somatischen Kon-

stitution. Dabei folgte er den Richtlinien von Decourt, ändert jedoch die graphische Figur in dem Sinne, dass er die menschliche Figur als Silhouette darstellt. Er stellt ein theoretisch normales Modell vor sowie die verschiedener konstitutioneller Typen. Er sagt, dass es ungeheuer wichtig ist, das Problem auf einen theoretisch normalen Typ aufzuzeichnen, um so die konstitutionellen abweichenden Variationen leichter feststellen zu können. Er nennt sein Schema: somatischer Morphotyp.

RÉSUMÉ

L'auteur préconise un nouveau système dans la représentation graphique de la constitution somatique, suivant les directrices de Decourt mais en y variant la configuration graphique dans le sens de tâcher de silhouetter l'image humaine. Il présente un modèle théorique normal et plusieurs de différents types constitutionnels. Il fait ressortir l'importance de dessiner le problème sur un normotype théorique pour contraster plus facilement les variations constitutionnelles. Il nomme son schéma: morphotype somatique.

LAS PERFORACIONES AGUDAS DEL ESTÓMAGO, DUODENO Y YEYUNO

C. SEBASTIÁN DACOSTA.

Cirujano del Seguro de Enfermedad, Córdoba.

La perforación del estómago y del duodeno por diversos procesos patológicos, a la cabeza de los cuales figura la úlcera péptica, es un hecho de observación relativamente frecuente, y raro es el médico general y el cirujano que no ven y tratan bastantes casos de perforación durante su vida profesional.

La perforación yeyunal es mucho más rara; se puede afirmar que es casi excepcional, y su etiopatogenia es más oscura y compleja.

No es fácil, como en otras muchas lesiones, hacer una clasificación de los procesos perforativos gastro-duodeno-yeyunales. Pero tanto en el estómago como en los primeros tramos del intestino delgado se pueden individualizar dos grandes grupos: *el de las perforaciones como complicación de la úlcera péptica y el de las perforaciones causadas por otras entidades patológicas*. En este último se encuentran las perforaciones de las neoplasias malignas (carcinomas y sarcomas), las de las lesiones infecciosas (gastritis supurada), las necróticas (trombosis, yeyunitis necróticas) y las producidas por cáusticos (ingestión de ácidos, bases y metaloides).

Muchos cirujanos, especialmente en Norteamérica, aceptan la clasificación de BOCKUS, modificada por FERNELL P. TURNER, basada en

la clínica, y en la que se establecen tres grupos:

1.º *Perforaciones agudas*.—En ellas la peritonitis aguda está siempre presente en mayor o menor grado.

2.º *Perforaciones subagudas*.—En ellas el orificio perforativo suele ser muy pequeño, como el pinchazo de un alfiler, y se ocluye rápidamente. En este grupo admiten dos subgrupos: a), perforaciones frustradas, descritas por SINGER y VAUGHAN, en las que existen síntomas de peritonitis de carácter moderado y que se calman rápidamente, y b), perforaciones que no van asociadas a signos de peritonitis ni al neumoperitoneo, que se cierran rápidamente y que ocasionalmente van acompañadas de la presencia de burbujas gaseosas subhepáticas, pudiendo dar lugar a pequeños abscesos.

3.º *Perforaciones crónicas o úlceras penetrantes*.—En ellas la úlcera penetra en las vísceras vecinas (páncreas, hígado, vesícula biliar, colon transversal, diafragma, epiplon, pared abdominal anterior y espacio retroperitoneal).

Esta clasificación no nos parece justificada por la presencia del segundo grupo de las perforaciones subagudas, que creemos artificioso, así como los subgrupos en que se divide, ya que estas formas subagudas corresponden a las llamadas perforaciones cubiertas, cuyo comienzo y evolución suele ser de tipo agudo, y que, diagnosticadas o no, siempre requieren, por la intensidad de sus síntomas, la presencia del médico y con mucha frecuencia la del cirujano; así como tampoco comprendemos esa distinción entre el subgrupo a) y el b), basada en la existencia o no del neumoperitoneo, cuando en el subgrupo b) terminan afirmando que a veces se asocia con "burbujas gaseosas subhepáticas". Para nosotros, las perforaciones cubiertas o subagudas serían formas tan agudas como las perforaciones abiertas, y, como ellas, requieren observación cuidadosa y tratamiento de emergencia, aunque éste no sea quirúrgico. Nosotros estimamos que los procesos perforativos de los primeros tramos del aparato digestivo se dividen en dos grandes grupos: *el de las perforaciones agudas y el de las crónicas o úlceras penetrantes*. El primer grupo va acompañado de síntomas de peritonitis aguda, y el segundo grupo no va acompañado de síntomas de peritonitis (aunque a veces su sintomatología tiene un carácter agudo).

Las perforaciones agudas las dividimos en dos subgrupos: a), *las perforaciones abiertas*, o sea aquellas en que el contenido gastro-intestinal de un modo continuo se derrama libremente en la cavidad peritoneal, dando lugar a una peritonitis aguda generalizada, y b), *las perforaciones cubiertas u ocultas*, las cuales, después de un tiempo más o menos largo, se ocluyen por diversos mecanismos, impidiendo que continúe el paso de los líquidos gastro-intestinales al peritoneo y dando lugar a que el organismo ponga en juego sus fuerzas defensivas y pueda, si no sucumbe, o vencer la infección, cerrando la perforación por cicatrización, o li-

mitarla, localizándola, dando lugar a un absceso subfrénico, subhepático o transcavitario, terminación favorable si es reconocida y tratada oportunamente.

De todas estas variedades de las perforaciones, sólo vamos a dedicar nuestra atención al grupo de las perforaciones agudas, no sólo porque tiene un interés de urgencia vital, sino porque a consecuencia de trabajos publicados en estos últimos años aún se encuentra en discusión su tratamiento.

Como base a los comentarios que vamos a hacer sobre el cuadro clínico y el tratamiento, presentamos nuestra modesta estadística, que comprende 56 casos, de los cuales 52 corresponden a perforaciones de úlcera péptica y los cuatro restantes a perforaciones consecutivas a otras entidades patológicas.

Por eso dividimos su estudio en dos grupos: perforaciones ulcerosas y perforaciones no ulcerosas.

GRUPO I. — PERFORACIONES AGUDAS ULCEROSAS ABIERTAS.

Número de casos: 52; de ellos, 50 fueron intervenidos y dos no fueron operados por encontrarse en estado agónico.

Sexo.—De los 52, pertenecían al sexo masculino 51, y al femenino, uno sólo; por lo tanto, el 98 por 100 corresponde al sexo masculino, hecho en consonancia con la mayor parte de las estadísticas publicadas y en relación de la mayor frecuencia de la úlcera en los varones pero dicha relación no tiene una correspondencia exacta con la proporción de úlcus en ambos sexos en los enfermos no perforados (66 por 100 de úlcus en el sexo masculino y 34 por 100 en el femenino), y para aplicar esa cifra a brumadora en favor del sexo masculino deben existir varios factores (esfuerzos, tabaco, alcohol, hormonas) en realidad desconocidos que justifican ese predominio de la perforación en el sexo fuerte.

Edad.—Las edades oscilan entre cifras muy extremas, desde los 17 años del más joven a 71 del más viejo. La mujer tenía 53 años. El mayor número de perforaciones corresponde a las décadas cuarta, quinta y sexta de la vida con predominio de la quinta.

Edad en el momento de la perforación y número de casos.

De los 10 a los 20 años	1
De los 21 a los 30 "	8
De los 31 a los 40 "	19
De los 41 a los 50 "	10
De los 51 a los 60 "	9
De los 61 a los 70 "	3
De los 71 a los 80 "	2

En los jóvenes era más frecuente la falta de antecedentes ulcerosos; en cambio en los viejos los síntomas físicos se encontraban atenuados de un modo casi general y sobre todo la-

maba la atención que en las primeras horas la temperatura era normal y subnormal. Como enfermos, los jóvenes se mostraban más inquietos e indóciles, mientras que en los viejos, sobre todo después de las primeras horas, mostraban con frecuencia un cuadro de resignación fatalista muy notable en alguno de ellos.

Tiempo transcurrido desde la perforación a su ingreso y número de casos

De 0 a 6 horas	20
De 7 a 12 horas	18
De más de 12 horas	14

El ideal es que los enfermos lleguen con rapidez al cirujano, pero esto no siempre ocurre, unas veces por dificultad de las comunicaciones, otras porque el médico general no ha actuado siempre con la debida rapidez. En general, por parte de la familia no han existido inconvenientes al traslado; al contrario, muchas veces han acudido enfermos que no tenían un cuadro de abdomen agudo.

Tiempo transcurrido desde la perforación a la intervención y número de casos

De 0 a 6 horas	16
De 7 a 12 horas	20
De más de 12 horas	14

Las diferencias de tiempo entre su ingreso y la operación se deben a las siguientes causas: cuadro dudoso de perforación abierta, práctica del hemograma y del recuento leucocitario, retraso por razones familiares y necesidad de tratamiento preoperatorio por shock.

Historia anterior.

Sin síntomas premonitorios ni antecedentes digestivos	3	5,7 %
Con síntomas premonitorios y antecedentes de días o semanas	4	7,6 %
Con síntomas y antecedentes de meses	13	25 %
Con síntomas de años	32	60 %

La ausencia de síntomas premonitorios no es muy frecuente; para considerar indudable su ausencia es preciso, según LOEPER, que no existan síntomas anteriores de *ulcus francos* o *disimulados*; cabría mejor decir que carezcan de antecedentes digestivos.

Sus cifras estadísticas varían de unos autores a otros, desde 2,08 por 100 en URRUTIA, 10 por 100 en MONDOR, 13 por 100 en GARCÍA BARÓN, pasando por 8,33 por 100 en la de DELOR. La nuestra es de las más bajas, el 6 por 100, quizá porque nuestra estadística es pequeña. Es un hecho de observación fácil de comprobar que estas perforaciones sin antecedentes patológicos suelen corresponder a úlceras únicas y asientan en tejidos poco infiltrados, casi siempre se trata de individuos jóvenes, a veces muy jóvenes, en los que la perforación representa el primer síntoma de proceso ulceroso y en los

que la úlcera que se perfora representa la primera erosión que aparece en su tubo digestivo como consecuencia de la enfermedad ulcerosa.

Además su localización suele ser casi siempre duodenal, de bordes cortantes a veces, como si fueran hechos con sacabocados, de dimensiones variables. Gozaban de buena fama respecto a la posibilidad de curación total sin recidivas de la enfermedad meses o años más tarde, aunque hoy se empieza a sustentar la opinión opuesta. La ausencia de infiltración y esclerosis a su alrededor hacen fácil su sutura.

Exacerbación de los síntomas antes de la perforación.—En 18 casos existía agudización de los síntomas durante un período más o menos largo. De todos los síntomas el dolor espontáneo y el provocado por la presión eran los que más habían llamado la atención de los enfermos. Uno de ellos refería que “desde hacía días no podía apretarse el cinturón”; la mayoría presentaban aumento del dolor epigástrico después de las comidas que no se calmaba con la medicación o que persistía de un modo tan acentuado que obligaba a la administración de sedantes enérgicos.

Causas que provocaron el accidente perforativo.—En general no se conocen hechos a los que atribuir la aparición de la perforación. En tres aparece después de las comidas, en uno de ellos tras una comida copiosa (después de un “perol”, nombre con que se designa en Córdoba un almuerzo campestre donde se suele comer y beber abundantemente), otro después de libaciones copiosas; pero en contraste con este grupo en los que se podía achacar la perforación a la hiperdistensión alimenticia, existía otro más numeroso en los que la perforación había ocurrido estando acostado durante la noche o la madrugada. En uno la familia atribuía la perforación a un grave disgusto familiar; otro enfermo la achacaba al esfuerzo hecho al levantar una traviesa de ferrocarril. No hemos visto ningún caso en que la perforación haya ocurrido durante la defecación.

Recientemente se han publicado casos en los que la causa de la perforación se ha atribuido a la ingestión de papilla de bario. Sin embargo, como ha puntualizado muy bien MORANDEIRA, para poder admitir que una perforación se ha producido por la papilla de bario es preciso que ésta se produzca poco después de ingerir el medio de contraste (perforación precoz) o al menos en el mismo día en que se administró (perforación retardada); ninguno de los casos observados puede ser incluido en los dos grupos que admite MORANDEIRA, pero sí hemos visto un caso en el que en el momento de la intervención existía un grumo de bario que obstruía a medias el orificio y el enfermo manifestó a posteriori que había sido sometido la víspera de la perforación a una exploración radioscópica a causa de la intensificación de las molestias que padecía.

Este caso, en el que si bien no puede ser considerada la perforación como debida a la

acción de la papilla de bario, sí puede al menos servir para recalcar la conveniencia de abstenerse de la exploración radiológica con administración de medios de contraste, cuando existe una acentuación de los síntomas ulcerosos y recordar que estos enfermos deben ser tratados y no sometidos a la exploración radiológica.

Distribución del momento de la perforación en relación con el día.

La perforación había ocurrido de madrugada en	4
La perforación había ocurrido por la mañana en	11
La perforación había ocurrido por la tarde en	23
La perforación había ocurrido por la noche en	14

Estación del año en que ocurrió la perforación.

Primavera	14
Estío	8
Otoño	17
Invierno	13

Es curioso que hayamos observado cierto paralelismo entre la frecuencia de las perforaciones y la frecuencia de las apendicitis agudas en las mismas épocas del año, que en nuestra estadística son más frecuentes en primavera y otoño. Cito el hecho como dato curioso, pero probablemente sin interés clínico.

Localización de las perforaciones.

Localización en duodeno	34	65,3 %
Localización en píloro	3	5,7 %
Localización en estómago	15	28,8 %

En la mayor parte de los casos de perforación duodenal ésta asentaba en la cara anterior; en todos los casos de perforación gástrica menos en dos estaba situada en la cara anterior del antro, las dos excepciones correspondían a perforaciones en las inmediaciones de la curvadura menor. El número de perforaciones gástricas es más alto de lo que la mayoría de las estadísticas suele señalar, pero sobre ello no encuentro explicación plausible.

También es de notar que cotejando la edad con la localización, la inmensa mayoría de las perforaciones duodenales se había producido en pacientes con menos de cincuenta años.

Características del comienzo.

Comienzo brusco	45	85,53 %
Comienzo brusco acompañado de shock...	2	3,8 %
Comienzo paulatino	5	9,6 %

Localización del dolor espontáneo inicial.

Localización en epigastrio	48	92 %
Localización en cuadrante superior derecho	3	5,7 %
Localización en cuadrante superior izquierdo	1	1,9 %

Localización del dolor a la presión en el momento del ingreso.

En epigastrio	15	28,8 %
En cuadrante superior derecho	7	13,5 %
En cuadrante superior izquierdo	2	3,8 %
En todo el abdomen superior	23	44,2 %
En fosa ilíaca derecha	1	1,9 %
En todo el abdomen	4	7,6 %

El dolor es el síntoma más llamativo de la perforación ulcerosa aguda; es característico su comienzo brusco y su intensidad, que a veces es atroz; como signo orientador del diagnóstico tiene una importancia capital. Pero si esto ocurre en la mayoría de los casos, no siempre suele suceder así, y en nuestra breve estadística figuran dos casos en los que el dolor no tuvo un comienzo dramático. En uno de ellos se trataba de un viejo, el de más edad de todos los casos, y tal vez a su avanzada edad se pueda atribuir la ausencia de dolor intenso; el otro era un hombre joven que hacía una semana sufría de gastralgia intensa y en el cual el comienzo de la perforación fué marcado por una pequeña hematemesis acompañada de intensa defensa muscular epigástrica que llamó la atención del médico de cabecera y que permitió establecer el diagnóstico al ir unida a un neumoperitoneo discreto pero sin que el dolor anterior experimentara modificación alguna en su mediana intensidad.

El shock acompaña con cierta frecuencia a las perforaciones; nosotros lo hemos hallado en el 9,6 por 100 de los casos; en ninguno de ellos revestía formas graves y cedió en todos con rapidez al tratamiento. Sin embargo, fué lo suficientemente severo para retrasar la intervención unas horas (de una a tres) para colocar al paciente en mejores condiciones operativas.

La localización del dolor a la presión tiene valor diagnóstico diferencial con otras afecciones abdominales agudas, pero no como determinante de la situación de la perforación. En nuestra estadística en la mayor parte de los casos corresponde al epigastrio o a todo el abdomen superior. Existe un caso en que la localización del dolor y la máxima defensa se encontraban en la fosa ilíaca derecha, que junto con una historia sin antecedentes de padecimiento gástrico, el hemograma y un comienzo doloroso en epigastrio que cedió rápidamente nos llevó a establecer el diagnóstico erróneo de apendicitis aguda. El diagnóstico exacto fué hecho al abrir el peritoneo y encontrar una colección de líquido que no se agotaba, sino que se reponía por líquido que se deslizaba entre la pared abdominal y el colon ascendente, lo cual junto con las lesiones levisimas de irritación de la serosa del ciego y del apéndice obligó a una nueva laparotomía supraumbilical encontrándose una voluminosa perforación duodenal.

La existencia de dolor extendido a todo el abdomen es un signo de mal pronóstico; nosotros lo hemos encontrado siempre en casos

en los que había ya una peritonitis franca con abundante exudado abdominal, parálisis intestinal y numerosos depósitos de fibrina sobre las vísceras abdominales.

El dolor frénico o dolor del hombro, descrito por OEHLER, tiene en el diagnóstico de la perforación bastante valor. Se conoce con el nombre de dolor frénico o dolor del hombro, según ZACHARY COPE, el localizado en la parte alta del hombro y el cual es debido a la excitación de las terminaciones del nervio frénico en el diafragma. Su localización cutánea corresponde a las áreas dérmicas innervadas por ramas que tienen su origen en los segmentos tercero, cuarto y quinto de la médula cervical, de los que arranca también el nervio frénico; de todas estas zonas, la más importante es la innervada por el cuarto.

Nosotros lo hemos buscado sistemáticamente, lo hemos encontrado dieciséis veces (el 30 por 100). Aunque se opina que es muy frecuente y se señala que existe en más del 70 por 100 de los casos, nosotros no lo hemos encontrado tan a menudo, tal vez porque en nuestra estadística no abundan los casos en las primeras seis horas, ya que el dolor frénico suele desaparecer rápidamente; de ordinario en más del 80 por 100 de los casos persiste menos de tres horas.

Su intensidad es muy variable; en la mayor parte de nuestros casos en los que fué positivo (13) era poco fuerte; fué preciso preguntar a los enfermos y a veces reiteradamente para encontrarlo, por lo que hago mía la frase de GARCÍA BARÓN de que "el paciente no habla de él si no se le interroga debidamente".

De los 16 casos sólo en uno era muy evidente; estaba localizado sobre el hombro derecho, y el enfermo decía que el dolor del hombro había precedido al del epigastrio e incluso se obstinaba en afirmar que "su mal estaba en el hombro". Se trataba de un hombre de 24 años, de muy escasa cultura e inteligencia, en el que la operación reveló un úlcus duodenal y en el que existían antecedentes claros de úlcera péptica.

COPE pretende que la localización del dolor en uno u otro hombro o su carácter bilateral tiene un valor localizador del nivel a que asienta la perforación, *si el dolor asienta en el hombro derecho se trata de una perforación duodenal; si asienta en el hombro izquierdo o es bilateral, la perforación está situada en el estómago*. Nosotros no hemos podido comprobar tales afirmaciones. GARCÍA BARÓN escribe a este respecto: "Todo lo más que se puede decir es que el dolor exclusivo en el hombro derecho se observa con doble frecuencia en las perforaciones duodenales que en las gástricas, y que ese mismo grado de supremacía tienen las gástricas sobre las duodenales en el dolor exclusivo del hombro izquierdo; en cuanto a la bilateralidad, es algo más frecuente en las duodenales."

YUDINE sostiene que cuando el dolor frénico se encuentra en el mismo lado que el neumope-

ritoneo, tiene valor para indicar el sitio de la perforación. Pero como veremos más adelante, el neumoperitoneo tampoco tiene valor localizador y ni siquiera unido al dolor frénico.

Para lo que sí sirve el dolor del hombro es para el diagnóstico diferencial con una apendicitis o con un absceso apendicular, a condición de que el enfermo sepa contestar nuestras preguntas, porque a veces la intensidad del dolor abdominal es tal que el enfermo no reclama ni atiende a otra cosa más que a que se alivie su dolor.

Tacto rectal.—Lo practicamos siempre en todos los casos de abdomen agudo; ha sido doloroso en el 32 por 100 de los casos y muy doloroso en el 3,9 por 100 de los mismos en los que existía un abundante derrame peritoneal.

No hemos encontrado que la maniobra de Sanmartino tenga un valor localizador evidente del sitio de la lesión.

La contractura de defensa.—Siempre más o menos intensa suele estar presente en la inmensa mayoría de los casos, sobre todo si se sabe explorar y buscar, porque a veces se encuentra alejada de la zona afecta, aunque creo que siempre existe algo de defensa muscular en los alrededores del epigastrio. A veces es intensísima; es clásico el encontrar el *vientre en tabla* con retracción y abarquillamiento del mismo, sobre todo en los primeros momentos. Hemos hallado la contractura en el 90 por 100 de los casos; en los enfermos en que faltaba se trataba o de moribundos o de pacientes con intensa peritonitis generalizada ya en el último estadio de su evolución o eran enfermos a los que se les había puesto una inyección de morfina con el fin de poder soportar el viaje o de calmar su dolor.

La defensa muscular tiene de un modo general, y cuando coincide con el dolor a la presión, un valor diagnóstico diferencial.

La respiración abdominal suele estar abolida o disminuida con bastante frecuencia. Su abolición está en relación directa con la intensidad del dolor. Nosotros la hemos encontrado en el 38 por 100 de los casos.

El pulso.—Se encuentra acelerado ligeramente en casi todos ellos, en algunos es normal o bradicárdico, en los viejos y en los jóvenes suele ser más frecuente que en los adultos. El número de pulsaciones aumenta a medida que transcurren las horas; después de las doce horas casi siempre pasan de ciento, la taquicardia está en relación directa con la evolución de la peritonitis y lo mismo ocurre con la tensión del pulso. Una cifra de pulsaciones superior a ciento veinte representa un signo de mal pronóstico porque es expresión de una peritonitis generalizada o de un colapso cardio-vascular.

La temperatura.—Es muy frecuente que sea normal en las primeras horas, sobre todo si se toma en la axila; cuando la medición de la temperatura se hace en el recto, casi siempre en las dos terceras partes de los casos y en las primeras horas se encuentran cifras de 37,5 a

38,2. Cuando la peritonitis está en marcha o surgen complicaciones infecciosas (pneumonía, absceso sub-frénico) la temperatura se eleva por encima de los 38 grados, no siendo raro encontrar casos con cifras superiores a los 39 grados. En los enfermos con profundo shock o en los moribundos la temperatura puede ser normal o sub-normal.

Signos auscultatorios.—Con motivo de la segunda guerra mundial los cirujanos anglo-sajones han empleado como medio diagnóstico la auscultación abdominal a fin de conocer por ella la existencia o ausencia de ruidos derivados de la presencia o no del peristaltismo intestinal. Es importante distinguir los ruidos del peristaltismo del ruido de chapoteo que se produce al desplazarse las asas intestinales por la respiración. Los ruidos peristálticos son ruidos de movimiento de líquidos muy típicos, pero para que tengan valor hay que observarlos repetidamente.

Tiene extraordinaria importancia su ausencia para señalar el comienzo de la peritonitis aguda según ROB, y como en la perforación existe siempre en mayor o menor grado un proceso peritoneal en evolución de aquí el que su busca sea de interés. La *auscultación negativa es patognomónica de la peritonitis aguda y su importancia se acrecienta al saber que el silencio en una zona del abdomen es un indicio de la localización inicial del proceso inflamatorio.*

La auscultación no tiene sólo un valor diagnóstico, sino también pronóstico; la reaparición de los ruidos intestinales permite afirmar que la peritonitis ha sido vencida o localizada.

Investigada la presencia de este signo en nuestros enfermos lo hemos encontrado en el 51 por 100 de los casos en los que existía ausencia de ruidos intestinales en el abdomen superior con persistencia de ruidos en abdomen inferior; después de las doce horas hemos encontrado ausencia de ruidos intestinales en el 73 por 100 de los perforados, y en los casos de peritonitis franca generalizada en el 90 por 100 de los casos.

Desaparición de la matidez hepática y presencia de neumoperitoneo.—La desaparición de la matidez hepática es un síntoma conocido desde hace mucho tiempo en la perforación aguda, en la que es considerado como signo patognomónico. Debido a la salida de aire del estómago a la cavidad peritoneal su valor depende de muchas causas: cantidad de aire que ha penetrado en el peritoneo, tamaño del orificio de la perforación, volumen normal o patológico del hígado, tiempo transcurrido desde la perforación. Su existencia para que ofrezca valor debe ser precoz, porque cuando una peritonitis está en marcha las asas ileales meteorizadas desplazan el hígado hacia arriba y afuera dando lugar también a la desaparición de la matidez hepática.

La falta de la matidez hepática debe buscarse entre la línea media y la línea mamilar derecha, con el enfermo en decúbito lateral iz-

quierdo como aconseja THOREK. Nosotros la hemos hallado en el 56 por 100 de los enfermos, cifra mucho más alta que la de BRUNNER y un poco más baja que la de GARCÍA BARÓN.

En estrecha relación con este síntoma y debido a la misma causa, se encuentra el *neumoperitoneo*; su demostración es fácil, basta casi siempre la simple radioscopia con enfermo de pie o sentado durante la exploración; en caso de duda se practicará una radiografía. El aire suele acumularse debajo del diafragma, en uno de los lados o en ambos; cuando la cantidad de aire que sale es grande se puede observar un neumoperitoneo extenso que ocupa todo el abdomen superior de carácter bilateral. En nuestra estadística el neumoperitoneo aparece en el 63 por 100 de los perforados.

Hemograma.—Por dificultades derivadas unas veces de la hora intempestiva, otras del estado psíquico del enfermo que reclama a gritos la intervención y otras por el temor de aumentar la pérdida de tiempo, sólo se ha realizado el hemograma en veinte de los casos de este grupo.

Poco alterado en las primeras horas, se modifica traduciendo por su *leucocitosis, su neutrofilia, su aneosinofilia y su desviación a la izquierda* el establecimiento de la peritonitis y el pronóstico progresivamente agravado a medida que aumentan sus características patológicas. El peor signo pronóstico suele ser la presencia de células regenerativas inmaduras; si se repite la fórmula y el recuento y la perforación continúa abierta o la peritonitis prosigue su marcha ascendente, el número de formas regenerativas aumenta, la aparición de eosinófilos y el aumento de monocitos y linfocitos son indicios de buen pronóstico.

No tiene el hemograma una importancia decisiva en el diagnóstico de la perforación; éste puede ser establecido sin contar con él, a veces hasta puede inducir a error si se le supervalora; en cambio, cuando se le practica de un modo reiterado en el mismo paciente, puede servir para indicar la marcha beneficiosa o desgraciada del proceso o para anunciar el establecimiento de una complicación inflamatoria.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DEL ULCUS PERFORADO.

Hemorragia.—La hemorragia bajo la forma de hematemesis o de melena o de la combinación de ambas puede coincidir, preceder o seguir a la perforación. En nuestra clínica se han observado ejemplos de las tres formas.

Historia clínica.—A. L. S., casado, de treinta y cinco años, albañil, con antecedentes ulcerosos desde hace diez años. Hacía una semana que sufría de intensa gastralgia que lo atormentaba de un modo continuo y que había obligado a la administración de sedantes. Cuatro horas antes de su ingreso tiene una hematemesis pequeña que lo alarma y llama a su médico. Este encuentra una intensa defensa epigástrica y desaparición de la matidez hepática, haciendo el diagnóstico de

perforación; la intensidad del dolor no había aumentado sino más bien disminuido. La radioscopia revela un neumoperitoneo moderado derecho. Intervenido, se encuentra una perforación de bordes callosos situada en la cara anterior del estómago rodeada de adherencias a medio establecer, una de las cuales la cubría en parte. Como el enfermo se encontraba en buen estado general se le practica una resección; tal conducta terapéutica había sido presupuesta por la existencia de la hematemesis y los antecedentes de larga duración. Es dado de alta curado a los diez días.

Historia clínica.—J. F. A., de cuarenta y ocho años, casado, linotipista. Sufre de úlcera gástrica diagnosticada radiológicamente desde más de quince años. Hace unas dos semanas que tiene una acentuación de sus molestias; perforación a las seis de la mañana, ingresa a las dos de la tarde, a las ocho horas de perforarse. Operación sutura simple de la perforación situada en región prepilórica próxima a la curvadura menor. A las 48 horas de la operación vómito hemorrágico abundantísimo seguido de colapso, transfusión de 1.200 c. c. y aspiración del contenido gástrico; el estado general mejora, no existe fiebre, taquicardia de 110, el vientre es depresible. A las 36 horas de operado, de madrugada nueva hematemesis de sangre digerida, parcialmente acompañada de colapso; nueva transfusión de sangre de 1.500 c. c. Se decide reintervenir, se practica gastrectomía parcial tipo Billroth II con gastroenteroanastomosis antecólica. En la pieza extirpada se observa el cierre perfecto de la perforación; en la cara mucosa del estómago hay una gran ulceración de unos cuatro centímetros cuadrados, de bordes indurados, y en cuyo fondo se ve un vaso abierto con un coágulo en su proximidad. En el curso postoperatorio al octavo día se establece un fistula duodenal que se cierra espontáneamente veintidós días después.

Historia clínica.—F. S. P., de cincuenta y dos años, casado, ferroviario. Sufre de molestias gástricas hace veinte años. Perforación hace tres horas, sutura con epiploplastia de una perforación de regular tamaño situada en la cara anterior del bulbo duodenal y de bordes indurados; la sutura es difícil por la falta de elasticidad y fragilidad de los tejidos. A las 32 horas de la intervención hematemesis abundante con colapso; transfusión de 1.500 c. c., reoperación, anestesia etérea, resección tipo Reichel-Polya. El cierre de la perforación era firme. Se descubre otra úlcera localizada en la cara posterior del bulbo, pero en ella no se observa vaso alguno sangrante; neumonía postoperatoria al tercer día; el enfermo fallece el quinto día después de la resección.

Historia clínica.—L. G. G., de veintisiete años, soltero. Tiene molestias digestivas hace meses, que ha menospreciado; hace cinco días, melena no muy cuantiosa; ingresa a las trece horas de la perforación con síntomas de peritonitis confirmados por la laparotomía. Sutura simple de la perforación con epiploplastia, perforación duodenal cercana al borde superior. Curación.

Las historias que anteceden nos ofrecen ejemplos demostrativos de las características y frecuencia de la hemorragia como complicación de la perforación que en nuestra estadística es del 9,6 por 100. Su presencia obliga a la práctica de la resección en lugar de la sutura y en situación mucho más desagradable cuando se tiene que realizar después, pero a pesar de ello el cirujano debe arrostrar todos los peligros cuando se trata de salvar la vida del enfermo gravemente amenazada.

Estenosis pilórica.—Sólo se ha encontrado coincidiendo con la perforación en un solo caso.

Historia clínica.—H. F. D., de treinta y seis años, soltero. Antiguo ulceroso con intenso adelgazamiento y

vómitos frecuentes, que rehusaba ser intervenido y al que sobrevino una perforación. Intervenido a las nueve horas de perforado se halla una perforación en la cara anterior de la región antral y una estenosis del píloro muy acentuada. Se practica una gastroenteroanastomosis retrocólica. El curso postoperatorio fué normal.

Las estenosis no son frecuentes como secuela de la sutura de la perforación, pero a pesar de ello se ha propuesto la práctica sistemática de una anastomosis para prevenirla; nosotros no hemos encontrado nunca esta complicación y creemos que cuando se realiza la sutura de un modo correcto no debe aparecer, por lo tanto estimo superflua tal anastomosis; muy distinto es el caso antes citado en el que la estenosis existía de antemano y en el que el estado del enfermo no justificaba el empleo de la resección.

Perforaciones repetidas.—La reoperación del estómago puede ocurrir en el período postoperatorio inmediato o mucho tiempo después. No se ha encontrado en nuestra estadística ningún ejemplo de la primera, sólo figura uno que en el momento de la intervención presentaba una perforación diminuta en el borde superior del duodeno y una cicatriz antigua de otra perforación localizada a nivel de la región pilórica suturada hacía tres años. Fué tratado por resección.

Absceso subfrénico.—El absceso subfrénico es una complicación frecuente del úlcus perforado; se ha atribuido incluso su producción al empleo de la posición de Fowler que aumenta el espacio suprahepático. Es complicación tardía que aparece casi siempre después de ser dado de alta el enfermo por su accidente perforativo. En nuestra estadística de perforaciones abiertas ulcerosas sólo hay un caso. Se trataba de una perforación por úlcus gástrico antral de bordes callosos que llegó tardíamente al quirófano y en el que existían señales evidentes de peritonitis y en el que la persistencia del estado febril llamó la atención sobre su posible existencia confirmada por el hemograma y la radioscopia; en la intervención se encontró un pequeño absceso situado en el espacio subfrénico izquierdo.

Infección de la herida.—Es relativamente frecuente; aparece en el 17 por 100. Debida a la contaminación del tejido celular subcutáneo por el exudado peritoneal, disminuye si se tiene la precaución de proteger éste mediante la aplicación de campos cogidos directamente al peritoneo, el empleo del aspirador y el empleo tópico de sulfamidas sobre la herida parietal antes de cerrar. La infección de la herida prolonga el tiempo de hospitalización, favorece la dehiscencia de la herida y la producción de hernias postoperatorias.

Dehiscencia de la herida operatoria.—No es común su presentación porque las perforaciones son lesiones agudas que en la mayor parte de los casos no suelen ir acompañadas de estados que favorezcan la dehiscencia. Cuando sucede

aparece en las complicaciones y de ellas principalmente la hemorragia, la infección de la herida, las lesiones respiratorias agudas, la estenosis pilórica anterior a la perforación, los procesos malignos, las enfermedades carenciales y en general todos aquellos estados que prolongan la desnutrición del paciente, favorecen su producción.

Historia clínica.—B. A. M., de sesenta y dos años de edad, sufre de úlcus hace más de treinta años, pero con largos intervalos de tiempo, sin molestias. Presenta intensa desnutrición por circunstancias económicas y edemas carenciales en ambos miembros inferiores. Perforación a las nueve de la mañana, ingreso cinco horas después. Sutura de perforación duodenal en úlcera callosa con epiploplastía. Curso postoperatorio subfebril. El día sexto manifiesta que la noche anterior se le ha manchado el vendaje; al levantar el apósito la herida está ligeramente entreabierta en la parte media, dejando escapar un exudado sanguinolento; la presión alrededor de la herida es dolorosa aunque no mucho más que el resto del abdomen. Hecho el diagnóstico es operado; sutura metálica de la herida en un solo plano, tratamiento antibiótico intenso, transfusión sanguínea; el paciente fallece al tercer día de la dehiscencia, de peritonitis.

La avitaminosis y la hipoproteïnemia que padecía este enfermo fueron seguramente las causas de la dehiscencia.

Fistula duodenal.—Complicación rara, lo es mucho más cuando el tratamiento empleado es la sutura. El único caso que figura entre nuestros operados era un resaca secundario cuya historia ha sido expuesta más arriba al tratar de la hemorragia como complicación. Casi siempre la fistula cura sin necesidad de nueva intervención.

Neumonía y atelectasia postoperatorias.—Hemos tenido tres casos que representan el 5,7 por 100, de los cuales fallece uno. Complicación relativamente frecuente tiene actualmente un pronóstico menos sombrío gracias al empleo de los antibióticos y sulfamidas y al de la aspiración bronquial. No hemos visto ningún caso de embolia pulmonar.

TÉCNICAS OPERATORIAS EMPLEADAS EN LAS PERFORACIONES ULCEROSAS AGUDAS.

En los 52 enfermos de perforación ulcerosa abierta se han realizado 54 intervenciones, de ellas 50 han sido primarias y motivadas por la perforación; las cuatro restantes han sido debidas a complicaciones ocurridas en el período postoperatorio. Hay que tener en cuenta que dos perforados no han sido operados.

Sutura simple con sutura de Lembert	4
Cierre simple con epiploplastía	40
Epiploplastía obturatriz	2
Resecciones gástricas primarias	3
Cierre simple y gastroenteroanastomosis	1
Resecciones secundarias	2
Sutura secundaria de la pared abdominal	1
Drenaje de absceso subfrénico	1

La sutura de Lembert fué empleada exclusivamente en casos muy favorables por haber si-

do laparotomizados muy precozmente, por tratarse de perforaciones muy pequeñas con tejidos flexibles alrededor; en tres de ellos se empleó la sutura en bolsa de tabaco.

El cierre del orificio y su refuerzo con plastia de epiplon o con colgajos de los ligamentos hepatoduodenal y gastrohepático se ha realizado con facilidad en los 40 casos. Hemos procurado que la plastia no esté a tensión y que su unión con la serosa del tubo digestivo sea realizada mediante puntos separados empleando material no reabsorbible.

El cirujano se encuentra a veces con perforaciones de muy difícil sutura en las que los hilos por muy flojamente que se anuden desgarran los tejidos poniendo a prueba la paciencia del operador. Se trata de úlcus antiguos de bordes indurados y llegados tardíamente al quirófano; en esos casos a nosotros nos ha dado magníficos resultados el renunciar a la sutura y limitarnos a realizar el "taponamiento" del orificio mediante un colgajo de epiplon, el que introducimos por el agujero suturando su pedículo a los tejidos periorificiales lo más cerca posible de la perforación; cuando es posible aplicamos encima otro colgajo de epiplon para reforzar el cierre.

Hemos empleado la gastrectomía primaria en tres casos, todos ellos muy precoces; en uno de ellos fué dictada por la coincidencia con una hemorragia y todos con antecedentes claros de padecimiento gastroduodenal. No hay más que un solo caso de gastro-enteroanastomosis, del que ya hemos hablado.

MORTALIDAD DE PERFORADOS ULCEROSOS ABIERTOS.

Fallecidos intervenidos	4	8 %
Fallecidos no intervenidos	2	100 %
Total fallecidos	6	11,5 %

Mortalidad en relación con el tiempo transcurrido.

De 0 a 6 horas	1	1,9 %
De 7 a 12 horas	2	3,8 %
Más de 13 horas	3	5,7 %

Estas cifras muestran de un modo inequívoco que la mortalidad sube a medida que transcurren las horas en relación con el curso de la peritonitis.

Mortalidad operatoria en relación con la técnica empleada.

Sutura simple	2	4,5 % de 44 casos
Epiploplastía (por taponamiento)	0	de 2 "
Resección primaria	0	de 3 "
Sutura y anastomosis	0	de 1 "
Resecciones secundarias	1	50 % de 2 "
Sutura secundaria de la pared	1	100 % de 1 "
Drenaje de absceso subfrénico	0	de 1 "

Comparando la mortalidad de los suturados con la de los resecados primarios parece a simple vista que es muy superior la de los primeros, aunque la realidad es muy diferente, ya que los resecados eran adultos jóvenes con excelente estado general y que habían llegado al quirófano antes de las seis horas; por otra parte, su número es tan escaso que no permite sacar ninguna conclusión.

Lo mismo sucede con la gastroenteroanastomosis: un solo caso no permite extraer conclusiones; se trata de un caso afortunado, como existen siempre en toda estadística.

Causas de muerte.

Peritonitis sola	4
Peritonitis y dehiscencia	1
Hemorragia y neumonía	1

La mortalidad, como es natural, no depende sólo del tiempo transcurrido entre la perforación y la operación, ni de la técnica empleada, sino de otras muchas circunstancias: estado general del enfermo, coexistencia de lesiones circulatorias, respiratorias, renales, anestesia empleada, complicaciones postoperatorias, empleo de antibióticos, etc.

Las causas de fallecimiento señaladas en nuestra estadística son las que con más frecuencia se encuentran en otras estadísticas, salvo la dehiscencia, que es una causa excepcional de muerte.

GRUPO II.—PERFORACIONES DIVERSAS NO ULCEROSAS.

Este grupo comprende tan sólo cuatro casos; su número es despreciable. Si hablamos de él es porque todos ellos ofrecen particularidades de interés clínico que tienen un valor aleccionador.

I. *Perforación gástrica en un carcinoma.*—*Historia clínica.*—A. L. L., sexo femenino, de sesenta y dos años, había sido diagnosticada de cáncer gástrico por otro cirujano y declarado inoperable; desde dos días antes de su ingreso padecía de dolor intensísimo en epigastrio, y unas tres horas antes de ser vista por nosotros presenta vómitos y defensa muscular en todo el abdomen superior. Presenta temperatura de 37,4, pulsaciones 100, dolor localizado y a la presión en todo el abdomen superior, contractura intensa en la misma zona, silencio auscultatorio en abdomen superior, tacto rectal poco doloroso, no existe desaparición de la matidez hepática ni neumoperitoneo. La intervención revela la existencia de un tumor en cara anterior del antro, próximo a la curvatura menor, con metástasis ganglionares en ambas curvaturas; en situación excéntrica respecto al tumor, se ve una pequeñísima perforación, por la que no sale líquido y sobre la que cae la cara inferior del hígado a modo de tapadera, pero sin que existan adherencias entre el estómago y el hígado. Resección subtotal del estómago, masas ganglionares y epiploon. Técnica Reichel-Polya. La enferma sobrevive un año, al cabo del cual fallece de metástasis pulmonar.

II. *Perforación del yeyuno.*—*Historia clínica.*—J. A. J., sexo masculino, de cincuenta y dos años, operado hace dos meses de hernia inguinal derecha estrangulada; dos días antes de su ingreso padece dolor intenso en el ab-

domen superior, acentuado pocas horas antes de verlo con náuseas y pequeñas hematemesis repetidas. Tiene fiebre de 37,8, contractura generalizada a todo el vientre, dolor intenso localizado en los alrededores del ombligo, parálisis intestinal, pulso de 120, shock moderado, leucocitosis elevada, neutrofilia y desviación a la izquierda. Se diagnostica perforación duodenal. Laparotomía media supraumbilical. Estómago, duodeno y vesícula, normales; el estómago está lleno de líquido; debajo del colon transversal el epiploon está enrojecido y arrollado; al levantarlo, se observa el yeyuno rojo, duro, en una extensión de 10 cm.; en su borde libre se ve una zona necrótica, que deja trasudar líquido intestinal por dos perforaciones chiquititas. Resección del yeyuno en una longitud de 15 cm. Anastomosis término-terminal. Curación.

III. *Perforación gástrica por ingestión de ácido.*—*Historia clínica.*—M. T. S., de veintiocho años, mujer, intento de suicidio ocultado (ingestión de "agua fuerte"). Ingresó con el diagnóstico de abdomen agudo. Los síntomas dolorosos son de extraordinaria intensidad, la defensa es total, vientre de madera típico, shock intenso, neumoperitoneo, desaparición de la matidez hepática. Abundante exudado peritoneal al abrir el vientre a nivel de la curvatura mayor, extensa escara de 10 cm. de longitud y de 2 a 4 de ancho, tres perforaciones. Resección gástrica. Muere a las cuarenta y cinco horas de operada, con el cuadro de peritonitis aguda.

IV. *Perforación gástrica por yodo.*—*Historia clínica.*—N. R. C., varón de cincuenta y ocho años, se ignora si es error o intento de suicidio; el enfermo manifestó que había ingerido tintura de yodo para curarse las molestias gástricas que padecía desde hacía unos días. El cuadro es el de un abdomen agudo, defensa total, dolor atroz, shock profundo, las maniobras exploratorias más suaves son rechazadas por el enfermo. Laparotomía exploradora, precedida de transfusión sanguínea de 1.500 c. c. El estómago está totalmente destruido, no queda más que la serosa, es una vejiga verdosa y transparente, perforada en múltiples sitios; el hígado, el epiploon, el colon transversal, la vesícula biliar y el bazo presentan un color verde metálico; en el peritoneo, exudado sanguinolento con irisaciones metálicas. Contrasta con el estado del estómago el estado casi normal del duodeno, como si el píloro hubiera actuado de barrera infranqueable; los vasos coronarios y gastroepiploicos están trombosados. Ante la gravedad de las lesiones de las vísceras perigástricas, se cierra el vientre sin intentar la esofago-yeyunostomía. Fallece a las dos horas de operado.

Pocos comentarios permiten hacer estos casos extraordinarios. La perforación en el cáncer gástrico es rara; en el caso citado se puede afirmar que los síntomas eran más neoplásicos que perforativos, solamente la temperatura, la defensa y la ausencia de ruidos intestinales hicieron sospechar un proceso peritoneal.

El segundo caso parecía una úlcera sangrante que coexistía con una perforación; realmente se trataba o de una necrosis por trombosis arterial o venosa o de la lesión descrita en Alemania en estos últimos años denominada "yeyunitis necrótica" y que se ha atribuido a avitaminosis (el enfermo estaba muy delgado, había perdido seis kilos después de la estrangulación herniaria, pero no ofrecía signos carenciales).

Las perforaciones cáusticas sólo tienen de interés las destrucciones de las paredes gástricas y de las vísceras vecinas y la intensidad brutal de los síntomas.

Comentarios a los datos recogidos por la ex-

ploración.—De todo cuanto se ha expuesto se deduce el hecho casi de conocimiento del vulgo de que las perforaciones gastroduodenales ofrecen un cuadro clínico tan definido, tan característico y de tal intensidad que lo difícil es no hacer el diagnóstico con dos condiciones: *que el enfermo llegue al médico en las primeras horas y que no haya recibido ningún sedante, sobre todo morfina.* Para BRÜTT, en el período inicial el diagnóstico es posible en el 90 por 100 de los casos.

A medida que transcurre el tiempo el diagnóstico es más difícil respecto a la lesión causal, porque se van borrando los síntomas más característicos y son sustituidos por otros. Después de un tiempo variable, casi siempre de doce horas, *el diagnóstico que es fácil de hacer no es el de perforación, sino el de su consecuencia, la peritonitis aguda generalizada,* aunque una exploración minuciosa pueda encontrar el punto de origen de la misma.

La existencia de antecedentes ulcerosos, el dolor inicial espontáneo y su localización, el dolor provocado y su localización, el dolor frénico, la modificación de la respiración abdominal, la existencia de la contractura de defensa, su localización e intensidad, el dolor al tacto rectal, el pulso, la temperatura, el hemograma, aun siendo síntomas valiosos no tienen valor alguno cuando están aislados, sino que su valor está en relación directa con el número de síntomas coincidentes que se recojan en la exploración y sobre todo con la intensidad y localización de los mismos.

Hay tres síntomas a los que concedo el más alto valor: la desaparición de la matidez hepática cuando es precoz, la existencia del neumoperitoneo cuando está comprobado radiológicamente y la ausencia de ruidos peristálticos a la auscultación. El neumoperitoneo, cuando se encuentra, es patognomónico de la existencia de una perforación; la desaparición de los ruidos intestinales es revelador de un proceso inflamatorio agudo peritoneal localizado o generalizado.

RESUMEN.

Trabajo de carácter clínico sobre las perforaciones agudas del estómago, duodeno y yeyuno, en el que se presenta una clasificación de las mismas, se estudia su cuadro clínico, su exploración y las complicaciones postoperatorias de la perforación. Se presenta una estadística personal de 56 casos, la gran mayoría de ellos producida por *ulcus péptico crónico.*

SUMMARY

This is a clinical study on the subject of acute perforations of the stomach, the duodenum and the jejunum. It consists of the following: a classification of such perforations, a study of the clinical picture they produce, their exploration and post-operative complications of perforation. A collection of 56 cases observed personally is presented, the great majority being the result of chronic peptic ulcers.

ZUSAMMENFASSUNG

Vorliegende Arbeit handelt über die klinischen Symptome der akuten Magen und Dünndarmperforationen: Klinisches Bild, mit seiner Untersuchung und postoperativen Komplikationen. Eine eigene Statistik über 56 Fälle, meistens durch chronisches *Ulcus pepticum* hervorgerufen, wird angeliedert.

RÉSUMÉ

Il s'agit d'un travail de caractère clinique au sujet des perforations aiguës de l'estomac, duodène et jejunum, dans lequel on présente une classification de ces perforations; on étudie leur tableau clinique, leur exploration et les complications post-opératoires de la perforation. On présente une statistique personnelle de 56 cas, la plupart produite par *ulcère peptique chronique.*