
GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLÍNICA EXTERNA.

Obstrucción intestinal. Laparotomía practicada dos veces en el mismo individuo.

GL viernes 8 de Junio de 1888 entró al Hospital General del Estado, Trinidad Juárez, de raza indígena, antiguo soldado de la República, entre cincuenta y sesenta años de edad. Se quejaba de que no podía evacuar, y el practicante mayor le prescribió un purgante y fué colocado en el servicio médico del Dr. Bello.

Al día siguiente, este señor supo por el enfermo, que llevaba seis días de no poder defecar, vomitaba, y los vómitos eran excrementicios. El estado general del paciente indicaba una muerte próxima. Consultado el que esto escribe, convinieron en que pasara al servicio quirúrgico.

Examinado se vió que se trataba de un caso gravísimo, la cara crispada, la mirada indiferente, enflaquecimiento extraordinario, la voz apagada, el pulso pequeño y frecuente, enfriamiento general, sobre todo en las extremidades, hipo que de cuando en cuando se presentaba, todo nos revelaba que el colapsus mortal hacía presa del enfermo.

Recogidos los vómitos nos aseguramos todos los presentes de sus caracteres excrementicios. No podía recibir su estómago ni una poca de agua sin vomitarla. Desde luego pasamos á reconocerle el vientre. Cosa notable, éste se encontraba deprimido, no dibujándose en la superficie ninguna asa intestinal y á la simple inspección desde luego vimos que tenía una vieja cicatriz situada á cosa de tres centímetros del borde costal izquierdo, un

poco adelante de la línea axilar, de forma irregular, de ocho centímetros de longitud y dirigida transversalmente. Palpándola se sentía al través de ella una sensación pastosa, percibiéndose los bordes de los músculos del vientre antiguamente divididos; era mate á la percusión, no estaba adolorida. A la palpación, el vientre estaba vacío, como endurecido, no se producía por la presión ningún borborismo, ni dislocación de las asas intestinales. No había prominencia, ni señales de tumor en las fosas ilíacas. El sonido á la percusión casi es mate en toda la extensión del abdomen, exceptuando la región epigástrica, el hipocondrio izquierdo en las que era timpánico y resonante. Se dibujaba por la sonoridad el viscus estomacal, y el diafragma estaba repelido hacia arriba. No tenía dolores provocados por la palpación. Los orificios naturales de las hernias no indicaban nada. El tacto rectal practicado por varios de los presentes no revelaba ninguna causa de obstrucción; el intestino estaba vacío y limpio. El enfermo no tenía supresión de la orina.

Por todos estos datos se sospechaba una obstrucción del jejúneum, colocada en su parte superior y cuya causa fuera la antigua cicatriz de la herida de bayoneta, hecha por un soldado francés en la defensa y triunfo heroico de nuestro ejército el 5 de Mayo de 1862.

Propuse una laparotomía exploradora para confirmar el diagnóstico; idea aceptada por mis compañeros los Sres. Contreras, Bello y Gómez Gil. Como no podíamos operar en el acto por causa de nuestro incompleto paraphernalia, nos dimos cita para las diez de la mañana.

Terminados los preparativos indispensables para una laparatomía y lo necesario para operar sobre los intestinos, provistos de excelente agua pura, de soluciones de bicloruro de mercurio, esponjas, etc., comencé á operar á las diez y media de la mañana, acompañado de los señores arriba nombrados.

El Dr. Bello eterizó al enfermo por medio del éter calentado en aparato *ad hoc*; pero como la anestesia tardaba se le dió un poco de cloroformo, continuando con el éter lo más que fuere posible, en atención á la debilidad del enfermo.

Desinfectado el vientre comencé por una incisión de la línea media, dándole una longitud aproximada de un decímetro, que partía á un centímetro y medio, abajo del ombligo y la seguimos en dirección hacia el pubis. Una vez en el vientre no se presentó el grande epiplón sino en la parte superior de la incisión. Lo llevamos hacia arriba, é introduje mi mano derecha en dirección á la antigua cicatriz del vientre, después de cerciorar-

nos por el aspecto de las asas intestinales que se presentaron de que no había peritonitis ni distensión gaseosa. Me cercioré de que una ó dos asas intestinales adherían á la cicatriz interna, que pasaban al través de los músculos divididos por la antigua herida, que estas asas estaban íntimamente adheridas á la parte más profunda de la cicatriz é impeliendo con los dedos sobre ellas, sentí con la otra mano que eran superficiales y adheridas á la parte profunda de la cicatriz de la piel. Tiré del intestino que se acercaba á la línea media y noté que la adherencia era fuertísima y que la cicatriz se deprimía al estirarlo. Me convencí también al procurar desprender con los dedos el intestino adherente, de que una gran parte de su superficie se confundía con el tejido cicatricial y que tenía éste una gran resistencia. El intestino estaba rodeado de tejido fibroso perfectamente constituido por ser de formación muy antigua. Igualmente y un poco más profundo senti otra porción de otra asa que igualmente resistía á la tracción y que adhería á la cicatriz. Cuidadosamente traté de desprender los órganos adheridos por medio de tracciones disecándolos con los dedos. Prontamente me convencí de que un esfuerzo mayor produciría el desgarramiento de las paredes intestinales, y siendo imposible el usar al interior cualquiera instrumento aunque fuera romo, tanto porque no se veía lo que se haría, porque la incisión apenas permitía la introducción de una sola mano y encontrándome con esta dificultad no tuve indecisión en hacer la siguiente maniobra.

Llevé la mano izquierda al vientre y mi dedo medio empujando los intestinos y la cicatriz hasta hacer predominar ésta á la superficie; entonces dividí transversalmente y en el sentido de la antigua herida la porción cicatrizada de la piel, y cortando poco á poco hasta que calculé por el tacto que llegaba á la superficie y cerca de los intestinos adheridos. Esta incisión tenía seis centímetros. Entonces con una mano en el vientre y otra en la nueva incisión despegué por maniobra digital toda la asa adherida, la que me parecía estarlo extensamente no sólo á la cicatriz, sino una con otra, produciendo una flexión aguda del intestino. Las adherencias eran íntimas y necesité de algún esfuerzo para despegarlas. Llevada hacia fuera la asa vimos que presentaba una superficie sangrante y rugosa que la rodeaba en una extensión de más de seis centímetros. Esta superficie rojiza correspondía á los puntos adheridos. El intestino presentaba las señales de una viva congestión. El jejúneum hacia hernia por la abertura de la antigua herida, la asa se adhería á la cicatriz y una y otra porción de sus lados se habían acercado y fijádose por adherencias. Se trataba de una obstrucción intestinal por flexión aguda y compresión por retracción cicatri-

cial. Después de haber libertado al intestino, mi mano en el vientre sentía todavía una brida que yendo de la cicatriz se dirigía hacia atrás y hacia la izquierda; traté de despegarla y después de alguna manipulación me pareció que había cedido. Toda esta operación dió muy poca sangre. Esponjamos con cuidado el asa sobre la que operamos y las que se presentaron á la vista. Igualmente llevé dos ó tres esponjas empapadas en agua caliente y hervida, á la cavidad, con lo que terminamos el aseo peritoneal. El líquido en que estaban las esponjas estaba ligeramente mercurializado.

Tan sólo Contreras introdujo la mano en el vientre, con el objeto de que ratificase el diagnóstico de la obstrucción.

En seguida el practicante López suturó sucesivamente el peritoneo con cat-gut, los músculos con hilos de plata, las suturas superficiales con seda.

Se aplicó la curación de Lister y sobre ella capas de algodón fenicado sostenido por un vendaje.

Al terminar la operación que fué rápida, cosa de media hora, el pulso estaba menos deprimido, se le aplicó una inyección subcutánea con tintura de almizcle. Se le puso hielo sobre el vientre y tomó trocitos de éste para calmar su sed. Durante las primeras veinticuatro horas que siguieron á la operación, el enfermo dominado por el abatimiento, la apatía é indiferencia á todo lo que le rodeaba, continuó así. La temperatura fué de 35° á $35^{\circ},8$. El pulso á 80° . No vomitó ni evacuó nada, orinó natural, tenía hipo. El vientre se abultó un poco al nivel de la herida infra-umbilical. Se cambió la curación, notándose escurrimiento sero-purulento en el apósito.

La prescripción en este día fué: cucharadas de caldo y agua alcoholizada.

El 11 de Junio, 2^o de la operación, á la hora de la visita, se supo que el paciente había vomitado materias fecaloides y que no había evacuado, que se había levantado á tomar agua á inmediaciones de su cama. La temperatura continuaba á menos de 36° y el pulso pequeño y frecuente. Se hizo la misma prescripción de la víspera y se recomendó mayor vigilancia á los enfermeros.

El día 12 se supo que el paciente había evacuado en mediana cantidad, suelto, y que juntamente había expulsado gases intestinales y no había vomitado. El pulso, menos débil, fué de 80° . La temperatura subió en la tarde á 36° . Se cambió el apósito, siempre antiséptico como se usa de ordinario en el hospital, y se notó el vientre menos abultado al nivel de las heridas.

Durante el miércoles y jueves, 4º y 5º días, tienen lugar varias evacuaciones de aspecto diarreico acompañadas de gases y borborismos. No hay vómito, lengua pastosa, tiene apetito. El vientre se encuentra ligeramente meteorizado, tolera sin dolor la palpación y percusión aun al nivel de las heridas. Pulso 84°. Temperatura vespertina 36°,5. Las heridas están ya en parte cicatrizadas, pero sus bordes tienen un color rojo oscuro y están un poco restiradas; por lo que el día 14 quitó el Dr. Marín las suturas superficiales de las heridas infra-umbilicales y se pusieron vendotes de tela emplástica. En estos dos días, el enfermo ha tomado leche y agua vinosa.

Viernes 15, 6º día. Se nota en su acción, la demacración, el agotamiento y la indiferencia. Pulso 94°. Temperatura, por la mañana 36° y por la tarde 36°,5. Ha evacuado dos veces, no ha vomitado; lengua pastosa y seca. Se quejó de ruidos en el vientre, y dice que ha arrojado gases. A través del apósito y del vendaje del vientre, se nota abultamiento, meteorismo, sonido timpánico por la percusión; la palpación es dolorosa, pero la soporta en todo el vientre.

Día 16. Se refiere que ayer vomitó materias fecaloides y que ha evacuado varias veces. El vientre está menos meteorizado que ayer. Sigue el estado de abatimiento. En los tres días siguientes no hubo vómitos, evacuó bien y alguna vez natural. Se le dió á tomar carne y estuvo menos abatido. La herida infra-umbilical estaba abierta superficialmente y presentaba una supuración de un color rojo oscuro. La otra herida estaba cicatrizada. 20 de Junio. Ha evacuado, también ha tenido vómitos biliosos. Su pulso es pequeño y débil. La temperatura entre 36° y 36°,5. Las extremidades frías, tiene hipo algunas veces. El vientre está meteorizado, sobre todo en las regiones epigástrica é hipogástrica, de manera que parece una alforja, estando menos abultada la región umbilical. Quéjase de dolores espontáneos soportando bien la palpación y percusión. El Dr. Gómez Gil dice que el intestino parece levantar la cicatriz del hipocondrio haciéndose prominente, en esos momentos el paciente experimenta basca. Prescripción: agua de Pullna. Los días 21 y 22 tuvo vómitos fecaloides, el purgante lo vomitó, con lavativa tuvo algunas deposiciones. El pulso pequeño, 80°. Temperatura 36°,3. 23 de Junio. No ha evacuado, continúan los vómitos fecaloides. Hipo. Estado general gravísimo. Temperatura en la noche 35°,7. En la mañana 35°,8. Determiné abrir de nuevo el vientre á las 12 del día.

Asistido por los Dres. J. M. Marín, Angel Contreras, Gómez Gil y

otros que estuvieron presentes, se descubrieron las heridas, la del hipocondrio estaba cicatrizada, la incisión mediana supuraba superficialmente. Hecha la antisepsia preparatoria, reabrí la cavidad, descubrimos la masa intestinal que estaba retraída y vacía, el peritoneo sin lesiones inflamatorias, sólo el gran epiplón estaba hinchado, granuloso. Hechas las mismas maniobras que en la operación anterior, descubrimos mi hermano y yo, que los intestinos estaban de nuevo adheridos, los que desprendí con suma facilidad. Una asa estaba íntimamente adherida muy á la izquierda de la cicatriz y de nuevo sentí la brida, que en la primera operación formaba una cuerda que se dirigía hacia atrás y que probablemente estaba formada por él.

Hicimos lo posible por desprender esta asa por medio de la disección digital, pero haciéndose dificultosa la maniobra reabrimos la cicatriz del hipocondrio y con una mano en la cavidad y los dedos de la otra á través de la abertura, disecamos y desprendimos todo lo que sentimos adherente, hasta poder deslizar los dedos en una extensión regular al rededor del sitio de las adherencias.

El estado del gran epiplón nos inspiraba temores, sin embargo, nos resolvimos á no intervenir, atendiendo á que aun cuando presentaba señales de inflamación, éstas no indicaban el que se extirpara, como alguno aconsejaba.

Las suturas fueron practicadas por mi hermano así como el apósito.

Domingo 24 de Junio de 1888. No ha podido evacuar, ni expulsar gases, ha tenido vómitos fecaloides, pulso pequeño á 76° , temperatura $36^{\circ},5$, en la mañana de hoy $35^{\circ},8$.

Lunes 25. Ha evacuado, no ha vomitado, tiene sed, pulso á 80° , de mediana fuerza; temperatura anoche 36° , hoy en la mañana $35^{\circ},6$. El vientre está hundido, tolera la presión de la mano. Toma leche. En los tres días siguientes no vomitó nada, evacuó con regularidad y tanto el vientre como las heridas están bien. Se le aplican lavativas de caldo peptonizado y continúa á leche. El 1^o de Julio evacuó por primera vez naturalmente; el apetito ha vuelto y el estado general del paciente mejora cada día. Las heridas han supurado un poco superficialmente.

El 12 del mismo mes, se encuentra casi completamente restablecido, come bien, evacua todos los días, el enfermo se pasea en los corredores y comienza á engordar. Pocos días después se le dió su alta.

De cuando en cuando Juárez nos visita con el objeto de recoger una limosna, casi siempre que lo vemos está en completo estado de embriaguez.

Puebla, Junio 15 de 1889.

FRANCISCO MARÍN.