

CLINICA EXTERNA.

Hematemesis post-traumáticas.

He tenido la costumbre, en los trabajos que he presentado a esta Corporación, de procurar que encierren algún fondo de interés general, y me he esforzado en apartarme de la presentación de casos concretos que quizá pudieran implicar el deseo de poner en relieve algún triunfo personal. Siguiendo esa costumbre, voy a referir algunos hechos que pueden ser de gran utilidad a las personas que ejercen cirugía y principalmente las que trabajan en cirugía abdominal. Hace seis años, muy recién llegado al Hospital Juárez, llamó mucho mi atención un enfermo, que herido en la parte inferior de la pared abdominal anterior, presentaba claramente todo el cuadro clínico de una herida penetrante de vientre: estudiado por mí pude formular el diagnóstico de herida de la vejiga, sin poder asegurar si alguna asa de intestino había sido también atacada. La laparotomía me hizo descubrir la herida vesical y dos perforaciones en el intestino; la intervención la había practicado ocho horas después de verificado el traumatismo. Me refirieron que la noche de la laparotomía fué muy agitada para mi operado; al día siguiente encontré falta de reacción febril al mismo tiempo que pulso frecuente y pequeño, esto unido con una facies verdaderamente peritoneal. Todos los recursos aconsejados fueron puestos en práctica para combatir la infección peritoneal; no obstante aquella lucha, el estado del paciente empeoraba, y mi sorpresa fué mayor cuando la enfermera me hizo la indicación de que un sín-

toma grave se había presentado, "los vómitos de sangre." Pude, en efecto, convencerme cuando me mostró lo que el operado había vomitado; la almohada aún tenía huellas de lo acontecido. Lo vomitado se componía de agua, procedente en gran parte de los fragmentos de hielo que ingería el enfermo, y de sangre: sangre que era muy oscura, casi negra. Aquel hecho llamó extraordinariamente mi atención. En realidad no cuadraba una herida situada en la región hipogástrica con dirección indudablemente hacia abajo, y comprobada esta dirección por la herida de la vejiga, con las hematemesis. Aquel enfermo murió, y en el parte de autopsia nada se me decía referente a algún órgano que pudiera darme clara explicación de la sangre por la boca. Quedé, pues, en una duda absoluta. Pasaron aproximadamente dos años de este hecho, cuando una mañana encontré en mi sala a dos enfermos que heridos del vientre se quejaban amargamente; habían entrado la víspera, avanzada ya la tarde: uno con herida en la fosa ilíaca; el otro con herida en la región lumbar. Los dos presentaban hematemesis, y el pésimo estado en que se encontraban me hizo no laparotomizarlos. Ya se adivina que la vida en estos pobres hombres fué extinguiéndose lentamente como generalmente pasa en estas septicemias peritoneales.

Las autopsias de todo me hablaban, menos de una herida de estómago, de esófago, o de cualquier otro órgano que justificara la sangre por la boca. Deben ustedes comprender que con estos datos de anfiteatro nada se podía poner en relieve sobre el particular, y aún llegué a tener una opinión enteramente desfavorable de la manera cómo se practicaban las autopsias en el Hospital.

Pocos meses después volvía sobre mis pasos, y yo mismo borraba esta mala impresión con un ejemplo elocuente que voy a referir a ustedes.

Hace dos años era yo el encargado del servicio de cirugía en la Plaza de Toros del Toreo, cuando un viernes por la mañana se me llamó con toda urgencia para atender a un señor de apellido Bello que acababa de ser herido por un toro, al sacarlo de la jaula especial en que los conducen de la hacienda a la plaza. Al herido lo habían ya acostado en una cama de la enfermería y pude observar que estaba intensamente pálido; en el decúbito dorsal,

y con ligera flexión de los muslos sobre el tronco y de las piernas sobre los muslos. No presentaba un dolor intenso ni mucho menos; y si valorando el dolor, se hubiera clasificado el traumatismo, se hubiera creído en algo insignificante. Al mirar a este pobre hombre impresionaba la forma de su respiración: existía taquipnea, y el tipo respiratorio era costal superior. La taquipnea se veía de cuando en cuando interrumpida por convulsiones del diafragma que se traducían por un hipotenaz y que desesperaba al enfermo. Su palabra se interrumpía por este mismo fenómeno, y lo único que le molestaba más que el ligero dolor, era una sensación que él mismo no podía definir, entre náusea y estado vertiginoso que atribuía a la falta de digestión del alimento que minutos antes del traumatismo había ingerido. Su pulso era pequeño y retardado. La temperatura abajo de la normal. Refería el enfermo haber sido herido en la parte baja del vientre, sin poder precisar la posición que tenía al ser enganchado por el cuerno. La inspección del abdomen demostraba una herida en la pared anterior de la fosa ilíaca izquierda como de 5 centímetros, y a 6 o 7 centímetros encima del pliegue de la ingle. Los labios de esta herida estaban invertidos hacia afuera y hacían ver el tejido celular ligeramente barnizado por la sangre. La inspección también revelaba mucho más arriba, a algunos centímetros abajo del reborde costal una tumefacción, cuyo volumen se modificaba por momentos al entrar el diafragma en contracción. Palpando, se encontraba un aumento en la sensibilidad de todo el lado izquierdo del abdomen. No podía obtenerse de este mismo lado ningún dato por la percusión, debido al dolor que le provocaba aún la percusión suave y superficial. El cuadro clínico que he descrito daba a comprender que se trataba de una herida grave, que debía de haber penetrado a la cavidad abdominal y haber producido la lesión de órganos importantes, por el choque traumático intenso que ya revelaba el herido. Aquella tumefacción que tenía la apariencia de esos hematomas subcutáneos, no se modificaba por la presión, no se percibía crepitación sanguínea, ni el menor escurrimiento de sangre por la herida. Introduje aún mi dedo por la herida, y mi sorpresa fué muy grande al ver que el trayecto estaba libre de coágulos y demasiado largo para alcanzar la tumefacción.

No me cabía la menor duda, era una herida penetrante de vientre, el enfermo estaba en estado de choque, pero había también presunción de que una hemorragia interna se estaba verificando, presunción que llevó mi creencia a la seguridad porque en el espacio de un cuarto de hora que duró mi exploración, el pulso se había acelerado conservando el atributo pequeñez. Eran las once de la mañana y la casualidad hacía que en la clínica quirúrgica de último año de la que soy jefe, íbamos a practicar una laparotomía; no siendo la causa motivada de suma urgencia, me dirigí rápidamente al Hospital y propuse a mi maestro y profesor de la clínica, Dr. Zárraga, transportar a mi enfermo ya preparado y que los alumnos presenciaran la intervención en esta clase de heridas que sólo en un medio especial se pueden observar. A las doce, los estudiantes y nosotros estábamos en la enfermería, y a las doce y treinta, el vientre del herido estaba ya abierto. Se practicó una laparotomía lateral, abriendo mayor brecha hacia arriba, una incisión que costeaba el borde costal y que fué el punto de entrada para hacer la resección de este borde y alcanzar el fin de la herida que el cuerno había producido.

La tumefacción a que me refería hace un momento era el hepíplón herniado. Es decir, que el cuerno había recorrido un espacio bastante largo bajo la piel, desde el lugar en que la perforó hasta el borde costal donde la resistencia osteocartilagínea le hizo perforar la aponeurosis y penetrar a la cavidad. Apenas resecado el epiplón, y entrando a la cavidad, pudimos apreciar la gran cantidad de sangre que el enfermo había perdido. Se procedió con un riguroso método a explorar los órganos, que dado el sitio del traumatismo podían haber sido lastimados; no había pasado mucho tiempo cuando se vió que al desprender un coágulo, abajo de él estaba la fuente de la hemorragia; era un órgano de suma importancia el que la producía, se trataba del bazo: pero no exagero al referir que costaba trabajo el reconocerlo. El traumatismo lo hacía inconocible, estaba toda su extremidad anterior totalmente destruida, y las olas de sangre que se venían anunciaban un fin próximo al operado, si no se tomaba una resolución rápida y eficaz para restañar la sangre. Era una quimera pensar hacer la enucleación del órgano; el tiempo únicamente empleado para disecar el pedículo

hubiera bastado para que aquel hombre quedara exangüe. Lo necesario era taponar el lugar donde la sangre brotaba. Comprimí con toda energía con compresas peritoneales la parte destruida del órgano y haciendo la limpia del peritoneo revisamos el Dr. Zárraga y yo cuidadosamente el estómago, colon transverso, hígado, riñón correspondiente y páncreas, aun entrando por el hiatus de Winslow a explorar la cavidad posterior de los epiplones. Todos los órganos mencionados estaban indemnes, el traumatismo se reducía al bazo; era más que suficiente esta herida para formular un pronóstico gravísimo. La aplicación de un taponamiento a la Mikulics que sustituyó a mis compresas con las que se hacía la hemostasis en aquellos momentos fué más que suficiente, para que la hemorragia no volviera a producirse.

Debo hacer notar que la anestesia fué difícil, pues se tenían esos momentos de suspensión de los movimientos respiratorios que deben ustedes haber visto cuando se toca el diafragma en intervenciones de órganos que con él se relacionan. Desde las primeras gotas de anestésico, el vómito se presentó y lo formaba una gran cantidad de alimento, sin presentar la menor hue-lla de sangre. Este dato deseo se tenga presente y se relacione con lo obtenido por la exploración de la víscera al hacer la laparotomía, en que fué negativa la existencia del más mínimo traumatismo. La noche el operado la pasó relativamente tranquila: el pulso no pasó de 84 y la temperatura de 36-8. La taquipnea se había modificado. Al día siguiente, y ya en la tarde, me dieron aviso que el enfermo había vomitado un líquido negrusco. Me convencí, en efecto, del aspecto del vómito, y tanto más que en mi presencia, y en la noche, pude convencerme que era sangre la expulsada. Aquí es el momento en que ante aquel cuadro clínico quedé perplejo. No vacilaba de las apreciaciones ya establecidas, era consecuente con los datos obtenidos, y la inferencia de ellos sacada, pero me confundía ante la explicación de aquel fenómeno. ¿Cómo podía existir una hematemesis sin herida del estómago, o herida de alguno de los órganos que pudieran explicarla? Y, sin embargo, la hematemesis existía, y también existía en mi mente el convencimiento absoluto de que el estómago no estaba herido. La conversación que tuvimos mi maestro y yo identificó estas apre-

ciaciones. Existe una hematemesis, me decía, se ha presentado después de las 24 horas de este terrible traumatismo, y niego que el estómago esté interesado, serán fenómenos congestivos, será por la perturbación circulatoria que el tapón está produciendo, de explicaciones podremos formar muchas, más o menos plausibles, pero el hecho existe que hay una hematemesis que no se relaciona con herida del estómago, ni con la herida de los órganos explorados. Aquellas hematemesis continuaron por tres días más, no obstante el haber retirado el tapón a la Mikulic; el enfermo sucumbió.

Vinieron los comentarios a posteriori, y en verdad que fueron muy adversos para nosotros; debe comprenderse que se trataba de un torero en que el reportazgo cotidiano hacía tener al tanto a miles de gentes que seguían nuestro proceder. Se afirmaba que una herida del estómago debía haber tenido aquel hombre, y que a nuestra apreciación había quedado oculta. Nosotros estábamos enteramente serenos, la serenidad y confianza que dan el haber procedido siguiendo una técnica rigurosa y metódica. Y sí presumíamos algo más, que debían existir ciertas especies de hematemesis en los traumatismos del abdomen independiente de toda herida estomacal.

Algunos meses después de este acontecimiento tan discutido y comentado, caía en nuestras manos un estudio hecho por un cirujano inglés Moynchan, en que encontrábamos descritas estas hematemesis, tal o como se nos habían presentado, sin discrepar en lo más mínimo. Estas hematemesis no sólo pueden presentarse en traumatismos abdominales, sino que afirman los cirujanos ingleses haberlas visto seguir a operaciones sobre la vejiga, la uretra, consecutivas a algunas craniectomías y a intervenciones en los miembros. Yo mismo recuerdo a un anciano que operé, haciéndole una desarticulación metacarpo-falangiana y que a los tres días de la intervención me comunicó el Sr. Dr. Pérez, que era su médico de cabecera, que una hematemesis se había presentado, y a los dos días de perder el paciente sangre por la boca, sucumbió. Indudablemente hoy me explico que fué del grupo de las hematemesis post-operatorias aquel caso desgraciado. Hay que convenir, sin embargo, que son más frecuentes después de las heridas abdominales, y en esto coinciden mis apreciaciones con las estadísticas inglesas y alema-

nas. Aparecen principalmente las hematemesis en un período de 24 a 48 horas después de la operación; el aspecto de la sangre vomitada implica que ha permanecido un cierto tiempo en contacto con el jugo gástrico, es negra. La cantidad vomitada no es muy abundante, comunmente es de 30 a 60 gramos en cada vómito, pero la característica es que se repite en cortos intervalos. Tiene otro atributo lo vomitado, el ser muy ácido: les quema, como dicen los pacientes, la boca, los labios, la faringe, el esófago; es frecuente ver una mancha roja sobre la barba, la comisura labial, la mejilla, producida por el líquido que ha escurrido y quemado la piel. En el caso del torero Bello, no cesaba este pobre hombre de humedecerse la boca, y no sentía consuelo. Nacido en España, sus recuerdos se avivaron hacia su tierra natal, y en medio de su desesperación ambicionaba estar en Valencia, donde únicamente podría conseguir esos "melones helados," que él decía apagarían el intenso calor que atormentaba su boca.

El estado general de estos enfermos es muy poco halagador; su aspecto indica una depresión profunda. Los atributos que presenta el pulso, la frialdad de su piel, el sudor viscoso que cubre sus extremidades, la temperatura abajo de la normal, indican el camino rápido a la muerte. En algunos casos viene la idea de que aquel organismo está asesinado por una toxina de virulencia sin igual. Las facultades intelectuales están conservadas y aun avivadas en estos enfermos, que desgraciadamente comprenden su fin próximo. Y en esto, señores, todos los casos observados por mí han sido mortales; aún la estadística de Burves da 69 por ciento de mortalidad. Cualquier intervención en el abdomen puede dar lugar a la hematemesis post-operatoria: pero es más frecuente verla aparecer cuando el estómago, el duodeno o las vías biliares son el sitio de padecimientos. La aparición de estas hematemesis puede variar y estar incluida en un período de tiempo que puede formularse entre 48 horas y 10 días. Hay algo que despierta un gran interés, el saber qué causa tienen estos vómitos de sangre. Aquí viene lo difícil. Teorías más o menos llenas de ingenio han surgido en la mente de los observadores, pero todas sujetas a serias observaciones que las destruyen. El número considerable de explicaciones

que se ha querido dar al síntoma, marcan claramente su poco valer.

Primeramente se creyó que la anestesia general pudiera influir en la producción de la sangre, pues los esfuerzos que traen los vómitos que casi siempre la acompañan, no sería remoto determinar la ruptura de algún vaso estomacal y la producción de la sangre. Ha habido quien atribuya la pérdida de sangre a traumatismos del estómago o del duodeno; pueden terminar en una ulceración de donde brotaría la sangre. Otros hablan de la infección; creen que en casos análogos puede revestir un carácter tal que la toxina obró rápidamente produciendo un envenenamiento general, de tal manera intenso, que no hay tiempo para que se manifieste por la localización, como peritonitis o cualquier otra. Mayo Robsen cree que la hematemesis está bajo la dependencia de un reflejo; pero todo esto, señores, son solo pareceres algunos, otros quizá teoría, no nos convencen, no nos aclaran nada sobre el particular, como indudablemente creo que los mismos que las idearon no deben estar convencidos de lo formulado.

Hace un momento indicaba que principalmente en las intervenciones abdominales era donde con más frecuencia se presentaba el síntoma en estudio; natural era procurar relacionar el fenómeno con la anatomía de la región. En los primeros casos que yo observé existía un factor que no había variado, "el traumatismo del epiplón" tanto en las heridas penetrantes de vientre que no fueron operadas, como en la que se operó, el epiplón, había sido herido. Se sabe que es un órgano esencialmente vascular, su circulación es muy rica, tanto la venosa como la arterial. Las heridas, las contusiones, el manejo, poco cuidadoso del órgano, pueden contusionar estos vasos y dar lugar a trombosis, que ascendiendo obliteran las gastro epiploicas o la coronaria estomáquica o cualquier punto del círculo arterial del estómago, dando lugar a que quede anémico todo el espacio que es nutrido por los vasos que del lugar obliterado se desprenden. En estas condiciones la túnica estomacal puede ser atacada por el jugo gástrico y la úlcera producirse. Esta teoría, vuelvo a decir, me sedujo, pero el hecho de que en otra clase de intervenciones la hematemesis se presenta, hace comprender que la explicación no puede generalizarse.

Otro caso aún se me ha presentado últimamente; operando una hernia umbilical no estrangulada en esos momentos, y cuando apenas empezaba a hacer la disección del saco, fuí avisado por la persona que suministraba la anestesia de que la enferma vomitaba un líquido negruzco. En efecto, el líquido era sangre perfectamente digerida. No concibo sino un espacio de tiempo de 7 a 10 minutos cuando más entre mi incisión cutánea y la disección del saco que empezaba; abierto más tarde el saco no había epiplón, y se concibe que nunca podía explicar la teoría de la trombosis y del embolismo, una rapidez tal en la verificación de los acontecimientos.

Termino consignando el hecho, y no me aflijo ya, por la variedad de circunstancias en que lo he observado, a ninguna explicación o teoría. Sí insisto en que estas hematemesis post-operatorias son de un pronóstico muy grave, y que debemos fijarnos en los antecedentes del fenómeno para ver si llega algún día en que el antecedente pueda pasar a ser causa, la que conocida, podrá el cirujano tenerla muy en cuenta para formular una intervención y ayudar al pronóstico de ella, logrando así prever la suerte que podrá tener su operado.

Febrero 28 de 1912.

GABRIEL MALDA.