

Un caso de ruptura intraperitoneal de la vejiga.

Entre las lesiones viscerales de origen traumático, dejando a un lado las que resultan de la acometividad criminal, unas de las más interesantes, por ser de las más frecuentes, son las rupturas de la vejiga.

Ya se sabe que desde los tiempos de Follin se definía con este nombre las soluciones de continuidad del depósito urinario, sin herida de las partes blandas periféricas.

Por lo demás, la lesión de que se trata se encuentra ya descrita en obras que se refieren al siglo XVII; (1) mas es en los últimos tiempos cuando se han podido estudiar más concienzudamente y, sobre todo, cuando, gracias a la iniciativa quirúrgica, se ha modificado radicalmente el pronóstico de estas lesiones que en otras épocas eran fatalmente mortales.

Aparte de las rupturas traumáticas hay otras que justamente se denominan patológicas y que se producen mediante una alteración parcial o total de las paredes vesicales.

Sin embargo, la rareza de semejante accidente, en relación con la frecuencia de las rupturas traumáticas, les da a éstas mayor importancia para su estudio. Mas hay entre las del primer grupo casos de llamar grandemente la atención. Así, que se rompa una vejiga de paredes adelgazadas por una distensión crónica, no aparece extraordinario; tampoco cuando una degeneración neoplásica acaba por abrir el depósito de la orina, etc.; pero resulta a primera vista paradójico que se pueda romper una vejiga de paredes hipertrofiadas, y, no obstante, hay hechos inconcisos. Es que la hipertrofia no está regularmente repartida en toda la extensión del saco vesical; de modo que al contraerse éste, el líquido comprimido encuentra lugares de menor resistencia, donde producirse puede una ruptura. No de otra manera que como se realizan las rupturas uterinas en ciertos partos distócicos.

Pero volviendo a las rupturas traumáticas, de las cuales quiero particularmente ocuparme, con excepción de las desgarraduras producidas por esquivarlas en las fracturas de la pelvis, y que por de contado tanto podrían lesionar una vejiga vacía como distendida, aunque, sin duda, más fácilmente en el último caso; para que la ruptura, el estallamiento de una vejiga se produzca, es condición *sine qua non* que exista cierta repleción del órgano. Mas no precisa, por cierto, que la llenura sea llevada a su máximo; basta que la vejiga contenga la orina de tres o cuatro horas, y aun se citan casos en extremo raros, pero auténticos, en los que, sin alteración orgánica previa, se había roto la vejiga durante una inyección con cantidades de líquido entre 100 y 200 gramos. Un caso de Verneil y nueve de Uhlmann. (2)

Y no se quiera decir que se ha tratado de torpezas de cirujanos, pues a pesar de la delicadeza con que operaba el gran maestro de Necker, Guyon, al prin-

(1) Sepulchretum de Th. Bonnet. (1679).

(2) Uhlmann. Wien. Med. Wochenschrift 1887.

cipiar una talla se vió en manos de este insigne profesor una ruptura vesical con sólo 200 gramos de líquido.

Estas emergencias, por raras que sean, son enormemente sugestivas y se deben tener siempre presentes en la práctica.

Mas en los casos catalogados de ruptura vesical predomina como factor etiológico, no como en los casos de la inyección, una distensión más o menos brusca, sino una compresión del depósito, cuyo llenamiento se ha hecho lenta y naturalmente.

Ahora bien, la compresión brusca de la vejiga se realiza en condiciones muy variadas. Ya se trata de una violencia ejercida directamente sobre la vejiga a través de las paredes del vientre: grupo de los boxeadores, caídas sobre el vientre (grupo de los ebrios), atropellamiento por un vehículo. En esta serie puedo citar un caso acaecido en esta ciudad y en el cual la ruptura fué determinada, al parecer, por la apretura de una compacta muchedumbre, bien que en el concreto es posible que haya intervenido también la contracción muscular de la víctima.

Pero hay también observaciones en las que solamente ha intervenido un esfuerzo exagerado de la musculatura abdominal como causa eficiente de la ruptura de la vejiga: rupturas durante el trabajo del parto y durante la excitación que precede a la narcosis clorofórmica y particularmente etérea.

Quizás también a la brusca contracción de los músculos abdominales es atribuible la llamada ruptura vesical indirecta, es decir, aquella en que no ha habido violencia exterior alguna sobre la región suprapúbica, y eso no obstante, se ha verificado una ruptura de la vejiga: golpes sobre el sacro, (1) sobre los pies, las rodillas, los isquiones.

Por lo demás, es de llamar la atención cómo a pesar de repetidos estudios experimentales en el cadáver, el mecanismo de la ruptura vesical no se haya dilucidado del todo; no tan sólo, sino que los resultados obtenidos en las diferentes pruebas intentadas hayan sido inversos en cierto modo de los casos clínicos.

En efecto, mientras que en clínica predominan las rupturas intraabdominales, en la experimentación resultan más frecuentes las rupturas fuera del peritoneo.

Durante algún tiempo admitióse como muy verosímil el mecanismo de las rupturas, particularmente en las caídas, por el choque del depósito urinario contra el ángulo sacro-vertebral; pero como esta teoría no satisficiese para explicar todos los casos, Stubenrauch, en 1895, a consecuencia de sus trabajos llega a la conclusión de que comprimida violentamente la vejiga, la presión se transmite, según las leyes de la hidrostática, a todas las paredes, cediendo éstas si el aumento de tensión ha sido suficiente en los lugares de menor resistencia, hacia el polo superior y hacia atrás.

Todo lo difícil que es definir el mecanismo de las rupturas vesicales, es, por lo contrario, sencillo describir y clasificar semejantes lesiones. Solamente ha sido discutida la existencia de las rupturas incompletas, las cuales nada más interesarían la mucosa y esto por falta de comprobación cadavérica; mas en la actualidad este género de rupturas ha quedado definitivamente establecido, gracias a la cistoscopia. En todo caso las rupturas parciales son bien raras y

(1) Krüger. Deutsche Med. Wochenschr. 1907.

de ordinario la lesión comprende todo el espesor de la pared vesical, debiendo distinguirse los casos en los que las rupturas son intra, extraperitoneales y cuando son mixtas. Generalmente únicas, las rupturas por excepción pueden ser múltiples; su dirección es generalmente antero-posterior y sus dimensiones de ordinario varían entre uno y cinco centímetros; pero se citan rupturas de 10 y aun de 12 centímetros.

El sitio más frecuente para las intraperitoneales es atrás y arriba; para las extraperitoneales, adelante y sobre los lados.

Tres factores importantísimos presiden a la sintomatología de las rupturas vesicales:

- 1.º La situación de la ruptura en relación con la cavidad peritoneal.
- 2.º La calidad de la orina, pudiendo ser ésta aséptica o séptica.
- 3.º La eventual coexistencia de otras lesiones, como fracturas de la pelvis, etc. Se comprende que de las variadas combinaciones de estos factores dependen la diversidad de tipos clínicos bajo los cuales se presentan las rupturas vesicales.

Mas considerando el conjunto de los síntomas, hay uno que es casi constante, al menos es el más común: el tenesmo vesical continuo, generalmente sin traer orina o cuando más algunas gotas de orina sangrienta, la llamada anuria hemorrágica de los ingleses. Pero hay casos en que los enfermos orinan y veces en que la orina no contiene sangre.

El tipo abdominal es el más frecuente, desde luego que lo son las rupturas intraperitoneales, y como ejemplo voy a describir el siguiente caso que en uno de los últimos meses del año pasado vino a mi observación en el Hospital Juárez, y que, como se verá, pudiera considerarse como clásico.

María Teresa Aguilar, de 33 años, nulípara, de estatura mediana, músculos y panículo adiposo regularmente desarrollados, sana anteriormente y sin antecedentes morbosos de familia, fué atropellada en la Calzada de Guadalupe, la mañana del 17 de agosto del año pasado, por un carro vacío, de dos ruedas, una de las cuales pasó oblicuamente sobre el vientre, del nacimiento del muslo izquierdo al flanco derecho. Esta mujer fué levantada del lugar del accidente, transportada a la Comisaría de Guadalupe y de allí remitida al Hospital Juárez e internada en la sala 11, ocupando la cama número 12. Dicha paciente fué vista por mí el día 18; estaba en decúbito supino, los muslos en semiflexión sobre la pelvis; el izquierdo, en abducción y rotación hacia afuera.

Sensorio despejado, cara pálida de aspecto sufriente, rictus hipocrático activo, lengua seca, voz ronca, en ciertos momentos afónica. La enferma se queja de fuertes dolores en el vientre, que ha tenido desde el momento del accidente, el cual la sorprendió en ayunas, habiendo antes evacuado el recto y sin poder precisar cuántas horas antes había orinado. En la noche anterior a la visita, ya en el hospital, había orinado, cuando menos, dos veces, pero desgraciadamente esa orina nadie la había observado. No había podido pasar gases por el ano, no se habían presentado vómitos, pero sí hipo.

Temp. 38° a las 11 a. m.; pulso a 118, regular, no pequeño ni depresible; respiración disnéica, arrítmica, 30 por minuto.

Excoriaciones sobre la cara anterior del muslo izquierdo, al nivel de su tercio superior; algunas equimosis sobre el hipogastrio y flanco derecho.

Vientre uniformemente distendido, sensible por todas partes, particularmente hacia abajo; contractura muscular generalizada, matitez en los flancos.

Cara interna del muslo izquierdo manchada de sangre.

Orina evacuada con el catéter, turbia, con sedimento de apariencia sanguínea y en cantidad como de cien gramos.

No se encontró fractura de la pelvis.

Diagnóstico: ruptura visceral, probablemente de la vejiga.

Incontinenti fué llevada la paciente a la sala de operaciones.

Narcosis clorofórmica, desinfección de la piel abdominal por el procedimiento de Grossich; laparotomía mediana subumbilical. El vientre se encuentra literalmente lleno de orina y una vez vaciada se descubre cerca del vértice de la vejiga una desgarradura transversal, como de dos centímetros de extensión y de bordes irregulares. Cerca del pliegue vesíco-uterino se halla una superficie contusa como de quince milímetros de longitud. Exceisión de los bordes de la ruptura y de la superficie contundida; sutura de la primera en dos planos, catgut y seda, y de la segunda por una sero-serosa.

El peritoneo está enrojecido, mas no hay depósitos fibrinosos sino cerca de las lesiones vesicales. Abundante lavado con suero; sutura parcial de la pared abdominal; drenaje con tubos y gasa, tanto del fondo de Douglas como de la cercanía de la sutura vesical; sonda permanente.

Marcha post-operatoria sin más incidente que en el 12.º día se empapa inopinadamente el apósito de orina; se establece una fístula que espontáneamente se cierra en unos cuantos días, y la enferma sale del hospital enteramente sana.

Este interesante caso tuvo de particular que no presentó el tenesmo, que es el síntoma más constante en las rupturas vesicales en general; no hubo tampoco la anuria hemorrágica, y, sin embargo, pudo hacerse el diagnóstico de la ruptura vesical por la contractura muscular en las condiciones en que se desarrolló y con gran verosimilitud respecto de la vejiga, por el mecanismo del accidente y por los caracteres de la orina.

Dire de paso que me resolví a sondear a la enferma, porque tenía los elementos y estaba decidido a operarla en seguida: sólo así es permitido recurrir al cateterismo, por temor de infectar una orina primitivamente aséptica.

Por lo demás, en este caso la orina muy probablemente era séptica con anterioridad, a juzgar por los fenómenos de peritonitis que su contacto con el peritoneo provocara.

En efecto, no sucede lo mismo cuando la orina es aséptica, y como una prueba voy a referir un ejemplo que pone de manifiesto cuánta tolerancia tiene el peritoneo para la orina cuando es aséptica.

Quirk refiere (1) que un hombre ebrio recibe un golpe en el vientre que por de pronto le produce un intenso dolor, mas le permite llegar por su pie a casa. Al día siguiente reanuda su trabajo y sigue concurriendo a sus labores durante nueve días más, sólo notando durante este tiempo que su vientre se abulta, alguna molestia y, además, que orina poco. En el 11.º día aumentan los trastornos y se practica una laparotomía, con la que se descubre el vientre lleno de orina. Sutura abdominal y drenaje por la vía natural. Curación.

Mas por aséptica que ser pueda la orina; por tolerante que hacia esta secreción pueda considerarse el peritoneo, llega un momento, como en el caso an-

(1). Quirk. *Annals of Surgery*. 1907.

terior, en que se hace sentir la protesta, probablemente porque al fin y al cabo la orina llega a infectarse quizás a través de las paredes intestinales.

Mas antes que eso suceda suele presentarse otra grave contingencia: el envenenamiento urémico, que es lo que dominar puede el cuadro clínico en ciertos casos de ruptura.

El Dr. F. Oehlecker, del Hospital General en Hamburg-Eppendorf, da la interesante relación siguiente: (1)

G. K., robusto obrero, 39 años, después de algunas libaciones de cerveza y gustaciones de té, al regresar por la noche a casa, las manos en las bolsas del abrigo, a causa del frío, resbala sobre el cemento de la calle por haber pisado una cáscara de plátano, y sin tener tiempo de meter las manos, cae pesadamente sobre el vientre, experimentando luego un fuerte dolor; sigue camino de casa, y desde al llegar allí guarda la cama. En los días siguientes pretende haber orinado; el estado general se agrava, sobreviene estupor y después coma. Ocho días después del accidente entra el enfermo al hospital, casi moribundo. Temp. 35.5; lengua y labios resecos, sudor frío, pulso apenas perceptible, de cuando en cuando vómitos verdosos, hipo. El vientre está enormemente abultado, el diafragma empujado hacia arriba; matitez en las partes declives. El catéter extrae siete litros de orina sanguinolenta, no mal oliente. El examen crioscópico de la sangre dió como punto de congelación 0.63.

Abierto el vientre no se encontró huella de peritomistis; por lo que después del vaciado de la orina, sutura de la ruptura, etc., se cerró, lográndose salvar al paciente.

Lo que todavía no se logra averiguar es por qué unas veces los fenómenos urémicos son precoces, al grado de que se ha llegado a admitir que el coma urémico continúa al coma alcohólico en ciertos casos de rupturas vesicales en los ebrios, mientras que otras veces es más o menos tardío.

De todos modos, por la sepsis o por la uremia o por ambas cosas a la vez, es muy grave el pronóstico de las rupturas de la vejiga abandonadas a sí mismas; las intraperitoneales serían fatalmente mortales y en las extraserosas la curación sería excepcional.

Por esto se impone un diagnóstico oportuno y una terapéutica correcta; así se ha logrado obtener ya un buen número de curaciones.

Desde que Walter de Pittsburg (2) obtuvo el primer éxito en la ruptura intraperitoneal de la vejiga, recurriendo a la cirugía, de cuando en cuando se han publicado casos semejantes que harán ahora en su conjunto unos sesenta, y es indudable que este número aumentará a medida que el diagnóstico se haga más precozmente.

¿Hasta cuánto tiempo después del accidente hay probabilidades de salvar a los enfermos en los casos de rupturas intraperitoneales?

Alguien ha considerado como límite el cuarto día; pero se concibe cuán arbitrario es tal plazo y ya se ha visto por algunos casos citados, que se han podido salvar pacientes hasta en el 11.º día; mas por de contado que el pronóstico es tanto más benigno cuanto más precozmente se recurre a la operación.

En cuanto a la técnica que haya de seguirse, depende de los caracteres clí-

(1) Oehlecker. Deutsche Med. Wochenschrift 1912.

(2) Walter. Philadelphia Med. and Surgery. 1862.

nicos de los casos. Si hay motivo suficiente para admitir la ruptura intraperitoneal, no hay que decir que habrá de recurrirse luego a la laparotomía; mas si hubiere alguna duda respecto de la penetración de la orina al saco peritoneal, prudente será la conducta de limitarse a la práctica de la talla suprapúbica y por esta vía explorar para abrir en seguida la serosa, si necesario fuere; pero en todo caso las rupturas de la vejiga requieren siempre una operación de urgencia.

México, febrero 12 de 1913.

Dr. Manuel Godoy Alvarez.

Nota acerca de una nueva operación del pterigión.

La operación del pterigión, una de las más fáciles en apariencia y que con más frecuencia se practica entre nosotros, constituye, sin embargo, uno de los escollos más grandes en la práctica diaria, pues la reincidencia tan frecuente de la enfermedad ocasiona molestias y nuevos sufrimientos al enfermo y perjudica la reputación del operador.

La frecuencia con que se presenta el pterigión entre nosotros y el fracaso de todas las operaciones puestas en práctica hasta el día, desde el punto de vista de los resultados definitivos, me obligaron a estudiar con cuidado este punto y a tratar de mejorar el método operatorio hasta conseguir el resultado ideal; es decir, la curación perfecta del pterigión sin grandes dificultades operatorias y, sobre todo, sin temor a reincidencias futuras.

No conocemos todavía nada acerca de la verdadera causa de padecimiento tan extendido. Para algunos autores el pterigión constituye una esclerosis de los elementos conjuntivos y de las fibras elásticas subconjuntivales que aumentan de número y de volumen, estando el epitelio relativamente intacto. Para otros se trata de una degeneración hialina del tejido fibroso con proliferación del tejido elástico y desarrollo de vasos.

La causa del avance paulatino pero incesante, de la neoformación sobre la córnea es desconocida también. La opinión de que se trata de una ulceración de la córnea de marcha progresiva, que arrastra tras de sí un pliegue de la conjuntiva no es sostenible, porque la córnea no se tiñe con la fluorescina y cuando se examina un corte de la cabeza del pterigión al microscopio, se observa que se trata de una degeneración particular de las fibras corneanas. Para Fuchs y otros autores, la causa estriba en el desarrollo exagerado de la degeneración conjuntival, conocida con el nombre de pinguécula.

Los primeros operadores (Arlt) se limitaban a desprender completamente la cabeza del pterigión del tejido corneano subyacente, a hacer una escisión romboidal del cuerpo y a suturar las heridas conjuntivales resultantes. Instruidos por los fracasos repetidos en lo que toca a la reincidencia, los operadores modernos