

Sesión del día 4 de noviembre de 1931.

Ruptura Traumática Intraperitoneal de la Vejiga. Colitis y Pericolitis Aguda.

Comunicaciones del doctor Julián Villarreal.

Hace unos días se me presentó un señor que hace cuatro años traté en el hospital de la Cruz Roja de una lesión mortal: ruptura traumática intraperitoneal de la vejiga; lleno de vida y salud, aprovechó el estar de paso en la ciudad para manifestarme que aún vivía y que no olvidaba las atenciones que se le habían dispensado, cuando los azares de la vida lo habían llevado al establecimiento de caridad mencionado. La historia del caso es interesante y con su narración voy a distraer la atención de ustedes.

Un día del mes de abril de 1927, a las diez de la mañana, al pasar por la sala de curaciones del Hospital de la Cruz Roja, ví que era sondeado por el médico de guardia, doctor A. Díaz Infante, un individuo pálido, con señales de sufrimiento en el semblante, encogido, en posición supina, con las manos sobre el vientre y que la sonda había retirado unas cuantas gotas de orina sanguinolenta. Con voz apagada y entrecortada, refirió el paciente, ser agente de las comisiones de seguridad, que la víspera, en la primera parte de la noche, por alguna falta que había cometido, el jefe lo había mandado encerrar en la galera de los presos, no obstante la súplica de que se le encerrara en otra parte, porque allí había presos que él había aprehendido y que, al reconocerlo, le podrían golpear y aún matar; no se hizo caso de sus advertencias y temores, y no bien hubo entrado a la galera que lo cogieron a golpes derribándolo, dándole puntapiés hasta que perdió el conocimiento y lo dejaron creyéndolo muerto; fué recogido en la mañana siguiente y llevado al hospital. La defensa de la pared del vientre, el dolor abdominal, las gotas de sangre recogidas por la sonda, la falta de orina y lo que refería el enfermo como causa de su padecimiento, comprobado por las contusiones múltiples que tenía en el cuerpo y una equimosis en la región sub-umbilical, no dejaban duda de que se trataba de una rotura de la vejiga e inmediatamente procedí, con anestesia local por infiltración con solución de novocaína al 1%, a practicar la laparotomía suprapúbica. Al abrir el peritoneo, saltó con presión un chorro de líquido sanguinolento, de olor urinoso; las asas intestinales y el epiplón estaban bañadas y flotaban en la orina derramada en la cavidad abdominal. Con gasas sequé el líquido y luego reconocí la vé-

jiga que presentaba una desgarradura transversal en la porción peritoneal, cerca del fondo de Douglass, desgarradura donde cabían los cuatro dedos de la mano. Suturé la vejiga con hilo grueso, haciendo un surjete temporalmente perdido, comprendiendo la serosa y la muscular, dejando libre la mucosa y colocando dos tubos de hule largos y de un centímetro de diámetro, entre dos asas del surjete. Otro surjete, también temporalmente perdido e igualmente sero-muscular, reforzó el primero y los cabos de ambos surjetes los pasé por la pared del vientre, de uno y otro lado, para fijar la vejiga al peritoneo parietal, como a la tercera parte de la incisión abdominal. Sequé el peritoneo con gasas simples estériles, coloqué dos tubos de canalización y tiras de gasa en el fondo pélvico y cerré la pared del vientre, en los dos tercios superiores, con un surjete temporalmente perdido de hilo grueso y doble para el plano músculo aponeurótico, de hilo sencillo para la piel y tejido celular y un punto de hilo grueso, doble, para la pared abdominal debajo de los tubos de canalización. Apósito de gasa yodoformada y algodón, vendaje abdominal compresivo.

La secuela post-operatoria, fué completamente feliz, como si se hubiera hecho una cistotomía suprapúbica en una persona sana. Solo a los 14 días que terminó de retirarse el segundo tubo de canalización abdominal, hubo una elevación de temperatura que desapareció al colocarse un tubo más delgado. Los tubos de canalización de la vejiga se retiraron alternativamente, el primero a los 18 días, teniendo cuidado de apretar los surjetes que cerraban la vejiga; siete días después se retiraron éstos y los de la pared abdominal y, después de colocar una sonda vesical permanente por la uretra, se retiró el último tubo de la vejiga, dándose al enfermo de alta por curación a los cuarenta días de su ingreso al hospital.

En esta vez, como en muchas otras, después de la era antiséptica, ha por fortuna, fallado el aforismo hipocrático «Cui persecta vesica letali».

* * *

En cambio voy a dar a conocer un hecho en que no hubo intervención operatoria y que el enfermo se curó sin ella, como ya he referido en otras ocasiones, tratándose de enfermos en que se ha diagnosticado apendicitis, y que pone de manifiesto lo difícil del diagnóstico y lo circunspecto que se tiene que ser para tomar una decisión operatoria. Al principiar la semana pasada, un joven médico, instruído y competente, me habló a las cuatro de la tarde, por teléfono, angustiado: su hermano, de 19 años, acusaba, desde las 9 de la mañana un dolor insufrible en el vientre, en la parte alta en el hipocondrio derecho y defensa de la pared abdominal. Venía sufriendo desde hacía dos días de fiebre y perturbaciones gastro-intestinales y hacía un año el enfermo había tenido una fiebre tifoidea. Había consultado, hacía una hora, con un reputado profesor de la Facultad y le había recomen-

dado una intervención operatoria inmediata, pues temía fuera una perforación intestinal, tal vez el duodeno y el joven doctor deseaba que yo operara a su hermano, que desde que padeció la fiebre tifoidea había quedado delicado y enfermizo. Le dije que llevaran desde luego al enfermo a mi Sanatorio y veinte minutos después veía al sujeto de esta relación, que tenía la cara anhelante, la respiración entrecortada, la nariz afilada, pálido, las piernas encogidas, el tronco doblado, el sufrimiento atroz que lo dominaba, no obstante una inyección de sedol, no le permitía proferir palabra, sosteniéndose con la mano el hipocondrio y flanco derechos; la pared abdominal estaba dura, como madera y le ofendía el menor contacto. Tenía la lengua húmeda, saburral, el aliento de mal olor, el tinte de las escleróticas subictérico, la orina rojiza; desde hacía dos días no había evacuado ni emitido gases desde la mañana en que le comenzó el dolor. La temperatura de 40°5', el pulso frecuente de 130 con tensión. El enfermo decía haber tomado alimentos indigestos tres días antes de haber empezado a estar enfermo.

El sitio en que le empezó el dolor, debajo de las costillas y hacia afuera del borde externo del recto anterior del vientre; la temperatura alta y sostenida y la tensión del pulso me hicieron sospechar que, no obstante lo agudo del dolor, la rigidez y la defensa de la pared abdominal y la dificultad de la respiración, podía explicarse el síndrome abdominal agudo por otro proceso que el de perforación intestinal y era el de colitis y peri-colitis aguda del ángulo derecho del colon con extensión al hígado, al diafragma y, por continuidad de tejido, aún a la pleura y al pulmón, como ya varias veces lo he visto en mi práctica y que, por no extenderme mucho, en otra vez expondré con radiografías en apoyo de esta tesis. Así, teniendo todo preparado para una intervención operatoria inmediata, dije a mi joven colega que esperaríamos dos horas para ver la marcha que siguiera el padecimiento. Entre tanto, se aplicó hielo en el vientre, dieta hídrica, 25 centigramos de aspirina y reposo. A las siete de la tarde la temperatura había bajado un grado, el dolor era un poco menos intenso, verdad que se le había aplicado una inyección de sedol, la defensa de la pared abdominal no era tan grande, al nivel de la fosa iliaca izquierda se podía hacer cierta presión sin provocar dolor. El pulso había bajado a 124 y tenía una poca más de tensión. La dispnea continuaba, la respiración era superficial de 40 por minuto, menos fatigosa. Aconsejé esperar, a la media noche el cuadro había cambiado poco, pero hacía la mejoría, el pulso era menos tenso, se le había aplicado una inyección de 500 centímetros cúbicos de suero fisiológico, la temperatura era de 40°. Se le ministraron 50 centigramos de aspirina y se pusieron inyecciones de un centímetro cúbico de aceite alcanforado al 10%, cada dos horas. A las seis de la mañana, después de un sudor profuso, la temperatura bajó a 39°; el dolor en el hipocondrio era menos intenso así

como la dispnea; el enfermo dijo sentirse mejor. La defensa abdominal era menos marcada, el pulso conservó su tensión y su frecuencia de 120. En la tarde vuelve a haber elevación de temperatura a 40°5', el dolor y la dispnea aumentaron, pero el pulso conservó su tensión y la dureza y defensa de la pared abdominal fueron menos acentuadas. Se le pone otra inyección de suero y se le dan otros 50 centigramos de aspirina, lo que hizo que bajara la temperatura a 38°5', después de un sudor copioso, el enfermo pasó la madrugada mejorado, empezó a toser y espectorar sangre; el esputo era sanguinolento y había estertores en la base del pulmón derecho. Se aplicó una sonda rectal para facilitar la expulsión de los gases, seis horas después, una lavativa purgante que provoca una evacuación abundante y fétida; empieza la mejoría y se aleja completamente la idea de la intervención, no obstante que la temperatura sigue en 38°5' y 39°5'. Se empieza a alimentar al enfermo, habiéndosele hecho tomar antes un purgante de aceite de ricino. El esputo sanguinolento desaparece, así como la tos y la defensa abdominal; se abaten la temperatura y el pulso y el paciente abandona el Sanatorio a los seis días de su ingreso, en plena convalecencia, sin haber tenido intervención operatoria. Este es, lo repito, uno de tantos casos que frecuentemente se presentan y que manifiestan las dificultades del diagnóstico y el esfuerzo que debemos desplegar para hacerlo en lo posible correcto y en beneficio de los pacientes y de la ciencia misma.