

Dr. Nario — Felicita al Dr. Grille. — Hace notar que el tratamiento debe ser considerado con criterio individual sin avanzar premisas que pueden ser salvadas por los hechos.

Hace notar la diferencia entre un megasigmoide volvulado y un asa sigmoide en estado de volvulación. En el primer caso, la vitalidad de la pared intestinal es grande y acepta soluciones escalonadas o paliativas. En el segundo, es precaria y una vez que se establecen dudas sobre la vitalidad de la misma, lo mejor es adoptar una conducta radical.

Presentado en la Sesión del 12 de Noviembre de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

Ruptura del intestino en saco hermario

Por el Dr. VAZQUEZ

En los boletines y memorias de la Société National de Chirurgie correspondiente al mes de julio próximo pasado hay un Rapport de M. Chabrut concerniente a dos observaciones de contusión herniana con estallido del intestino. El hecho de tener yo una observación análoga me ha incitado a presentarla a esta Sociedad por si algo de interesante pudiera tener y por si de los comentarios que ella llegare a suscitar pudiera yo recoger consejos y enseñanzas útiles.

Observación. — M. P. de R., 48 años. Ingresa al hospital Maciel a las 22 horas del día 11 de mayo del corriente año por una contusión de vientre. En efecto, a las 14 horas de ese mismo día, a las 2 horas de haber almorzado, recibió un fuerte puntapié en la parte interna de su región inguinal casi sobre el pubis derecho. Inmediatamente al traumatismo experimentó un fuerte dolor difuso en el bajo vientre que bizu pronto se acompañó de vómitos que fueron primero alimenticios, luego biliosos. Estos vómitos continuaron hasta la hora 17 y 30, hora en la cual cesaron. Al mismo tiempo acuso tenesmo vesical y rectal, teniendo una deposición normal de pequeña cantidad. Tenía además una incontinencia relativa de orina, puesta de manifiesto por pérdidas espontáneas bajo el esfuerzo del vómito. Si deseaba orinar no podía hacerlo a pesar de los esfuerzos que hacía y a pesar de tener orina en su vejiga como lo demuestra el hecho de perder orina con los esfuerzos del vómito. Cesado el estado de náuseas y vómitos, la enferma siguió con sus dolores difusos en el bajo vientre que fueron aumentando paulatinamente de intensidad, al mismo tiempo que aumentaba su malestar general y que el vientre se le endurecía. En vista de

que su malestar aumenta ingresa al hospital a las 22 horas, es decir, 8 horas después del traumatismo.

Examen. — A su ingreso se constata. Enferma agitada y ansiosa tendiendo a adoptar la posición en gatillo acostada sobre el flanco izquierdo. Pulso 84 bien golpeado T axilar 36 3,5, facies de sufrimiento, mucosas bien coloreadas y lengua seca.

Inspección. — En la región traumatizada se nota una infiltración de los tegumentos que comprende el 1/3 interno de la arcada crural, extendiéndose hasta todo el gran labio derecho, infiltración blanda, endematosa y sin determinar cambio de coloración de los tegumentos.

Palpación. — Contractura violenta y generalizada de la pared abdominal. Vientre de madera. Intenso dolor a la presión y a la decompresión en todo el vientre con máximum de intensidad en la región suprapúbica. Dolor no muy intenso en la zona del traumatismo.

Percusión. — Hipersonoridad de todo el vientre. No hay sonoridad prehepática ni macidez declive. **Tacto vaginal.** Utero chico en retroversoflexión. F.S.A. doloroso. F.S.P. doloroso y tombante dando la sensación de estar ocupados. F.S.L. dolorosos. T. Rectal nada anormal a no ser una contractura espasmódica del esfínter anal. Sondaje vesical da salida a unos 150 gr. de orina clara y límpida. Examinando nuevamente la región inguinal se constata la existencia de un orificio inguinal externo grande que da paso francamente al dedo índice y es doloroso. Al preguntarle si ha notado tumoración herniaria nos dice que en ciertas ocasiones y con los esfuerzos solía sentir una ligera molestia en su región inguinal derecha, diciéndonos además que recuerda que en cierta oportunidad le parece haber notado en su región inguinal derecha una pequeña tumoración que desapareció espontáneamente.

Nos hallamos, pues, frente a un cuadro de peritonitis generalizada consecutiva a un traumatismo de vientre y pensamos dada la región atacada en una ruptura intraperitoneal de la vejiga o en una ruptura de intestino, admitiendo la posibilidad de que se trate de un intestino herniario aunque no asegurándolo dado que los conmemorativos de la enferma no nos permiten asegurar la existencia de una hernia.

La ruptura de la vejiga es descartada a pesar de la existencia de algunas perturbaciones vesicales, por el hecho de que el sondaje solo dió orina clara y porque repetido el sondaje a los 5 minutos no volvió a dar orina como sucede en las rupturas intraperitoneales de la vejiga. *Intervenimos entonces con diagnóstico de ruptura de intestino.* Intervención Vázquez. Pte. Chifflet. Anestesia general al éter. Laparo-

tomía media infraumbilical. En la abertura del peritoneo sale líquido turbio y contenido intestinal. Se ven algunos grumos de materia intestinal libres en el peritoneo. Se encuentra un ansa delgada abierta, abertura situada sobre la última asa ileal a unos 60 centímetros del ciego. Es una verdadera sección lineal del intestino, sección longitudinal y situada en el borde libre intestinal, sección recta con ligera eversión de la mucosa y sin contusiones ni equimosis de la vecindad, de una longitud aproximada de unos 2 centímetros escasos. El calibre del intestino a este nivel es bastante ancho por lo cual se hace una sutura longitudinal y surgen sero seroso de recubrimiento. Se verifica el calibre después de la sutura y se ve que el dedo pasa fácilmente.

Exploración del resto del intestino que aparece congestionado y recubierto en ciertos lugares de falsas membranas. En la exploración sale del vientre abundante cantidad de líquido turbio. Vejiga sana. Ciego sano. Constatamos la existencia de un orificio inguinal interno, del lado derecho, permeable, por el cual introduzco fácilmente el dedo índice, llegando hasta el orificio inguinal externo que se halla en pleno centro de la región traumatizada. Cierre de la pared en 3 planos. Drenaje del Douglas. La enferma pasa al servicio de Cirujía del Doctor Lamas donde sigo el post operatorio. Este fué excelente. Dreno durante 3 días, serosidad turbia. Al quinto día se retira el tubo. Alta curada a los 15 días.

Comentarios

1.º Las observaciones sobre ruptura del intestino por contusión herniaria son poco frecuentes como lo prueba el hecho de que Chabrut en su artículo de julio último no ha podido reunir más que doce observaciones, concernientes todas a hernias inguinales solamente y con lesiones en el intestino delgado.

Entre nosotros sólo conozco un caso perteneciente al Doctor Prat.

2.º ¿Cómo se rompe el intestino dentro del saco herniario? El mecanismo, aceptado por la mayoría de los autores es el del aplastamiento del ansa herniada, bajo el agente traumático contra la rama horizontal del pubis.

Verneuil admitía que en las contusiones ligeras se producía un estallido del ansa herniada, pero que en los grandes traumatismos, el mecanismo era distinto. El intestino, decía él, se rompe al ser presionado por el agente traumático, sobre la arista cortante de la cresta pectínea.