

EL SUERO BICARBONATADO EN LA OCLUSION INTESTINAL

Dr. Enzo Mourigán

(Asistente de la Clínica Quirúrgica del Prof. Eduardo Blanco Acevedo
— Médico Interno del Hospital Pasteur)

Desde hace más de 12 años usamos el suero bicarbonatado intravenoso en los trastornos agudos del tránsito intestinal.

Cuando no hay un obstáculo mecánico completo el resultado es extraordinario. Uso este adjetivo porque en 25 años de guardias en los hospitales no he visto nada comparable.

A veces el suero bicarbonatado todo lo resuelve y otras veces es una ayuda a la sonda o a la cirugía o a las dos cosas.

Equivocados o no, suponíamos que los gases que distienden, acodan e isqueman el intestino eran en un por ciento, ácidos de fermentación y concebimos la idea de neutralizarlos por vía sanguínea con el suero bicarbonatado.

Las dos primeras observaciones del mes de mayo de 1939 fueron publicadas en "Anales del Ateneo de Clínica Quirúrgica" (año V, setiembre 1939 - N^o 9).

Desde esa fecha hasta aquí lo hemos usado en gran número de casos. Por la brevedad del tiempo de que disponemos sólo presentaremos 5 casos más.

El suero bicarbonatado que usamos en el Hospital Pasteur es isotónico, al 13.20 por mil.

Un litro por vía venosa o esternal (intra-ósea) sin gotero. Usamos también el suero bicarbonatado hipertónico al 3 % — $\frac{1}{2}$ litro — pero, sólo por vía venosa (no se debe hacer intra-óseo).

No hemos tenido ninguna muerte. El "chucho" es habitual (si es poco intenso no suspendemos la inyección).

Una sola vez tuvimos un "chucho" grave que obligó a suspender el suero; pero el enfermo ya había tenido deposiciones muy abundantes.

Las observaciones que elegí son las siguientes:

O. F. Libreta Clínica 13135. Hospital Pasteur. Sala 16. Febrero 21-1940.
Opera Dr. Enzo Mourigan.



FIG. 1. — Hugo D.



FIG. 2. Hugo D.

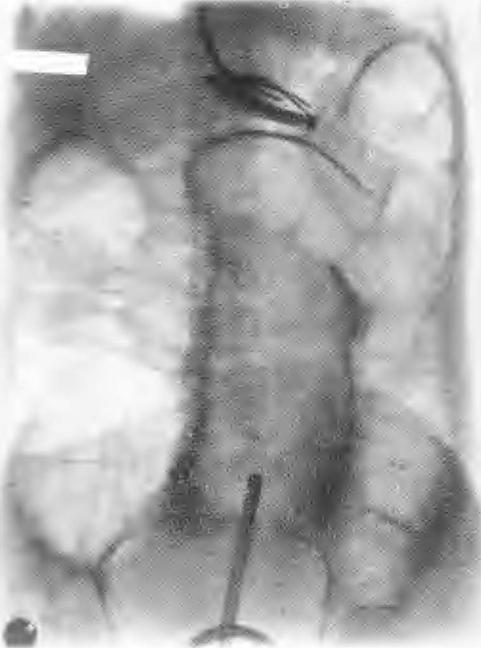


FIG. 3. — Rosa M.



FIG. 4. — Rosa M.



FIG. 5. Rosa M.



FIG. 6. Rosa M.



FIG. 7. Rosa M



FIG. 8. (Parado)
Marcelino G.



FIG. 9. (Acostado)
Marcelino G.



FIG. 10. — Felisa



FIG. 11. Felisa P.



FIG. 12. Felisa P.

Ayudante Pte. Torrado.

Anestesia éter: Ombredanne.

Mac Burney, pus, apéndice esfacelado y perforado. Drenaje, local y del Douglas.

Evoluciona bien. Al 6º día dolores periumbilicales, distensión y vómitos que aparecen después de un lavaje intestinal. Fiebre: 38º axilar.

El 7º día la enferma está grave. Facies peritoneal. Temperatura: 38 8/10 rectal. Pulso 100, vómitos, hipo, angustia, dolores intensos, respiración superficial.

La radiografía (de pie) de abdomen muestra numerosos niveles líquidos de asas delgadas y gruesas. (Las placas fueron inutilizadas por tener más de 10 años).

Se hacen 100 c.c. de suero bicarbonatado v.v. y la enferma se alivia y se duerme (hora 9).

A las 16 horas, otra vez dolores y malestar, no ha evacuado gases; otros 100 c.c., alivio casi instantáneo.

Hora 23. La enferma está bien, vientre plano, habiendo evacuado muy pocos gases.

Evolución ulterior: bien. Hago notar que el vientre se aplasta, habiendo evacuado pocos gases, como si hubiera una neutralización química intraintestinal. En la radiografía de control se veía la desaparición de gases del delgado y el aumento en el colon.

2ª OBSERVACION: H. D., 27 años. Historia Clínica 24751. Sala 27. Junio de 1945.

Diagnóstico: Cáncer de colon derecho. Informe del Dr. García Capurro: "Lesión estenosante intrínseca que corresponde a la tumoración palpable". Radiografía N° 2.

En julio 2 de 1945: Laparotomía exploradora muestra una lesión dura que infiltra el colon ascendente y lo convierte en un tubo rígido y fijo a la pared abdominal posterior.

Siembra peritoneal. Se hace ileotransversostomía.

Julio 27. Flemón de pared.

Agosto 3. Fístula estercoral.

Setiembre 4. Síndrome de íleo datando de 4 días. Placas N° 34807: niveles líquidos de delgado y del colon. Radiografía N° 1.

Setiembre 5. La sonda gástrica da líquido porráceo, el íleo no cede con la medicación habitual.

Se hace 1 litro de suero bicarbonatado al 13.20 por mil, intraóseo. A las 4 horas líquido claro por la sonda gástrica y a las 9 horas un pequeño enema restablece el tránsito intestinal.

R. M., 50 años. Historia Clínica 33516. Sala 16. Hospital Pasteur. 28 de setiembre de 1949. Radios 3, 4, 5 y 6. La sonda no pasa.

Cuadro agudo de abdomen con las características clínicas de una oclusión baja, de colon.

Placa 50934. Abdomen: las radiografías simples parecen corresponder a un vólvulo de sigmoide; se pasa sonda de Cantor que no progresa y que la radiografía la muestra arrollada y aplastada por la distensión; se extraen 200 c.c. de líquido fecaloideo, se hace 1 litro de suero bicarbonatado intravenoso y a las 2 horas ha cedido el íleo, sin que la sonda haya pasado y sin dar líquido.

Radio 7. "El estudio de rayos con enema baritado muestra ahora un megadolicosigmoide sin obstáculo mecánico. 30 noviembre de 1949. Doctor Manuel Arias".

M. G. Sala 27. Hospital Pasteur, año 1951. Enfermo del Dr. R. Saccone. Síndrome grave de íleo en un cierre de ano contranatura.

4º día de operado. Retención completa de materias y gases. Ver placas.

La sonda no pasa ni da líquido. Radio 8 (parado); Radio 9 (acostado).

Suero bicarbonatado 1 litro 200 grs. Intravenoso. Tuvo "chuchos". Después gases y materias líquidas, 9 deposiciones en 12 horas.

F. P., Sala 13 de Medicina y 23 del Profesor Dr. J. C. DEL Campo.

Oclusión cerrada de colon. Placas: N° 10 (acostado); N° 11 (parado).

Cáncer de sigmoide (ver placa N° 12).

Enorme distensión. Se hace 1 litro de suero bicarbonatado y tiene unas 10 deposiciones y a las 12 horas el enfermo está tranquilo, durmiendo y el vientre aplastado.

Si se hubiera hecho el ano con el intestino distendido la operación hubiera sido grave.

La sonda no puede solucionar una oclusión cerrada de colon.

Resumen: El autor presenta 5 observaciones más de íleo, resueltas con el suero bicarbonatado-isotónico. Aconseja 1 litro al 13.20 por mil o $\frac{1}{2}$ litro al 30 por mil.

El "chucho" es común.

Mortalidad: 0.

Es más fácil de aplicar que la sonda. Se puede hacer en cualquier ambiente.

No se opone a los otros procedimientos.

Lo ha usado en más de 80 casos en doce años de cirugía de urgencia.

La contraindicación absoluta es la oclusión pilórica con alcalosis.