

INTUBACION INTESTINAL PREVENTIVA Y TERAPEUTICA

150 OBSERVACIONES

Dr. E. Barthe

La intubación intestinal es un método clínico que desde 1949 pertenece a la rutina diaria en la clínica quirúrgica del Prof. Larghero Ibarz.

Hemos tomado al azar 150 observaciones de intubación en distintos estados patológicos que son los que presentamos a consideración.

La primera observación efectuada por personal de la clínica corresponde al Prof. Larghero en 1941 en enferma portadora de un ileus biliar.

16/XI/41. — Oclusión intestinal. Operación: incisión de Jalaguier. Enterostomía. Extirpación de cálculo. Cierre.

Postoperatorio: persiste distensión, no controlada con sonda gástrica. Se pasa sonda de Miller-Abbott que desciende a delgado. Drenajes profusos por la sonda. Hidratación. La sonda resuelve el problema abdominal. La enferma fallece posteriormente el 1 XII/41 por síndrome bronconcumónico.

Las primeras observaciones en la Clínica se efectuaron con sonda de Miller-Abbott. Posteriormente aparece la sonda de Cantor que utiliza las propiedades físicas del mercurio (peso, fluidez, cohesión) para lograr su avance en el intestino ocluido.

La facilidad de manejo de esta sonda, unido a su efectividad y facilidad de construcción hizo que la adoptáramos y así en 1949, el Dr. Cardeza presentaba ya la documentación radiológica de intubaciones hechas con sonda tipo Cantor.

Las 150 observaciones que presentan muestran que la intubación se ha hecho siempre con una finalidad, **desgravitar un intestino distendido o prevenir dicha distensión**. De ello dos consecuencias: 1) la indicación de intubación no es sólo para la oclusión intestinal sino para distintos estados patológicos de intestino; 2) la sonda puede y debe tener una indicación profiláctica. En el cuadro I, se observa que 95 observaciones (63 %) corresponden a

oclusiones intestinales y 55 (36 %) se refieren a distintos estados en que la sonda previene la distensión intestinal. Entre estas últimas la mayoría de las observaciones son sobre cirugía de colon y cura de eventraciones.

Cuadro 1

OCLUSION MECANICA	58 Casos
Hernia estrangulada	8 "
Eventración estrangulada	8 "
Bridas	7 "
Adherencias post-operatorias	11 "
inmediata	2 "
Vólvulos	3 "
Neoplasma	5 "
Invaginación	1 "
Ileus biliar	4 "
Cuerpo extraño	1 "
Peritonitis tuberculosa	1 "
No especificadas	7 "
OCLUSION DINAMICA	37 Casos
Peritonitis apendicular	21 "
no especificadas	3 "
tífica	1 "
localizada	2 "
Ileos regionales	3 "
post trauma	2 "
post operatorios	5 "
SONDA PROFILACTICA: 55 Casos	
Neoplasma de colon	19 casos
Cierre de colostomía	5 "
Colitis ulcerosa	4 "
Fistula de delgado	3 "
Fistula de colon	1 "
Pólipo de colon	1 "
Diverticulitis de colon	1 "
Eventraciones:	
de mediana infraumbilical	4 casos
supraumbilical	1 "
Mac Burney	7 "
transversa de hip. d.	2 "
paramediana	2 "
umbilical	1 "
de herniotomia	1 "
varias	2 "

El cuadro 2 muestra la indicación profiláctica o de tratamiento de la intubación en el pre y postoperatorio.

Cuadro 2. — MOMENTO Y FINALIDAD DE LA INTUBACION

INTUBACION PRE-OPERATORIA

a) de tratamiento	31 casos
b) profiláctica	72

INTUBACION POST-OPERATORIA

a) de tratamiento	42 casos
b) profiláctica	8

El descenso de la sonda ha sido controlado clínica y radiográficamente en 113 observaciones (75,3 %). Sólo en 37 observaciones (24,7 %) no hay datos precisos. En gran porcentaje de casos se ha demostrado que la sonda llegó a delgado.

Es a destacar que sobre 28 sondas arrolladas en estómago, retirando la misma y vaciando estómago se consiguieron bajar a intestino 8 de las mismas, no existiendo constancia de que en las 20 observaciones restantes se haya probado efectuar un nuevo descenso.

Antes de retirar una sonda se inyecta por la misma una pequeña cantidad de bario. Se controla radiográficamente en ese momento y horas después. Si el bario ha progresado, índice de motilidad intestinal, y las condiciones generales lo indican, se procede a retirar la sonda.

ALTURA ALCANZADA POR LA SONDA Y CONTROL RADIOGRAFICO DURANTE SU USO Y ANTES DE SU RETIRO

Sonda en estómago	24 casos	Control radiol. en todos los casos
Sonda en duodeno	14	Control radiol. en todos los casos Sondas arrolladas 4 casos Control de bario antes de la extracción, 2 casos.
Sonda en Ang. D. yeyunal	2	Control radiol. en todos los casos
Sonda en yeyuno	23	Control radiológico en 18 casos Control de bario antes de la extracción, 4 casos

Sonda en íleon 48

Control radiológico en 45 casos
Control de bario antes de la ex-
tracción, 26 casos

Sonda en colon 2

Control radiológico en 2 casos

Sin datos precisos 37

El tiempo de intubación mínimo fué de 1 día y el máximo de 21 días. El promedio de intubación fué de 5 días.

El drenaje de los líquidos digestivos fué positivo en el 57,3 % de los casos.

Drenaje positivo 36 casos

Mínimo 50 cc. en 24 horas

Máximo 5 litros en 24 horas

Drenaje negativo 64 casos

No se obtuvo drenaje en 14 casos

No hay constancia segura en 50

Efectividad de la sonda. — El criterio para juzgarla se basó en la verificación de tres hechos: a) descenso de la sonda y su control radiológico;

b) drenaje positivo;

c) evolución clínica.

Sonda efectiva: 118 casos

Sonda no efectiva: 32 casos

No efectiva propiamente dicha en 13 casos.

Faltan datos en 19 casos.

RESULTADOS OBTENIDOS EN EL TRATAMIENTO DE 95 CASOS DE OCLUSIÓN INTESTINAL CON INTUBACIÓN POR Sonda DE CANTOR SOLA O ASOCIADA A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

De las 95 observaciones, 58 (61 %) corresponden a oclusiones mecánicas y 37 (39 %) a oclusiones dinámicas.

Oclusiones mecánicas. Curación 56 obs. (96,43 %)

Muerte 2 (3,57 %)

Sonda efectiva en 49 obs.

Sonda no efectiva en 9 obs.

Oclusiones mecánicas. Tratamiento.

Terapéutica única, SONDA DE CANTOR:

14 obs. (24 %)

Adherencias post-operatorias inmediatas

2 "

tardías

5

Vólvulo	1	Obs.
Peritonitis tuberculosa	1	"
No especificadas	5	"
Terapéutica mixta: sonda de Cantor y trat. quirúrgico	35	" (60 %)
Terapéutica quirúrgica. Sonda no efectiva	7	" (12 %)
Terapéutica única. Sonda de Cantor inefectiva	1	" (muerte)
Terapéutica mixta: Sonda Cantor y trat. quir. inefectivo	1	" (muerte)

La terapéutica utilizada en las 58 observaciones muestra que en 14 oportunidades (24 %) la sonda de Cantor **SOLA** resolvió el problema oclusivo. La sonda asociada a tratamiento quirúrgico fué efectiva en 35 obs. (60 %). La sonda no fué efectiva y sólo el tratamiento quirúrgico resolvió el problema en 7 obs. (12 %). En los dos casos fatales la sonda fué inefectiva, sola o asociada al procedimiento quirúrgico.

Oclusiones dinámicas 37 obs. Curación 34 obs. (91.9 %).
Muerte 3 (8,1 %).

Oclusiones dinámicas. Tratamiento.

Terapéutica única: SONDA DE CANTOR	9	obs. (24.3 %)
Ileos post-operatorios	5	"
Traumatismos de columna	1	"
Absceso del Douglas	1	"
Ileos regionales	2	"
Terapéutica mixta. Sonda de Cantor y trat. quirúrgico	23	" (62.1 %)
Terapéutica quirúrgica. Sonda no efectiva	2	"
Terapéutica única. Sonda de Cantor inefectiva	2	" (muerte)
Terapéutica mixta: sonda de Cantor y trat. quir. inef.	1	" (muerte)

El cuadro anterior muestra que en 9 observaciones (24.3 %) la sonda de Cantor **SOLA** resolvió el problema oclusivo y se discrimina allí el tipo de afección causal. La intubación coadyuvando al tratamiento quirúrgico fué efectiva en 23 obs. (62.1 %). No fué efectiva en 5 obs., sola o asociada al tratamiento quirúrgico. Tres de ellos fatales.

Resumiendo, en 95 casos de oclusión intestinal se obtuvo la curación en 90 obs. (94,7 %); hubieron 5 muertes (5,3 %).

En el tratamiento realizado, la terapéutica decompresiva **SOLA** resolvió el problema en 23 obs. (24,20 %); asociada al tratamiento quirúrgico en 58 obs. (61,1 %). Fué inefectiva resolviéndose el problema por procedimientos quirúrgicos en 9 obs. (9,47 %). Fué inefectiva además en las 5 muertes señaladas. En total fué

inefectiva en 14 obs. (14,7 %). Las causas de muerte se exponen en el cuadro adjunto.

OCCLUSION INTESTINAL Curación 90 observ.

Muerte 5

Tratamiento realizado

Terapéutica decompresiva únicamente	23 obs.(24,2 %)
Terapéutica mixta. Sonda de Cantor y tratamiento quir.	58 " (61,1 %)
Terapéutica quirúrgica. Sonda inefectiva	9 " (9,47%)

Causas de muerte

Peritonitis postoperatoria no controlada por la sonda	2 observ.
Traumatismo de hígado. Trat. quirúrgico y sonda inefectivos	
Hepatonefritis postoperatoria. Trat. quirúrg. y sonda inefectivos	1
Oclusión mecánica no controlada por sonda	1

EN SUMA: la sonda de Cantor mostró ser ampliamente efectiva en el tratamiento de la oclusión intestinal, resolviendo sola el problema (íleos dinámicos), o en asociación con el tratamiento quirúrgico (íleos mecánicos), debiendo destacarse las observaciones en que resolvió SOLA oclusiones de tipo mecánico en sus primeras etapas. Demostró ser inefectiva en el tratamiento de las oclusiones de colon.

SONDA DE CANTOR. — ACCIDENTES

No son infrecuentes los accidentes producidos por la intubación intestinal. Berger y Achs describen así una peritonitis por perforación de intestino delgado producida con sonda de Miller Abbott que consideran es la primera observación de este tipo que ha sido publicada. Chaffee así como Harris y Gordon analizan las complicaciones en general. Uriburu clasifica los accidentes por intubación en tres grupos: en relación con la introducción, el funcionamiento y la extracción de la sonda.

En 150 observaciones de intubación hemos observado 8 accidentes (5,33 %). Ninguno de ellos tuvo consecuencias fatales.

Siguiendo a Uriburu comprobamos que de nuestras 8 observ., 5 de las mismas corresponden a accidentes durante el funcionamiento de la sonda y las 3 restantes (2 de ellas graves) están en relación con la extracción de la sonda.

Los accidentes observados son:

Rotura del saco de la sonda	obs.
Separación del saco del resto de la sonda y expulsión sin accidentes	2 "
Descenso exagerado de la sonda	1 "
Escape de la sonda y expulsión por el ano	1 "
Rotura de la sonda	1 "
Oclusión por resto de sonda	1 "
Escape de sonda. Perforación. Peritonitis. Expulsión de la sonda por el ano	1 "

Se expone a continuación un resumen de las 8 observaciones.

1ª Obs. — B. L. de U. Sexo femenino. ROTURA DEL SACO DE LA SONDA. Oclusión por cuerpo extraño. Sonda preoperatoria de tratamiento, complementada con tratamiento quirúrgico. En postoperatorio, rotura del saco de la sonda y expulsión posterior del mercurio de la bolsa por el ano. Evolución buena.

2ª Obs. — F. C. Sexo masculino. Obs. Nº 557. SEPARACION DEL SACO DEL RESTO DE LA SONDA Y EXPULSION DE ESTE SIN ACCIDENTE. Neo recto sigmoideo. Sonda profiláctica preoperatoria. Operación 8/VI/51. Resección intestinal y descenso intraesfinteriano del colon. 10/VI/51. Se retira la sonda. Se ha desprendido la bolsa que se expulsa espontáneamente el 13/VI/51.

3ª Obs. — M. L. M. D. Sexo masculino. Obs. Nº 1920. SEPARACION DEL SACO DEL RESTO DE LA SONDA Y EXPULSION DE ESTE SIN ACCIDENTES Peritonitis de origen apendicular. Sonda postoperatoria de tratamiento. 48 horas después se retira la sonda que viene sin la bolsa. 24 horas después expulsión espontánea de la bolsa. Evolución buena.

4ª Obs. — I. D. F. Sexo masculino. Obs. Nº 1797. DESCENSO EXAGERADO DE LA SONDA. ÍLEO POR ENCIMA. Neoplasma de sigmoide. Sonda profiláctica preoperatoria. 30/VII/52. Resección de intestino y anastomosis término terminal. Distensión clínica en el postoperatorio. El 31/VII/52 la placa muestra un descenso exagerado de la sonda, que mente la sonda y mejora, desapareciendo la distensión. 3 días después, se retira la sonda. Evolución buena.

5ª Obs. — A. R. Sexo masculino. Obs. Nº 1650. ESCAPE DE LA SONDA Y EXPULSION POR EL ANO. Hernia inguino escrotal izq. Sonda profiláctica preoperatoria. Operación: cura de la hernia. Al otro día de operado se comprueba que la sonda se ha escapado y ha pasado en su totalidad al tubo digestivo. 48 horas después es expulsada espontáneamente por el ano. Evolución buena.

6ª Obs. — J. P. V. Sexo masculino. Obs. Nº 9966. ROTURA DE LA SONDA. Neoplasma de colon ascendente. Sonda preoperatoria profiláctica. 31/VII/52. Hemicolectomía derecha con íleotransversostomía. Postoperatorio bueno. 3/VIII/52. Se retira la sonda, que se rompe a nivel

de una zona soldada. 5 VIII/52. Expulsión espontánea del resto de sonda por el ano. Evolución buena.

7ª Obs. — L. C. Sexo femenino. Obs. Nº 7240. ESCAPE DE LA SONDA. PERITONITIS. PERFORACION INTESTINAL. EXPULSION DE LA SONDA POR EL ANO. 29/I/53. Operación: colecistectomía (vesícula fresa) y sección de bridas y adherencias de colon ascendente y transverso. Sonda preoperatoria profiláctica. 31/I/53. Se intenta retirar la sonda, cosa que no se consigue. Se decide ya que se trata de una sonda Cantor fina, de niño, dejarla pasar totalmente, esperando su expulsión por el ano. 1/II/53. La radiografía de abdomen muestra que la sonda está en el íleon. 3/II/53. Distensión abdominal. Vómitos. 6 II/53. Expulsión espontánea de la sonda por el ano. 10/II/53. Persiste la distensión abdominal. Mal estado general. Vómitos fecaloideos. Operación: 3 perforaciones en íleon con placas de esfacelo. Cierre de las mismas. Drenaje del Douglas. 15/II/53. Pequeña fistula de delgado que cierra espontáneamente. Evolución posterior buena.

8ª Obs. — A. L. Sexo masculino. Obs. Nº 4432. OCLUSION POR RESTO DE SONDA. Neoplasma de sigmoide. Sonda profiláctica preoperatoria. 31/VII/54. Operación: resección y anastomosis terminoterminal. 4 VIII/54. Evolución buena. No se consigue extraer totalmente la sonda, por lo que ésta se corta y se abandona un trozo para ser expulsado por el ano. 11/VIII/54. La radiografía de abdomen muestra gases en colon. Sonda en íleon, no arrollada. 18/VIII/54. Síndrome oclusivo típico. La radiografía muestra la sonda arrollada. Operación: a 1.50 metros del ángulo ileocecal, obstrucción por sonda arrollada. Enterotomía. Extracción de la sonda. Evolución posterior buena.

De lo anteriormente enunciado surge que si bien los beneficios que se obtienen con el método de la intubación son reales y brillantes, es un método que no está exento de riesgos graves, por lo que se considera que la sonda debe ser colocada, vigilada y extraída por personal entrenado en su manejo, a pesar de lo cual es posible ver complicaciones serias.

SUMARIO

Se consideran 150 observaciones de intubación intestinal con sonda tipo Cantor. Se analizan las distintas afecciones en que fué usada con carácter profiláctico o de tratamiento.

El criterio de efectividad de la sonda se juzga en relación a su descenso en el intestino (control radiológico), la positividad del drenaje y la evolución clínica del cuadro. Se cita el criterio utilizado en la clínica para juzgar cuando puede ser retirada la intubación.

Se analizan 95 observaciones de oclusión intestinal tratadas

con sonda tipo Cantor sola o asociada al tratamiento quirúrgico y de los buenos resultados obtenidos con el uso de la misma.

Se consideran los accidentes habidos en relación con la intubación intestinal.

BIBLIOGRAFIA

- Berger, L. and Achs, S.** — Perforation of the small intestine by the Miller Abbott tube. — *Surgery*, 22: 648-656; 1947.
- Cantor, O. M.** — El ligamento de Treitz como barrera para la intubación intestinal. — *Surgery* 26: 673-681; 1949.
- Chaffee, J. S.** — Complicaciones del sondaje gastrointestinal. *Anales de Cirugía*. 8: 1131-1141; 1949.
- Harris, F. and Gordon, M.** — Intestinal Intubation in Small Bowel Distention and Obstruction. — *Surg. Gynec. and Obst.* 86: 647-658; 1948.
- Otero, J. P.** — Fundamentos anatómicos del pasaje transpilórico de la sonda de Cantor en la oclusión intestinal. — *Arch. U. de Med., Cirug. y Esp.* XXXVII: 335-338; 1950.
- Uriburu, J. V.** — Oclusión intestinal. — *El Atenco*, Buenos Aires, 1945.
- Wangenstein, O. H.** — Intestinal Obstruction. — Ch. Thomas, Springfield, 1945.

—....—

DISCUSION

Sr. PRESIDENTE. — Habiéndose concluido con la lectura de las contribuciones vamos a pasar a la discusión.

Tiene la palabra el Dr. Walterkirchen.

Dr. WALTERKIRCHEN.—Ante todo tengo que pedir excusas por no hablar bien castellano, pero quiero traer un pequeño aporte a esta discusión de la oclusión intestinal, de parte del Servicio del Profesor Kirschner.

Se trata de este aspirador, que todavía no ví usar en Montevideo ni en Buenos Aires, pero todos los que lo han usado una vez en oclusiones intestinales, no han podido prescindir luego de él. Este aspirador lo llevó el profesor de Francia a Viena, y ahora es usado en todos los servicios de Viena por su suma utilidad y en Viena lo llaman Aspirador de Kirschner, aunque este nombre no es correcto.

Son dos tubos de diferentes tamaños; por una punta se une al tubo de goma, de la bomba; por la otra punta aspira. El tubo mayor tiene dos puntas de un lado, y del otro lado, por donde aspira, tiene muchos agujeros: cuando se tapa ese lado, por el extremo abierto, aspira el aire

y nunca puede aspirar la mucosa cuando se trabaja en abdomen y tampoco puede entorpecerse la aspiración.

El tubo tiene una ligera curvatura y se puede aspirar todo el intestino delgado lleno de líquido, evacuándolo. Así el cirujano se evita muchas preocupaciones, preoperatorias y operatorias. Se toma una parte del intestino, se vacía con la mano, se hace una doble sutura de petaca.

Se entra por esta sutura con el aspirador, se cierra la sutura y puede vaciarse todo el intestino delgado.

Pero no solamente se puede usar en el intestino delgado; también en el abdomen libre, por laparotomía subumbilical para vaciar un líquido del Douglas sin preocupaciones de lastimar nada.

Sr. PRESIDENTE.—Tiene la palabra el Dr. Preve Pastori.

Dr. PREVE PASTORI.—Yo me voy a permitir felicitar al Dr. Mernies por su brillante trabajo, pero como es muy poco el tiempo disponible para hacer un comentario, le voy a decir que realmente me ha llamado un poquito la atención la poca importancia que el Dr. Mernies le ha dado a la administración del potasio en los ocluidos.

Nosotros gracias a la colaboración que nos ha prestado el profesor Chifflet, le hemos perdido prácticamente el miedo al potasio. Acabo de sentir hace un rato al Dr. Magri hablar sobre el balance electrolítico y decir que casi es imprescindible el uso del potasio en todo ocluido.

Nosotros lo usamos casi prácticamente en todo ocluido, no sólo en el ocluido propiamente dicho sino que hasta en el distendido damos potasio por boca y con ello en muchas oportunidades hemos conseguido que la distensión abdominal mejore rápidamente.

Es solo este comentario que quería hacer sobre el trabajo del Dr. Mernies, que ha dejado un poco de lado la dosificación de potasio, potasemia, que nosotros hacemos prácticamente en todo ocluido.

Sr. PRESIDENTE.—Tiene la palabra el Dr. Cendan Alfonzo.

Dr. CENDAN ALFONZO.—Ante todo quiero felicitar al Dr. Mernies porque nos ha presentado un relato completo sobre un tema que es de una dificultad extraordinaria para ser resumido y para poder decir en un tiempo relativamente breve, prácticamente todo lo que se puede decir.

En segundo lugar lo felicito porque su relato ha demostrado experiencia en el tema. Valoró exactamente los trastornos humorales y la importancia de su tratamiento: habló de la importancia del estudio radiológico y habló fundamentalmente de la importancia de la intubación, que son los elementos que más hay que hacer notar, ya que el tratamiento quirúrgico de las oclusiones es bien conocido desde hace tiempo.

Quiero insistir sobre algunos de los puntos que el Dr. Mernies trató y respecto de los cuales tendríamos algunas pequeñas discrepancias. Uno

es el que se refiere a la intubación. El dice que no usa el tubo de Focher. Nosotros creemos que la intubación es un método que ofrece dificultades a veces extraordinarias, y esas dificultades son tanto más grandes cuanto mayor es el componente adinámico de la oclusión y cuanto más alta es la oclusión. Es decir cuando participa el duodeno y el estómago.

En esos casos se pueden presentar varias situaciones. Una, como la que decía el Dr. Mernies, en la cual el estómago paralizado y prácticamente volvulado, dividido en dos cavidades, es muy difícil de evacuar. El otro es cuando existe un espasmo pilórico, un pilórico cerrado dando una oclusión cerrada como decimos nosotros, con su mayor extensión en el ayuno pero acompañado de dilatación aguda de estómago por espasmo del píloro.

En esos casos, el uso del tubo de Faucher es fundamental. Una sonda corriente en general no consigue evacuar el contenido del estómago. En cambio el tubo de Faucher permite dos cosas: primero, evacuar rápidamente; segundo, practicar lavados repetidos con suero fisiológico, que además de barrer con todo un contenido sucio que puede taponar la sonda, sirve, a nuestro criterio, de tónico de la pared gástrica, al punto de que uno ve recuperar las contracciones y una sonda que no se pudo hacer pasar al principio pasa después con relativa facilidad.

En cuanto a la intubación, yo quería recordar una cosa que nosotros realizamos y que nos parece muy importante. Después que nosotros hemos tenido el enfermo intubado durante un tiempo y hemos conseguido que el intestino recobre su funcionalidad, que desaparezcan prácticamente los factores de retensión y de obstrucción —no me refiero a la causa de la obstrucción, que si es mecánica persiste—, cuando el intestino ha recobrado parcialmente su peristaltismo, nosotros aprovechamos la sonda para la aspiración discontinua y utilizando la vía intestinal para la hidratación.

Nosotros usamos el suero con excelente resultado en estos casos. Además, cuando hemos conseguido eso, si se trata de una oclusión baja, utilizamos la vía digestiva, es decir, damos a tomar al enfermo intubado el suero.

Usamos también la sonda para el tratamiento con antibióticos. Creo que el Dr. Mernies tiene mucha razón en decir que la infección es un factor que interviene poderosamente en la evolución de ciertas oclusiones intestinales.

Y usamos también la novocaína, porque creemos que en el despertar de ciertas atonías intestinales, sobre todo post operatorias, los factores espasmódicos contribuyen a mantener un estado de dis sinergia motora del intestino que se corrige muy bien con el uso de la novocaína por vía de la sonda.

En cuanto a otro punto que tocó el Dr. Mernies, es el del tratamiento quirúrgico, pero yo creo que hay que hacer notar que en el momento actual el tratamiento quirúrgico de una oclusión por brida, adherencia, etc., tiene que ser forzosamente complementado por la opera-

ción de Noble, para evitar que nuevas adherencias repitan el cuadro de oclusión.

En cuanto a la anestesia, el Dr. Mernies se ha declarado contrario a la raquianestesia si no le entendí mal. Yo creo que la raquianestesia es una excelente anestesia, y casi me atrevería a decir que es la anestesia de elección. Nosotros no la usamos cuando nos vemos obligados por razones de orden general o de otra clase, pero en general si podemos elegir una anestesia, elegimos la raqui porque la consideramos mejor.

Nada más.

Sr. PRESIDENTE.—Tiene la palabra el Dr. Pedro Larghero.

Dr. PEDRO LARGHERO.—Yo no tuve la suerte de oír la lectura el Dr. Mernies, pero el tuvo la gentileza de facilitarme los originales y pude informarme únicamente de un capítulo que me interesaba, a los efectos de comentar algunos puntos con respecto al síndrome humoral en la oclusión intestinal.

Y he encontrado que el Dr. Mernies lo estudia completamente, y da las reglas precisas para la administración, para la reposición acuosa y electrolítica en el enfermo ocluido.

Ahora bien. Nosotros tenemos, como usa él, una fe inmensa en el control del estado humoral del ocluido en la acloruria o en la hipocloruria, y no hacemos casi nunca cloro plasmático y globular. Si se registran las cifras del laboratorio nuestro, raramente recurrimos a ello, porque cuando el cloro plasmático y globular baja en un ocluido, generalmente es un enfermo perdido: antes que él, da la alarma la baja de la cifra de los cloruros en la orina:

Y bien. A este propósito yo quiero hacer justicia al Dr. Julio César Estol, que en el año 1925, exactamente en diciembre de 1925, comunicó a la Sociedad de Cirugía un pequeñísimo trabajo que se titula "Valor pronóstico de la Cloruria en el Post operatorio", y en ese trabajo modestamente Estol dice así: "La nota previa que presentamos es sobre un asunto cuya explicación no la hemos podido obtener en la literatura médica que tuvimos a nuestro alcance. Las observaciones clínicas que nos han permitido la constatación son de carácter variado, pero en todos los enfermos se constataba una parálisis intestinal".

Y dice Estol: "En ninguno de ellos se constató el más ligero edema. En cambio un elemento en todos ellos que parecería tener una íntima relación con el bloqueo renal de los cloruros: la parálisis del intestino ¿La cloruria sería un fenómeno tóxico secundario a la parálisis intestinal, a la estercoremia? ¿O sería por el contrario esta última consecutiva a la acloruria? ¿O los dos hechos son concomitantes debido a la estimulación de los mecanismos nerviosos frenadores? Parecería que ya hubicra aquí un anuncio o la sensación de que está en el camino de lo que después fué la reacción de alarma de Selye. Y yo le doy a este pequeño trabajo del Dr. Estol una extraordinaria importancia, y me complazco en hacerle justicia.

Y bien. Nosotros nos basamos fundamentalmente en la hipocloruria o en la acloruria para seguir el curso de una oclusión intestinal.

Quiero referirme también en dos palabras a los que se ha hablado aquí del potasio. Los doctores Magri y Margolis han hecho un estudio exhaustivo de los problemas metabólicos de la oclusión intestinal, y es realmente lamentable que el tiempo los haya obligado a interrumpir ese relato, porque hubiera sido de una gran enseñanza escuchar dos personas que han estudiado a fondo el problema.

Yo creo, como lo dijeron muy bien los autores, que no es necesaria la dosificación del potasio en la sangre, y creo que nadie puede hacerlo de modo rutinario en nuestros laboratorios, porque es una investigación extraordinaria difícil de hacer, y tiene que ser hecha sobre bases muy serias para darle importancia a las cifras.

Ellos nos dijeron: la potasemia puede no estar disminuida en la oclusión intestinal, y a veces está aumentada. Experimentalmente en el año 1943, con Bosch estudiamos la potasemia en perros ocluidos, y encontramos muy a menudo una hiper potasemia. Pero eso no quiere decir que el potasio en el organismo esté aumentado: está disminuido. ¿Por qué razón? Porque el potasio no tiene umbral para eliminarse por el riñón. El riñón se desentiende del potasio. Lo sigue eliminando aunque el organismo esté en déficit de potasio. A él no le interesa el potasio.

Y por esta razón en la oclusión intestinal, donde a veces hay gran destrucción de células, y lo comprobamos también con Bosch hace 11 años, puesto que encontramos en el líquido de la oclusión intestinal hasta 800 miligramos de Potasio por cien centímetros de líquido en intestinos ocluidos en enfermos en el tercer y cuarto día de la enfermedad.

Esta masa de potasio, resultado de la necrosis celular, no es reabsorbida y siendo el riñón lábil, la eliminación continúa de potasio necesario para conservar el equilibrio ácido básico. Lleva, en un enfermo que no ingiere potasio al déficit, después del 3º o 4º día, a menos que se reponga por vía paraenteral.

Por esa razón, dijeron muy bien los autores, y nosotros los acompañamos, que para administrar el potasio en una oclusión intestinal alcanza con los test clínicos, y basta que un enfermo esté ocluido para que tenga déficit de potasio, aunque no tenga una hipo-potasemia.

Nada más.

Sr. PRESIDENTE.—Tiene la palabra el Dr. Mourigan.

Dr. MOURIGAN.—Todos han felicitado al relator, en lo que estoy absolutamente de acuerdo, y extendiendo mi felicitación a los comunicantes.

El hecho médico me parece infinitamente más complejo que todo el análisis exhaustivo de los distintos temas que han girado alrededor del problema de la oclusión intestinal.

Yo voy a presentar un hecho médico, un hecho clínico, vivido a tra-

vés de 16 años de la observación directa de los enfermos, haciendo abstracción de todos los conocimientos sobre el tema.

Yo he usado desde el año 1938 el suero bicarbonatado en oclusión intestinal con resultados tan sorprendentes y extraordinarios que me han obligado a publicarlo en el cuarto Congreso de Cirugía, donde publiqué cinco casos documentados, donde la sonda no pasaba, donde la situación era grave y extrema, y el suero bicarbonatado dió resultados espectaculares. Tan espectaculares que en un enfermo que tuvimos en la Clínica privada con el Profesor Larghero, él debe recordarlo, en su Sanatorio, la enferma, con una oclusión mecánica del delgado, tuvo una abundante evacuación, como si hubiera recibido un purgante, del largo cabo inferior que le quedaba.

El Dr. Larghero percibió el hecho, me lo hizo notar e indicó la operación. La operamos y tenía una oclusión mecánica.

Es decir, que el suero bicarbonatado es tan bueno que hasta ese riesgo tiene. Hizo evacuar el cabo inferior y la oclusión mecánica persistía. Quiere decir que no basta, después de usar el suero bicarbonatado, encontrar la evacuación de materias y de gases, sino que hay que controlarlo con la clínica y con la radiología.

Nosotros presentamos en el Cuarto Congreso cinco casos bien documentados. Tenemos, a través de 16 años, más de cincuenta casos, y no se opone a los otros procedimientos. Usados con la sonda, ha ayudado a pasar a sondas que no pasaban.

Iniciamos el suero bicarbonatado por una idea equivocada que comenté con el Profesor Del Campo en el año 1938. Yo suponía que la mayoría de los gases en la oclusión intestinal eran ácidos de fermentación, y por eso se me ocurría usar el bicarbonato.

El Dr. Del Campo me llamó la atención sobre los trabajos sobre los gases intestinales, lo que agüó un poco mi entusiasmo. Pero dados los buenos resultados clínicos que había obtenido, insistí y cada día estoy más convencido y cada día tengo mejores resultados:

Es lo que quería decir.

Sr. PRESIDENTE.—Tiene la palabra el Dr. Etchegorry.

Dr. ETCHEGORRY.—Voy a decir solamente dos palabras a propósito de una parte que tocó el Dr. Piquinela en su comunicación, que son las oclusiones puras del colon, es decir del intestino grueso. Creo que es un capítulo que hay que revisarlo completamente, pero hay sobre todo un tipo que es la oclusión post traumática, de valor práctico inmenso, cuyo diagnóstico es sumamente difícil.

Les citaré una observación que me toca muy cerca. Habiéndome dado un golpe bastante regular, cayéndome casi a un sótano, quedé engarzado con una pierna en la boca del sótano y pegando con el reborde con la parrilla costal izquierda.

En el primer momento no me di cuenta de la importancia del golpe y fui hasta el hospital. Llegué a la sala y me hice examinar por Nario porque ya me empezaba a doler bastante. Nario no encontró mayormente nada más que una pequeña hinchazón de la pierza izquierda. Me aconsejó que me acostara. Llegué a mi casa, me acosté, y perdí el conocimiento.

Una vez que lo recobré se me ocurrió ver si no tenía algún signo que pudiera permitir descubrir el origen de la hemorragia interna. Prácticamente no lo tenía. Pero alguien que supo que yo me había golpeado, el Profesor Purriel, me vino a ver a casa, y encontró con que ya empezaba una distensión abdominal bastante regular, una rodilla se empezaba a hinchar.

Bien. La rodilla me molestó esas primeras 24 horas. Pero la distensión abdominal seguía para adelante. Y llegó a hacerse tan incómoda que yo francamente, a pesar de que soy bastante robusto, creí en ese momento que iba a reventar.

Me duró prácticamente cinco días. Cuando pude sacarme una placa, es decir, cuando creí que debía sacarme una placa para ver qué lesión tenía, tenía una fractura de la primera vértebra lumbar, es decir de la apófisis transversa de la primera vértebra.

Es verdad que todo lo que estoy diciendo es archiconocido, pero no se piensa en el primer momento, y en realidad la dificultad para mi diagnóstico, dado el golpe en el reborde costal, era si no tenía una ruptura de bazo que podía haberla indicado la lipotimia que me duró veinte minutos exactamente. Quien conozca mi casa sabe que hay un reloj en determinada pieza, y yo miré y recuerdo que eran las 12, y cuando me desperté eran las 12 y 20, así que yo me di cuenta que esos veinte minutos había estado sin conocimiento.

En esos momentos lo difícil es saber si la distensión es producida por una hemorragia interna o es producida por el reflejo recto peritoneal, bien conocido por otra parte por los urólogos.

Vale decir, pues, que yo creo que todo lo que contribuya a que la sintomatología pueda hacerse más clara y, sobre todo, en ambientes donde no hay elementos o recursos a mano inmediatamente, que pueda hacerse un diagnóstico precoz y más seguro es conveniente.

Por eso me permito llamar la atención de todos ustedes sobre esa parte que recalco el Dr. Piquinela. Está demás decir que me hago solidario de casi todo lo que ha dicho el Dr. Mernies. Como ha dicho muy bien el Dr. Del Campo, es imposible tratar la oclusión intestinal en cinco minutos. Por más cerebro que tuviera —que me falta—, por más Pascal que se fuera, se precisaría un año para preparar un tema de esa naturaleza y reducirlo a la expresión de 5 minutos.

Era lo que quería decir.

Sr. PRESIDENTE.—Tiene la palabra el Dr. Germán Mernies, para cerrar la discusión.

Dr. GERMAN MERNIES.—En primer término, voy a referirme a lo que más me conviene, es decir, a las palabras del señor Decano.

En realidad, él no quiso hacer uso de la palabra porque dice que habiendo revisado el problema de la oclusión en el intestino delgado, considera que es absolutamente imposible en 15 minutos decir nada sobre él.

Eso me sirve de descargo sobre las muchísimas deficiencias del relato presentado, que en parte se deben a esa falta de tiempo para exponer lo que se puede decir sobre oclusión intestinal en términos generales.

Felizmente no me dieron tiempo. De lo contrario hubiera leído cuarenta páginas más respecto a las oclusiones en particular, e indudablemente podían haber visto que algunas de las cosas que se han expuesto, también fueron consideradas en el relato, bien o mal.

Una cosa que quiero hacer notar es la importancia de los equipos cuando se trabaja con enfermos de esta índole. Cada uno ha encontrado sus dificultades, pero quien trabaja solo, las siente multiplicadas de una manera tal, que prácticamente el problema se le hace indomable.

Yo no creo que haya ningún cirujano que frente a una oclusión no tenga un poquito de escozor y vaya pensando, ya antes de ver al enfermo, que el caso va a ser difícil y que quién sabe cómo saldrá el enfermo y su reputación.

He visto que todas las clínicas han traído sus trabajos en un sincretismo de colaboración, que es no solamente elogiabile, sino digno de ser imitado en todos los lados. Y a este respecto, voy a hacer un reproche a nuestra organización médica, sobre en lo que concierne a Salud Pública.

No tiene ninguna base técnica que realmente siga los progresos de la medicina, porque no está organizada sobre una base técnica; faltan todos los equipos, falta la competencia, faltan instrumentos y muchas cosas más.

A todos los que han contribuido a completar este relato, yo les agradezco, y les digo que no he hecho nada más que aprender con ellos, al darme ideas que me permitirán en el futuro manejarne con mayor eficacia.

En cuanto a las personas que han comentado el relato, primero, tendré que decirle al Dr. Preve que probablemente no escuchó bien el trabajo, porque aún en esa pequeña síntesis que hice respecto al potasio dije que éste se daba un poco de acuerdo con la clínica, Larghero ha contestado perfectamente bien, lo que yo tendría que contestar. Además, hay que saber que el potasio es un elemento intracelular, que no se encuentra en la disolución de los líquidos que ocupan su posición extracelular, y que probablemente, si nosotros fuéramos a recurrir a ellos, no

podríamos suministrar el potasio con la corrección y, además, con la premura que es necesario darlo.

Por otro lado, no hay que olvidar que en el medio extracelular, el potasio es tóxico, conjuntamente con el magnesio.

Creo que se puede dar dos a tres gramos de potasio por litro de suero endovenoso. De manera que si he dicho que se podían dar dos a tres gramos, en un equilibrio en el cual habría que agregar todavía la cantidad que se perdía por causa de la oclusión, creo que eso es dar a mano larga el potasio. Con esto contesto al Dr. Preve, y le agradezco los términos elogiosos para nuestra comunicación.

Al Dr. Cendán le diré que no me he declarado muy partidario del tubo de Faucher, que por otra parte lo usé, pero con mucha más frecuencia quizás que lo que él ha tenido oportunidad de usar, porque mientras fui "leucocito" y practicante en el Maciel, mucha gente se salvó con este tubo, en ese síndrome de dilatación aguada post-operatoria y la posición ventral.

Yo decía eso al comentar los tipos de parálisis refleja que se debían, en esa época, a la peritonitis y no probablemente a la pinza duodenal, que decían que se producía abajo del duodeno. Creo que no lo uso porque en general se trata de enfermos muy graves, difíciles de manejar, y en los que uno mismo siente resquemor, —quizás el Dr. Cendán no pase el tubo, sino que lo haga pasar— enfermos graves en los que cuesta someterlos, por el estado en que se encuentran, a una intubación con Faucher y luego a otra segunda intubación.

Ese es el motivo por el cual, no digo que desecho, pero sí que limito un poco el uso.

En cuanto a la sonda para la rehidratación, dije como de pasada que esta sonda, además de la utilidad que prestaba desde el punto de vista de aspiración intestinal, era muy a menudo utilizada como realimentación y, desde luego, como hidratación.

En cuanto a lo que se ha dicho de la novocaína ha sido un aprendizaje para mí.

En cuanto a la operación de Noble, había dicho en el relato que cuando se lo oclusión en un enfermo era debido a adherencias por intervenciones había que estar preparado a hacer una intervención de gran jerarquía, la operación de Noble. Y me permití hacer algunos comentarios respecto a ello. Simplemente, la operación de Noble —que técnicamente no es fácil— lo que hace es ordenar las nuevas adherencias para que no se vuelvan a producir como anárquicamente lo harán en caso que lo hicieran espontáneamente.

En cuanto a la raquianestesia yo le tengo miedo por la experiencia que he visto. Por otra parte, el doctor debe contar seguramente con un cuerpo de anestelistas que sean capaces de determinar en un momento dado a quién le van a dar la raqui. Yo ya no me atrevo a hacer la raqui porque después de haber visto algunos fallecimientos, no le tengo a ella

mucha simpatía. Es posible que sea cuestión de simpatía y no una cuestión de utilización de la raquí. Pero si digo que indudablemente la anestesia general tal como la da la gente que sabe actualmente aplicarla, le da todo lo que puede dar una raquí, y además ellos tienen un dominio bastante grande respecto a lo que está sucediendo con el enfermo en ese momento.

Yo he preguntado a los anestesistas, y me han dicho que el problema es saberla elegir, saberla conducir y saberla controlar. Yo no lo sé, y de la raquí tengo una mala impresión precisamente por eso.

En cuanto al Dr. Larghero, voy a agradecer sus conceptos, y respecto a la cloruria quiero agregar algo más. No solamente la cloruria, que desde luego está perfectamente explicado porque el organismo tiene un elemento tan extraordinario como el cloruro de sodio, que no hay nada que lo sustituya en el organismo; cuando se pierde o se va, no se recupera de ninguna manera el equilibrio humoral. De tal forma que el organismo, que es sabio, tiene, a nivel de su riñón un mecanismo de reabsorción de ese cloruro de sodio para que no salga del organismo; cosa que no le sucede al potasio, porque no hay ningún mecanismo de reabsorción, y el potasio se pierde.

Por eso es que la cloruria ha tenido semejante importancia y por eso nos conviene mucho a los que actuamos con un laboratorio tan limitado, tener un elemento tan fácil y tan a la mano como es la dosificación del cloro.

Por otra parte, cuando nosotros tenemos esa cloruria que se puede dosificar fácilmente, más la determinación de la concentración ureica, tenemos datos para administrar cloruros sabiendo que no hay una lesión renal que pudiera llevarnos al edema y provocar una insuficiencia renal.

Al Dr. Mourigán le voy a decir que yo permanezco fiel a su principio. En los enfermos que sospecho que tienen cualquier disturbio de orden reflejo post operatorio en su tránsito intestinal, lo primero que hago es darles suero bicarbonado, y me sigue yendo tan bien como a él. Cuando creo que puede haber una causa que sea una oclusión verdadera mecánica, entonces no lo uso porque tengo el temor que suceda lo que le ha sucedido a él.

En cuanto al Dr. Etchegorry, voy a decirle que en este aspecto estoy completamente de acuerdo con él. Además, yo había dicho en los ileus reflejos por trumatismos, que no eran solamente los que estuvieran situados en la esfera del recto peritoneo sino también los que estaban a nivel de la pelvis, los que estaban en la región tóraco abdominal, región que desde luego nos trae mayor complicación, como lo trajo a él, porque ahí tiene la posibilidad de una ruptura de víscera abdominal, y ya sabemos que cualquier líquido que irrite la mucosa intestinal es capaz de dar esos reflejos, si no paralíticos, por lo menos de una disminución en el peristaltismo intestinal, y dar distensiones.

De tal manera que cuando sucede a nivel de la región tóraco abdominal, al cirujano se le plantea serio problema, ¿es simplemente reflejo

por dolor, o es porque ha habido una irritación por un derrame en general sanguíneo, por ruptura de vasos?

Y ahora no me queda nada más que agradecer y lamentar no haber tenido tiempo de mostrar la documentación que traía. Casos que marcharon mal, o en los que he cometido errores, los demostraba con las placas y con las correspondientes historias. Tenía un caso a propósito para el Dr. Cendán cuando hablaba de esas bridas que estrangulan un intestino simplemente por estricción, en donde se provoca una lesión cerrada por ambos cabos, sin que haya lesión mesentérica, pero que acarrea además el verdadero disgusto de que uno ve un pequeño surco a veces rojo vinoso, y resuelve cerrar". Así me pasó a mí: en una enferma, y tuve una fístula intestinal delgada que por suerte se corrigió simplemente con una aspiración continua, en pocos días, sin llevar a la desnutrición.

Y muchas gracias por todo.