

dia), alcalosis. Este trastorno metabólico aparece raramente solo, y sí muchas veces asociado a trastornos metabólicos de sustancias grasas y azoadas, revelando la complejidad de las consecuencias que sobre la nutrición ejercen los actos quirúrgicos, o simples traumatismos, como las impregnaciones tóxicas más diversas.

Existe una correlación entre la hipocloremia y la hipocloruria o la acloruria total, cuyo pronóstico fatal (Estol) no es absoluto, por los casos que hemos podido estudiar; no negando lo gravísimo de esa situación.

Queremos destacar un hecho interesante, que hemos observado con precisión, sugiriéndonos argumentos para sustentar la hipótesis de un trastorno metabólicamente ligado a la etiología tóxica o traumática, o en asociación simultánea

a) el síndrome de hipocloremia e hipocloruria cesan bruscamente de una hora a otra y una descarga de gramos de cloruro de sodio reemplaza a la acloruria o cloruria, del mismo modo que la cloremia levanta su tasa bruscamente, y en algunos casos a evolución favorable.

b) La inyección hipertónica de (No Cl) o los sueros salinos, no aumentan la cloremia ni modifican la cloruria en lo más mínimo, mientras dura el trastorno (Estudios de sangre y orina a las 6 horas en nuestros casos).

¿Es admisible la explicación simplista de la exfoliación por vómito o por carencia de sales? No dudamos en la inhibición del intercambio salino entre plasmas y la sangre. La sal inyectada parece caer en un mar muerto y estancarse en el seno de los tejidos, quedando excluida del intercambio metabólico, por inhibición selectiva de sus mecanismos de regulación. Este trastorno del metabolismo, es una de las tantas consecuencias del desequilibrio del sistema de regulación neurovegetativo y en cuya etiología interviene la agresión traumática (choc por inhibición) o las impregnaciones tóxicas maxias (choc tóxico). Toxemias traumáticas. Toxemias de las oclusiones. Toxemia apendicular y muchas otras.

Presentado en la Sesión del 12 de Noviembre de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

Vólvulo del Sigmoide

Por el Dr. GRILLE

(Obs. N.º 1)

Enferma de 45 años de edad, con antecedentes de constipación rebelde, evacuando su vientre cada 8 o 10 días.

Hace unos 8 años tuvo un cuadro doloroso de vientre, que cedió bajo la acción de purgantes.

Su enfermedad actual comenzó hace 24 horas por un dolor agudo

en el hipogastrio, seguido de vómitos alimenticios, dolor continuo, con exarcebaciones paroxísticas que la enferma compara a calambres intestinales. Los vómitos persisten, pero entonces biliosos, y los últimos con aspecto de borra de café.

Desde hace 8 días no tiene deposiciones y desde que comenzó su cuadro doloroso no ha emitido ni gases ni materias.

El examen clínico nos muestra: lengua seca, ojos sin brillo, facies peritoneal, pulso chico y rápido, hipotermia y cianosis de las extremidades.

Abdomen balonado en su porción infraumbilical, sonoro y doloroso a la percusión, sin defensa muscular y con matidez en las porciones declives.

Tacto rectal, edema de la mucosa.

Tacto vaginal negativo, himen conservado.

Radioscopia de abdomen: Se ve un asa de intestino grueso sumamente dilatada, que se extiende desde el hemi-diafragma izquierdo al cual empuja, hasta el hipogastrio sumergiéndose en la capa líquida que llena el bacinete hasta tres traveses de dedo sobre el pubis. Se ven 3 o 4 imágenes hidro-aéreas.

Intervención. Con diagnóstico de vólvulo del sigmoide se interviene, previa tonificación de la enferma.

Bajo anestesia general con éter, se practica una incisión mediana. Abierto el peritoneo sale un líquido turbio, hemorrágico en regular cantidad. El sigmoide distendido, negruzco, con manchas verdes, se encuentra torcido de derecha a izquierda a nivel de su meso.

Se efectúa la destorsión y comprobamos que el meso es angosto y poco denso. Se termina la intervención exteriorizando el ansa, la cual se fija a la pared pasando un tubo de drenaje a través de su meso. Cierre de la pared abdominal. Antes de cerrar colocamos un tubo a través del recto, para vaciar el contenido intestinal.

POST-OPERATORIO: tonicardios, suero fisiológico, sal clorurada al 20% (30 grs. en 24 horas). Seis horas más tarde el ansa distendida y dolorosa es necesario puncionarla y colocar un tubo en su cabo superior, el que da salida a gases y poca cantidad de materias líquidas. La enferma vive 48 horas, al cabo de las cuales muere en hipotermia, sin haber drenado casi nada por el tubo intestinal. Durante ese tiempo se continuó el tratamiento clorurado y tonicardiaco.

En resumen: vólvulo del sigmoide (sin megasigmoide) datando de 24 horas, con necrosis del ansa; muerte, 66 horas después de haber comenzado el cuadro.

(Obs. N.º 2)

Enferma de 45 años de edad, en cuyos antecedentes encontramos: sarampión, 13 hijos, ningún aborto, constipación rebelde desde hace 14 años, teniendo deposiciones cada 8 o 15 días, a base de purgantes y lavajes. Sus deposiciones están constituidas por pequeños scibalos que la enferma compara a cuentas de rosario.

Su enfermedad actual data de 7 días, en que comenzó a sentir dolores abdominales en forma de cólicos intestinales, que ella calmaba con bolsas calientes. Estos dolores continuaron durante unos días hasta hace 40 horas, en que adquirieron gran intensidad, siendo acompañados de vómitos alimenticios. Las bolsas calientes, la limonada purgante y los lavajes que se suministró, por consejo de un farmacéutico, no la aliviaron en nada, por lo cual resuelve hospitalizarse.

El examen clínico muestra: cara pálida, ojerosa, de sufrimiento, lengua húmeda, pulso de 84, temperatura 37 2/5. Abdomen balonado en forma de pera, gruesa extremidad en el hipogastrio, pequeña en el hipocondrio izquierdo. Paredes abdominales flácidas, que permiten perfectamente palpar la tumoración que está constituida por un ansa dilatada que se toma bien entre los dedos, y cuya palpación es sobretodo dolorosa en su parte superior.

No hay reacción peritoneal, ni matidez declive. El tacto rectal es negativo.

Radioscópicamente se observa que el balonamiento está constituido por un ansa del intestino grueso, muy dilatada, acodada en ángulo agudo bajo el hemidiafragma izquierdo (punto máximo de dolor) y que en su parte inferior llena todo el hipogastrio. Un enema opaco que se practica, llena bien el recto, pero al llegar a la altura de la articulación sacro-ílica izquierda, la barita, angostando su sombra, cruza horizontalmente dicha articulación para ensancharse de nuevo después de un recorrido de unos 5 cents. (fig. 1).

Se trata evidentemente de una estenosis intestinal a nivel del sigmoide, por debajo de la unión de las dos ramas del ansa dilatada que a ese nivel se confunden.

Se interviene con diagnóstico de vólvulo del sigmoide.

Anestesia general al éter; incisión mediana infraumbilical.

Abierto el peritoneo, constatamos un vólvulo del sigmoide a recto anterior. Como se trata de un megasigmoide, es necesario puncionar el intestino (que no presenta alteraciones de su pared) para poder exteriorizarlo y destorserlo. Efectuada esta maniobra, constatamos la existencia de un meso grande, grueso y fibroso, con un poco de edema. Fi-

jamos el sigmoide por intermedio de sus apéndices epiploicos al peritoneo anterior, previa sutura del orificio de punción y colocación de un tubo a través del recto para facilitar la evacuación, gaseosa sobre todo de su contenido. Sutura de la pared.

Post-operatorio: Durante dos días, grandes deposiciones diarreicas y temperatura que alcanza 39 grados. Al tercer día la temperatura desciende, la diarrea desaparece y a los 10 días la enferma está de alta.

Dos meses más tarde la veo de nuevo, y un enema opaco comprueba que el sigmoide está en la posición en que lo había colocado.

La constipación de la enferma ha disminuído.

En resumen: Vólvulo del sigmoide, datando de 40 horas, precedido de torsiones parciales, por megasigmoide. Destorsión y fijación del asa en post operatorio normal.

CONCLUSIONES

En lo que respecta al diagnóstico en estos dos casos, fué sencillo dada la nitidez del síndrome (constipación en los antecedentes, dolores intestinales en forma de cólicos, vómitos, ausencia de gases y materias, balonamiento típico que dibuja el ansa muy sonora a la percusión, en forma de pera). La radioscopia, por otro lado, nos confirma el diagnóstico, mostrándonos un ansa gruesa, dilatada, que por su extremidad superior empuja el hemidiafragma izquierdo. El enema opaco en la observación N.º 2 muestra una estenosis del sigmoide, a nivel de la articulación sacro-ilaca. En el caso de la observación N.º 1 no hicimos enema opaco dado el mal estado general presentado por la enferma, pero teniendo en cuenta las lesiones encontradas, hubiéramos visto la detención de la barita al mismo nivel que en la obs. N.º 2.

Con respecto al pronóstico, no nos podemos guiar por el tiempo transcurrido desde el comienzo de los accidentes, como sucede en las demás oclusiones en que el tiempo es un factor tan importante. Así, en la Obs. N.º 1, en que el cuadro databa de 24 horas, las lesiones eran tan intensas que costaron la vida de la enferma, mientras que en la Obs. N.º 2 el cuadro databa de 40 horas y las lesiones eran mínimas.

La explicación de esta contradicción aparente creo encontrarla si tenemos en cuenta la constitución del meso-sigmoide; en la Obs. N.º 1, meso poco denso y de poca superficie, la torsión se hace fácil y rápidamente a expensas del tubo intestinal. En la Obs. N.º 2, el meso espeso, extenso y fibroso, toma a su cargo la torsión, impidiendo así que el intestino se tuerza hasta alterar su nutrición.

En cuanto al tratamiento en la Obs. N.º 1, nos limitamos a exterioro-

rizar el ansa, dado el mal estado de la enferma, y en la Obs. N.º 2 la simple destorsión con sigmoide-pexia nos pareció del caso, teniendo en cuenta que la enferma venía sufriendo desde hacía varios días y sus fuerzas estaban alteradas para poder soportar una colectomía parcial, que más tarde se podría hacer en mejores condiciones.
días.

Dr. A. LAMAS —

Cuando el estado general del enfermo lo permita y del examen por rayos X pueda surgir la indicación operatoria — puede y debe usarse de tal medio de diagnóstico — pero yo creo que actualmente se abusa de este medio, en perjuicio del enfermo, pues cuando el diagnóstico de oclusión o de perforación sea clínicamente hecho, la operación debe ser inmediata, sin pérdida de tiempo.

Dr. PEREZ FONTANA —

Quiero contestar la discusión del profesor Lamas porque soy precisamente uno de esos cirujanos que acostumbran a llevar a los enfermos agudos a la mesa radiológica. Y no veo inconveniente en que un enfermo agudo sea transportado en una camilla y luego acostado en la mesa radiológica. El procedimiento nos ha permitido diagnosticar una perforación que pasó desapercibida bajo las manos de algunos que tienen más autoridad que yo. Hace pocos días pudimos observar una burbuja de aire libre en un sujeto con un accidente de perforación duodenal reciente que clínicamente no se presentaba claro. Hace pocas noches dudábamos frente a un vientre agudo y el radioscopio nos dió la tranquilidad, descartamos una perforación en un sujeto que resultó ser un diabético larvado.

Quiero reclamar para mi eminente maestro, el doctor Luis P. Bottaro, la prioridad de haber elevado al radioscopio el primer vientre agudo en nuestro país. La historia está publicada en un trabajo que sobre oclusiones intervenidas en ginecología presenté a esta sociedad en el año 1923.

Dr. GARCIA LAGOS —

Creo que no hay diferencia de opinión entre lo que ha dicho el doctor Lamas y lo que ha dicho el doctor V. Pérez Fontaina.

En caso de duda deben agotarse todos los medios de diagnóstico y aun abrir el vientre.

El doctor Lamas se refería a diagnósticos seguros cree que se debe abrir el vientre.

El doctor Pérez Fontaina no dejará de abrir el vientre en la duda.

Creo con el doctor Lamas que no se debe recurrir a otras medidas de exploración cuando hay razones suficientes para justificar la conducta quirúrgica, dado la gravedad de esperar.

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 e 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 bien 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