
NOTAS CLINICAS

(Sección a cargo de los señores Luis Laverde M. y Rafael Azuero, internos de Clínica Quirúrgica; Alfonso Peláez Mejía y César A. Pantoja, internos de Clínica Médica, y Eduardo Iriarte, interno del Hospital de la Misericordia).

UN HALLAZGO OPERATORIO

(Caso presentado por el servicio del Profesor Corpas).

Un telefonazo de urgencia lleva una madrugada al Interno de Turno hasta el servicio, donde acaba de llegar un enfermo grave.

En la sala encuentra un hombre de unos 40 años, pálido, angustiado. La dispnea intensa, con respiración superficial impide la palabra. Rápidamente, con voz entrecortada, palabras silabeadas, da algunos datos anamnésticos.

Hace unos tres años viene sufriendo de ataques. Son del apéndice, diagnóstico que se le hizo en Santa Marta. Cada dos o tres meses, se presenta un violento dolor gástrico que se irradia al miembro inferior derecho, con vómito y fiebre, constipación absoluta que dura tres o cuatro días y sólo se alivia por repetidos lavados.

Ahora, lleva el dolor de instalado cuarenta y ocho horas; como siempre, se inició por un dolor epigástrico. El vómito, de tipo peritoneal ha sido abundante. Pero la persistencia dolorosa ha sido extraordinaria en este ataque. Hace cuarenta y ocho horas igualmente no hay emisión de materias ni de gases.

El interno examina rápidamente al enfermo. La inteligencia está muy clara; reacciones pupilares nulas, la miosis es intensa. El pulso filiforme es casi incontable; la temperatura no pasa de $35\frac{1}{2}^{\circ}$.

El abdomen está deprimido, doloroso. La defensa muscular, generalizada y constante da al verdadero vientre de madera de los franceses. La sensibilidad superficial intensa obliga al enfermo a mantener con sus manos apartados los cobertores del vientre. Inmóvil, evita el menor movimiento que despierta atroces dolores en el hipocondrio izquierdo y en la fosa iliaca derecha...

La gravedad de la situación, con la sintomatología de una peritonitis que se inicia, puesto que se aprecia una sensación especial de

derrame en los flancos, y la imposibilidad de hacer mejores investigaciones impone la laparotomía de urgencia.

Esta se lleva a cabo rápidamente. Llevada la orientación hacia una peritonitis por la perforación del apéndice se hace una clásica incisión de Jalaguier. Bajo el peritoneo se aprecian las ansas intestinales, dilatadas, llenas de gas en un hiperperistaltismo. Al incidir la membrana se precipitan todas al exterior, y primero que ellas sale el ciego arrastrando un apéndice *perfectamente sano*. Pero de una vez llama la atención una ligera serosidad y el mesenterio, teñido de bilis.

En vista de este resultado se prolonga ligeramente la incisión hacia el hipocondrio en vía de exploración de las vías biliares. A pesar del Trendelenburg el intestino delgado desborda la herida e inunda el campo operatorio, obligando a envolverse en compresas. Todo está empapado en bilis de un color amarillento que se acumula en las partes bajas.

El hígado profundamente retraído bajo las costillas. La vesícula biliar incluida en su lecho hepático aparece pequeña, retraída, pero sus paredes sumamente espesas no muestran solución de continuidad. La exploración de los canales está dificultada enormemente por la presencia de las ansas distendidas.

Se resuelve dejar un drenaje para facilitar la eliminación de la bilis al exterior y la aplicación de unas gotas de éter para limpiar el peritoneo ante la imposibilidad de encontrar la fístula.

La reintegración del intestino a la cavidad es de suma dificultad igualmente. A pesar de la profunda anestesia no ha sido posible la relajación muscular de la pared; rígida, como de cuero, es necesario echar los puntos profundos en doble y con doble lazada para comenzar a afrontar los planos y dar mayor capacidad al abdomen para recibir las ansas.

Súbitamente, después de una larga lucha para acomodarlas, pues su hiperperistaltismo y dilatación las hacían salir a cada momento, desaparecen los movimientos y la masa intestinal queda "affaiséé" al interior.

Se limpia el peritoneo, se salpica de éter y se procede rápidamente a cerrar los planos, dejando un drenaje en la parte inferior de la herida.

Ante el considerable traumatismo operatorio se hacen las aplicaciones de urgencia para levantar el estado general: suero glucosado, cafeína y aceite alcanforado y una última inyección de sulfato de estricnina en vista de que el pulso es incontable y ni siquiera es posible hacerlo auscultando directamente el corazón.

Por la noche el estado general ha empeorado. El pulso no se aprecia, la temperatura no ha subido por encima de 36° y el enfermo no ha recobrado el conocimiento.

El caso se considera perdido. Nuevas aplicaciones de suero y estricnina. Se recalienta el enfermo y se espera.

A la mañana siguiente al entrar a la sala el Interno se lleva una sorpresa. El primer paciente que lo interpela es el de la observación. Rosado, no parece que hubiera sufrido ninguna intervención. La respiración, perfectamente normal y profunda, alcanza a 24 por minuto; el pulso lleno, golpea perfectamente a 78. La temperatura es de 36°8.

Seis días después está cerrada la herida en su parte inferior. No ha drenado absolutamente nada. En cambio, por la parte superior, a la altura de las vías biliares se ha establecido a la piel la fístula cutánea, por la que escapan gotas de bilis.

Actualmente el estado general es admirable. En los primeros días sobrevino una congestión pulmonar que está dominada y la fístula biliar también va en vía de curación.

