

UNIVERSIDAD DE SANTO DOMINGO
REPUBLICA DOMINICANA

Facultad de Medicina

ALGUNAS OBSERVACIONES DE PERI-
TONITIS SUPURADAS TRATADAS
POR EL ALCOHOL ETILICO

TESIS
PARA EL DOCTORADO

Sustentada por:

FRANCISCO HERNANDEZ ALVAREZ

AÑO ACADEMICO DE 1941 - 1942

NUMERO: 16

"La Universidad no se hace solidaria de las opi-
niones emitidas por el sustentante". (Orde-
nanza Núm. 21-40 de fecha 30 de Stbre. de 1940).



EDITORIAL EL DIARIO : : SANTIAGO, R. D.



33047
6/10/19
mm

UNIVERSIDAD DE SANTO DOMINGO
REPUBLICA DOMINICANA

Facultad de Medicina

ALGUNAS OBSERVACIONES DE PERI-
TONITIS SUPURADAS TRATADAS
POR EL ALCOHOL ETILICO

TESIS

PARA EL DOCTORADO

Sustentada por:

FRANCISCO HERNANDEZ ALVAREZ

AÑO ACADEMICO DE 1941 - 1942

NUMERO: 16

“La Universidad no se hace solidaria de las opi-
niones emitidas por el sustentante”. (Orde-
nanza Núm. 21-40 de fecha 30 de Stbre. de 1940).



EDITORIAL EL DIARIO : - : SANTIAGO, R. D.





BN
M-1039
OASD
FCM

A LA MEMORIA DE MI PADRE.

A MI MADRE Y A MI NOVIA.

A MIS TIOS Y DEMAS FAMILIARES.

914092



AL DOCTOR FELIX M^a GOICO

**mi Presidente de tesis,
a quién debo todo el amor que siento por la Cirujía.**

Afectuosamente.

A los Doctores:

**FERNANDO A. BATLLE,
MANUEL E. PERDOMO,
WENCELAO MEDRANO,
HERIBERTO PIETER,
NICOLAS PICHARDO.**

A los Cirujanos Dominicanos:

**DR. DARIO CONTRERAS,
DR. FRANCISCO E. BENZO,
DR. FRANCISCO MOSCOSO PUELLO,
DR. GREGORIO SICARD E.,
DR. ANTONIO ZAITER,
DR. ANTONIO ELMUDESI.**

A los Médicos del Hospital "Padre Billini":

**DRA. CONSUELO BERNANDINO,
DR. JESUS DE LA HUERGA M.,
DR. ALBERTO PAIEWONSKY,
DR. ELPIDIO E. RICART,
DR. JUAN CRUZ.**

A TODOS LOS PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD.

A TODOS MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS.

INTRODUCTION

The first part of the book is devoted to a general introduction to the subject of the book. It discusses the importance of the subject and the scope of the book. It also discusses the organization of the book and the methods used in the research.

The second part of the book is devoted to a detailed study of the subject. It discusses the various aspects of the subject and the methods used in the research. It also discusses the results of the research and the conclusions drawn from them.

The third part of the book is devoted to a detailed study of the subject. It discusses the various aspects of the subject and the methods used in the research. It also discusses the results of the research and the conclusions drawn from them.

The fourth part of the book is devoted to a detailed study of the subject. It discusses the various aspects of the subject and the methods used in the research. It also discusses the results of the research and the conclusions drawn from them.

INTRODUCCION

Desde hace mucho tiempo los cirujanos han tenido la idea de emplear substancias con el fin de lavar y de ejercer acciones antisépticas directas sobre la cavidad peritoneal en casos de peritonitis supuradas. Estas substancias han sido las más diversas según las épocas y según los cirujanos; a autores que señalaban elogiosamente las ventajas de unos, seguían otros que indicaban los perjuicios que su empleo podría acarrear.

Parece que el factor personal influye notablemente en la apreciación de los resultados obtenidos, puesto que estadísticas de casos que emplean una misma substancia son muy halagadores en algunas manos, mientras que en otras son menos favorables, aun menos que en las no se emplean nada.

El motivo de esta tesis es presentar algunas observaciones de peritonitis supuradas tratadas por el alcohol. Aunque el número de casos presentados es muy pequeño, queremos hacer notar que tenemos la impresión de que el alcohol actuó decisivamente en algunos de estos casos, en que todo hacía presumir un desenlace fatal.

Esta tesis está dividida en dos parte: en la primera trataremos de la historia, técnica, absorción, modo de actuar y algunas estadísticas comparativas acerca del alcohol como tratamiento de las peritonitis supuradas; y en la segunda las observaciones, las conclusiones y la bibliografía.



PRIMERA PARTE

HISTORIA DEL TRATAMIENTO DE LAS PERITONITIS SUPURADAS POR MEDIO DEL ALCOHOL ETÍLICO

La historia del tratamiento de las peritonitis supuradas por medio del alcohol etílico comprende tres etapas.

Primera:

En el año 1923, Behan, cirujano del hospital St. Joseph, de Pittsburgh, Pennsylvania, mientras operaba una peritonitis supurada de origen apendicular, tuvo la idea de lavar el área inflamada que ocupaba el apéndice gangrenado con 20 c.c. de alcohol etílico de 70 grados. El paciente fué dado de alta a los 15 días, 7 días antes del tiempo que en ese hospital se llevaban enfermos análogos. Muchos casos idénticos fueron tratados del mismo modo con igual éxito.

Segunda:

Complacido con los resultados obtenidos en el año 1926, empleó el alcohol en una peritonitis generalizada, esta vez en forma de lavado de la cavidad peritoneal. El cultivo del pus que se encontró libre en el vientre mostró colibacilos. El enfermo curó.

Tercera:

La primera estadística hecha en el año 1933 evidenció los resultados sorprendentes obtenidos por este pro-

cedimiento. Los archivos del hospital St. Joseph mostraron que en 10 años se operaron en ese hospital 86 enfermos que padecían de peritonitis supuradas generalizadas; de éstos, 44 fueron tratados de un modo ordinario, 22 murieron, lo que arroja una mortalidad del 50%, los 42 restantes fueron tratados por el alcohol, solo murieron 2, lo que da una mortalidad de 4.7%. El tratamiento post-operatorio seguido en todos los pacientes fué el mismo.

TECNICA DEL EMPLEO DEL ALCOHOL EN LAS PERITONITIS

Una vez abierto el abdomen, el tratamiento es distinto según se trate de una peritonitis localizada o generalizada; en el primer caso se vierten 100, 200 o más c.c. de alcohol etílico de 70° dentro de la cavidad del absceso, la cantidad empleada debe ser suficiente para que no quede ningún fondo de saco sin ser empapado por el alcohol. En el segundo caso, es decir si se trata de una peritonitis generalizada, se levantan los bordes de la incisión por medio de separadores, se vierte el alcohol dentro de la cavidad peritoneal y se llena ésta por completo hasta que se derrame por los bordes y se movilizan las asas para que el alcohol penetre por todas partes. Si el pus o el exudado sero-fibrinoso es muy espeso, se vierte el alcohol y se aspira alternativamente hasta que salga claro. No hay peligro en emplear grandes cantidades de alcohol, hubo casos en que se empleó hasta 3 litros. Lo importante es que el alcohol no permanezca sino pocos minutos dentro del vientre, (3 por término medio) y que sea aspirado lo más completamente posible con un aparato de succión. Entonces se protege el campo operatorio, separando con compresas la causa originadora de la peritonitis de la cavidad general y se procede al tratamiento de ésta. El amplio drenaje es siempre indispensable.

En el Hospital Padre Billini se emplea el alcohol corriente y éste se vierte después de haber hecho el tratamiento de la causa originadora de la peritonitis. Si no

hay un aparato de succión a mano, la aspiración puede hacerse enjugando cuidadosamente por medio de compresas.

Es de notar el color morado oscuro, cianótico, que toman las asas y los bordes de la herida después que el alcohol actúa.

ABSORCION DEL ALCOHOL AL NIVEL DEL PERITONEO.

El alcohol es absorbido por la serosa peritoneal, lo que no representa ningún inconveniente, ya que esta absorción es pequeña si se tiene cuidado de retirarlo a los pocos minutos y de aspirarlo cuidadosamente. Algunos pacientes, sin embargo, presentan cierto grado de intoxicación alcohólica que se manifiesta por sensación de bienestar, etc. Las dosificaciones de alcohol en la sangre, de 20 minutos a 3 horas después del lavado de la cavidad peritoneal, muestran una tasa que oscila entre 10 y hasta 52 miligramos por ciento en casos excepcionales; siguiendo siempre una curva análoga en todos los pacientes; aumento de los 20 minutos a las 2 primeras horas, descenso y luego un nuevo aumento hacia la tercera hora.

Sigmann y Ruehl piensan que el primer aumento es debido a la rápida absorción a nivel del peritoneo y que el descenso es debido a una disminución de la absorción por la acción paralizante del alcohol sobre los vasos de la serosa y a la formación de una capa aisladora por encima de ésta, formada por albúmina del exudado y del pus, coagulados por el alcohol, al mismo tiempo que los emuntorios van eliminándolo. El segundo sería debido a un aumento de la absorción por una disolución parcial de la capa aisladora por las diastasis que se encuentran en todo foco inflamatorio.

En ninguna de nuestras observaciones se ha dosificado el alcohol sanguíneo, ya que éste requiere laboratorios especializados, pero sí hemos notado, (sobre todo en la observación No. 1, que fué operado con raquianestesia), una notable euforia algunas horas después de la operación.

MODO DE ACTUAR DEL ALCOHOL

El alcohol etílico en las peritonitis supuradas obra de dos modos distintos, tanto localmente sobre el foco infeccioso, como generalmente sobre todo el organismo.

Primero: El alcohol es un antiséptico que destruye casi todas las bacterias que se ponen a su alcance. Esta acción es sobre todo notable ante el colibacilo y los estreptococos, que son los agentes patógenos más corrientes de las peritonitis. Las bacterias sobrevivientes sufren una notable reducción de su actitud vital, lo cual se manifiesta por la disminución, en los primeros días, del pus que drena de los operados tratados por este procedimiento, en comparación con los no tratados. A los pocos días de la operación el pus fluye abundantemente, tiempo que coincide con el necesario para que una nueva generación de bacterias se desarrolle. Durante este período de latente actividad el organismo adquiere una mayor resistencia para luchar contra las bacterias, sobre todo localmente.

Según Sigmann y Ruehl el alcohol coagula las albúminas del pus y del exudado, formando una membrana protectora por encima de la serosa que obstaculiza la absorción de las toxinas y al mismo tiempo provoca una notable hiperhemia que se pone de manifiesto por el color morado oscuro que toma el intestino y a veces por la aparición de pequeñas petequias subserosas. El alcohol también provocaría una exosmosis a nivel de la serosa, lo cual daría por resultado una inhibición de la absorción de las toxinas.

Segundo: El alcohol que pasa a la circulación general obraría como antiséptico y como fuente de energía. Las inyecciones intravenosas de alcohol para tratar las neumonías adinámicas y las septicemias estreptocócicas son conocidas por todos. En la clínica del Dr. Sterling Mueller, del Bellevue Hospital, se emplea el alcohol como tratamiento de las peritonitis severas en soluciones inyectadas por venoclisis. Durante los años 1932 y 1933 se empleó en dicho hospital, en 2000 casos de infusiones intravenosas, al 5 o 10% en solución salina o glucosada. En la mayoría de los casos en que se hacían inyecciones intravenosas salinas y glucosadas con las soluciones y aparatos corrientes se presentaban reacciones. Estas consistían en accesos febriles, "shock" etc. Cuando estas soluciones se adicionan con el 5 o 10% de alcohol, las reacciones no ocurren o no tienen importancia, porque, según dicho autor, el alcohol precipita las sustancias pirogénicas, etc.

Se vió la notable mejoría de los enfermos en los que se empleaba este procedimiento, pues el alcohol provoca una notable sedación del dolor (también ha sido usado contra las algias de los cancerosos). En ciertos casos, por fortuna raros, el efecto es completamente distinto. Las náuseas disminuyen porque el estómago puede dejarse en reposo, y a que el alcohol puede suplir las calorías necesarias para el sostenimiento de las fuerzas mientras pasa este estado crítico.

ESTADISTICAS COMPARATIVAS DE CASOS TRATADOS DE UN MODO ORDINARIO Y DE OTROS TRATADOS POR EL ALCOHOL ETILICO

En el período comprendido entre el año 1920 y el 1933 fueron operados en el hospital St. Joseph 86 casos de peritonitis generalizadas de origen apendicular. De ellos 44 fueron tratados de un modo ordinario, con una mortalidad de un 50%. En otros hospitales estadísticas hechas por Hayk y Woodhouse indican una mortalidad para las peritonitis generalizadas, de un 60%. Según King la mortalidad es de un 52.9%.

Los otros 42 pacientes del hospital St. Joseph fueron tratados por el alcohol y solo hubo 2 defunciones, lo que viene a ser sólo un 4.7% de mortalidad. Hay que hacer notar que los pacientes en que se empleó el alcohol no fueron seleccionados y que el tratamiento post-operatorio fué idéntico en ambos.

Estadísticas hechas por Ruehl del año 1931 al 1939 con 49 casos de peritonitis generalizadas, en las cuales 26 fueron tratadas de un modo ordinario con 12 defunciones, dan una mortalidad de un 45.4 por ciento, mientras que de los 23 restantes que fueron tratados por el alcohol solo murieron 2, lo que da una mortalidad de 8.7%. Es decir, resumiendo, que en los 65 casos en que se empleó el alcohol solo hubo 4 defunciones, lo que da una mortalidad de un 6.15%. Estas 4 defunciones fueron en casos muy complicados. Así, por ejemplo, en uno la muerte ocurrió a los 7 días, causada por una neumonía

comprobada en la autopsia; otro, un niño, tenía un meteorismo tan grande que fué necesario hacer una ilio-tomía y vaciar el intestino para poder reintegrarlo a la cavidad abdominal, este enfermo salió de la sala de operaciones con un "shock" tal que murió a las pocas horas; otro era un moribundo cuando fué operado, y el último presentó una peritonitis post-operatoria después de la extracción de las mechas.

Estadísticas de casos de peritonitis supuradas localizadas por perforación o gangrena del apéndice, hechas por Hawk y Woodhouse, dan una mortalidad de un 6.3%, mientras que Behan, Sigmann y Ruehl no han tenido defunción en casos análogos tratados por el alcohol.

No sólo se manifiestan beneficiosos los resultados obtenidos cuando se emplea alcohol etílico en las peritonitis en un descenso de la mortalidad, sino que los síntomas de gravedad de los operados tratados por este procedimiento desaparecen primero, así por ejemplo en estadísticas hechas por Ruehl la temperatura desciende a la normal en un promedio de 9.1 días en los tratados, mientras que en los no tratados el promedio es de 12.4, lo que da una diferencia de 3.3 días. El promedio de tiempo de hospitalización es de 22.4 días en los tratados y 27.8 en los no tratados, lo que da una diferencia de 5.4 días.

El alcohol se emplea en el Hospital "Padre Bilini" desde octubre del año 1940. Presentamos solamente 13 casos de peritonitis supuradas tratadas por el alcohol, ya que el tiempo es muy corto y pequeño el medio; de éstos 13 casos solamente hubo 1 defunción, lo que da una mortalidad global de 7.2%, y ésta, ocurrida a los 16 días, provocada por oclusión intestinal en un operado por úlcera pilórica perforada, operado a las 36 horas de la perforación. El enfermo fué intervenido de nuevo por oclusión, a los 15 días y se constató una asa intestinal delgada acodada por adherencias a la herida de la primera

operación. El peritoneo se encontró normal; así, este caso que terminó fatalmente fué el que nos permitió apreciar mejor los efectos beneficiosos del alcohol, ya que podríamos decir que curó de esta peritonitis gravísima (operada 30 horas después de la perforación), pues la muerte ocurrió a los 16 días y la operación nos permitió observar un peritoneo normal.



SEGUNDA PARTE

OBSERVACIONES

(Trabajo del Servicio de Cirugía del Hospital "Padre Billini"; Ciudad Trujillo)

Debido a la frecuencia de las peritonitis de origen apendicular con respecto a las otras y al poco tiempo que tenemos empleando el alcohol, casi todas las observaciones presentadas se refieren a peritonitis de origen apendicular, solo tenemos 2 observaciones distintas: una originada por perforación de úlcera gástrica y otra por herida del colon transverso.

Dividiremos las observaciones en dos grupos: en el primero presentaremos las peritonitis generalizadas sin tener en cuenta su origen y en el segundo las peritonitis localizadas, todas de origen apendicular.

PRIMER GRUPO

Observación No. 1

Hospital Padre Billini

Sala H-3

Abril de 1941.

S. F., 40 años, color negro, agricultor. Viene al hospital por dolor intenso en todo el vientre, vómitos, malestar general, hipo y fiebre.

Historia: Dice el enfermo que hace 4 días sintió un dolor en el epigastrio que comenzó bruscamente y se irradió al flanco y a la fosa ilíaca derecha. El enfermo tuvo ese día evacuaciones diarréicas (14 en las 24 horas).

Al otro día este dolor se generalizó a todo el vientre, al mismo tiempo que sentía náuseas intensas, hipo, gran dificultad para respirar y fiebre. Dice el enfermo que desde hace varios años siente un poco de dolor en la fosa ilíaca derecha y en el epigastrio, siempre acompañado de náuseas.

Examen físico:

El enfermo se presenta con un estado general profundamente afectado, cara peritoneal típica y extremidades frías y cubiertas de sudor.—Temperatura 38°5 en el recto. 130 pulsaciones por minuto, muy débiles.

Abdomen:

Inspección: Vientre plano é inmóvil cuando el enfermo respira.

Palpación: Intensa contracción en todo el vientre, vientre de madera. Palpación muy dolorosa.

Percusión: Macidez en las zonas declives.

Tacto rectal: Muy doloroso el fondo de saco peritoneal.

Aparato respiratorio:

Inspección: Disnea.

Palpación, percusión, auscultación: Normales.

Diagnósticos presentes: Úlcera perforada del estómago y apendicitis aguda.

Descripción de la operación:

Cirujano Dr. Goico. Ayudantes: Hernández y Rojas.

Raqui-anestesia, escurocaína: 10 centigramos.

La contractura del abdomen no cesa con la anestesia.

Incisión de Moynihan. A la apertura del peritoneo se desgarran la cubierta seroso-muscular de un asa delgada que se encuentra muy inflamada y adherida al peritoneo parietal. Sutura con hilo cromado No. 00. Gran cantidad de pus fétido y espeso se derrama por la herida peritoneal, se aspira éste y se llega a la fosa ilíaca derecha donde se encuentra en el fondo una masa gangrenosa.

sa y alargada que a primera vista se toma por el apéndice y se extirpa, constatándose que esta masa es el meso-apéndice desprendido y que el apéndice, gangrenado cerca de la base, se encuentra, transversalmente, en parte alojado en la raíz del mesenterio. Se extirpa. Se vierte en la fosa ilíaca y en la cavidad peritoneal como 300 c.c. de alcohol etílico, el cual se aspira a los 3 minutos. En el fondo de saco peritoneal de Douglas se deja un dren; en la fosa ilíaca un dren y una mecha. Cierre parcial de la pared en 3 planos.

Estado post-operatorio:

En la tarde del día de la operación el enfermo se siente mejor, sus pulsaciones que eran 130 por minuto han descendido a 100 más fuertes. La temperatura era igual a la de la mañana: 38°5. El enfermo presenta notable lucidez y hasta euforia.

Tratamiento seguido: Alcanfor 0.40 gr. cada 4 horas, suero fisiológico y glucosado 1 litro de cada uno. En la noche 1 centigramo de morfina.

Primer día.

Dilatación de estómago, hipo. Temperatura 37°6, 100 pulsaciones por minuto. En la tarde temperatura de 38 grados, pulso igual a la mañana. Contracción muy marcada del abdomen.

Tratamiento seguido: Sonda de Levine en permanencia por vía nasal. Alcanfor cada 4 horas: 0.20 gr. Suero glucosado 2 litros en la mañana y fisiológico, 1 litro, en la tarde. Morfina: 1 centigramo por la noche.

Segundo día.

Estómago enormemente dilatado, pues el enfermo se extrajo la sonda por la noche. La contracción abdominal persiste todavía. El estado general ha mejorado. En la noche el enfermo expulsa materias fecales y gases.

Tratamiento seguido idéntico al día anterior.

Tercer día.

La contracción abdominal va desapareciendo, el estado general es bueno. La cura amanece empapada de pus fétido.

Cuarto día.

Al levantar la cura nos encontramos con un ascárides que se mueve a medio salir del vientre.

Quinto día.

Gran cantidad de pus drena de la fosa ilíaca derecha, el dren del Douglas, que no daba salida a nada, es retirado. Los puntos de la piel son quitados y un absceso subcutáneo se evacua. El enfermo evacua varios ascárides.

Sexto día.

Al levantar la cura empapada de pus fétido nos encontramos con cierta cantidad de líquido de apariencia fecaloide. La temperatura alcanza en la tarde 39 grados.

En los días siguientes la temperatura oscila entre 37°5 en la mañana y 39° en la tarde. Siempre sale gran cantidad de pus de la fosa ilíaca derecha. La cantidad de líquido fecaloideo es cada día mayor, lo que obliga a poner un tapón apretado. Se vé en la parte superior de la herida dos orificios que comunican con la luz del intestino y la mucosa intestinal, haciendo hernia. Se reseca la mucosa intestinal y se cierran las fístulas. A los 3 días los puntos de sutura de una zafan, quedando la fístula establecida otra vez. Se consigue cerrar definitivamente la otra fístula. Otra tentativa de cierre extra-peritoneal, falla.

El dren de la fosa ilíaca se retira completamente a los 18 días. A los 99 días se procede al cierre intra-peritoneal de la fístula. El enfermo fué dado de alta a los 13 días de la segunda operación.

Observación No. 2
Hospital Padre Billini
Sala H-3
Octubre de 1940.

M. P., 17 años, color indio, zapatero. Viene al hospital por dolores generalizados en todo el vientre, fiebre, sensación de cansancio extremo y malestar general.

Historia: dice el enfermo que hace dos días sintió, después de comer, un ligero dolor en el epigastrio y náuseas. Guardó cama ese día, al otro día el dolor casi había desaparecido. Al salir del taller sintió un cansancio extremo que le obligaba a sentarse en las aceras cada 50 o 60 pasos. Al otro día en la mañana el dolor en el epigastrio había descendido a la fosa ilíaca derecha y poco tiempo después lo sintió en todo el abdomen, nunca con gran intensidad. Fué traído al hospital, donde tuvo un gran vómito verdoso.

Examen físico:

El enfermo se presenta con un estado general muy malo, las preguntas hechas a él quedan sin contestación. La temperatura es de 38.5. Las pulsaciones son 120 por minuto, muy débiles.

Abdomen:

Inspección: vientre inmóvil cuando el enfermo respira, completamente plano.

Palpación: contracción generalizada de todo el vientre, sobre todo de la fosa ilíaca derecha; vientre doloroso a la presión, sobre todo en la fosa ilíaca derecha.

Percusión: normal.

Tacto rectal: dolor agudo en el fondo de saco peritoneal.

Diagnóstico: peritonitis de origen apendicular.

Descripción de la operación:

Cirujano Dr. Goico. Ayudante Hernández.

Anestesia general al éter. Incisión de Jalaguier.

A la apertura del vientre se derrama gran cantidad de pus espeso, de olor fecaloideo. No existe proceso de limitación a la infección peritoneal, pues el máximo de las lesiones radican en la fosa ilíaca derecha, donde el ciego y la última porción del íleon se encuentran muy inflamados. El apéndice, muy aumentado de volumen, gangrenado en la punta y sumamente frágil, se extirpa. Se vierte en la cavidad peritoneal 200 c.c. de alcohol, que se aspiran a los 3 minutos. Se deja una mecha y un dren en la fosa ilíaca derecha y otro dren en el Douglas. Cierre incompleto de la pared en 3 planos.

Estado post-operatorio:

En la tarde la temperatura asciende a 39°8 y el pulso muy débil alcanza a 140 por minuto, el enfermo tiene vómitos verdosos.

Tratamiento seguido: alcanfor 40 centigramos cada 4 horas, suero fisiológico 2000 gramos y glucosado 1000, gorro de hielo permanente en el vientre. En la noche 1 centigramo de morfina con atropina.

Primer día.

El enfermo tiene 39°5 de temperatura y 120 pulsaciones, un poco más fuertes. El estómago, considerablemente dilatado, obliga a instalarle una sonda de Levine por vía nasal y dar un lavado bicarbonatado. El tratamiento seguido fué idéntico al día anterior. En la tarde el enfermo tiene 40°3 grados y 45 pulsaciones por minuto. Hipo persistente.

Segundo día.

El enfermo dice sentirse muy mejor, la temperatura es 38°6 y el pulso un poco más fuerte, el vientre más blando, la cura se encuentra empapada de un pus fétido y negruzco. El enfermo evacua.

Tercer día.

El enfermo se siente mejor, 38°4 de temperatura y pulso un poco más lleno.

Al enfermo se le extren los drenes al sexto día. El estado post-operatorio sigue satisfactorio hasta el octavo día en que la temperatura asciende y se descubre un absceso de la pared, que se evacua. Los bordes de la piel son aproximados a los 18 días. El enfermo es dado de alta a los 31.

Observación No. 3

Hospital "La Humanitaria".

Junio de 1941.

J. G., viene al hospital por herida de cuchillo en el vientre. Se presenta al hospital 5 horas después de haber sido herida, con intensa contracción abdominal, vientre muy doloroso, vómitos, fibre de 39°2 y pulso muy acelerado.

Descripción de la operación:

Cirujano Dr. Espaillat. Ayudantes: Franco y Concepción.

Anestesia general al éter. Incisión paramediana: se encuentra la cavidad peritoneal llena de líquido seropurulento y de materias fecales. El colon transversal presenta una perforación que se sutura. Se vierte en la cavidad peritoneal media botella de alcohol etílico que se retira a los pocos minutos. Se deja un Mickuliez y 1 mecha.

Estado post-operatorio:

Al otro día la enferma presenta una apreciable mejoría. La temperatura fué cayendo en lisis, a los 8 días apirexia.

Observación No. 4

Hospital Padre Billini

Sala H-3

Enero de 1941.

F. D., 18 años, color negro, estudiante. Viene al hospital por dolor en todo el vientre, vómitos y fiebre alta.

Historia: Dice el enfermo que hace 5 días sintió un dolor en el epigastrio, este dolor fué aumentando progresivamente hasta alcanzar gran intensidad, con irradiaciones a la fosa ilíaca derecha. Se la presentaron náuseas, vómitos y fiebre alta. A los 2 días este dolor se generalizó a todo el vientre y el enfermo siente gran malestar general.

Examen físico:

El enfermo se presenta contra 39°5 de temperatura y 140 pulsaciones, facies peritoneal y muy mal estado general.

Abdomen:

Inspección: El abdomen permanece inmóvil cuando el enfermo respira, plano.

Palpación: Contractura generalizada y muy acentuada sobre todo en la fosa ilíaca derecha, dolor a la palpación en todo el vientre, sobre todo en la fosa ilíaca derecha.

Percusión: Macidez en las zonas declives, meteorismo en la zona central del abdomen.

Tacto rectal: Dolor intenso en el fondo de saco peritoreal.

Diagnóstico: Peritonitis de origen apendicular.

Descripción de la operación:

Cirujano Hernández. Ayudante Rojas.

Anestesia general al éter. Incisión de Jalaguier. A la apertura del peritoneo se derrama gran cantidad de pus fétido. Las asas delgadas vecinas a la fosa ilíaca derecha muy congestionadas y con manchas escaróticas. El apéndice, muy inflamado y gangrenoso en la punta, se extirpa y el muñón apendicular se hunde. El mesoapéndice, gangrenado también, se extirpa. Se vierte en la cavidad peritoneal 200 c.c. de alcohol etílico que se dejan 3 minutos. Se deja un dren en el Douglas y un dren y una mecha en la fosa ilíaca derecha.

Estado post-operatorio:

El enfermo amanece en 38°2 y 120 pulsaciones por minuto. El estado general malo. El estómago dilatado. En la tarde temperatura de 38.5 y el pulso 110 por minuto, más lleno. Vientre doloroso y un poco distendido. El enfermo evacua.

Tratamiento seguido: Sonda de Levíne por vía nasal Alcanfor 0.40 gr. cada 4 horas, morfina 1 centigramo cada 5 horas, suero fisiológico 2 litros por vía subcutánea y suero glucosado 2 litros.

Primer día.

El estado general del enfermo continúa malo, el estómago está muy dilatado, la temperatura de la mañana es de 39 grados y la de la tarde 39°8. El vientre está más blando. La cantidad de orina por 24 horas: 1 litro.

Tratamiento seguido idéntico al día anterior.

Segundo día.

El estado general del enfermo es peor que en los días anteriores. El pulso muy débil y muy rápido. La cura amanece empapada de un pus fétido y negruzco. Orina: 950 gramos.

Tercer día.

La temperatura se mantiene en 39 grados. Por los drenes sale gran cantidad de pus. Los bordes de la herida, muy inflamados y dolorosos, se desbridan dando salida a gran cantidad de pus que se encontraba en el tejido celular sub-cutáneo.

Cuarto día.

El estado general del enfermo ha mejorado notablemente. La temperatura es de 37°5. El pulso fuerte. El dren del Douglas se retira.

Quinto día.

Se retira la mecha y moviliza el dren de la fosa ilíaca derecha.

A partir de este día el enfermo evoluciona favorablemente. A los 14 días los bordes de la piel se aproximan. A los 25 días comienza a sentir dolores en el hipogastrio a tipo de cólicos. A los 32 días se nota un empastamiento en la fosa ilíaca izquierda y fiebre de 40 grados. Esta fiebre comenzó a descender y el enfermo fué dado de alta a los 41 días completamente bien.

Observación No. 5

Hospital "Santomé"

Sala H.

L. M. O., 13 años, blanco, estudiante. Viene al Hospital el 27 de Septiembre del año 1941 por dolor en todo el vientre. Vómitos y gran malestar general.

Historia: Dice el enfermo que desde hace 3 días siente dolor en la fosa ilíaca derecha, vómitos tan persistentes que no puede tolerar nada en el estómago. Desde hace 24 horas este dolor se fué generalizando a todo el vientre, al mismo tiempo que sentía gran malestar general y fiebre ligera.

Examen físico:

El enfermo se presenta con muy mal estado general, el pulso no se siente en la radial izquierda, en la derecha es apenas perceptible, muy rápido y muy débil, la temperatura central es de 37°5.

Abdomen:

Inspección: Vientre plano é inmóvil cuando el enfermo respira.

Palpación: Contractura generalizada é intensa en todo el abdomen, sobre todo en la fosa ilíaca y el flanco derecho que es donde radica el máximum de dolor.

Percusión: Normal.

Diagnóstico: Peritonitis de origen apendicular.

Descripción de la operación:

Cirujano Hernández. Ayudante Dr. Rodríguez.

Anestesia general al éter.

Incisión de Roux. A la apertura del peritoneo se derrama pus fétido y espeso, no existe proceso alguno de limitación a la infección peritoneal, las asas intestinales y el ciego muy congestionados. El apéndice, gangrenado y perforado en la punta, se extirpa. El epiplón adyacente al apéndice, se extirpa en cierta extensión por estar gangrenado. Se vierte dentro del abdomen como 200 c.c. de alcohol que se dejan unos minutos y se enjuga por medio de compresas. Se deja un dren y una mecha en la fosa ilíaca derecha y un dren en el Douglas. Cierre parcial de la pared, en un solo plano, con crin.

Estado post-operatorio:

En la tarde de la operación el estado general del enfermo ha mejorado, el pulso que no se sentía en el lado izquierdo, ya se percibe, aunque débilmente. El enfermo se queja de intenso dolor en todo el vientre. La temperatura es de 39°, el pulso 130 por minuto. El tratamiento seguido fué: gorro de hielo permanente, 20 centigramos de alcanfor cada 3 horas, en la noche morfina 1 centigramo.

Primer día.

El enfermo tiene el estómago muy dilatado, lo que obliga a dar un lavado gástrico con agua bicarbonatada. La temperatura es de 38°2 y el pulso de 110. En la noche el enfermo evacua dos veces. El tratamiento fué el mismo que el día anterior, más 500 c.c. de suero.

Segundo día.

El estómago siempre dilatado obliga a dar otro lavado. El enfermo evacua varias veces en el día. La

temperatura es de 37° y el pulso 100 por minuto, fuerte. La cura amanece empapada de pus.

El enfermo se encuentra muy mejor, el dren del Douglas se moviliza y la mecha de la fosa ilíaca derecha se retira en parte.

Cuarto día.

Se extrae la mecha de la fosa ilíaca derecha. El dren de Douglas se extiende parcialmente.

Quinto día.

El estado general del enfermo es muy satisfactorio, los drenes del Douglas y de la fosa ilíaca derecha son retirados. A partir de este día el enfermo evoluciona normalmente. Dado de alta a los 19 días de la operación.

Observación No. 6

Hospital Padre Billini

J. L., 34 años, color indio, carpintero. Viene al hospital la noche del 22 de mayo del 1941 por dolor en el hipocondrio derecho, con irradiaciones altas y fiebre.

Historia: Dice el enfermo que este dolor le comenzó bruscamente a las 5 de la mañana y desde ese momento ha ido en aumento progresivo. El médico y el interno de servicio diagnosticaron cólico hepático. Se le inyectó morfina y el enfermo se fué a su casa. Al otro día se presentó al hospital con el mismo dolor.

Examen físico:

Al examen se nota el vientre muy deprimido en su parte media, blando, pero doloroso, sobre todo al nivel del hipocondrio derecho y del flanco. A nivel del hipocondrio derecho se nota cierta resistencia muscular. Interrogado el paciente dice haber sentido dolores abdominales difusos en otras ocasiones. 38°2 de temperatura y 116 pulsaciones por minuto. Los pulmones se encuentran normales. Un recuento leucocitario arrojó la cifra de 55000 leucocitos y una polinucleosis de 95. El diag-

nóstico pre-operatorio fué colecistitis supurada, según unos, y apendicitis aguda, según otros. El enfermo fué operado a las 36 horas de tener el dolor.

Descripción de la operación:

Cirujano Dr. Goico. Ayudantes Rojas y Jiménez.

Anestesia general al éter. Incisión: laparatomía media supraumbilical; a la apertura del vientre se constata gran cantidad de pus y líquido gástrico que proviene de una perforación que radica en la cara anterior del píloro. Sutura en 3 bolsas de la perforación, y esta se cubre con un fragmento de eplipón, que se sutura al estómago. Se vierte dentro de la cavidad peritoneal 500 gramos de alcohol que se dejan 3 minutos, se aspira luego y se deja un dren en el Douglas, dos mechas y un dren en la región vecina del píloro. Cierre parcial de la pared en 3 planos.

Estado post-operatorio:

Al otro día el enfermo amanece con el estómago distendido, lo que obliga a introducirle una sonda gástrica de Levine por vía nasal q. se deja permanentemente. El líquido que sale es muy espeso y negruzco, sangre coagulada. La temperatura es de 38 grados en la mañana y de 38.5 en la tarde. El número de pulsaciones es igual, 108 por minuto.

Tratamiento seguido: Gorro de hielo permanente en el vientre, alcanfor 20 centigramos cada 4 horas, suero fisiológico subcutáneo 1 litro, suero glucosado intravenoso 1500 gramos, sulfana 1 ampolla intravenosa, morfina 1 centigramo por la noche.

Primer día.

El estado general del enfermo ha mejorado, la temperatura es 37.5 y el pulso 106. Estómago siempre siempre dilatado, porque la sonda gástrica se obstruye por lo espeso del líquido.

Tratamiento seguido: Suero fisiológico 1 litro, con adición de 100 gramos de glucosa en gota a gota intra-

venoso, sulfana una ampolla. El enfermo orina 800 gramos en las 24 horas.

Segundo día.

El enfermo presenta siempre el estómago distendido, el líquido gástrico es más claro, la cura se encuentra empapada de pus, la temperatura es de 37°5 y el pulso de 100. El enfermo evacua. Orina: 800 grs.

Tratamiento seguido: Idéntico al día anterior.

Tercer día.

El estómago sigue distendido, el líquido obtenido por la sonda gástrica sale teñido de bilis. El dren del Douglas, que no da salida a nada, se extrae. El vientre presenta un poco de meteorismo localizado al flanco izquierdo. Orina de las 24 horas: 1 litro.

Tratamiento seguido: Idéntico a los días anteriores, más pituitrina cada 4 horas y un enema glicerinado que hace que el enfermo evacue escasas materias fecales.

Cuarto día.

El estómago siempre se dilata enormemente cuando la sonda se extrae. Por la sonda sale líquido amarillento de aspecto fecaloide en grandes cantidades. En la tarde la temperatura alcanza 39 grados, precedida de un escalofrío. Se retira una de las machas.

Tratamiento seguido: Idéntico al del día anterior.

Quinto día.

Estómago distendido. El sondaje gástrico da salida a grandes cantidades de líquido amarillento. Se retira el dren y la mecha que quedaba. El enfermo tiene 38°5 de temperatura. Para suplir la constante pérdida de líquido, a través del estómago, se le inyectan 4000 gramos de suero glucosado, intravenoso y 1000 de suero fisiológico, subcutáneo.

Sexto día.

El estómago siempre muy dilatado, da salida por la sonda a gran cantidad de líquido amarillento de aspecto fecaloideo. El enfermo presenta en la fosa ilíaca izquierda una tumoración sonora a la percusión. Se nota peristaltismo evidente a través de la piel y el enfermo tiene dolores de tipo cólicos. En la tarde el enfermo tiene 40°. Presenta en el brazo izquierdo una infección a las inyecciones de suero. El tratamiento seguido es idéntico al día anterior.

Séptimo día.

El enfermo amanece en 37°5. El estómago siempre distendido da salida a grandes cantidades de líquido amarillento. El peristaltismo es cada vez más evidente y los dolores de tipo cólicos son más frecuentes. Tratamiento seguido: Idéntico al día anterior.

Octavo día.

El estado del enfermo es igual al día anterior, salvo una temperatura de 39°6 en la tarde. El tratamiento seguido fué idéntico al día anterior, más una transfusión sanguínea de 600 gramos.

Noveno día.

El enfermo se siente un poco mejor, la temperatura es de 38° y el pulso de 90 por minuto. Está más tranquilo. Los días siguientes, hasta el 16, son idénticos a los anteriores. Se decide una nueva intervención que se practica en la fosa ilíaca derecha. Se toma una asa delgada y se hace una iliostomia por la cual sale gran cantidad de líquido y gases. Había una asa delgada acodada y unida a la herida de la primera intervención que se decide no tocar porque el enfermo se encuentra con un fuerte "shock". El peritoneo se encuentra normal. El enfermo murió al otro día. Tenemos la impresión de que este enfermo hubiera curado si la iliostomia hubiera sido hecha antes.

Observación No. 7

Hospital Padre Billini

Sala M-1

Julio del 1941.

A. J. P., 15 años, color indio, soltera. Viene al hospital por dolor en el vientre, fiebre, vómitos.

Historia: Dice la enferma que hace 72 horas, en ayunas, sintió un fuerte dolor en el epigastrio, acompañado de vómitos y gran malestar general. Pocas horas después este dolor se generalizó a todo el vientre, siendo cada vez más intenso. Seis horas más tarde se presentó fiebre de 38° que no ha cesado.

Examen físico:

38°5 de temperatura y 150 pulsaciones por minuto.

Abdomen:

La paciente se presenta con una contractura generalizada de todo el vientre. La palpación es dolorosa sobre todo en la fosa ilíaca derecha. La percusión es normal.

Tacto rectal: Douglas muy doloroso.

Diagnóstico: Peritonitis de origen apendicular.

Descripción de la operación:

Cirujano Dr. Goico. Ayudante Rojas.

Anestesia general al éter. Incisión de Jalaguier. A la apertura del peritoneo se derrama como medio litro de pus espeso y fétido. Se llega a la fosa ilíaca derecha, donde se descubre el apéndice gangrenado en la punta, en posición retrocecal y se extirpa. Se lava la cavidad con 600 gramos de alcohol etílico que se dejan 3 minutos, se aspira luego, se deja un dren en el Douglas y otro en la fosa ilíaca derecha. Cierre parcial de la pared en 3 planos.

Descripción de la operación:

En la mañana la enferma tiene 39°2 de temperatura y el pulso sigue igual: 150. El estómago dilatado re-

quiere la introducción de una sonda gástrica que da salida a un líquido verdoso y a mucosidades espesas. En la tarde la temperatura alcanzó 40 grados y las pulsaciones disminuyeron a 140. La paciente dice sentirse mejor. Evacuó en la noche.

Tratamiento seguido: Alcanfor 20 centigramos cada 4 horas y morfina 1 centigramo, suero glucosado 1500 gramos en la mañana y 1500 grs. de fisiológico en la tarde.

Primer día.

El estómago continúa siempre distendido, pues la sonda se obstruyó con las mucosidades. Temperatura de 39 grados en la mañana y 41° en la tarde. Las pulsaciones alcanzaron en la tarde a 155. La enferma está muy decaída. El tratamiento seguido fué el mismo que el día anterior.

Segundo día.

La temperatura es de 40 grados en la mañana y 40°2 en la tarde. El número de pulsaciones es de 130. La cura amanece empapada de pus, las paredes abdominales alrededor de la herida están inflamadas y muy dolorosas. Los puntos de la piel se quitan y se instalan dos drenes finos por los cuales se mantiene húmeda la herida con una solución de cloraceno.

Tercer día.

Idéntico al día anterior.

Cuarto día.

La temperatura alcanza 40°5 en la tarde. La enferma presenta un abombamiento en la región lumbar derecha, a la presión del cual sale gran cantidad de pus por el dren de la fosa ilíaca derecha. El dren del Douglas, que no daba salida a nada, se retira. Se inyectan 2 sulfanas por vía intravenosa, una en la mañana y otra en la tarde.

Quinto día.

La enferma amanece con 37°5 de temperatura. Estado general muy mejor. La herida supura abundantemente y mezclado con el pus aparece cierta cantidad de líquido de aspecto fecaloideo.

Sexto día.

La cantidad de líquido fecaloideo ha aumentado considerablemente.

Séptimo día.

La enferma amanece muy mejor. Ha quedado establecida una fístula, por la cual se derrama cierta cantidad de líquido intestinal. La enferma es dada de alta para que se reponga antes de la operación de cura de fístula.

Observación No. 8

Hospital Padre Billini

Sala H-3

Diciembre de 1940.

J. A. D., 27 años, mulato, zapatero. Viene al hospital por dolor en el vientre, vómitos y fiebre.

Historia: Desde hace tres días viene sintiendo dolor en la fosa ilíaca derecha. Este dolor se generalizó a todo el vientre desde hace 16 horas. Al mismo tiempo se le presentaron vómitos y fiebre.

Examen físico:

Aun cuando el enfermo tiene 39 grados y 130 pulsaciones por minuto, su estado general no parece muy afectado.

Inspección: Vientre plano e inmóvil cuando el enfermo respira.

Palpación: Contractura del abdomen con un máximo doloroso en la fosa ilíaca derecha.

Tacto rectal: Fondo de saco peritoneal doloroso.



Diagnóstico: Apendicitis aguda.

Descripción de la operación:

Cirujano Dr. Goico. Ayudante Hernández.

Anestesia general al éter. Incisión de Jalagier.

Desde que se abre el peritoneo se derrama pus fetido y espeso, que se encontraba libre en el vientre. El ciego está recubierto de falsas membranas, el apéndice gangrenado y perforado en la punta, se extirpa. Se vierte en la fosa ilíaca 200 c.c. de alcohol que se aspiran a los 3 minutos. Se dejan 2 drenes, uno en el Douglas y otro en la fosa ilíaca derecha, donde se deja también una mecha. Cierre incompleto de la pared en un solo plano, con crin.

Estado post-operatorio:

Dilatación de estómago los primeros días siguientes a la operación. El enfermo evacua a los dos días. La temperatura va descendiendo en lisis y el enfermo se siente muy mejor a partir del segundo día. La mecha es retirada al segundo día y los drenes al quinto. El enfermo fué dado de alta a los 22 días.

Observación No. 9

Hospital Padre Billini

Octubre de 1940.

A. P., 38 años, color indio, casada. Viene al hospital al séptimo mes del embarazo por dolor generalizado en todo el vientre, particularmente intenso en la fosa ilíaca derecha, náuseas, vómitos y fiebre.

Historia: Dice la enferma que desde hace 6 días viene sintiendo dolores en la fosa ilíaca derecha que se irradian a todo el vientre. Estos dolores se han hecho muy intensos desde hace 2 días. Anoche tuvo vómitos y hoy tiene fiebre.

Examen físico:

La paciente presenta un buen estado general. Temperatura de 38°5 y 110 pulsaciones por minuto.

Abdomen:

Contractura generalizada. Dolor en todo el vientre, sobre todo en la fosa ilíaca derecha.

Tacto vaginal: Fondo de saco peritoneal muy doloroso.

Diagnóstico: Apendicitis aguda.

Descripción de la operación:

Cirujano Dr. Goico. Ayudante Hernández.

Anestesia general al éter. Incisión de Mc. Burney.

A la apertura del peritoneo sale pus fétido que se encuentra libre en la cavidad peritoneal. En la fosa ilíaca se encuentran asas delgadas acodadas por adherencias frágiles. El ciego así como el ileon terminal se encuentran acartonados. Se extirpa un muñón, resto del apéndice gangrenado. Se vierten 200 c.c. de alcohol etílico que se retiran a los 3 minutos. Se deja un amplio drenaje. Cierre parcial de la pared, en un plano.

Estado post-operatorio:

La enferma evoluciona favorablemente. A los 9 días, a pesar de grandes cantidades de morfina, tiene un parto prematuro. Feto muerto. Fué dada de alta a los 29 días de la operación.

SEGUNDO GRUPO

Observación No. 10

Cuarto P-14

Enero de 1941.

E. M., 16 años, blanca, soltera. Viene al hospital por dolor en la fosa ilíaca derecha con fiebre y vómitos.

Historia: Dice la enferma que desde hace 6 días siente dolor en la fosa ilíaca derecha. Este dolor fué disminuyendo hasta casi desaparecer al otro día de tenerlo, para reaparecer 3 días después, esta vez más fuerte y acompañado de náuseas y vómitos. Desde anoche tiene fiebre de 39 grados.

Examen físico:

La paciente presenta un buen estado general, a pesar de tener 39° y 112 pulsaciones por minuto.

Abdomen:

Una intensa contractura ocupa todo el lado derecho del abdomen, donde el dolor tiene más intensidad. Un recuento leucocitado da 18,000 y un diferencial de 86 polinucleares. Se diagnostica apendicitis aguda.

Descripción de la operación:

Cirujano Dr. Goico. Ayudante Hernández.

Anestesia general al éter. Incisión de Roux. A la apertura del peritoneo sale líquido sero-purulento. El ciego está muy congestionado y detrás de él, el apéndice gangrenado y perforado en la punta, se extirpa, hundiéndose el muñón apendicular. Se vierte en la fosa ilíaca 200 c.c. de alcohol que se dejan 3 minutos, se aspira luego. Se colocó un dren cigarrillo. Cierre de la pared en un plano, con crin.

Estado post-operatorio:

Fiebre de 39° al otro día. A partir de este día evolucionó casi como una apendicectomía en frío, salvo dilatación de estómago, y fiebre que duró 2 días. Extracción del dren a los 3 días. Dada de alta a los 18 días.

Observación No. 11

Hospital Padre Billini

Cuarto P-9

Diciembre de 1940

C. A. A., 18 años, blanco, estudiante. Viene al hospital por dolor en todo el vientre, vómitos y fiebre.

Historia: Dice el enfermo que desde hace dos días siente el dolor. Este le comenzó en la fosa ilíaca derecha y poco tiempo después se generalizó a todo el vientre. El enfermo tiene náuseas y vómitos y desde ayer fiebre alta de 39°.

Examen físico:

El enfermo se presenta con fiebre alta, pulso rápido y débil. Facios peritoneal típica.

Abdomen:

Contracturado y doloroso, sobre todo en la fosa ilíaca derecha.

Diagnóstico: Apendicitis aguda.

Descripción de la operación:

Cirujano Dr. Contreras. Ayudante Rojas.

Anestesia general al éter. Incisión de Jalaguier.

A la apertura del peritoneo se derrama pus y serosidad fétida. El apéndice gangrenado y perforado, es extirpado. Se vierten 200 c.c. de alcohol que se retiran a los 3 minutos. Se deja un dren y dos mechas en la fosa ilíaca derecha. Cierre parcial de la pared, en 3 planos.

Estado post-operatorio:

La temperatura al otro día de la operación era de 38 grados y el pulso fuerte. Estómago un poco dilatado. El enfermo evoluciona favorablemente.

Tratamiento seguido: Se le inyectan varias ampollas de Suero antiperitonítico. Alcanfor 0.20 cada 4 horas. Suero fisiológico y glucosado: 1 litro diario.

Enfermo dado de alta a los 18 días.

Observación No. 12

Hospital Padre Billini

P-6

Abril de 1941.

R. M., 30 años, blanco, empleado público. Viene al hospital por dolor en la fosa ilíaca y en el flanco derechos, fiebre y vómitos.

Historia: Dice el enfermo que desde hace 4 días siente dolor en el epigastrio, que le comenzó a las diez de la noche y fué aumentando hasta hacerse intolerable a las doce. Tuvo vómitos alimenticios y después bilio-

sos, en la madrugada. Al otro día se localizó en la fosa ilíaca derecha siendo muy intenso. Le inyectaron 0.01 gr. de morfina y se calmó durante seis horas, para reaparecer de nuevo y extenderse por todo el lado derecho del vientre. Tenía fiebre.

Examen físico:

El enfermo tiene un buen estado general, temperatura 38°5 y 100 pulsaciones por minuto.

Abdomen:

Inspección: Un poco abultado.

Palpación: Contractura y dolor en el lado derecho.

Percusión: Meteorismo.

Diagnóstico: Apendicitis aguda.

Descripción de la operación:

Cirujano Dr. Goico. **Ayudantes** Rojas y Hernández.

Anestesia general al éter. Incisión de Jalaguir. Al abrir el peritoneo se constata que las asas delgadas próximas a la región ceco-apendicular están distendidas, congestionadas y recubiertas de falsas membranas, se encuentra cierta cantidad de líquido de olor fecaloideo. El apéndice está muy congestionado, con una perforación en la parte media, en situación externa y muy alto. El apéndice se rompe al fijarlo con la pinza y se extirpa. El meso-apéndice, gangrenado, se extirpa también. Se vierten 200 gramos de alcohol que se aspiran a los 3 minutos, se seca con una compresa y se cierra la pared percialmente, en tres planos, dejando un dren y una mecha en la fosa ilíaca derecha y un dren fino debajo de la piel.

Estado post-operatorio:

El enfermo tuvo fiebre los primeros días y el estómago se dilató hasta el punto de hacer necesaria la introducción de una sonda de Levine por la vía nasal que se dejó permanentemente. El vientre un poco abultado se aplanaba al cuarto día, cuando el enfermo hace una gran evacuación de materias fecales y gases.

Tratamiento seguido: Aceite alcanforado, cada 4 horas una ampolleta; suero anti-peritonítico, una ampolleta. Morfina 1 centigramo por las noches, los primeros días. A los seis días se retiran el dren y la mecha. El enfermo fué dado de alta a los 16 días.

Observación No. 13

Hospital Padre Billini

Clínica.

Septiembre de 1941.

C. G. de D., 23 años, blanca, casada. Viene al hospital por dolor en todo el vientre y vómitos constantes.

Historia: Dice la enferma que desde el día anterior, a la 1 p. m., siente dolor en el epigastrio que se generalizó al poco tiempo a todo el vientre. Tres horas después tuvo náuseas y vómitos. A partir de este momento hasta el otro día a las 11 a. m. en que fué operada, vomitó como 40 veces. No tuvo fiebre en ningún momento.

Examen físico:

La enferma presenta un buen estado general, 37 grados de temperatura y 90 pulsaciones por minuto.

Abdomen:

Dolor generalizado. Ligera contractura en la fosa ilíaca derecha.

Diagnóstico: Apendicitis aguda.

Descripción de la operación:

Cirujano Dr. Goico. Ayudante Sánchez.

Anestesia general al éter. Incisión de Mc. Stiller. A la apertura del peritoneo se derrama pus que se encontraba coleccionado en la región periapendicular. El ciego y las últimas asas delgadas estaban muy distendidas y recubiertas de falsas membranas. El apéndice, en situación retrocecal, gangrenado y perforado en la parte media. Apendicectomía retrógrada. Se vierten 200 c.c. de alcohol que se retiran a los 3 minutos. Se deja un

dren blando. Cierre de los planos profundos y se deja la piel, ampliamente abierta, rellena con gasas empapadas de cloraceno.

Estado post-operatorio:

La enferma evoluciona favorablemente y es dada de alta a los 13 días.

CONCLUSIONES

a) El tratamiento por el lavado intra-peritoneal de alcohol es realmente efectivo. Esto se ha puesto de manifiesto sobre todo en el hospital St. Joseph, donde se han hecho estadísticas comparativas de casos tratados por este procedimiento y de casos tratados de un modo ordinario. En los no tratados la mortalidad en las peritonitis generalizadas es de un 48.5%, mientras que en los tratados es sólo de un 6.15%. Aquí hemos observado una mortalidad global de un 7.2%.

b) De todas las sustancias empleadas directamente en las peritonitis generalizadas supuradas, el alcohol es el que ha dado los mejores resultados, ya que si examinamos estadísticas de casos en que se emplean otras sustancias, las que más baja mortalidad muestran son las de Schonbauer con la pepsina clorhídrica, dando un 12.8% de mortalidad, mientras que Behan, Sigmann y Ruelh reportan sólo un 6.15% en casos tratados por el alcohol.

c) Al empleo de esta sustancia nunca ha podido achársele efecto perjudicial algunos en los casos tratados. A lo sumo una ligera intoxicación alcohólica, sin importancia.

d) Los enfermos tratados por este procedimiento evacúan generalmente antes del tercer día de la operación, lo que representa un gran beneficio, ya que el íleo paralítico es una de las complicaciones más graves y más frecuentes de las peritonitis.

e) El tiempo de pirexia y de hospitalización de los enfermos tratados por este procedimiento es menos que en los tratados, según estadísticas de Ruehl.

f) Hemos observado, no descrito por los autores del método, una notable y persistente dilatación de estómago los primeros días siguientes a la operación. Esta dilatación cede a la instalación de una sonda gástrica permanente.

g) En las 13 observaciones presentadas hubo 2 fístulas intestinales. Una tuvo una causa evidente: el desgarramiento de la cubierta sero-muscular de un asa. La otra no la tuvo. Hemos observado fístulas, en casos no tratados por este procedimiento, ya sea porque la pared del ciego donde estaba implantado el apéndice se necrose secundariamente, porque se forme un absceso en el muñón apendicular inflamado, porque se suelte el punto de ligadura del apéndice, o porque un dren duro lesione las paredes intestinales, etc. Así es que, a nuestro entender, no puede atribuirse esta fístula al empleo del alcohol.

h) Casi todos los operados eran jóvenes.

j) Eran más casos de hombres que de mujeres.

BIBLIOGRAFIA

Behan, *The American Journal of Surgery*, 25, 28, 1934.

Sigmann y Ruehl, *The American Journal of Surgery*, octubre 1940.

King, *The American Journal of Surgery*, 37: 40. 1937.

Hawk y Woodhouse, *Surgery*, 5: 837, 1939.

Corachán García y Domenech-Alsina, *Clínica y terapéutica quirúrgicas de urgencia*, 1937.

Schonbauer, *Zentralbl. f. Chir.* 53, 2834, 1926.

INDICE

	Pág.
Introducción	15

PRIMERA PARTE

Historia	17
Técnica del empleo del alcohol	19
Absorción del alcohol al nivel del peritoneo	21
Modo de actuar del alcohol	23
Estadísticas comparativas de casos tratados de un modo ordinario y de otros tratados por el alcohol	25

SEGUNDA PARTE

Observaciones	29
Conclusiones	55
Bibliografía	57

342

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



