

KLAUDER.—Cit. V. y J. CABRAL.  
PIMENTA, J. J.—Sem. Med. Esp., 8, 354.  
SICULI, M. M.—Clínica Veterinaria, 6, 25.  
HODGSON, G. A.—Brit. Med. J., 483, 7 abril 1945.  
BARBER, NELLER y YOOB.—Lancet, 6387, 127.  
STILES, G. W.—Journ. Am. Med. Ass., 134, 11, 1947.  
PEYER, G.—Schw. Med. Wschr., 7, 159, 1941.  
GUIJO, F.—Rev. de San. Veter., 1, 2, 1945.

**APENDICITIS GANGRENOSA. EXTIRPACIÓN DE APÉNDICE, TROMPA DERECHA Y TREINTA CENTIMETROS DE ILEON. UREMIA FUNCIONAL CON CONVULSIONES TETÁNICAS. CURACIÓN**

J. PEDRO R. DE LE-  
DESMA

Cirujano del Hospital Pro-  
vincial de Cáceres.

J. JIMÉNEZ DÍAZ

Urólogo adscrito al mismo  
Servicio.

Presentamos un caso de uremia funcional con convulsiones tetánicas subsiguientes a una operación por apendicitis gangrenosa, en la que hubo que hacer ileotransversostomía por tener que resecar 30 cm. del intestino delgado final, además del apéndice y trompa derecha, en una niña. Las circunstancias clínicas del caso nos sugirieron la idea de intervenir por laparotomía media infraumbilical, más adecuada para explorar las lesiones secundarias que pudiera haber.

Queremos además hacer resaltar la importancia de hacer vigilar la administración de suficiente cantidad de soluciones cloruradas, cuando se somete a los enfermos a la aspiración intestinal permanente, de tan buenos resultados en el tratamiento del ileo paralítico postoperatorio.

**HISTORIA DEL PROCESO.**

M. C. A., de dieciséis años, de Erczas (Cáceres). Ingresa de urgencia en nuestro Servicio, porque hace cinco días tuvo un dolor abdominal difuso, con vómitos, fiebre, no habiendo expulsado gases ni heces desde entonces. Orina bien. Nos encontramos con una enferma de hábito asténico, con abdomen difusamente contraciturado y doloso a la palpación, respiración costal, intenso dolor en Douglas por tacto rectal, 38° de temperatura, pulso a 105, blando, rítmico. El examen de sangre da los siguientes resultados: Leucocitos, 14.400. Hematies, 3.380.000. Basófilos, 0. Eosinófilos 0. Mielocitos, 0. O. F. jóvenes, 0. N. alargado, 37. N. segmentado, 35. Linfocitos, 9. Monocitos, 1.

Con el diagnóstico de apendicitis aguda grave es intervenida a continuación.

Operación.—Anestesia general con éter. Laparotomía media infraumbilical. Apéndice gangrenoso pelviano amputado, con grandes adherencias a anexos derechos, los cuales también presentan placas de gangrena. Asimismo existen éstas en porción terminal de ileon. Se hace resección del muñón apendicular y cierre en bolsa. Se resecan 30 cm. de ileon, desde válvula ileocecal, haciendo ileotransversostomía. Salpingiectomía derecha. Limpieza con éter. Sulfamidotterapia local. Cierre sin drenaje. A continuación se comienza a administrar

penicilina, empezando con 30.000 unidades Oxford y 20.000 unidades Oxford cada tres horas, dando como dosis total 2.000.000 de unidades.

Postoperatorio.—A las veinticuatro horas de la operación se coloca por nariz una sonda duodenal, que es conectada a un sistema de aspiración continua. La enferma está bien hasta el quinto día, el cual nos la encontramos con gran depresión física y psíquica (semiúnconsciente), comunicándonos la Hermana que había estado quejándose de fuerte cefalea y después había tenido varios accesos de convulsiones, quedando entre ellos en el estado que estaba actualmente, con piel y lengua secas, pulso frecuente y pequeño, taquipnea, rigidez de nuca, hiperreflexia e hiperexcitabilidad muscular, apreciando durante la exploración un acceso convulsivo. Urgentemente ordenamos investigar urea en sangre y un análisis de orina, obteniendo los siguientes resultados.

Urea por 1.000, 3,43 gr. Orina: ácida, 1.018. No contiene glucosa, ni acetona. Albúmina por 1.000, 0,62 gr. Sedimento: Hematies, ++. Leucocitos, +. Cilindros hialinos, granulosos y leucocitarios.

(Día 6 de febrero de 1948.)

Hecho el diagnóstico, iniciamos seguidamente el tratamiento, con solución fisiológica de cloruro sódico, administrando un litro en las primeras veinticuatro horas. En los momentos iniciales se pusieron 20 c. c. de suero clorurado hipertónico. Debido a la intensa participación central, nos pareció indicada una punción lumbar, obteniendo líquido a gran tensión, claro, dejándole salir hasta que ésta disminuyó sensiblemente. (No se hizo en él ninguna investigación, por haberse perdido por accidente.) Con la punción lumbar cambió rápidamente el estado psíquico de la enferma, la cual comenzó a interesarse por el medio, no volviendo a tener ningún acceso convulsivo. La cantidad de orina los tres primeros días estuvo entre los 200 y 350 c. c., para aumentar progresivamente y ser al décimo de 1.000 c. c. Con este tratamiento siguió la enferma los días siguientes, manteniéndose en un relativo buen estado. Le fueron periódicamente investigados urea en sangre, análisis de crína y cifras tensionales, las cuales en los primeros momentos estuvieron bajas y después quedaron en los límites de la normalidad.

(Día 24 de febrero de 1948.)

Urea por 1.000, 0,40 gr. Orina: ácida, 1.014. Indicios de albúmina. No contiene glucosa, ni acetona. Sedimento: algunos leucocitos. No cilindros.

Es dada de alta por curación el 6 de marzo de 1948, habiendo permanecido en el Servicio treinta y cinco días.

No es nuestro objeto hacer una extensa exposición etiopatogénica de este síndrome, sino que, aprovechando el motivo alegre que nos indujo a publicar este caso clínico, nos permitiremos hacer algunas breves consideraciones que nos ha sugerido la observación del mismo.

Fué descrito por primera vez por LEÓN BLUM con el nombre de "uremia por falta de sal", denominación que en el sentir de JIMÉNEZ DÍAZ es incorrecta, puesto que su aparición es debida a falta de agua y sal, siendo la carencia de la primera la que realmente lo provoca.

Se ha llamado y se llama a este cuadro "uremia funcional", lo cual, como afirma el citado autor, no quiere decir nada de su menor gravedad, sino de su reversibilidad, característica que en nuestra enferma fué bien patente. LICHWITZ la da el nombre de "toxicosis hipoclorémica deshidratante", con lo que excluye los casos producidos por diarreas, puesto que en ella se pierde fundamentalmente agua y sodio, observándose una hipercloremia relativa.

Es indudable la relación entre la aparición del síndrome y la constante pérdida de contenido intestinal por la sonda de aspiración, cuya pérdida fué insuficientemente compensada por nosotros, y colocaron al enfermo en circunstancias análogas a las experiencias de ROSEMAN, WHIPPLE, HADEM, KATSCH y MELLINGHOFF, con progresivo empobrecimiento del organismo en agua, que pone en marcha procesos autolíticos objetivados por el aumento de urea en sangre.

Nuestra enferma tuvo varios accesos convulsivos que, según la concepción patogénica admitida por todos, hemos de relacionar con la alcalosis existente en estos estados y disminución de la fracción calcio ionizado. Mas como ellos fueron rápida y decididamente influenciados por la extracción del líquido cefalorraquídeo, nosotros pensamos que su beneficioso efecto tal vez tuviera relación con el edema cerebral que algunos autores encontraron en casos mortales, y que ellos piensan tiene importancia en los momentos terminales del curso clínico.

Si examinamos los análisis de orina, vemos que hay alteraciones evidentes. En primer lugar se mantuvo constantemente ácida y no alcalina, como suele ser, aunque ya GOLLWITZER-MEYER, YOUNMANS y GREENE hablan de que la reacción puede ser de ambos modos. Vemos además la existencia de albúmina, hematíes, leucocitos, cilindros hialinos, granulosos y leucocitarios, todo lo cual es claro indicio de lesión renal, habiendo ya hablado SCHIFF de "pseudonefritis de desecación". LICHTWITZ dice que la anoxia renal

puede ser la causa de la ictericia que aparece en algunos casos, y que no se presentó en el nuestro. Según DAVIES, HALDANE y PESKETT, la anoxia es debida a que en los estados de alcalosis el transporte de oxígeno de la hemoglobina a los sistemas oxidantes intracelulares está inhibido, existiendo, por tanto, un estado de anoxia tisular relativa. Pero no creemos que deba ser desestimado el colapso vascular que hay en estos enfermos, el cual trae aparejado el retardo en el transporte de oxígeno, la anoxia de los tejidos, la aparición de productos de la oxigenación defectuosa, con la consiguiente acentuación de la dilatación capilar y atonía.

## RESUMEN.

Se expone la historia de un caso de apendicitis gangrenosa operada por laparotomía media en la que se extirpó apéndice, trompa derecha y 30 cm. de ileon, haciéndose ileotransversostomía. En el postoperatorio tuvo uremia funcional con convulsiones a causa de la aspiración intestinal permanente, que curó con inyección de grandes cantidades de soluciones cloruradas.

## BIBLIOGRAFIA

1. JIMÉNEZ DÍAZ. — Lecciones de Patología Médica. T. II. 3.ª edición, pág. 219.
2. LICHTWITZ. — Nefritis, pág. 180 y 183.
3. ROSEMAN, WHIPPLE, HADEM, KATSCH, MELLINGHOFF. — Cit. KATSCH. Trat. de Medicina Interna. T. III, pág. 457 y 458.

# RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

## TRAQUEOTOMIA DE URGENCIA

H. CLARÁ MORAL

Dentro de las intervenciones de urgencia, es la traqueotomía una de las más importantes y vitales, siendo el conocimiento de sus indicaciones y de su técnica absolutamente preciso e indispensable para todo el que ejerce la Medicina, sea cualquiera la rama de ella a que se dedique. En efecto, las ocasiones en que es preciso realizarla no dejan, en general, tiempo para recurrir a un especialista (aun suponiendo que se ejerza en una ciudad) y ante un enfermo que se asfixia y cuya vida depende exclusivamente de una intervención rápida, nadie que merezca llevar el título de médico podrá excusarse alegando que él se dedica a otra especialidad o, incluso, que sólo hace laboratorio, etc. Todos, en absoluto, podemos vernos en la precisión de hacerla, y debemos, por tanto, conocer lo mejor posible un tema que rebasa ampliamente los límites de la Otorrinolaringología.

La traqueotomía es una operación consistente en incindir los planos superficiales del cuello y la pared de la tráquea para establecer una comunicación entre ésta y el exterior que permita al enfermo respirar cuando, por una u otra causa, no puede hacerlo a través de su laringe. En muchas ocasiones se recurre a ella como fase previa a operaciones de la laringe (laringectomía, etc.) y de la faringe; en otras se realiza para administrar por esta vía la anestesia a individuos que van a ser sometidos a operaciones sobre las vías aéreas o la cara, y que, por lo tanto, no pueden tener puesta una mascarilla. Pero es muy frecuente, y ello es lo que ahora nos interesa, que la traqueotomía tenga que ser hecha urgentemente, como único medio de salvar la vida a un sujeto que se asfixia por obstrucción de sus vías respiratorias altas.

Como dice LAURENS: "la traqueotomía está indicada, como medida de urgencia, en todos aquellos casos en que un obstáculo situado por encima de los primeros anillos traqueales impide el paso del aire, conduciendo así al sujeto a la muerte por asfixia". Hasta cierto punto, importa poco cuál sea la