

Por los Doctores

WENDICHANSKY
Y J. BENTOLILA,
de TUCUMAN.

RUPTURA ESPONTANEA Y FRAGILIDAD DE VEJIGA

EL hecho poco común y la poca bibliografía que hemos encontrado de ruptura de vejiga, nos induce a presentar este nuevo caso. Con ello queremos justificar nuestra distracción, ante el enfermo, de no haber pensado en ruptura de vejiga, siempre muy justificable debido a la poca frecuencia y para lo sucesivo tener presente la enseñanza que nos deja esta observación.

HISTORIA CLÍNICA

J. R. J. de 59 años, argentino, casado, jornalero.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Enfermedades propias de la infancia, neumonía a los 17 años, viruela a los 19 años. Blenorragia, niega otras venéreas. Nueve hijos sanos, no hay abortos.

Enfermedad actual. — Hace cinco años tuvo su primer ataque de retención aguda, que duró dos días y mejoró con baños de asiento y fomentaciones calientes al bajo vientre. Desde entonces comenzó a sentir deseos frecuentes de orinar, chorro delgado y sin fuerza, orinándose en los zapatos. Polaquiuria nocturna. Este estado continúa hasta siete días antes de su ingreso al hospital, sumando dolores lumbares y una nueva retención aguda que mejora poca cosa con la terapéutica anteriormente usada. Expulsa pequeñas cantidades de orina pero el enfermo continúa en retención. En este estado, sin que haya mediado ninguna causa externa, sufre un fuerte dolor en puñalada en el bajo vientre, que le produce la pérdida del conocimiento, cayendo al suelo, donde queda abandonado por espacio de dos horas, hasta que un familiar lo socorre, trasladándolo al hospital.

Estado actual. — El enfermo llega a la guardia por sus propios medios pero en una posición de defensa. Encorvado hacia adelante, sosteniendo el vientre con las manos por encima del pubis con facie de un gran dolor, quejándose continuamente, palidez, sudores fríos, pulso pequeño hipotenso y discretamente

frecuente, temperatura 37.8. Nada anormal en corazón y pulmón. Anisocoria marcada con dilatación de la pupila izquierda. Reaccionan a la luz y perezosamente a la acomodación.

Abdomen. — Defensa generalizada con gran dolor en todo el vientre, llamando la atención un gran abombamiento, mate a la percusión; no expulsa ga-



ses desde la mañana. (Suero, aceite alcanforado, cafeína, etc.). Dos horas después mejora su estado general y se decide intervenirlo. Laparatomía mediana-infraumbilical, anestesia general por éter. Se constata con sorpresa que el campo operatorio es invadido por una gran cantidad de líquido limpio, incoloro y sin olor que hiciera sospechar que se trataba de orina, en cantidad de unos cuatro a cinco litros. Extraído el líquido por medio de compresión y algunas compresas y explorando la cavidad, se constata que proviene de un orificio redondeado del tamaño de una moneda de cinco centavos, situado en la cara pósterio

superior de la vejiga, que diagnosticamos de ruptura espontánea de vejiga. Se observa que continúa la expulsión de líquido por el orificio si se efectúa presión en la vejiga. Sutura de vejiga en dos planos. Se cierra la cavidad abdominal dejando drenaje. Sonda uretral permanente.

Evolución. — El enfermo continúa con temperatura de 38 grados, disminuyendo a la normal a los tres días. El estado general mejora notablemente. Se palpa una próstata hipertrofiada del tamaño de una mandarina, distinguiéndose borrados los lóbulos. Buen calibre uretral. 44 Beniqué. No se hace cistoscopia por miedo a la inyección vesical. Bordet-Wassermann *negativa*. Urea en sangre, 0,45 por mil.

Orinas. — Densidad 1010, turbia, alcalina; úrea 7.5; cloruro 4; glucosa no hay. No hay pus ni cilindros, abundantes cristales de fosfato amónico magnésico.

Mandamos nuestro enfermo para efectuarle una cistografía. Al inyectarle líquido de contraste (bromuro de sodio al 30 %), nos dice el enfermero, que a pesar de hacerlo con todo cuidado y cantidad no mayor de ciento cincuenta gramos del líquido, el enfermo acusó un gran dolor, que más tarde se acompaña de un cuadro peritoneal, escalofríos, vómitos, defensa generalizada del vientre, pulso pequeño e hipotenso, con 38,3°.

Informe radiológico (Dr. Méndez Valadares). — Inyección de bromuro de sodio al 30 %: 150 c. c. Imagen de vejiga con su borde superior deformado y angulizado en su lado izquierdo. Proceso perivesical con un trayecto fistuloso insinuado?"

Dado su estado poco favorable, no se interviene. Tratamiento: reposo y bolsa de hielo, mejora lentamente, pero continúa con temperatura alta y defensa que nos obliga a una nueva laparatomía exploradora. Nos encontramos con adherencias de intestino delgado a la vejiga que nos impide progresar hasta la cara posterior de la misma, resolviendo dejar un drenaje amplio. No se encuentra ninguna colección purulenta, a pesar de haber observado prolijamente hasta donde las adherencias nos permitían. Nuestro enfermo mejora para reagravarse y en este estado fallece a los seis días.

Se practica la autopsia y se encuentra que la vejiga está aumentada de tamaño con pericistitis, pared adelgazada, flácida, de consistencia disminuida. El orificio que había sido suturado a la entrada al servicio se encuentra taponado por intestino delgado y se constata que los puntos habían sido reabsorvidos sin conseguir la cicatrización deseada. A la izquierda de la línea media y en la cara posterior y a la misma altura de éste, se encuentra otro orificio del tamaño de un cobre de dos centavos que comunica directamente con la cavidad peritoneal, invadiendo en un trayecto de 10 centímetros que está tapizado por intestino delgado. Dicho trayecto estaba lleno de pus. Próstata piriforme que invade la cavidad vesical.

Informe anatómico patológico del Prof. Dr. Salvador Maza. — Adenoma prostático con embolias bacterianas e incrustaciones uráticas. *Sífilis de pared.*