

UN CASO DE RUPTURA DE LA VEJIGA

Por el Dr. ÁNGEL D. VARGAS

Desarrollo:

A—ANATOMÍA DE LA VEJIGA B—
FISIOLOGÍA DE LA VEJIGA C—
HISTORIA CLÍNICA D—
CONSIDERACIONES DEL CASO E—
BIBLIOGRAFÍA.

A—Anatomía de la vejiga

La vejiga es un reservorio muscular, la cual sirve para recoger la orina que se va formando en los riñones. Cuando está vacía descansa casi enteramente en la pelvis; cuando distendida asciende, ocupando la cavidad **abdominal**, pudiendo llegar hasta el ombligo. En el niño la vejiga es alargada y angosta y cuando hay retención de orina se extiende relativamente alto en la cavidad - abdominal. La capacidad media es de medio litro en el adulto, capacidad que es un poco más grande en la mujer. El vértice de la vejiga está unido al ombligo por medio de un cordón fibroso, el uraco, el cual puede ser el sitio de tumores o quistes de origen embrionario. El cuello de la vejiga se continúa con la uretra y en el hombre está rodeado por la próstata. Las arterias de la vejiga provienen de las ilíacas internas y de la hemorroidal media. Los linfáticos acompañan a las venas y terminan en los ganglios hipo-

hacer mucho con estas desdichadas enfermas poseedoras casi siempre de distocias pélvicas, y asistidas en sus partos por medios primitivos; y cuando hayáis aliviado una de estas enfermas, estar seguro que el reconocimiento por parte de ella será eterno, aparte de la legítima vanidad que sentiréis de haber hecho un bien apreciable.

5^o—Pero es precisamente evitando que se produzcan, cómo - debemos combatir tan molesto mal; y es por medio de la, observación rigurosa de las reglas de 3a obstetricia moderna, en el momento de trabajo de parto de nuestras futuras madres, cómo veremos desaparecer del **campo** de la ginecología las fístulas genitales de origen obstétrico, con lo que habremos alcanzado un grado más de evolución en los progresos de la medicina.

Bibliografía

Crossen & **Crossen.**, Ginecología Operatoria Crossen & Crossen, Enfermedades Genitales de la Mujer. Calatroni-Ruiz, Terapéutica Ginecológica. Christopher, tratado de Patología Quirúrgica.

gástricos. Los nervios vienen de dos fuentes: los segmentos sacrosuplen los nervios pélvicos y los segmentos lumbares superiores las fibras hipogástricas.

B—Fisiología de la vejiga

La vejiga, así que se llena gradualmente, se contrae rítmicamente, y estas contracciones se amplían a medida que la vejiga se va llenando. Cuando la capacidad de la vejiga es alcanzada, se verifica una contracción y luego un reflejo nervioso, el cual si es atendido por los centros, la contracción se intensifica provocando la abertura de los esfínteres vesicales. Si la contracción primera no logra estimular los centros, entonces la vejiga llegará a un nivel alto de tensión. Como una regla, los niños orinan después que el primer estímulo alcanza los centros espinales reflejos. En el adulto estos centros espinales están enteramente bajo el control o influencia de la corteza cerebral. Después que los centros superiores han ganado control, los centros espinales, aun estimulados, no actúan hasta que los centros corticales suspenden su influencia inhibitoria. Cuando los niños no han alcanzado un control voluntario, ellos pueden orinarse durante el sueño. Significa esto que los "mecanismos" inhibitorios superiores no han ganado completo control sobre los centros inferiores, como sucede en el adulto.

La pérdida de función de uno de los esfínteres vesicales, no resulta en incontinencia de orina. La función de ambos esfínteres; tiene que estar abolida antes de que la incontinencia se establezca. Muy a menudo en la sífilis medular, la vejiga pierde su sensibilidad, de tal modo que los impulsos para vaciarla no son recibidos, sobreviniendo una dilatación vesical. Parte de la orina es expulsada: de rato en rato, causando la incontinencia paradójica!, incontinencia con vejiga llena.

C—Historia clínica

La siguiente observación es de un paciente operado de urgencia.

L. M. L., de 29 años, soltero, labrador mestizo, hondureño, originario de San Juancito. ingresó al Hospital San Felipe el 16 de marzo de 1948, a curarse de un dolor del vientre.

Histeria de la enfermedad,—Refiere el enfermo que el 15 de marzo del presente año, como a las dos y media de la tarde y después de estar ingiriendo aguardiente con un amigo, éste le dio un fuerte puntapié en el vientre, que lo lanzó a tierra, produciéndole un fuerte dolor en el hipogastrio, acompañado de insoportables deseos de orinar, y que con cierto esfuerzo se levantó para orinar, haciéndolo sin dificultad. Al momento sintió exacerbación del dolor, optando por irse a su cama y una vez en ésta quiso incorporarse para orinar, pero no pudo, desvaneciéndose y perdiendo el conocimiento, lo cual, al parecer, le duró poco. Después no podía moverse porque sentía un fuerte calambre doloroso que se irradiaba del hipogastrio a la región pectoral y axilar derecha; tem-

prano de la noche fue examinado por el médico del lugar, practicándole un cateterismo vesical que provocó la salida de sangre, "pura sangre", según palabras del enfermo, y viendo que la hematuria no cesaba, indicó se trasladara al contundido al Hospital San Felipe lo más pronto posible.

Enfermedad actual.—Nuestro paciente se presenta con un aspecto de suma gravedad, la apariencia de un intoxicado. El pulso es filiforme y acelerado, cara pálida y estado ansioso. A la inspección, el abdomen se nota un tanto abombado. A la palpación hay dureza abdominal, dolor más marcado en el hipogastrio. Hay presencia de sangre en el meato. No ha orinado. Al tacto rectal se percibe distendido, renitente y doloroso el fondo de saco rectovesical. Con esta sintomatología y sin hacer ninguna exploración intravesical se hizo el diagnóstico de "ruptura intraabdominal de 3a vejiga". El recuento de glóbulos blancos que se hizo inmediatamente fue de 15.700. Pocos minutos después se le traslada a la sala de operaciones para ser intervenido.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Nada digno de mención.

Estado actual:

Cabeza y cara: normales.

Cuello: normal.

Tórax: normal.

Abdomen: buena prensa abdominal. Dolor y contractura en todo el abdomen.

Hígado: normal.

Bazo: normal.

Riñones: no se palpan. Anuria y presencia de sangre en meato.

Temperatura: 38.2.

Examen labora tonal:

R. de Kahn: positivo más cuatro.

G. R.: 3.450.000

G. B.: 15.700

N.: 64%

L.: 16%

Gm.: 16%

E.: 4%

Hb.: 50%

Hematozoalo: negativo.

Tiempo de coagulación: 9 minutos.

Heces: abundantes colibacilos.

Operación.—Anestesia etérea —Posición en Trendelenburg. —Incisión infraumbilical. abertura de la hoja aponeurótica anterior del recto derecho, a medio cm. de la línea alba, retracción del recto hacia fuera, abertura de la hoja posterior con el peritoneo. Al sólo caer en la cavidad abdominal se ve gran cantidad de líquido sanguinolento; se coloca un rollo para apartar la masa intestinal de la cavidad pélvica, y aspirar el líquido presente; por el olor se comprueba que es orina mezclada con sangre. Explórase la vejiga, encontrándose una ruptura de su cara posterior, orientada en el