

Un caso *de* extraordinaria gravedad

M. H. de 22 años, de oficios domésticos y de este domicilio es pasada del Servicio de Maternidad, donde 20 días antes había tenido un aborto de 4 meses, al ler. servicio de Cirujía, el 13 de octubre a curarse de un flujo blanco.

Practicado el examen ginecológico se constata la presencia de ese flujo cuyo examen microscópico mostró la abundancia de gérmenes comunes de la supuración y ausencia de gonococos. En el útero y los anexos nada de anormal. Aparatos y sistemas normales, estado general muy bueno.

Antecedentes. Un parto normal.

Reacción de Kahn, negativa.

Orina, normal.

Se diagnostica endometritis post-abortum y se le aplica un tratamiento consistente en irrigaciones vaginales de permanganato de potasio, dilataciones del cuello y cauterizaciones de la mucosa uterina con una solución de nitrato de plata al 10%.

La endometritis estaba casi curada cuando un día, regresando la enferma de una visita a su familia, fue presa, a las 4 de la tarde, de un violento dolor en la fosa ilíaca derecha acompañado de vómitos. La enfermera la puso una bolsa de agua caliente, entreteniéndola así la noche. Al siguiente día, 28 de octubre

examine la enferma y encontré: un dolor muy marcado a la presión en el punto de Mac Rurney, sin hiperestesia cutánea, sin contracción muscular, sin temperatura, sin alteración del pulso ni del facies, sin retención de materias, ni de gases, sin meteorismo, con ligeros vómitos mucosos y biliosos. Al interrogarla, dijo la enferma que ya muchas veces había experimentado un dolor pasajero en ese mismo sitio, que curaba sin medicinas guardando nunca cama. Hice el **diagnóstico de** apendicitis crónica con una exacerbación dolorosa aguda y a pesar de la aparente benignidad del caso resolví operarla inmediatamente.

Cual no sería mi asombro cuando al abrir la pared por una incisión media infraumbilical saltó una gran cantidad de líquido seroso, color ambarino y detrás de él salió una ansa intestinal fuertemente dilatada, violácea y con la superficie peritoneal muy despulida; mostrando los caracteres francos de una peritonitis.

Al ver aquella ansa tan dilatada y a su lado otras de colorado y tamaño normales pensé inmediatamente en una oclusión intestinal, que confirmé al encontrar largas, fuertes y bien tirantes bridas, que fui poco a poco seccionando hasta destruirlas todas, y dando pase a los gases contenidos.

Con dificultad logré encontrar el apéndice incluido en un segmento de epiplón negruzco, lo desprendí y vi un apéndice largo, grueso, violáceo, muy vascularizado que incontinentemente extirpé, lo mismo que el epiplón a él adherente.

Luego pasé a explorar el aparato genital interno. Allí encontré anchas y delgadas cortinas de adherencias de los intestinos al útero, trompa, ovarios y pared pelviana.

No sin trabajo logré desprender los anexos, bien altos con las trompas dilatadas.

Hice la salpingovariectoma bilateral; ambas trompas estaban llenas de pus y los ovarios quísticos.

Coloqué un drenaje en el fondo de saco de Douglas y cerré la pared abdominal con puntos de seda totales.

La enferma fue puesta en su lecho en posición de Fowler, se le aplicó un gota a gota rectal y se prescribió una inyección de aceite alcanforado cada 3 horas.

Los dolores y vómitos desaparecieron el mismo día, por la tarde.

Al siguiente día la enferma tenía 33° de temperatura y 180 pulsaciones por minuto.

El 3er día 39° y 160 pulsaciones.

El 4º día, 39° y 120 pulsaciones y así sucesivamente fue descendiendo la temperatura y el pulso disminuyendo de rapidez.

El 3er. día la supuración de la cavidad peritoneal estaba **instalada**; tratándose con aspiraciones del **Douglas a travez del tuvo** de drenaje e inyectándole septicemia por la vía endovenosa.

Pocos días después la supuración infiltraba la pared y los hilos rompieron los bordes hasta ser inútiles, entonces quedó al descubierto la cavidad y ansas intestinales **temiéndose una** eventración.

Felizmente nada **grave** sobrevino y la pared abdominal **está** muy **próxima** a estar **completamente** cicatrizada.

La enferma se levantó al mes justamente y está hoy convaleciendo.

En 13 años de práctica quirúrgica es el primer caso que encuentro de tanta gravedad con un cuadro clínico de caracteres tan benignos.

Desde que sistemáticamente opero todos los síndromes abdominales dolorosos, del orden quirúrgico, nunca he tenido que arrepentirme.

Numerosos son los casos que hemos tenido la dicha de salvar, con diagnóstico o sin él.

S. PAREDES.

Tegucigalpa, Nov. 25 1930.

Para leer bien un radiografía toraxica, labor indispensable del práctico, es indispensable un aprendizaje serio que de sombras **anormales** son equivocadamente consideradas como patológicas, que de obscuridades pulmonares o vasculares son atribuidas a ganglios imaginarios.

RÜBERT DEBRE.