

## DE PRÁCTICA HOSPITALARIA

Por el Dr. JUAN A. MEJIA.

Ha tiempos la práctica ginecológica, obstétrica y de cirugía general fueron genialmente ayudadas, por maniobras o procedimientos especiales, que vinieron a solucionar muchas, y muy escabrosas dificultades en las operaciones siendo ésta la razón porqué quedaron intocables en sus fundamentos esenciales, y los progresos de hoy, como los de mañana han dejado y dejarán a no dudarlo, permanentes sus enseñanzas, honrando así a sus creadores eminentes, quienes a fuerza de observación y de mucho estudio, pudieron aquellos grandes Maestros, dejar la estela luminosa de su sapiencia en cada una de esas manipulaciones o maniobras, son ellas: la posición de Trendelenburg, la maniobra de Moriceau, el golpe maestro de Farabeuf, la maniobra de Credé, la versión Podálica, la enseñanza del Profesor J. L. Faure de quedar el cirujano operador a la izquierda en las operaciones ginecológicas, y así algunas otras más; pero hoy, a la que queremos referirnos y esto va en especial \*a los Cirujanos jóvenes, es el drenaje abdomino-pélvico del Profesor Mikulicks al cual deben la vida millones de enfermos; ya el eminente Profesor J. L. Faure justipreció esta maniobra — cuando dice— que él la recomienda siempre, porque con ello ha salvado muchos enfermos y que prefería mil eventraciones (acusaciones de sus oponentes) que pudieran presentarse por su uso, que una muerte segura por no haberla puesto en práctica, ese drenaje salvador al Mikulicks, tan sencillo en su procedimiento pues sólo consiste en llevar al fondo de la cavidad abdomino-pélvica, una gasa ancha con cordones en su fondo, para hacerla salir en el momento necesario, la cual se rellena de otras gasas delgadas y largas que se pueden numerar y que se llevan al fondo mediante una suave presión; siendo su cantidad de acuerdo con lo que se está tratando, así una cantidad moderada, si se trata de una supuración en el fondo y más o menos apretada si se trata de una hemorragia en "napp," las cuales se ocasionan con motivo de las grandes adherencias abdomino-pélvicas situadas en el fondo del saco de Douglas, en esas viejas anexitis dobles, muchas veces tan terribles y con las cuales lamenta encontrarse el Cirujano y máxime que en algunas, cuesta mucho encontrar un pequeño "clivaje" y que al cortarlas producen grandes rasgaduras en los tejidos esclerosados y de consiguiente producen muchas veces hemorragias incontenibles, dificultando mucho su posición y donde el Cirujano ve sangrar por todas partes, sin que halla lugar apropiado para poner pinzas, es entonces que el drenaje en cuestión, es la bendición del enfermo y del Cirujano, evitándose así un desenlace fatal en estos enfermos. ¡Cuántas veces hemos alabado al Profesor Mikulicks por esa su gran sabiduría, tan sencilla y tan grande!

Los tiempos modernos con sus nuevos procedimientos asépticos y los nuevos medicamentos, como las sulfas, penicilina y estreptomina, apenas han variado los usos del drenaje al Mikulicks, así para el caso, ya la mayoría de Cirujanos no lo ponemos sino raras veces después de las grandes histerectomías como lo hacía y lo mandaba el Profesor Faure, pero nunca debe dejarse de hacer, cuando hay una pelvis-peritonitis supurada o aquellas hemorragias en sábana de que hablamos anteriormente y es nuestro concepto y así lo hacemos siempre en nuestra práctica, con las enfermas que han sufrido una peritonitis anterior aunque haya llegado a su período completamente fría y es porque fácilmente al cerrar el vientre, se repite la inflamación anterior, como si hubiese quedado lisiada la cavidad abdominal. Las duras lecciones de práctica hospitalaria nos han enseñado a dejar abierta la cavidad en estas intervenciones especiales, con éxito cien por ciento y es por eso que la recomendamos siempre a nuestros alumnos del servicio de Ginecología.

Podríamos presentar un gran número de observaciones en nuestra larga práctica, pero no cansaremos su elevada atención relatóndoles las tantas observaciones y sólo enumeraremos unas dos recientes y a propósito de estos casos, recordamos la satisfacción que sentimos con nuestra primera operación de esta clase, en el Hospital de Antigua Guatemala, cuando vimos salvada como por milagro una enferma que sufría una inundación abdomino-pélvica por ruptura de una enorme salpingitis supurada, y confieso que al operarla y encontrar aquel vientre enormemente infectado, pensamos que no habría salvación para aquella pobre paciente que presentaba ya síntomas muy graves de peritonitis y declaramos a nuestros ayudantes, vista la gravedad del caso, que no habría salvación posible para ella, y, nuestra sorpresa fue grande, cuando paulatinamente fuimos viendo su mejoría y veinte días después, salía curada completamente, causándonos esto el asombro consiguiente y sintiendo una íntima satisfacción, viendo claramente, el gran poder del drenaje al Mikulicks. Desde entonces lo hemos usado en casos que ya indicamos y siempre nos ha colmado el éxito y decimos con el Ilustre Profesor J. L. Faure, que preferimos que eternice la enferma en su cama de Hospital y que vengan miles de miles de eventraciones, pero que no lamentemos, una tan sola defunción.

Las sabias lecciones por viejas que sean, no pierden nunca su actualidad.

Leeremos siquiera en resumen para no cansarlos, dos observaciones recientes.

R. I. de 25 años de edad, soltera, costurera, originaria de Comayagüela, ingresa al Servicio de Ginecología del Hospital General el 10 de noviembre de 1946, a curarse un dolor en el bajo vientre y un flujo rojo.

**HISTORIA**

Refiere la enferma que el 23 de septiembre del presente año le empezó una fuerte hemorragia vaginal, acompañada de un dolor agudo, localizado en el bajo vientre, náuseas, algunos días después anorexia y estreñimiento al grado de verse obligada a ponerse enemas para poder defecar, se dispuso a consultar un Médico el cual le prescribió: 85 pasts. de sulfatiazole, una ampolla de penicilina de 300.000 U. O. en solución oleosa, gotas de eritocomina, un frasquito de Ginergeno, enemas laudanizados y bolsa de hielo perenne en el bajo vientre, notando ella que no sentía mejoría dispuso ingresar al servicio el 10 de noviembre de 1946.

**ANTECEDENTES HEREDITARIOS.** — Sin importancia.

**ANTECEDENTES COLATERALES.** — Sin importancia.

**ANTECEDENTES PERSONALES.** — No fuma, no ingiere alcohol, antes de la enfermedad, comía bien, dormía bien, sus funciones naturales eran normales en las 24 horas. Ha padecido de sarampión, tos ferina, paludismo.

**ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.** — Dolores esteócopos en ambas piernas.

**ANTECEDENTES GENITALES.** — Menarquia a los 13 años, tipo 30/3, irregular indolora, escasa. Ha estado embarazada cuatro veces, terminando por parto normal el primero y los restantes por abortos embrionarios.

**PARTE GENERAL.** — Estatura 1.8 metros; peso 120 libras, musculatura y panículo adiposo normal a su edad, no hay edemas ni exantemas. Ni úlceras por decúbito.

**APARATO DIGESTIVO.** — A la Exploración, normal.

**APARATO RESPIRATORIO.** — 19 respiraciones por minuto, tipo costal. A la exploración normal.

**APARATO CIRCULATORIO.** — Punta late en el 5º espacio intercostal izquierdo en la intersección con la línea mamilar. Presión arterial Mx; 110 Mn: 55. Pulso 68 por minuto. Arterias y venas curvilíneas. A la exploración, normal.

**APARATO URINARIO.** — Normal a la exploración.

**SISTEMA NERVIOSO.** — Reflejos cutáneos excitables, tendinosos normales.

**OJOS.** — Ojo izquierdo con ligero estrabismo.

**OÍDOS.** — Normales a la exploración. **NARIZ.** —

Normal a la exploración. **TACTO NORMAL.** —

Normal.

**PARTE ESPECIAL**

Examen ginecológico; a la inspección en la vulva y vagina nada de particular, al examen por el especulo el cuello se presenta ligeramente erosionado en su borde inferior, exprimiendo con las valvas del especulo sale un líquido serosanguinolento; en los fondos de saco no se encuentra nada particular. Al tacto combinado, el cuello se presenta blando, matriz aumentada de volumen dolorosa, en el fondo de saco lateral derecho y en el Douglas se palpa una tumoración blanda que parece que forma cuerpo con la matriz, bastante dolorosa, localizándose el dolor en el fondo de saco lateral derecho, fosa íliaca derecha con irradiaciones a la región lumbar y al hipogastrio.

Al ingresar al servicio la enferma acusó una temperatura de 37.9° mañana y tarde durante los tres primeros días, habiendo desaparecido con el reposo.

**DIAGNOSTICO. — HEMATOSALPINX DERECHO  
EXAMENES COMPLEMENTARIOS  
ORINA**

Físico-químico.  
Color: ámbar.  
Olor: suigéneris.  
Sedits.: pocos, pesados.  
Reacción: acida.  
Densidad: 1.010.  
Glucosa: 0.  
Albúmina: 0.  
P. biliares: 0.

Microscópico:  
Células: Epit. y leucocitos.  
Cilindros: Negativo.  
Pus: Negativo.  
Hematíes: Negativo.  
Parásitos: Negativo.  
Bacterias: Negativo.

**HECES:** negativo por parásitos.

**SANGRE**

Recuento globular: G. R. 3.000.000; G. B. 6.000. Fórmula:  
N. 60%; L. 10%; B. 0%; E. 8%; G. M. 20%.  
Hemoglobina: 60%. Hematozoario: Negativo.

Urea: 0.31 mgls. por 1.000.  
Glucosa: 78 mgls.  
T. de Coagulación: 9'; T de sangría 1'.

En los días del pre-operatorio se le prescribió a la enferma bolsa de hielo en el bajo vientre, ampollas de vitamina "C" 100 rnlgs. diarios y 10 unidades de vitamina "K," la asepsia requerida para el caso y se practicó la intervención.

Se hizo laparotomía media infraumbilical, al descubrir el campo se encontraron en el fondo de saco de Douglas y la fosa ilíaca derecha grandes coágulos, la matriz aumentada de volumen, la trompa y el ovario derecho estaban envueltos en una ganga de coágulos y un líquido seroso, el ovario en su interior estaba lleno de coágulos y tabicado. Primeramente se vaciaron los coágulos, después se intervino haciendo forosalpingectomía derecha; como la cavidad donde se alojaban los coágulos y la serosidad antes mencionada, presentaba una hemorragia en sábana, se dispuso dejar un drenaje de Mikulicks.

En el Post-operatorio se le prescribió a la enferma suero fisiológico y glucosado 500 grms. de cada uno por la vía hipodérmica, más 500 de Murphy, durante cinco días; 100.000 unidades de penicilina diaria durante cinco días, aceite alcanforado, ampollas de vitaminas "C" y "K." Al tercer día se le quitaron las tres primeras gasas, al quinto las dos restantes y al sexto el drenaje, no encontrándose indicio alguno de hemorragia se dejaron dos tubos, cambiándose la curación y recortando los tubos cada tres días, al cabo de 15 días se quitaron los últimos fragmentos de tubo, notándose que los planos profundos de la herida, estaban cicatrizados; para ayudar a coactar mejor la piel se puso un punto de lino el cual se quitó al sexto día, dándole el alta a la paciente en buenas condiciones.

Actualmente la enferma visita el servicio para controlar el resultado obtenido y hasta ahora no presenta particularidad alguna.

ISABEL ESPINAL, de treinta años de edad, soltera, de oficios domésticos, nativa y vecina de Ampala, Departamento de Valle, ingresó al Servicio de Ginecología de este centro hospitalario, a curarse de "flujo blanco y de dolor en el vientre."

Anamnesis próxima. — Manifiesta la paciente que desde hace tres años y sin motivo aparente viene notando una secreción que le fluye por la vulva, siendo al principio serosa para hacerse luego purulenta, poco abundante y sin producirle más trastorno que una sensación de humedad en dicha región. Ultimamente y desde hace aproximadamente un año la paciente ha venido experimentando constantemente dolores en el hipogastrio y en ambas fosas ilíacas, dicho dolor, suave y poco manifiesto se exacerba con ocasión de sus períodos menstruales y de ejercicios violentos o pesados, una de estas exacerbaciones le obligó a buscar hospitalización.

**Anamnesia lejana.** — En su primera infancia padeció de enfermedades propias de este período de la vida (sarampión, viruela, gastroenteritis). Desde su adolescencia frecuentes accesos térmicos de tipo palúdico. Hace diez años, neumonía. Desde hace tres años de accesos de tipo disentérico.

**Anamnesia familiar.** — Madre vive, y goza de aparente buen estado de salud. Tuvo siete partos a término y un aborto de dos meses sin causa aparente. Padre muerto a los cincuenta años de edad de una fiebre de tipo indeterminado. Sus hermanos viven todos y gozan de aparente buena salud.

**Antecedentes luéticos.** — Cefalalgias nocturnas frecuentes. Un aborto de tres meses.

**Antecedentes genitales.** — Menarquia a los trece años. Sus reglas al principio fueron irregulares después se hicieron de tipo 28 x 4, escasa, indolora. Desde hace un año irregularidad en la frecuencia y duración de éstas. Ha estado embarazada por cuatro veces, terminando por partos normales a término: tres y uno por el aborto citado.

**Fundones orgánicas generales.** — Apetito normal. Sed moderada. Sueño y evacuaciones normales.

#### ESTADO PRESENTE

Expresión inteligente.

Mirada: viva.

Sensorio y psiquismo: despejados.

Arquitectura ósea y muscular: normales.

Panículo adiposo: normalmente desarrollado.

Piel: moreno obscura. No hay exantemas ni edemas.

#### EXAMEN DE APARATOS

El examen detenido de los diferentes aparatos no reveló ninguna anomalía digna de tomarse en cuenta, fuera de lo encontrado en el aparato genital.

**Aparato genital:** A la inspección del abdomen no se encuentra nada anormal. La palpación de las fosas ilíacas y del hipogastrio revela un dolor moderado.

A la inspección de la región vulvar flujo amarillento escaso. Con el espéculo encontramos un cuello metrítrico. El tacto vaginal combinado con la palpación abdominal encontramos los fondos de I saco laterales y posterior ocupados por una masa dolorosa. La matriz en ligera retroversión y fija.

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

Examen de sangre por Reacción de Mazzini: Positiva.  
Recuento de glóbulos rojos: 3.480.000.  
Recuento de glóbulos blancos: 16.250.  
Recuento diferencial: N 48%; L 44% ; GM 8% ; E 0% ; B 0%.  
Hemoglobina: 55%. Dosificación de Urea: 0.33 grs. por litro.  
Tiempo de Coagulación: 9 minutos. Tiempo de Sangramiento: minuto y treinta segundos.  
Heces: Negativo.  
El examen de orina resultó normal.

**DIAGNOSTICO:** en vista de la historia y del examen de la enferma y en especial del aparato genital se hizo el diagnóstico de **ANEXITIS CRÓNICA BILATERAL.**

Consideraciones generales. — Practicados que fueron los exámenes complementarios se encontró como ya se ha indicado, que la Reacción de Mazzini resultó positiva; tomando en cuenta entonces que la afección que aquejaba a la enferma no tenía un carácter de agudeza se instituyó un tratamiento antiurético consistente en diez inyecciones de Mapharsen y veinte de Cianuro de Mercurio. Al terminar este tratamiento la paciente sufrió un ataque de disentería amibiana que curó con seis ampollas de emetina de 0.06 grs. cada una, y veinticuatro comprimidos de Chiniofon.

Habiendo mejorado su estado general con el tratamiento antes citado, se decide operarla el veintidós de julio (1946). Después de una laparotomía media sub-umbilical nos encontramos con una masa que envuelve al útero en sus paredes laterales y posterior y que ocupa por consiguiente todo el fondo de saco de Douglas; esta masa íntimamente adherida a la matriz es de aislamiento laborioso y está formada por ambas trompas y ovarios. Se hace entonces una oforosalingectomía bilateral, pero como ya se ha dicho las trompas estaban íntimamente adheridas al útero y en su aislamiento se rompieron dando lugar al derrame de pus en la cavidad pélvica pues se trataba de una piosalpiux bilateral, después de la extirpación de ambos anexos nos queda una superficie cruenta, desperitonizada e infectada, decidimos entonces poner un drenaje Mickulick, ya que aquí se encontraba verdaderamente indicado.

Después de aplicar polvos de Sulfatiazol en la cavidad peritoneal, ponemos el Mikulicks, con cinco corbatines.

La anestesia que fue general con éter, se llevó a cabo sin accidente alguno, el pulso se mantuvo siempre lleno regular, entre ochenta y cien pulsaciones por minuto; la tensión arterial se mantuvo en los alrededores de 13 cm. de mercurio la máxima y de los 7 la mínima.

El post-operatorio se llevó a cabo normalmente.

Se le administró sueros, vitamina C, Vitamina K, y 300.000 Unidades Oxford de Penicilina.

Al tercer día se quitaron 2 gasas de las cinco que tenía, y se empezó a movilizar el Mikulicks, al 5º día se quitó el resto, y se dejaron tubos de hule como drenaje, que fueron acortándose gradualmente hasta que al quinceavo día de haberse operado la paciente se suprimieron, haciéndosele entonces un punto de sutura cutáneo.

La enferma es dada de alta el 24 de agosto siguiente completamente curada.

#### CONCLUSIONES:

1º — No obstante los progresos de la cirugía y los adelantos Médicos-Farmacéuticos, tenemos que echar mano, a procedimientos, quizá poco estéticos, pero seguros para la salud de los enfermos.

2º — En Laparotomías donde se encuentran grandes infecciones peritonéales tanto agudas como crónicas y muy antiguas, o en las hemorragias pélvicas en sábana, debemos dejar abierta la cavidad abdominal y usar el drenaje al Mikulicks, sino queremos exponer a un grave peligro de muerte al paciente, sin importarnos ni la estética, ni el tiempo que tarde para curarse.

Tegucigalpa, D. C, 4 de **Enero** de **1947**.

(Trabajo presentado en su fecha a la Asociación Médica como Socio Activo).

---