

SUMARIO

- Presentación de una enferma.* - por el Dr. Rafael Capurro.
A propósito de la orden del día anterior. - por el Dr. D. Prat
Sobre el granuloma venéreo. - por el Dr. D. Prat.
Perforación iterativa de úlcera gástrica. - por el Dr. P. Larghero Ibarz.
El sueño crepuscular en los operados con anestesia local. - por el Dr. V. Armand Ugón.

Presentado en la sesión del 26 de Mayo de 1932

Preside el Dr. J. C. del Campo

Presentación de una enferma

Por el Dr. RAFAEL CAPURRO

Historia clínica.—C. S. En 1905 a los 14 años, parto a término, ruptura del esfínter anal con ruptura del tabique rectovaginal. Incontinencia de materias fecales continua, que la obliga al uso permanente de un braguero.

En esas condiciones hace 14 embarazos, 9 partos a término y 5 abortos.

Examinada en Marzo del año corriente, se constata la incontinencia fecal, la ruptura del esfínter y del tabique rectovaginal en una extensión de cuatro centímetros. Existe una amplia comunicación entre el recto y la cavidad vaginal, y en la zona de la ruptura el tabique rectovaginal y el esfínter, está apenas señalado por pliegues que no tienen más de medio centímetro en el reborde transversal.

Operación (18 de Marzo).—Dr. Capurro ayuda Dr. Ponti, Pte. Abreu.—Disección de los restos del tabique rectovaginal en la zona de ruptura. Se confirma la separación del recto de la vagina hacia arriba, buscando el buen plano de clivaje. Descenso del haz interno de los elevadores. Miorraffía con catgut cromado N.º 1. Se pasan seis puntos, de arriba abajo. La última ligadura queda sobre el esfínter, que queda en esa forma aproximado en sus dos extremidades, que se han previamente avivado. Sutura del esfínter en tres partes, de catgut simple. Sutura de la mucosa vaginal con catgut simple. Sutura de la mucosa rectal a la piel, de la región anal con cromado. Se completa la sutura cutánea de la región anovulvar con catgut cromado.

Constipación con opiáceos, durante ocho días. Enemas de aceite. Inyecciones de suero fisiológico.

Al mes la cicatrización es completa, y el resultado desde el punto de vista de la continencia es perfecta.

Después de dos meses de operada es presentada a la Sociedad de Cirugía, con lo que se puede asegurar que los resultados obtenidos son definitivos a menos que no medie un nuevo parto.

Presentado en la sesión del 26 de Mayo de 1932

Preside el Dr. J. C. del Campo

A propósito de la crden del día anterior

Por el Dr. DOMINGO PRAT

El Dr. V. Pérez Fontana presentó en la última sesión de esta Sociedad de Cirugía una comunicación sobre neumoperitoneo. Tenemos el placer de cumplir nuestra promesa presentando la observación que prometimos en esa ocasión.

Oclusión intestinal por brida ileocecomesentérica que estrangulaba el colon sigmoideo — Neumoperitoneo espontáneo

Historia clínica.—A. M. L., de 60 años de edad, lo vemos en consulta por un cuadro de oclusión. Hace 5 o 6 días que presenta su cuadro agudo de vientre. Había tenido dolores agudos de vientre, vómitos, una constipación persistente y un balonamiento muy pronunciado del abdomen. Se le hicieron varios exámenes radiológicos, habiéndosele practicado el último en la mañana de la tarde que se me pidió que lo viera en consulta. El cuadro clínico del enfermo presentaba muy mal estado general, con un vientre muy meteorizado y de forma asimétrica, con balonamiento que predominaba del lado derecho. Pared abdominal distendida e inmóvil a la respiración, dolorosa y con tensión gaseosa a la palpación. Tacto rectal: no se palpa nada anormal. Pulso chico y rápido, 120; temperatura, 37°.

Esta sintomatología unida a las radiografías que se me presentaron, que indicaban una gran distensión de las asas intestinales y con niveles líquidos, no permitían dudar un instante que estábamos frente a una oclusión intestinal, que yo supuse fuera debida a un vólvulo del a a sigmoidea, por el característico balonamiento asimétrico del abdomen.

Se plantea de inmediato la operación con muy mal pronóstico, por la larga evolución del proceso oclusivo.

Tonificación del enfermo y lavaje de estómago.

Operación.—Prat - Soto Blanco.—Anestesia local. Celiotomía me-