

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 ileocecalesentérica 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-

diana infraumbilical. Abierto el vientre constatamos que el ciego está muy distendido, así como todas las asas que pugnan por salir por la brecha operatoria. Existe una adherencia del ciego que, al quererla desprender, desgarró el ciego, aprovechamos entonces para exteriorizar el ciego y por su brecha proceder al vaciado del contenido intestinal, después de proteger cuidadosamente el campo operatorio. Disminuída la presión intraabdominal procedemos a la exploración del abdomen en busca de la causa de la oclusión, cosa que no se consigue. Entonces, para aminorar la duración del acto operatorio y no querer recurrir a la anestesia general, hacemos una brecha en la fosa ilíaca derecha, se pasa por ella el ciego y después de fijarlo al peritoneo, se establece en él, el ano cecal, al que se aplica un tubo de Paul. Cloruro de sodio hipertónico.

Port operatorio.—El enfermo ya muy grave al ir a la operación, sigue mal, drenó poco por el ano. Fallece a las 48 horas.

Autopsia.—Castiglione y Riveiro.—Pus en el vientre. Asas muy congestionadas y distendidas. Se encuentra en la iniciación del asa sigmoidea una zona mortificada y ya esfacelada, de un centímetro de longitud, que da salida a líquido intestinal al hacer compresión sobre el intestino. Hay, además, a dicho nivel, una brida que va de la última asa ileal y ciego al mesenterio, brida que en la posición vertical, estrangulaba el colon y que ocasionó su esfacelo.

Como vemos, se trata de un caso típico de oclusión intestinal por brida que ocasionó el estrangulamiento y perforación del colon. El diagnóstico de íleo fué confirmado por la radiografía, de manera que el cirujano pudo ir al acto operatorio con toda seguridad, pero un diagnóstico tan tardío, que la cirugía no tenía ya probabilidades de salvar el enfermo. Conviene desacar el hecho de que cuando nos ha tocado actuar en casos de íleos, en que ha intervenido la radiología y el diagnóstico está hecho con toda precisión y seguridad, generalmente se trata de **casos muy avanzados en la oclusión, de diagnósticos muy retardados** y, donde, por lo tanto, el tratamiento suele ser un fracaso completo. No debemos cansarnos en repetir que para tener éxito en el íleo, el diagnóstico debe ser precoz y si el examen radiológico puede retardar la llegada del enfermo al cirujano, habrá que saber prescindir de ese examen. Pero no es esto lo que nos interesa al presentar este caso, sino destacar un hecho que puso de manifiesto la radiología y que, desgraciadamente, pasó desapercibido para el cirujano y aún para el mismo radiólogo. Nos referimos al neumoperitoneo espontáneo que tenía el enfermo y que nosotros interpretamos como un asa intestinal interpuesta entre el diafragma y el hígado. En efecto, la sombra oscura que

se ve en el negativo, interpuesta entre el diafragma y el hígado, indica la presencia de aire libre en el vientre que inmediatamente debió habernos permitido establecer el diagnóstico al firme, de solución de continuidad del intestino y, por lo tanto, de la peritonitis. Mal interpretada la sombra gaseosa, no sospechamos la perforación del intestino, que ya existía cuando operamos al enfermo, y lo peor del caso, es que ni en la operación pudimos establecer esa perforación, ya que ella sólo dejaba pasar gases y nosotros no encontramos líquido alguno ni pus en el vientre. Es cierto que nosotros no insistimos mucho en la búsqueda de la causa de la oclusión, pero lo cierto es que ella se nos pasó inadvertida, lo que demuestra la importancia del examen radiológico, que bien interpretado, nos hubiera permitido establecer firmemente ese diagnóstico con un adelanto de 24 o 48 horas.

La radiología, pues, puede prestar una preciosa colaboración al cirujano en el diagnóstico del abdomen agudo, siempre que ese examen **se haga en locales apropiados y anexos a las salas de operaciones de urgencia y siempre que su aplicación no represente pérdida alguna de tiempo para estos enfermos en que el tiempo es más que el oro, por qué es vida.**

Presentado en la sesión del 26 de Mayo de 1932

Preside el Dr. J. C. del Campo

Sobre el granuloma venéreo

Por el Dr. D. PRAT

Nuestro colega y amigo el Dr. Stajano en una de nuestras últimas sesiones, presentó una interesantísima comunicación sobre el granuloma venéreo. Nos inscribimos en la orden del día para aportar nuestra colaboración, a fin de que se puedan reunir la mayor parte de los casos de granuloma venéreo que se atienden en nuestros hospitales o en la clientela particular.

Como el Dr. Stajano hizo en su comunicación el estudio completo del granuloma venéreo, yo me limitaré sólo a la presentación de casos, que haré con proyección de los diapositivos correspondientes.

Destacaré las características más importantes de cada caso y de caso presentaré algunas proyecciones de lesiones similares o confundibles con el granuloma venéreo.

Empezaré la presentación con la proyección de algunos casos de granuloma venéreo que fueron estudiados y diagnosticados por el Dr.