

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA



EXPERIENCIAS
DE MI
SERVICIO SOCIAL

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

VICENTE ARMANDO NAVARRETE

PREVIA LA OPCION DEL TITULO

DE

DOCTOR EN MEDICINA

SAN SALVADOR

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

JULIO DE 1959

06346



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UES BIBLIOTECA CENTRAL

RECTOR:



INVENTARIO: 10122826

Dr. Napoleón Rodríguez Ruíz

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Roberto Emilio Cuéllar Milla

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

Dr. José Kuri A.

SECRETARIO:

Dr. Antonio Mateu Llort

U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R
FACULTAD DE MEDICINA

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES DE
DOCTORAMIENTO PRIVADO

PRIMER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO
CLINICA QUIRURGICA

PRESIDENTE: DR. LUIS A. MACIAS
PRIMER VOCAL: DR. ORLANDO DE SOLA
SEGUNDO VOCAL: DR. SALVADOR INFANTE DIAZ

SEGUNDO EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO
CLINICA OBSTETRICA

PRESIDENTE: DR. ROBERTO ORELLANA
PRIMER VOCAL: DR. JORGE BUSTAMANTE
SEGUNDO VOCAL: DR. ARTURO JOVEL MUNGUIA

TERCER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO
CLINICA MEDICA

PRESIDENTE: DR. JUAN JOSE FERNANDEZ
PRIMER VOCAL: DR. GUILLERMO RIVERA PALOMO
SEGUNDO VOCAL: DR. ROBERTO MARTINEZ QUEHL

DOCTORAMIENTO PUBLICO

PRESIDENTE:

Dr. Francisco A. Paniagua

PRIMER VOCAL:

Dr. Marco Antonio Miranda

SEGUNDO VOCAL:

Dr. Carlos A. Sagastume

D E D I C A T O R I A

A mi Padre

Dr. Vicente Navarrete

A la memoria de mi Madre

Doña Eva González de Navarrete

A mi Esposa

Doña Nora C. de Navarrete

A mi Tío

Dr. Salvador Navarrete

A la memoria de mi Tío

Dr. Sarbelio Navarrete

A mis Tías

Sritas. Angela, María e Isabel Navarrete

Srita. Dorila González

Doña Amalia Navarrete de Moreno

A mis Hermanos

A doña Laura v. de Azurdia

A mis Maestros

A mis Amigos

AGRADECIMIENTO

Al Personal Médico del Hospital
"Santa Gertrudis".

P L A N D E T R A B A J O

- I) INTRODUCCION

- II) CAMPO DE TRABAJO
 - a) Hospital "Santa Gertrudis"
 - b) Centro Sanitario Regional

- III) TRABAJO QUIRURGICO

- IV) COMENTARIOS

- V) RECOMENDACIONES

I N T R O D U C C I O N

Elegí este tema como trabajo de tesis con el propósito de que sea útil para los estudiantes de Medicina que están próximos a hacer su Servicio Social ya que refleja el panorama de trabajo con los problemas y dificultades, así como las satisfacciones que experimentarán cuando a ellos les toque vivir esta fase tan importante de la profesión médica.

Al mismo tiempo espero que servirá a nuestras autoridades --- universitarias, que en tan buena disposición están de ayudar al estudiante, para que se den cuenta de las condiciones en que los egresados se desenvuelven ante los obstáculos y responsabilidades que se -- les presentan, y puedan así acoplar sus esfuerzos para lograr la ayuda y orientación que necesita quien dentro de poco tiempo será un --- profesional y representante del gremio médico salvadoreño.

El Servicio Social efectivamente es de gran ayuda para el estudiante y significa el período de transición que le enseña a desenvolverse en debida forma ante la sociedad y responder así a la misión que como Médico se le ha encomendado. Proporciona grandes experiencias que sirven al Médico joven para resolver las múltiples dificultades que se le presentan, esta vez con una responsabilidad mucho mayor, ya que no cuenta con la guía y tutela inmediata de sus proceptores que tanto le ayudaron durante sus estudios prácticos en el Hospital Rosales.

Es el año en donde verdaderamente se palpa la medicina con -- sus múltiples fasetas de sufrimientos y satisfacciones, y orienta para decidirse a abrazar determinada especialidad de tan extensa profesión.

El Servicio Social brinda la oportunidad de conocer más de --

cerca las múltiples necesidades de nuestro pueblo; ya no sólo en el carácter individual frente a una persona enferma, sino en una forma colectiva como problema social, en el que el enfermo deja de ser un ente biológico para convertirse en importante miembro de la unidad -- que dentro del conglomerado social constituye la familia, despertando en nosotros la inquietud no sólo de resolver el "caso", sino de buscar con un criterio más amplio la proyección que pudiera tener hacia la comunidad en general, para tratar de ejercer en ella alguna influencia con ánimo de superación.

En fin el Servicio Social nos enseña a reconocer cual es la misión del Médico en la sociedad.

C A M P O D E T R A B A J O

Cuando aprobé mi último examen de Doctoramiento Privado, las plazas que se me ofrecieron para el Servicio Social eran exclusivamente de la Rama Sanitaria, y como yo prefiriera el trabajo asistencial más que el preventivo, decidí esperarme para mientras se me presentaba la oportunidad de trabajar en un hospital.

Quizá mi paciencia me premió y al cabo de 3 meses de espera fui enviado a la ciudad de San Vicente como Médico Interno del Hospital "Santa Gertrudis" y Médico Auxiliar de las Clínicas de Pre-Natal y Puericultura del Centro Sanitario Regional, lo que me ha brindado la oportunidad de trabajar en las dos Ramas de la medicina: Preventiva y Curativa.

a) HOSPITAL "SANTA GERTRUDIS"

El Hospital "Santa Gertrudis" es de carácter Regional y cuenta con 216 camas distribuidas en los siguientes Servicios:

Medicina	Hombres	con	32	camas
Cirugía	Hombres	con	42	"
Medicina	Mujeres	con	20	"
Cirugía	Mujeres	con	12	"
Maternidad	General	con	30	"
Tisiología		con	75	"
Pensionado		con	5	"

Además hay un Servicio de Consultorio Externo, Laboratorio, - Gabinete Dental, Gabinete de Rayos X y Farmacia. Dos modernas Salas de Operaciones construidas recientemente con un Servicio de Banco de

Sangre y Oxigenoterapia.

El personal médico desgraciadamente es muy reducido para atender el numeroso cupo de enfermos, pues sólo hay cuatro Médicos Externos que atienden los diferentes Servicios del Centro, por lo que su trabajo está sumamente recargado.

El Servicio de Guardia está a cargo de dos Médicos Internos y dos Practicantes, quienes se distribuyen el trabajo en turnos de 24 horas, cada Médico con un Practicante.

El movimiento de urgencia del hospital es sobre todo quirúrgico y obliga al Servicio de Guardia a un trabajo bastante intenso. También el Médico Interno se ve obligado a hacer cirugía electiva - debido al reducido personal médico con que cuenta el hospital.

Gracias a la práctica adquirida en nuestro Hospital Rosales -- durante los años de externado, internado, y principalmente durante el permanentado sobre todo con el sistema que llevó nuestro curso y que consistía en repartir el año en 4 ciclos de 3 meses cada uno, pasando por Maternidad, Cirugía General, Medicina General y Pediatría, esa práctica repito tan intensiva y al lado del paciente, es la que al Médico joven lo hace desenvolverse más o menos rápidamente ante las múltiples dificultades que se le presentan al Médico Interno de Turno en el Hospital "Santa Gertrudis".

Con la oportuna colaboración y dirección de los Médicos Jefes de Servicio, los problemas se van resolviendo gradualmente, y al cabo de pocos meses ya se está en condiciones de hacerle frente a todo lo eventual que se presente, siempre contando con la ayuda del personal de emergencia y con los Servicios de Rayos X, Laboratorio, Oxigenoterapia y Banco de Sangre.

El Hospital de San Vicente tiene dos Salas de Operaciones re--

cientemente construidas, dotadas de toda la comodidad necesaria y estando bien equipadas para toda clase de trabajo de cirugía general. El Servicio de Anestesiología últimamente es bastante eficiente pues ya cuenta con un técnico anesthesiólogo que trabaja indistintamente en cirugía electiva y de emergencia. También el Servicio de Banco de Sangre está muy bien atendido, contando únicamente con el problema de -- todos los Centros, que es la escasez de sangre por falta de colaboración del pueblo.

El Servicio de Laboratorio deja mucho que desear, pues está a cargo de un personal poco preparado y el trabajo desarrollado es muy reducido, concretándose a practicar exámenes sencillos, tales como: leucograma, gota gruesa, antígenos febriles, examen general de orina y heces; a tal grado que para hacer un estudio completo en determinado paciente hay que recurrir al Laboratorio del Hospital Rosales, lo cual como se comprende es muy incómodo y obliga a veces a referir al paciente a dicho Centro, recargando por lo tanto su trabajo.

En cuanto al Gabinete de Rayos X, consta con aparatos ya bastantes deteriorados y carece de Radiólogo, lo que nos obliga a recurrir a la benevolencia de uno de los Médicos Jefes de Servicio para la interpretación de las placas.

En cuanto a la Farmacia podemos decir que proporciona un número reducido de medicinas tanto en cantidad como en calidad, que escasamente alcanza a cubrir las necesidades terapéuticas de uso hospitalario corriente. Como se comprende estamos imposibilitados para la administración de medicamentos tales como corticoides, debido a su -- elevado costo que no puede alcanzar a cubrir el precario presupuesto con que cuenta el Hospital.

El Servicio de Consulta Externa está a cargo de un sólo Médi-

co, lo que reduce enormemente la cantidad de consultas ordinarias --- que se verifican al día. En cuanto a las consultas de emergencia son atendidas por el Practicante y Médico Interno de Turno. Hay que hacer constar que gran parte de todas estas consultas corresponden a niños, haciendo resaltar la intensa patología infantil que tenemos en San Vicente y que no puede ser cubierta por los dos únicos Consultorios Infantiles de la ciudad que son: La Clínica Municipal y la Gota de Leche. Este problema se ve agravado por la falta de Servicio de Pediatría en el Hospital, lo que obliga a ingresar a los Servicios de Mujeres a los niños que llegan en estado de suma gravedad, quedando para tratar en el Consultorio gran cantidad de casos que aunque ameritan ingreso, nos vemos obligados a rechazar, siendo por lo tanto su curación poco satisfactoria y llegando muchos a la cronicidad.

Hasta hace pocos meses el sistema de archivo era muy primitivo por lo que ha sido imposible obtener estadísticas y revisar casos de patología que por su importancia lo ameritan. Afortunadamente ya se está trabajando en mejorar dicho archivo y algo se ha logrado, no obstante la escasez de personal del Centro.

La asistencia de los enfermos asilados en los distintos Servicios podemos considerarla como buena, gracias al esfuerzo y colaboración del reducido número de Médicos.

El movimiento hospitalario es intenso, porque a este Centro llegan enfermos de los cuatro departamentos que comprende la región: San Vicente, Cabañas, La Paz y Cuscatlán, atendiendo además con suma frecuencia pacientes del Oriente de la República, sobre todo de Usulután y San Miguel.

En resumen podemos decir que el Hospital "Santa Gertrudis" es uno de los más importantes de la República, mereciendo por lo tanto -

contar con un presupuesto mucho más elevado para cubrir las múltiples necesidades con que tropieza y principalmente aumentar el personal -- técnico que tanta falta hace.

Lo que más me agradó de mi Servicio Social en este hospital, es la oportunidad que ofrece de ejercer la medicina con toda amplitud y libertad, tanto en la Rama médica como quirúrgica, esta última de -- sumo interés para mí, pudiendo hacer todo tipo de cirugía incluyendo la electiva aunque se trate de operaciones bastante laboriosas y de-- licadas.

Cuando vine a este Centro me llamó la atención ver la armo-- nía que reina entre el gremio médico y la colaboración que unos y -- otros se prestan, lo que me ha ayudado en la práctica, para resolver aquellos problemas delicados que se me han presentado, contando siem-- pre con la colaboración de los Médicos Jefes de Servicios Médicos y -- Quirúrgicos.

b) CENTRO SANITARIO REGIONAL

El Centro Sanitario Regional como su nombre lo indica, es la sede de una región, muy extensa por cierto, que comprende los Departamentos de San Vicente, La Paz, Cabañas y Cuscatlán. La extensión superficial de dicha región es de 4.129 Kms. cuadrados, con una pobla-- ción total de 477.006 habitantes, correspondiendo 329.748 a rurales (67.3%) y 147.258 a urbanos (32.7%).

La labor que desarrolla este Centro es muy amplia, pero mi -- trabajo en él, en donde desempeño el cargo de Médico Auxiliar, única-- mente se relaciona con los Servicios de Pre-Natal y Puericultura.

En la consulta Pre-Natal se atienden embarazadas rurales y --

urbanas, las primeras por la mañana y las segundas por la tarde. Cada paciente tiene su ficha en donde se lleva el control mensual más o menos detallado de la evolución del embarazo. Exígense como exámenes previos a su inscripción, Rx del torax y serología para lúes, -- practicándose tratamiento específico en caso de positividad de dichos exámenes.

Los embarazos que presentan alguna patología especial que no puede ser tratada en el Centro, son referidos al Hospital.

Los problemas que se presentan en este Consultorio son muchos, debido principalmente a las precarias condiciones culturales y económicas de nuestras pacientes. La mayoría de ellas son mal nutridas y tienen a su cargo el cuidado de su casa y otros menesteres, incluso la obligación de trabajar para ganarse el sustento de ellas y de sus hijos y ésta es la causa de que las recomendaciones de buena alimentación y de reposo adecuado no pueden ser cumplidas. No podemos exigir una buena dieta a pacientes que con múltiples sacrificios apenas pueden proporcionarse maíz y frijoles para su alimentación; ni tampoco insistir en reposo, aunque este sea necesario, cuando es la misma mujer que hace el trabajo de la casa, la que tiene además -- que proporcionarse agua de un manantial que dista talvez un kilómetro o más de la choza en que habita. Las pacientes urbanas cuentan con los problemas del acinamiento en que viven, tanto en los insalubres mesones, como en los mercados en donde trabajan para su subsistencia.

Estos son problemas que no se pueden resolver en una Clínica de Pre-Natal; sin embargo algo se ha logrado con el esfuerzo. Ya tenemos la satisfacción de ver embarazadas que antes estaban a expensas de una matrona inconciente, llegar al hospital para la asistencia

de su parto normal, o bien llamar al Servicio de Partos a Domicilio, que dicho sea de paso, está muy bien atendido en nuestra región.

El Centro le proporciona a las embarazadas que tiene en -- control, leche, vitaminas, y algunos medicamentos para aliviar en -- parte sus necesidades.

En lo que se refiere a la Clínica de Puericultura, el pro-- grama ha tenido que ser modificado debido al problema de la escasez de servicios asistenciales infantiles en San Vicente. El Centro Sa-- nitario se ha visto obligado a prestar asistencia a niños que lle-- gan enfermos al Consultorio. Las madres aprovechan la oportunidad de que sus hijos estén más o menos sanos, para inscribirlos en la -- Clínica, ya que ello es condición indispensable para su inscripción, aunque en las consultas subsiguientes tengamos que verlos casi siem-- pre enfermos. Se exige examen serológico y Rx del torax de la ma-- dre. En este Consultorio cada niño también tiene su ficha en donde se anota todos los datos concernientes a su evolución, cambios de -- alimentación, peso, talla, etc. Se practica rutinariamente vacuna D.P.T., Anti-variólica y B.C.G., así como también tuberculinorrea-- cción, vacuna antirrábica y antitífica.

A los niños inscritos se les proporciona leche, vitaminas y algunos medicamentos, principalmente los que están en relación con las patologías de los aparatos respiratorio y digestivo que con tan-- ta frecuencia se presentan.

Para dar una idea del trabajo realizado en los Consultorios de Pre-Natal y Puericultura por los dos Médicos Auxiliares que atien-- den dichos Servicios quiero mencionar que durante el año de 1958 se practicaron 2.771 consultas de niños y 1.690 de embarazadas. Se --

inscribieron 637 niños: 490 infantiles y 147 párvulos. El total de -
prenatales inscritas fué de 653.

Con relación al trabajo sanitario como Servicio Social, quiero
manifestar que estamos muy poco preparados para ello, debido al escaso
entrenamiento que se nos ha proporcionado en nuestros años de estudio.
Tenemos que reconocer que de Medicina Preventiva sabemos muy poco y -
hemos considerado esta Rama de secundaria importancia.

Es preciso estar frente a una Clínica de Sanidad para conocer
la importancia que ésta tiene, y es necesario patentizar una epidemia,
para concederle los méritos debidos a las campañas de vacunación.

Es por eso que es digna de encomio la enseñanza que ahora se
está impartiendo en nuestra Escuela de Medicina desde los primeros -
cursos, gracias al establecimiento del Departamento de Medicina Pre-
ventiva, ya era una necesidad, y en los años venideros veremos como
nuestros profesionales colaborarán en forma más efectiva con los pro-
gramas sanitarios.

En nuestro país, dadas las condiciones sociales tan poco --
evolucionadas, no podemos individualizar lo estrictamente preventi-
vo de los asistencial. Los problemas económicos y culturales son --
tan grandes que no lo permiten, y es por eso que el sistema de inte-
gración de hospitales con Centros Sanitarios traerá consigo múlti--
ples beneficios para el desarrollo de ambos, pues acoplados unos --
con otros y trabajando como una sola unidad se logrará proporcionar
una mejor atención a nuestro pueblo.

14) Cura de hernia crural:		
a) Estrangulada	2	
b) No estrangulada	<u>4</u>	
	6	6
15) Prostatectomía		3
16) Cura de hidrocele		2
17) Esterilización		9
18) Traqueotomía		<u>1</u>
	T O T A L	<u>295</u>

Como puede verse hay un gran predominio de operaciones de urgencia evidenciando el intenso trabajo que tiene el Servicio de Guardia en el Hospital de San Vicente, por lo que es de urgente necesidad aumentar el número de Médicos Internos para poder rendir un mejor servicio.

Llama la atención el gran número de legrados uterinos practicados, de los cuales la mayoría son debidos a abortos criminales. Es te es un problema muy serio que concierne tanto al Médico como a las autoridades judiciales, y que no ha sido abordado con la importancia que se merece para poderlo solucionar.

REVISION DE ALGUNOS CASOS

Voy a describir algunos casos quirúrgicos que por su importancia o rareza, me han proporcionado mucha enseñanza y creo serán de algún interés científico y práctico, para los Médicos jóvenes que en su Servicio Social tengan que enfrentarse a los problemas que presenta la práctica quirúrgica.

CASO Nº 1

J.H. de G., sexo femenino, de 22 años de edad, originaria y vecina -- de San Rafael Cedros, departamento de Cuscatlán.

HISTORIA: Paciente que ingresa al hospital quejándose de fuertes dolores de parto, los que se iniciaron hace 16 horas; en su casa la ha estado atendiendo una matrona, quien le administró 2 inyecciones cuyo nombre ignora, la última le fué inyectada una hora antes de llegar al hospital a donde fué trasladada por indicaciones de la misma partera después de haberle practicado múltiples maniobras para extraerle el niño que ya había exteriorizado un brazo.

Antecedentes patológicos sin ninguna importancia. Menarquia a los 13 años, reglas regulares tipo 30 x 4 no dolorosas. Grávida V para IV, todos sus partos han sido normales y asistidos en su casa. F.U.R. no recuerda por lactancia.

EXAMEN FISICO: Paciente joven sudorosa que se queja constantemente. Temp. 37°, P. 95, T.A. 110 x 70. Cabeza, cuello y tórax sin particularidad, abdomen globuloso y sensible, ocupado por útero gestante que dificulta las maniobras de exploración para averiguar la presentación fetal por ser muy doloroso. El examen ginecológico revela moderada hemorragia genital externa; hay prolapso de brazo fetal, el cual es-

tá cianótico y con escoriaciones. Cuello total borrado y dilatado. No se aprecian latidos fetales ni dolores de parto relatando la enferma que éstos se han suspendido hace pocos minutos.

Con sospecha de ruptura uterina por administración de ocitócicos con presentación transversa se pasa a la Sala de Operaciones y se practica venoclisis de solución dextrosada y sangre. La T.A. sigue bajando, el pulso se acelera más y la hemorragia se hace más abundante aun. En vista de esto se decide practicar laparotomía exploradora para operación cesárea y posible histerectomía. Como el tiempo apremia y mientras se hacen los preparativos, el cuadro se agrava, por lo que se intenta gran versión y extracción después de haber comprobado ruptura del segmento inferior al introducir la mano en la cavidad uterina. La versión resulta fácil, extrayéndose feto muerto de sexo femenino. Después de desprender la placenta, se practica masaje uterino y se administra ergotrate por vía venosa, habiendo disminuido la hemorragia externa.

Con la mayor brevedad posible se practica laparotomía media infraumbilical, encontrándose el útero contraído con la ruptura ya mencionada como de 8 cms. de longitud y de contornos irregulares. Hay abundantes coágulos en la cavidad abdominal.

Se practicó histerectomía subtotal y la paciente salió de la Sala en buenas condiciones, habiendo sido dada de alta, curada 9 días después.

COMENTARIO: Este caso ha sido mencionado por considerarlo de mucha importancia. En primer lugar es necesario que el Médico joven esté bien advertido de la gran ignorancia que reina en nuestro pueblo en materia de partos, el temor de ingresar al hospital para la asisten-

cia de los mismos, y la confianza ciega que se tiene a las llamadas -
matronas, quienes dicho sea de paso son los peores enemigos con que -
cuenta el Médico por los múltiples abusos que cometen, como lo vemos
en el presente caso en que la enferma fué víctima de la administra-
ción contraindicada de ocitócicos. En segundo lugar llama la aten-
ción el hecho de haber practicado gran versión y extracción con útero
roto. Esto puede prestarse a diferentes comentarios pero es el hecho
que el tiempo era decisivo y mientras se preparaba para la laparoto-
mía, la paciente pudo haber muerto si no logramos reducir la hemorra-
gia mediante la contracción del útero, lo que se logró fácilmente des-
pués de haber extraído el feto y la placenta. El estado general de -
la paciente mejoró y la enferma fué intervenida en mejores condiciones.

CASO N° 2

A. M., sexo femenino, de 27 años de edad, originaria y vecina del Can-
tón El Playón, departamento de La Paz. Consulta al hospital por do-
lor en la cadera derecha.

HISTORIA: Refiere la paciente que hace 9 días, cuando se estaba ba-
ñando, sufrió una caída golpeándose la parte derecha del cuerpo y --
principalmente la cadera; desde entonces presenta dolor fuerte en di-
cha región que le dificulta la marcha, notando además disminución de
los movimientos fetales que desaparecieron al siguiente día del trau-
matismo. No dolor abdominal y el vientre dolía únicamente a la mi-
cción aunque ésta no era difícil. Cámaras normales, no elevación tér-
mica, únicamente malestar general. Niega lipotimias y otros síntomas
que se interrogaron.

En sus antecedentes patológicos sólo señala paludismo a la edad de 14 años. Padece de catarrros frecuentes.

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA: Menarquia a los 16 años, reglas normales, tipo 28 x 4. Grávida V para IV: 1°) un aborto de 3 meses; 2°) operación cesárea por parto prolongado? 6 días de dolores y el niño le fué extraído muerto; 3°) y 4°) partos normales, los niños viven. F.U.R. 1° de Marzo de 1958. Fecha presunta de parto 7 de Diciembre de 1958.

EXAMEN FISICO: Paciente embarazada, obesa, tranquila en la 3a. década de la vida con Temp. 37°, P. 76 y T.A. 130 x 70. Presenta embarazo como de 38 semanas. El abdomen es globuloso de forma irregular, bastante ancho y con ligera sensibilidad lo que no permite apreciar bien la posición fetal aunque ésta parece ser transversa. No se logra oír latidos fetales. La cadera derecha es muy dolorosa sobre todo a los movimientos de la articulación coxofemoral. El examen ginecológico revela: vulva entreabierta, cuello gestante, blando y cerrado; es difícil apreciar contorno del cuerpo uterino. El resto del examen es negativo y la paciente se ingresa al Servicio de Maternidad con diagnóstico de embarazo de 38 semanas; traumatismos varios y sospecha de feto muerto.

La enferma fué puesta en reposo y se le administraron analgésicos, quedando bajo observación. El dolor mejoraba y la temperatura y el pulso así como la tensión arterial siempre fueron normales lo mismo que su estado general. En varias exploraciones no se encontró latido fetal y la paciente no sentía movimientos fetales ni éstos pudieron ser comprobados.

En vista de que la enferma únicamente obtenía mejoría con ---

analgésicos, y ante los hallazgos señalados anteriormente, se decidió tomar una radiografía del abdomen y la pelvis. No se encontró fractura ni alteraciones articulares; en cuanto a la sombra fetal, ésta era transversal pero muy extendida para estar intrauterina. Con sospecha de ruptura uterina traumática se decidió practicar una laparotomía al octavo día de haber sido asilada la paciente y 17 días después del traumatismo.

Se practicó laparotomía media infraumbilical sobre cicatriz de cesárea anterior, y al abrir cavidad abdominal se encontraron abundantes coágulos. Un feto macerado de sexo masculino, flotaba entre las asas intestinales; el útero parcialmente involucionado presentaba una herida irregular de dirección vertical como de 10 cms. de longitud por donde herniaba casi completamente la placenta. Los bordes de la herida eran anfractuosos y muy infiltrados de sangre negra. Se procedió a extraer el feto y luego la placenta, practicándose se enseguida una histerectomía subtotal. La pieza aun se conserva en el museo del hospital.

Doce días después de operada la paciente fué dada de alta en buenas condiciones; ya el dolor de la cadera había desaparecido casi completamente.

COMENTARIO: Este caso como vemos es excepcional. Llama mucho la atención que esta paciente aun viva, pues es casi inexplicable el hecho de que después de una ruptura uterina traumática tan grande que no fué intervenida inmediatamente, no haya dado una muerte súbita por hemorragia interna aguda. Es también curioso que con semejante cuadro, la paciente haya presentado una sintomatología tan escasa que no correspondía en nada a los hallazgos operatorios.

De no haber sido tan obesa la enferma, la palpación abdominal hubiera sido más útil y tal vez se habría intervenido el mismo día de su ingreso al hospital.

CASO N° 3

F. de H., sexo femenino, de 38 años de edad, originaria y vecina de San Sebastián, departamento de San Vicente. Ingresó al hospital referida de la Clínica Asistencial de San Sebastián en donde ha sido atendida durante varias horas por su actual padecimiento.

HISTORIA: Refiere la enferma que presenta embarazo a término, cuyo pre-natal ha sido controlado en la Clínica de su pueblo. Hace 20 horas se inician dolores de parto al mismo tiempo que hemorragia genital, por lo que fué llevada a dicho Centro en donde los dolores se intensificaron gradualmente y la hemorragia se hizo más copiosa obligando a ser trasladada a este hospital con sospecha de desprendimiento prematuro de placenta, o de placenta previa.

Menarquia a los 14 años, reglas tipo 30 x 5, indoloras. F.P. P. el día de hoy. Grávida V para IV. Todos sus partos normales atendidos en su casa. No abortos.

Los antecedentes patológicos no son contributorios.

EXAMEN FISICO: Paciente embarazada con dolores de parto; Temp. 37°, P. 100, T.A. 90 x 60. Cabeza, cuello y torax sin particularidades. Abdomen globuloso y muy grande. Utero gestante de 44 cms. de altura. La palpación orienta a un embarazo gemelar. Se auscultan dos latidos fetales que no son cincrónicos.

El examen ginecológico revela abundante hemorragia, por lo --

que la paciente es trasladada a la Sala de Operaciones para practicar examen vaginal armado, con fuertes sospechas de que se trate de una placenta previa. Mientras tanto se transfunde sangre y con todo listo para una operación cesárea se comprueba por examen vaginal la presencia de placenta previa total.

Al abrir cavidad uterina por medio de cesárea clásica se encuentran dos fetos de diferentes sexos que son extraídos apneicos -- pero que reaccionan a los esfuerzos de respiración artificial y oxigenoterapia.

Habían dos placentas; una de ellas estaba insertada en el -- segmento inferior y cerraba totalmente el orificio cervical, la otra se localizó en el fondo y pared posterior del útero.

Después de haber inyectado pitocin en el músculo uterino, el cual se contrajo satisfactoriamente, se suturó en tres planos. Se cerró cavidad abdominal y la paciente salió de la Sala de Operaciones con T.A. de 120 x 70. Se le habían administrado 600 c.c. de sangre durante la intervención.

Tres horas más tarde la T.A. bajó a 80 x 60, y se presentaba hemorragia genital abundante. La enferma fué trasladada nuevamente a la Sala de Operaciones para revisar cuello uterino, encontrándose un desgarro de éste en su parte posterior que se suturó hasta donde fué posible. En vista de que la hemorragia aun persistía y las condiciones tensionales eran alarmantes, se decide explorar nuevamente cavidad abdominal.

Reiniciase laparotomía media y se encuentra cuerpo uterino -- con la sutura de cesárea anterior practicada 6 horas antes, en buenas condiciones pero es manifiesta la atonía intensa de dicho cuerpo

que no responde al masaje ni a la administración local de ocitócicos. No había hemorragia en la cavidad abdominal, pero los ligamentos anchos estaban impregnados de sangre como se comprobó al puncionarlos. Al seccionar peritoneo y explorar se encuentra segmento inferior del útero con rasgadura transversal subperitoneal con hemorragia intensa que infiltraba principalmente el parametrio izquierdo.

Se decide practicar histerectomía, la cual se lleva a cabo con mucha dificultad. La Paciente entra en shock y no se le puede administrar más sangre por escasez de ella. Se cierra cavidad abdominal por planos y se procede a disección de vena para administración de Graplasmoid (lo unico con que se contaba en el momento). Todos los esfuerzos fueron vanos y la paciente falleció 20 minutos después de intervenida.

COMENTARIO: Me ha impresionado este caso, porque en nuestro record son muchas las pacientes a quienes hemos practicado cesárea por placenta previa total y todos los casos con feliz resultado; en cambio en el presente, la paciente falleció por no haber explorado bien la cavidad uterina grandemente distendida por el embarazo gemelar y expuesta a ruptura del segmento inferior sobre todo tratándose de un parto prolongado. Si se hubiera evidenciado la ruptura, la histerectomía subtotal practicada en ese momento habría salvado la vida de la enferma. Contribuyó grandemente la escasez de sangre para combatir el shock hemorrágico de que murió la enferma.

CASO N° 4

D.R. de 33 años de edad, sexo femenino, originaria y vecina de San -- Vicente. Ingresa al hospital consultando por dolor en el vientre.

HISTORIA: Refiere la paciente que el día de ayer presentó cuadro de diarrea con cámaras líquidas y acompañadas de pujos y tenesmo que ya ha desaparecido. Hace 4 horas se inicia dolor súbito en el vientre (se señala fosa ilíaca izquierda) acompañado de "desmayo" y agota-- miento general, niega fiebre, amenorrea, hemorragia genital y disu-- ria; no síntomas de embarazo. Reglas normales tipo 30 x 3 no doloro-- sas. F.U.R. hace 31 días. Grávida IV para III; F.U.P. hace 2 años.

EXAMEN FISICO: Paciente quejumbrosa, en estado de shock con T.A. de 80 x 60, pulso filiforme, Temp. 37°. Cabeza, cuello y torax negati-- vo. El abdomen muy sensible sobre todo en la fosa ilíaca izquierda; No se aprecia tumoración alguna. Al examen ginecológico no se evi-- denció hemorragia, cuello de múltipara, cerrado y poco blando. Hay mucha sensibilidad en el fondo de saco lateral izquierdo el cual pa-- rece tenso. No se pudo explorar cuerpo uterino por mucho dolor, lo mismo que los anexos.

Se tuvo la impresión de que se trataba de un cuadro de emba-- razo ectópico izquierdo roto y se administraron: vasoconstrictores (Wyamine), sangre, Graplasmoid y se decidió intervenir inmediate-- mente que la T.A. mejorara.

Se le practicó laparotomía media infraumbilical, encontrán-- dose cavidad abdominal llena de sangre y abundantes coágulos; se -- aspiraron y extrajeron éstos, y se descubrió embarazo tubario iz-- -- izquierdo muy pequeño pero que sangraba abundantemente. El ovario -- del mismo lado era quístico por lo que se practicó salpingooforecto-- mía izquierda y se cerró por planos la cavidad abdominal.

La T.A. ya no volvió a bajar y la paciente fué dada de alta, curada, 8 días después.

COMENTARIO: Este embarazo tubario roto carecía de dos síntomas importantes para su diagnóstico, tales son: amenorrea y hemorragia genital; sin embargo se pensó en este cuadro, basándose únicamente en el estado de shock y el dolor abdominal súbitos. Este caso nos sigue confirmando lo difícil que es la medicina y que no debemos esperar todos los síntomas que nos mencionan los libros para llegar a un diagnóstico. Un cuadro de shock súbito de tipo hemorrágico acompañado de dolor en el bajo abdomen y sobre todo en una de las fosas ilíacas, sin traumatismo de por medio, obliga a pensar en un embarazo extrauterino roto y exige su intervención inmediata.

CASO N° 5

N. B. H. de 39 años de edad, sexo femenino, originaria y vecina de Zacatecoluca. Consulta a mi Clínica particular por dolor en el --
vientre.

HISTORIA: Refiere la enferma que hace 6 meses tuvo parto a término, normal, el niño está en buenas condiciones y es alimentado al pecho. Hace dos meses y después de una amenorrea completa, por --
lactancia, se inicia dolor súbito en fosa ilíaca derecha acompañada de pérdida momentánea del conocimiento y de hemorragia genital. La conciencia fué recobrada a los pocos minutos pero la hemorragia duró tres días, el dolor disminuyó bastante. Desde entonces pre--
senta hemorragia genital escasa muy irregularmente. El dolor es --
moderado pero se intensifica con el ejercicio. Lo que más le lla-

ma la atención es el aparecimiento de una tumoración en el vientre -- que le ha crecido y que es muy sensible a la palpación.

Ha visitado dos facultativos quienes le administraron medica-
mentos inyectados y orales, pero sin ningún resultado. Se siente --
muy débil; no trastornos respiratorios, digestivos ni urinarios.

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA: Menarquia a los 14 años, reglas
regulares, no dolorosas, tipo 30/5. Grávida VII para VII. No abor-
tos. Todos sus partos normales atendidos en su casa. F.U.P. hace --
6 meses. Está lactando.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: Sarampión y tos ferina en la infancia.
Paludismo hace 20 años por 3 meses.

NOTA: Estos datos fueron proporcionados por la paciente con toda --
facilidad, pero al indicarle que pasara al cuarto de examen, dijo --
sentirse mareada y con nauseas atribuyéndolo al ejercicio del viaje,
pero momentos después cae del asiento, intensamente pálida y sudoro-
sa.

EXAMEN FISICO: Paciente en estado de shock con palidez extrema.
Pulso débil de 100 x minuto. No se encuentra tensión arterial, hay
marcada hipotermia; corazón: ruidos normales pero muy acelerados.
Pulmonar parece negativo. Se palpa en el bajo abdomen una tumora--
ción muy grande que ocupa hipogastrio y ambas fosas ilíacas sobre --
todo la derecha.

Se practican primeros auxilios y se administra 2 c.c. de --
Wyamine I.M. Se pide ambulancia para su traslado al hospital, con
indicaciones de administración de sangre, vaso constrictores y ana-
lépticos. Ya en el hospital se logró elevar la T.A. a 80/40 gracias
a un litro de sangre que le fué administrado y en esas condiciones --

se decide operar pensando en la posibilidad de un embarazo extrauterino que hubiera roto la trompa hace dos meses y que se hubiese enquis-
tado, rompiendo con el ejercicio del viaje de este día la pared quís-
tica que lo envolvía produciendo así un cuadro de hemorragia interna
muy severo.

FETO Y PLACENTA DE EMBARAZO EXTRAUTERINO

Al practicar laparotomía media infraumbilical se encuentra --
hemorragia intensa que dificulta evidenciar su origen no obstante la
aspiración continua. Se practica compresión de la aorta abdominal y
entonces se comprueba que la hemorragia sale de una cavidad rota for-
mada por el meso sigmoides y el epiplón mayor. Se amplía la ruptura
y se encuentra feto como de 10 cms. de longitud con su placenta (veá-
se figura) adherida a restos de la trompa de Falopio y a una parte --
de la pared de la cavidad mencionada. Se extrajo este feto y se ex--
tirpó la tuba derecha logrando conservar el ovario correspondiente --

después de haberlo liberado de las múltiples adherencias que lo cubrían. Se cierra cavidad abdominal por planos. La T.A. sube a 100 de Mx y la paciente sale de la Sala de Operaciones relativamente en buenas condiciones.

El post-operatorio es un tanto delicado pero la enferma es dada de alta 10 días más tarde, completamente curada.

COMENTARIO: En este caso el diagnóstico fué hecho con toda exactitud debido a la historia típica que dió la enferma y al cuadro de shock hemorrágico agudo que presentó después.

CASO N° 6

D. M., sexo femenino, de 62 años de edad, originaria y vecina de San Vicente; consulta al hospital por dolor abdominal y aparecimiento de una tumoración en la fosa iliaca derecha.

HISTORIA: Refiere la enferma que hace 4 años tuvo un absceso apendicular que fué drenado quirúrgicamente. Desde entonces padece de trastornos dispépticos, estreñimiento moderado y una eventración a través de toda la cicatriz operatoria, dolorosa al realizar ejercicio. Por tal motivo fué reintervenida para reparar la eventración, pero este propósito sólo se logró parcialmente, los síntomas dispépticos se acentuaron, lo mismo que el estreñimiento. A los esfuerzos o al mucho ejercicio la cicatriz dolía mucho obligándola a guardar reposo por algunas horas. Tres días antes de venir al hospital y después de haber levantado un trozo de madera sintió dolor leve en la herida operatoria por lo que tuvo que acostarse habiendo desaparecido el cuadro y reanudado sus quehaceres domésticos rutinarios. Hace 4 ho-

ras y después de un nuevo esfuerzo, dolor súbito muy agudo en la región mencionada en donde aparece una tumoración que no puede ser reducida y altamente sensible que la obliga a quejarse y buscar asistencia médica. Niega elevación térmica y vómitos. No trastornos respiratorios ni urinarios. Hace dos días verificó cámara dura y difícil.

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA: Menarquia a los 13 años. Reglas fueron siempre regulares tipo 30 x 5, no dolorosas. Menopausia hace 19 años y desde entonces no trastornos genitales. Gr. III para III. No abortos.

EXAMEN FISICO: Paciente quejumbrosa con una Temp. de 37° y un pulso de 86; T.A. 140 por 80; el abdomen doloroso difusamente, pero sin defensa. En la fosa ilíaca derecha, lugar en donde se encuentra una gran cicatriz operatoria se palpa una tumoración renitente y muy sensible de consistencia hídrica. Peristaltismo intestinal muy activo; cabeza, cuello y torax sin particularidades. Se hace el diagnóstico de una eventración estrangulada aguda de 4 horas de evolución y se decide intervenir inmediatamente.

Al practicar laparotomía media infraumbilical se encontraron asas intestinales sumamente adheridas entre sí y con gran sorpresa, una estrangulación con necrosis marcada del intestino delgado como de 70 cms. de longitud que corresponde la parte estrangulada. La circulación intestinal en general parecía comprometida. Sin poder liberar gran parte de las adherencias, se practica resección de un metro de intestino delgado haciendo anastomosis termino terminal; se repara eventración causante del cuadro y se cierra por planos dejando dos drenos blandos en la cavidad abdominal. El post-operatorio fué sumamente delicado; hubo además una complicación neumónica.

La paciente fué dada de alta a los 20 días de operada, presentando únicamente ligeros trastornos dispépticos.

He tenido oportunidad de controlarla 3 meses después y sigue en buenas condiciones.

COMENTARIO: La importancia que tiene este caso es el marcado contraste del estado general de la enferma y la intensa lesión intraabdominal que fué encontrada y que obligó a reseca un metro de intestino delgado. Indudablemente la estrangulación de esas asas se produjo tres días y no 4 horas antes de su llegada al hospital como hace sospechar la historia que proporcionó la enferma. Es bastante raro que con una necrosis intestinal tan extensa no haya habido alteraciones del estado general como era de esperarse.

CASO N° 7

G.M. de 70 años de edad, sexo femenino. Originaria y vecina de San Lorenzo, departamento de San Vicente. Consulta al hospital por diarrea.

HISTORIA: Refiere la enferma que hace alrededor de 6 meses viene padeciendo de trastornos digestivos consistentes en crisis frecuentes de diarrea alternando a veces con períodos de estreñimiento. Hace 6 días se inicia cuadro de diarrea profusa con cámaras líquidas, glerosas y a veces sanguinolentas acompañadas de pujos y tenesmo. Moderada elevación térmica; no vómitos ni trastornos de otra naturaleza.

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA: Menarquia a los 16 años, reglas siempre fueron normales, tuvo 6 hijos, no abortos. Menopausia hace

30 años y desde entonces no trastornos genitales.

EXAMEN FISICO: Anciana tranquila, emaciada, con tensión arterial de 90 por 60; pulso 88; Temp. 36.8°. Cabeza, cuello y torax sin particularidades; abdomen blando, deprecible, difusamente doloroso y con empastamiento de la fosa iliaca derecha. Resto del examen negativo. Fué ingresada con diagnóstico de disentería amibiana. Los exámenes repetidos de heces no revelaron amibas; el hemograma indicaba anemia moderada y el examen de orina fué negativo. Con el tratamiento, a base de sulfas y medicamentos como caolín y pectina, la diarrea fué desapareciendo gradualmente pero comenzó a presentarse cuadro seudooclusivo, el cual se hacía más intenso cada día, a tal grado que se intentó intervenir en dos ocasiones desistiéndose de ello porque la paciente presentaba una o dos cámaras abundantes; no obstante a los 14 días de su ingreso se tuvo que practicar una laparotomía exploradora por haber cuadro de oclusión intestinal franco.

Al abrir cavidad, se encontró una enorme invaginación que comprendía porción terminal de ilion, ciego, colon ascendente y mitad del transversal, todo ello introducido en el resto del intestino grueso llegando la invaginación hasta la porción terminal del sigmoides. Se procedió a extraer la parte invaginada, lo que se logró con algún esfuerzo, evidenciándose tumoración que infiltraba las paredes del ciego. Gran parte de intestino estaba necrosado, por lo que se estirpó toda la región invaginada practicándose anastomosis terminal lateral del ilion al colon transversal. El estado de la paciente fué siempre muy delicado evidenciándose posteriormente que la anastomosis no había cicatrizado, por lo que fué reintervenida la enferma, confirmando la sospecha mencionada; se practicó nueva anastomosis pero la paciente murió dos días después.

La contestación de las biopsias tomadas confirmaron una adenocarcinoma del ciego con metástasis ganglionares.

COMENTARIO: Este caso ha sido mencionado para hacer ver la importancia que una diarrea tiene en un paciente de edad avanzada; y el Médico está obligado a realizar un estudio y exploración minucioso para descartar la posibilidad de un proceso neoplásico del colon, antes de catalogar el cuadro como una simple diarrea infecciosa o parasitaria como en el presente caso.

CASO N° 8

C. Q. C. de 15 años de edad, sexo femenino, originaria y vecina de San Vicente. Consulta al hospital por tumoración del abdomen.

HISTORIA: Refiere la madre de la niña que ésta tuvo su menarquia a la edad de 14 años y desde entonces sus reglas fueron muy dolorosas, notando que se presentaba una pequeña tumoración en el vientre, la cual iba creciendo gradualmente hasta llegar al tamaño actual, por lo que sospechó que se trataba de un embarazo, habiendo tratado de descartarlo mediante interrogatorios repetidos a su hija obteniendo siempre respuesta negativa a la posibilidad de relaciones sexuales. Ultimamente el dolor es de tipo continuo y muy intenso y la tumoración ha crecido tanto que le produce disnea. Hay moderada elevación térmica. Cámaras duras y difíciles, no disuria. Antecedentes patológicos: Poliomielitis hace 6 años que ha dejado secuela en los miembros inferiores. Asma bronquial curada en la primera infancia.

EXAMEN FISICO: Paciente hipotrófica con un desarrollo que no corresponde al de su edad, pálida y quejándose de moderado dolor en el --

vientre. T.A. 110 x 70; pulso 96; Temp. 36.8°; cabeza, cuello y torax sin particularidad; abdomen ocupado por una gran tumoración que parecía corresponder a un embarazo de 8 meses por su forma y tamaño, muy poco móvil, de superficie irregular y de consistencia dura. Se descartó el embarazo por encontrarse mamas aun muy poco desarrolladas y porque el examen ginecológico reveló un himen intacto. El examen del sistema nervioso evidenció moderada parálisis flácida en miembros inferiores. Se comprobó cierto grado de retraso mental. Se tuvo la sospecha de un tumor del ovario aunque llamaba la atención su gran tamaño y el hecho de presentarse en una persona de tan pocos años de edad. Se practicaron exámenes complementarios -- los que descubrieron una anemia normocítica normocrómica muy severa por lo que se practicaron varias transfusiones de sangre. Examen de heces y orina negativos.

Se decidió intervenir exponiendo la gravedad del caso a los parientes, quienes dieron su consentimiento. Fué practicada una laparotomía media, encontrándose la enorme tumoración adherida al peritoneo parietal anterior y posterior. Había además líquido citrino en la cavidad. Al extirpar el tumor, hubo que romperlo para disecar a espensas de éste y liberar así el sigmoides que estaba íntimamente adherido a la tumoración. El pedículo correspondía al anexo izquierdo; el útero era pequeño y el ovario derecho presentaba una pequeña tumoración quística. Se extirpó el tumor y se cerró por planos la cavidad después de haber comprobado siembras tumorales en diferentes partes, incluso en la cúpula diafragmática.

La tumoración pesó 8 libras (veáse figura) y la contestación anatomopatológica fué afirmativa de un adenocarcinoma del ovario.

ADENOCARCINOMA DEL OVARIO

El post-operatorio fué muy delicado, incluso presentó un estado de shock prolongado que después de descartar otras causas fué catalogado como ocasionado por una insuficiencia suprarrenal aguda y que respondió a la administración de cortisona.

La paciente fué dada de alta a los 8 días de intervenida, en regulares condiciones, pero una semana más tarde se comienza a presentar ascitis, la que fué haciendose cada vez más abundante, por lo que hubo que reingresar a la enferma. Todos los esfuerzos fueron en vano y ésta falleció a los 36 días después de su operación.

COMENTARIO: Este caso me parece de mucho interés científico. En la literatura mundial han sido señalados como una verdadera rareza tumores sólidos del ovario en pacientes menores de 16 años. Efectivamente una glándula que apenas está comenzando a cumplir sus funciones, como es el caso de los ovarios en esta niña, es muy raro que desarro-

lle un proceso tumoral y sobre todo de orden neoplásico.

Llama la atención el enorme tamaño del tumor (8 lbs. de peso) que en esta paciente muy hipotrófica veíase mucho más voluminoso.

Hay que hacer resaltar la ignorancia y apatía de la madre -- que llevó a su hija al Médico cuando ya no era posible su curación.

CASO N° 9

G. V. de 32 años de edad, sexo femenino. Originaria y vecina de Jiquilisco. Consulta al hospital por hemorragia genital.

HISTORIA: Refiere la enferma que hace 4 días y a raíz de un traumatismo que sufrió al caer en el baño, se inicia hemorragia genital abundante acompañada de coágulos y de dolor intenso lumbosacro y de vientre de tipo continuo. Tenía 2 meses y medio de haber visto su última regla por lo que creyó se trataba de un aborto. El Permanente que la vió en la puerta la ingresó al Servicio con diagnóstico de aborto incompleto y con recomendación de avisarle al Médico Interno. Cuando ví a esta enferma me dió la misma historia agregando que tiene varios meses de presentar escurrimiento genital purulento acompañado de dolor de vientre. Menarquia a los 16 años; reglas regulares tipo 30 x 3. Ha tenido 4 hijos todos nacidos por partos normales a término, asistidos en su casa por una partera. No abortos. Padece mucho de cefaleas. No trastornos respiratorios, digestivos ni urinarios. Antecedentes patológicos no contributorios.

EXAMEN FISICO: Pulso 88, Temp. 36.8°; T.A. 120/70. Cabeza, cuello, torax y abdomen negativos.

Al examen ginecológico se encuentran genitales externos manchados de

sangre y en el momento de introducir los dedos en la vagina me llama la atención la presencia de un tabique vaginal vertical que divide ésta en dos compartimientos. Al seguir explorando, se comprueba la presencia de dos cuellos uterinos, ambos rasgados transversalmente, el derecho presenta congestión intensa y escurrimiento purulento; el izquierdo sangrante, entreabierto, permeable al dedo, deja apreciar restos placentarios. Se palpan dos cuerpos uterinos; el derecho pequeño y el segundo aumentado de tamaño como de 10 semanas de embarazo. Ante la presencia de un aborto incompleto se pasa a la Sala de Operaciones para practicar legrado uterino. Con la paciente --- anestesiada se facilita más la exploración y se comprueba la presencia de una de las curiosidades anatómicas más raras: **UTERO DOBLE**. El útero derecho presentaba una piometra y el izquierdo un aborto incompleto que fué legrado, extrayéndose abundantes restos placentarios.

El problema aborto quedó resuelto rápidamente, no así la piometra derecha que costó muchos días para poder curarse mediante tratamiento intensivo.

Cuando ya hubo desaparecido el proceso infeccioso se practicó una histerosalpingografía (veáse figura), confirmándose la presencia de dos cuerpos uterinos absolutamente independientes entre sí. Desgraciadamente no fueron evidenciadas en la radiografía las trompas de Falopio a pesar de un segundo intento; sin embargo es de presumir que cada útero tiene al menos una trompa pues por el -- rasgamiento transversal de ambos cuellos, se deduce que los dos úteros han sido gestantes indistintamente presentando embarazos normales.

La paciente fué dada de alta completamente curada.

UTERO DOBLE

COMENTARIO: La importancia de este caso es la anomalía anatómica -- congénita, pues de las anormalidades genitales, la presencia de úteros dobles es quizá la más rara; son pocos los casos que hasta la fecha están reportados. A esta rareza hay que agregar la presencia de un aborto incompleto en uno de los úteros y la piometra de origen gonococcico en el otro.

Aunque radiológicamente no se comprobó la disposición de las trompas y posiblemente por obstrucción de las mismas, el hecho de encontrarse ambos cuellos rasgados transversalmente hace deducir que -

fueron gestantes los dos cuerpos uterinos en ocasiones distintas.

CASO N° 10

A. M. de 22 años de edad, sexo femenino, originaria y vecina de San Vicente. Consulta al hospital por dolores de vientre de tipo periódico cada vez más intensos.

HISTORIA: Refiere la enferma que a la edad de 18 años comenzó a -- padecer de dolor periódico leve en el vientre con sensación de pesan-- tez que se presentaba todos los meses y duraba 3 ó 4 días. Dicho -- dolor volvíase cada vez más intenso hasta que hace un año se hizo -- intolerable a tal grado de obligarla a guardar cama durante 3 ó 4 -- días, al cabo de los cuales el dolor desaparecía por completo per-- sistiendo únicamente pesantez en el vientre. Nunca se ha acompaña-- do de fiebre ni otro síntoma importante.

Dice no haber visto sus reglas nunca ni haber tenido rela-- ciones sexuales. Niega trastornos respiratorios, digestivos ni uri-- narios. Antecedentes patológicos sin importancia.

EXAMEN FISICO: Paciente joven de buen desarrollo físico, apirética con tensión arterial de 120 x 70 y pulso de 76; cabeza, cuello y -- torax negativo. En el abdomen se aprecia una tumoración en la re-- gión hipogástrica que parece corresponder al cuerpo uterino, como -- que fuera gestante de 16 semanas de embarazo. Al examen ginecológi-- co se aprecian genitales externos de aspecto y tamaño normales, her-- niando entre los labios mayores y menores una tumoración tensa y -- muy renitente que parece corresponder al hímen. (veáse figura).

HIMEN IMPERFORADO

Con diagnóstico de himen imperforado se ingresa al Servicio de Cirugía, y horas más tarde es llevada a la Sala de Operaciones practicándole sección himenal. Salió inmediatamente un líquido café oscuro a intensa presión y en cantidad de 2000 c.c. Al reconocimiento del cuello uterino, éste se encuentra dilatado como de 4 cms. de diámetro. La cavidad uterina efectivamente es muy grande como se sospechó en el examen de admisión. Se practicó resección de un cuadrante del himen cicatrizando éste posteriormente en buenas condiciones. La paciente fué dada de alta con recomendaciones de presentarse nuevamente al hospital, mes y medio después. Al ser entrevistada en esta fecha se comprobó que su regla se había presentado por primera vez y sin dolor alguno y el útero se había reducido a -

un tamaño de acuerdo con su nuliparidad.

COMENTARIO: Como vemos, este es otro caso de una anomalía anatómica congénita también bastante rara y que trae consigo trastornos muy molestos para quien la presenta. La historia es típica de dolor periódico y de duración más o menos similar a las crisis anteriores. El diagnóstico es sumamente sencillo así como su tratamiento. Llama la atención en este caso la negligencia de la paciente y la paciencia de sufrir tanto tiempo dicho cuadro sin consultar al Médico, (cosa muy frecuente entre nosotros).

CASO N° 11

M. J. D., de 38 años de edad, sexo femenino, originaria de Estanzuelas y vecina de la Hacienda Los Obrajes, jurisdicción de San Vicente, es llevada al hospital por el Servicio de Partos a Domicilio.

HISTORIA: Refiere la enferma que presenta embarazo a término y hace 24 horas se inician dolores de parto habiendo estado bajo el cuidado de una matrona quien le ha prodigado todas las maniobras acostumbradas pero no ha podido dar a luz. Hace 4 horas se rompieron las bolsas y sintió que algo le salía por la vagina. Dice sentirse muy agotada y suplica la operen porque ya no soporta los dolores.

HISTORIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA: Menarquia a los 14 años, reglas regulares tipo 30 x 4, poco dolorosas. F.U.R. no recuerda pero insiste que su embarazo es a término. Grávida VI para V. Todos sus partos normales. Tiene un hijo vivo y sano de 3 años de edad; los otros 4 murieron a los pocos meses de nacidos, no sabiendo la causa, pero dice eran de apariencia normal.

Antecedentes patológicos no contributorios. Radiografía del torax y serología para sífilis negativas en dos ocasiones.

Antecedentes familiares sin importancia.

EXAMEN FISICO: Adulta en la 4a. década de la vida, quejumbrosa que presenta Temp. 37°, pulso 86, T.A. 100 x 70. Cabeza, cuello y torax sin particularidades. Abdomen globuloso ocupado por útero gestante de 36 cms. de altura. Hay dolores de parto que se presentan cada 2 minutos de 40 segundos de duración, foco regular, 146 x minuto. Las maniohras exteriores no ayudan a apreciar posición fetal.

Al examen ginecológico se aprecia cuello como de 3 cms. de dilatación no borrado, a través del cual se presenta un pie fetal. Bolsas rotas, hay abundantes mucosidades sanguinolentas. Con diagnóstico de parto prolongado y presentación podálica, se ingresa a la paciente al Servicio de Maternidad. Se indica 1 litro de sol. dextrosada al 5%; enema evacuante y control de dolores y de latido fetal, cada 15 minutos. Se sigue observando pero el parto no progresa. Después de 5 horas de control, el latido fetal sube a 180 x minuto muy irregular y el cuello uterino persiste en iguales condiciones. Las contracciones del útero se hacen cada vez más intensas temiéndose de una ruptura uterina.

Se prepara todo para operación cesárea trasladando a la enferma a la Sala de Operaciones. El último control del latido fetal era de 120 x minuto.

Al practicar cesárea, se encuentra feto muy deforme (veáse figura), que obliga a ampliar la incisión uterina para extraer la enorme cabeza.

Se trata de un hidrocéfalo con espina bífida que correspon-

de al tipo CRANEOSQUISIS con aspecto de centauro. Aunque hay latido cardíaco no responde a los esfuerzos de respiración artificial y oxigenoterapia muriendo rápidamente.

DEFORMIDAD FETAL

Se cierra cavidad uterina en 3 planos y luego cavidad abdominal. La paciente es dada de alta 8 días después en buenas condiciones.

La serología practicada durante su estancia fué negativa.

COMENTARIO: La importancia del presente caso radica en la rareza y curiosidad del mismo. Aunque muchos autores atribuyen a la sífilis la producción de estos monstruos, ella muy raramente es responsable. En el presente caso la paciente tiene una serología negativa.

La etiología más aceptada para explicar estos fenómenos teratológicos, es la deformidad del espermatozoide o del óvulo fecun-

dado pero la causa aun se desconoce.

CASO N° 12

L. P. de 24 años de edad, sexo femenino, originaria y vecina de San Vicente. Consulta al hospital por dolor abdominal muy intenso.

HISTORIA: Refiere la paciente que hace 24 horas y después de haber practicado sus ejercicios de gimnasia, se inicia moderado dolor en el vientre, el cual es de tipo continuo y se acentúa gradualmente obligándola a guardar cama. Le fueron administradas gotas de Bella dona y una ampolla de espasmotex, pero no tuvo ninguna mejoría. Posteriormente se presentaron nauseas y el dolor se volvió tan intenso que la obligó a buscar el hospital. Niega trastornos respiratorios y urinarios. Cámaras normales hasta el día de ayer.

ANTECEDENTES PERSONALES: ha sido muy obesa, habiendo perdido como 80 libras de peso por régimen dietético estricto y ejercicios gimnásticos muy intensos.

HISTORIA GINECOLOGICA: Menarquia a los 14 años. Reglas siempre -- fueron regulares, tipo 28 x 3, no dolorosas. F.U.R. hace 14 días. Niega relaciones sexuales.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: Sarampión y varicela en la infancia. -- Por lo demás ha sido siempre sana.

EXAMEN FISICO: Adulta, obesa, quejumbrosa que responde con dificultad al interrogatorio. Temp. 37.2°, pulso 90. T.A. 125/65. Peso 186 Lbs. Cabeza nada que notar, cuello y torax negativos. Abdomen blando, doloroso en hipogastrio y fosa iliaca derecha, en donde se

palpa una tumoración dura, renitente de contornos regulares, poco móvil pero exquisitamente sensible. Dicha exploración es difícil por panículo adiposo muy grueso. Peristaltismo intestinal disminuído. No se practica examen ginecológico por virginidad. El tacto rectal contribuye muy poco por falta de colaboración de la enferma.

Ante el presente caso, se tiene la impresión clínica de un quiste retorcido del ovario, aunque la paciente niega haberse palpado tumoración alguna en el bajo abdomen.

Se propone intervención urgente a la enferma quien la autoriza junto con sus familiares.

Se practica laparotomía media infraumbilical, encontrándose tumoración quística muy grande de color violáceo, la cual es muy -- móvil y permite su exteriorización. Su pedículo es largo correspondiendo a los anexos derechos y presenta tres torsiones. La extirpación del quiste resulta bastante fácil. El ovario izquierdo es de aspecto normal pero tiene 3 pequeños quistes como del tamaño de grano de maíz, sobre su superficie, los que son extirpados sin dificultad.

Se cierra cavidad abdominal por planos.

El tumor pesó 4 y media libras, (veáse figura) y al abrirlo sale abundante líquido seroso. Las paredes internas del quiste presentan tejido piloso y cartilaginoso en abundancia, por lo que se tiene la impresión de que se trata de un QUISTE DERMOIDE. El laboratorio de Anatomía Patológica confirmó este diagnóstico.

La paciente fué dada de alta en perfectas condiciones, 8 días después de su intervención.

QUISTE DERMOIDE RETORCIDO DEL OVARIO

COMENTARIO: Este caso ha sido descrito por creerlo interesante. No obstante el grueso panículo adiposo de la paciente se logró practicar un buen examen físico que orientó al diagnóstico y obligó a intervenir inmediatamente, salvando así la vida de la enferma.

CASO N° 13

F. B. V., de 19 años de edad, sexo masculino, originario y vecino de San Esteban Catarina, departamento de San Vicente. Consulta al hospital por dolor abdominal.

HISTORIA: Refiere el paciente que hace dos años se inician sus padecimientos, consistentes en dolor de estómago (se señala el hipocondrio derecho), de tipo cólico, periódico. Dicho dolor se irradia a la espalda y hombro derecho y se presenta cada 3 o 4 meses, variando su duración entre 5 y 15 días. A veces es muy intenso y se acompa

ña de náuseas y vómitos de sabor amargo. No ha presentado fiebre ni trastornos respiratorios ni urinarios. Cámaras normales, raramente duras. Niega ictericia.

Esta última vez el dolor se ha iniciado hace 6 días con iguales características anteriores, nada más que dice ser más intenso.

Este paciente ha estado asilado en el hospital en dos ocasiones por cuadros similares habiendo sido tratado medicamente. Le tomaron radiografías en las dos ocasiones.

Ante cedentes patológicos sin importancia.

EXAMEN FÍSICO: Temp. 37°, pulso 86, T.A. 130 x 70. Adulto joven, normoesplácnico, quejumbroso, que contesta bien al interrogatorio. Cabeza, cuello y torax son negativos. Abdomen blando, depresible, doloroso el hipocondrio derecho. Punto cóstico muy sensible. No se aprecia ninguna tumoración. Hígado palpable a la inspiración profunda. El resto del examen es negativo.

Con diagnóstico de cólico hepático por colecistitis calculosa, es ingresado nuevamente al Servicio de Cirugía Hombres. Se le administró a su llegada una ampolla de atropomorfina, y luego espasmotex inyectado y gotas de tintura de Belladona. El dolor a pesar de la terapia persistía casi en iguales condiciones.

Las placas que se le tomaron en los ingresos anteriores, no evidenciaron la sombra de la vesícula, por lo que se dedujo que estaba bloqueada. Se indicaron nuevas radiografías, apareciendo en ellas la vesícula biliar un poco distendida, apreciándose una pequeña zona radio-opaca en la región que corresponde al cóstico o al coledoco y que dá la impresión de tratarse de un cálculo biliar, (veáse figura).

Basados en la historia típica de cólicos hepáticos a repe--

tación y con la ayuda de la radiografía, se propuso intervención -- quirúrgica al enfermo, quien la aceptó gustoso.

COLECISTOGRAFIA

Llamaba la atención el hecho de que se tratara de un paciente joven de 18 años de edad y de sexo masculino, ya que la colecistitis calculosa no se presenta en este tipo de enfermos. Sin embargo se decidió intervenir.

Se practicó laparotomía media supraumbilical, encontrándose vesícula biliar un poco distendida. El conducto cístico estaba -- muy acodado, dificultando mucho su disección. Después de extirpar la vesícula, se abrió ésta, encontrando únicamente bilis concentrada. No había cálculos y el conducto cístico parecía de aspecto nor

mal. Al explorar el colédoco, se encontró muy distendido y enormemente vascularizado, palpándose a su través una pequeña tumoración de consistencia blanda. Se abrió el conducto y se encontró con gran sorpresa un ascaris lumbricoides de regular tamaño, aun vivo y enrollado sobre sí mismo ocupando toda la luz del conducto. Se extrajo éste y después de haber explorado detenidamente el conducto hepático y la porción retroduodenal del colédoco, se colocó sonda en T y se cerró cavidad abdominal dejando un dreno blando en el lecho vesicular.

El post-operatorio fué muy satisfactorio y al 10° día, cuando se retiró la sonda en T, salió, introducida en la rama distal de ésta, es decir la que estaba orientada hacia la ampolla de Water, otro ascaris de igual tamaño que el anterior.

El paciente evolucionó muy bien y antes de darle el alta se le practicó un tratamiento antihelmíntico intensivo.

COMENTARIO: Este caso ha sido descrito por su rareza y curiosidad. Ya había tenido la oportunidad de ver uno parecido en el Hospital Rosales durante mi año de Permanentado en Cirugía; pero lo curioso del caso que nos ocupa es el hecho de haber encontrado un nuevo parásito en la rama distal de la sonda en T, cuando ésta se extrajo.

Dos posibilidades pueden explicar el fenómeno: o estos helmintos llegaron al conducto en forma de larva y desarrollaron en éste, no habiendo nosotros explorado bien el colédoco dejando así el otro ascaris en la porción retroduodenal. O el esfínter de Oddi está permitiendo la entrada de parásitos al conducto colédoco procedentes de la luz intestinal.

NOTA: Este caso fué cedido por el Dr. Víctor M. Pino.

COMENTARIOS

1°) El Servicio Social proporciona experiencia diversa al egresado ya sea que le toque en suerte trabajar en Hospital, Centro de Salud, Centro Sanitario o Unidad de Salud.

En el primero con el nombramiento de Médico Interno, su práctica es esencialmente curativa.

En el segundo, también como Médico Interno, su actividad mayor es curativa y en las Clínicas de Higiene Materna-Infantil da consulta de carácter preventivo.

En algunos lugares, San Vicente por ejemplo, el Médico en Servicio Social es Médico Interno del Hospital y Médico Auxiliar a dos horas en el Centro Sanitario, su actividad es semejante a la del Centro de Salud y se concreta a ver pacientes enfermos y sanos.

El Servicio Social en la Unidad de Salud es diferente, ya que además de la atención tipo consultorio, el Médico es Jefe de la Unidad, desempeñando trabajo administrativo y relacionándose con la comunidad y sus problemas (sanitarios). Es una experiencia - que no se adquiere en los Centros de Salud ni en Hospital, puesto - que en ellos es el Director quien los aborda.

2°) Es problema del egresado en Servicio Social el económico. Hay que pensar en que ya es una persona que tiene múltiples -- compromisos, tanto sociales como familiares y que necesita de recursos suficientes para poder atenderlos. Por eso se obligado a ejercer la medicina en lo particular, restando por lo tanto parte de su tiempo al trabajo que se le ha encomendado.

3°) En lo que se refiere al Hospital "Santa Gertrudis" hay

R E C O M E N D A C I O N E S

1°) Para que el egresado tenga una práctica completa en Medicina (curativa y preventiva), administración y experiencias con la comunidad, sería conveniente que cada uno estuviera 6 meses en un Centro de Salud u Hospital y 6 meses en Unidad de Salud.

2°) Es necesario proporcionar al egresado en Servicio Social un sueldo no menor de \$ 500.00 para que no se vea obligado a trabajar en lo particular y desatender las obligaciones de su Servicio.

3°) Al Hospital "Santa Gertrudis" se le debe conceder más importancia de parte del Ministerio respectivo. Es necesario aumentar el personal médico, por lo menos a 4 Médicos Internos y crear plazas suficientes para enfermeras graduadas y prácticas, pues al presente su número es insuficiente para cubrir el trabajo del Centro. Es de urgente necesidad la organización del laboratorio y el nombramiento de un técnico al frente del mismo; así como la construcción de un Servicio de Pediatría. Necesario es también la creación de plazas de Consultorio Externo para Médicos para dar mayor número de consultas ordinarias.

4°) Es necesario organizar Consultorio de Niños en el Hospital "Santa Gertrudis" o hacer funcionar las Clínicas del Centro Sanitario como Unidad de Salud, dotándolas de medicamentos y otros elementos de trabajo para dar atención curativa a niños.

5°) Dar un curso breve sobre aspectos Sanitarios que enfrentará el Médico en Servicio Social. Creo que con el nuevo plan de estudios de la Facultad de Medicina, con su Departamento de Medicina Preventiva, se resolverá este problema.