

## FLEBITIS APENDICULAR

E. A. de 21 años, soltera, estudiante, entra a la Policlínica el 24 de Agosto con el diagnóstico de, Apendicitis aguda, hecho por el Dr. J. J. Callejas una hora antes en su oficina.

Compruebo su exactitud por encontrar un dolor exquisito en la zona apendicular, náuseas, vómitos, detención de materias y gases, pulso 90, temperatura 38.5.

El dolor apendicular se irradiaba en forma tan violenta y clara hacia el miembro inferior derecho que nos hizo pensar en una lesión articular nerviosa o vascular, pero tanto la exploración de la articulación, del ciático como de los vasos no mostró ningún signo sospechoso.

Leucocitosis de 12.300. Polinucleosis 84 %.

Resolvimos con el Dr. Callejas la operación inmediata. Al sentar la paciente en la mesa de operaciones para hacerle una raqui-anestesia observamos con gran asombro una coloración violácea y aumento considerable de volumen de todo el miembro inferior derecho. Temerosos de agravar la situación y a la expectativa armada acordamos transferir la intervención para cuando el cuadro se aclarara.

Inmovilizamos el miembro en una gotera y le dimos hidratis y vibúrneo. En los 3 días siguientes desapareció el color violáceo, disminuyó el edema, pero la temperatura, el pulso, los vómitos y el dolor en la foz ilíaca continuaban y por tal razón se le practicó la apendicectomía

el 27 de agosto. Desde el día siguiente desaparecieron los vómitos, el dolor profundo, no quedando sino el de la herida; el tercer día ya no hubo temperatura y el pulso cayó a la normal. El miembro siempre continuó inmovilizado por 20 días más hasta llegar a su completa normalidad.

La pieza operatoria no presentaba nada de extraordinario. Apéndice de tamaño mediano, fuertemente congestionado y vasculizado, contiene materias y folículos hipertrofiados.

El resultado post-operatorio confirmó nuestro diagnóstico primitivo por el desaparecimiento de todos sus trastornos y la notable mejoría del miembro.

Se trataba indudablemente de una flebitis benigna en el curso de la apendicitis.

Signo muy frecuente es la irradiación dolorosa de la zona apendicular al miembro inferior derecho en las apendicitis crónicas y agudas que hemos notado en infinidad de casos, pero nunca con carácter tan acentuado como en este caso que obligaba a la muchacha a caminar cojeando marcadamente.

Es la primera vez que observamos una flebitis de origen apendicular.

### *MOLA HIDATIFORME*

M. V.. de 18 años, casada, de oficios domésticos, ingresa a la la Policlínica el 10 de septiembre por una hemorragia genital.

Dice la enferma que está embarazada de 3 meses, pero que

hace un mes le empezó la hemorragia actual.

Comprobamos su afirmación porque nos dijo que su última regla había venido el 24 de Mayo, Junio y Julio no vino y volvió, dice ella, el 10 de Agosto hasta la actualidad. En Julio tuvo náuseas, vómitos, pereza. Encontramos un útero que llega casi hasta el ombligo, parece un embarazo de 4 meses y medio. Cuello blando, signo de Hegar. La hemorragia persiste aunque no de grandes proporciones. Creemos realmente en un embarazo e intentamos detener el aborto probable por el reposo en cama, bolsa de hielo suprapúbica, hemostáticos y opio aunque no había dolores.

Después de 5 días de observación sin notar ninguna mejoría decidí evacuar el útero previo consentimiento de la paciente y del marido.

■Con alguna dificultad pude dilatar el cuello uterino lo suficiente para introducir una cureta grande. A los primeros golpes de cureta salió una enorme cantidad de vesículas acompañadas de una ganga como de metritis fongosa que me dieron la impresión de una Mola hidatiforme. Al cabo de mucho tiempo de estar extrayendo vesículas sentí el útero completamente limpio y di por terminada la sesión.

Se acabó la hemorragia. Al quinto día la paciente se levantó y pidió su alta.

Generalmente el diagnóstico de los embarazos molares se hace por la salida solo o con la sangre de vesículas; en este caso nunca salió una.

No encontré de extraordinario en la enferma sino el exagerado desarrollo del útero.

---