

do, pero que solo vivió algunas horas. El alumbramiento fué normal, según afirma el ilustrado tocólogo que asistió a la enferma. Un día o dos antes del parto, presentó la paciente un abultamiento edematoso de la cara, que desapareció después de dar a luz, en vista de lo cual y teniendo en cuenta la ligera albuminuria observada durante el embarazo, el compañero citado practicó muy acertadamente un nuevo análisis de orina, no encontrando en ella ni albúmina, ni ningún otro elemento patológico.

En los dos días siguientes al parto, el estado de la enferma fué en extremo satisfactorio, presentándose al tercero una ligera reacción febril, que no llegó a 38.º y que fué atribuida al establecimiento de la secreción láctea, reacción que continuó durante dos o tres días, al cabo de los cuales desapareció completamente. Desaparecido este estado febril, se permitió a la enferma una ligera alimentación, después de la cual, volvió a presentarse una nueva elevación térmica de intensidad aproximadamente igual a la anterior y con pocas o ningunas oscilaciones. Reconocida detenidamente por el Tocólogo, por si ello pudiera depender de órganos genitales, confiesa no encontró en dichos órganos alteración alguna que pudiera ser causa de esta reacción, por lo que lo consideró de origen intestinal y aconsejó con tal motivo a la familia, fuera avisado su médico de cabecera, ya que, no siendo los órganos genitales los responsables y si el aparato digestivo, lo natural era que el tocólogo cediese su puesto al médico general, quien debía ser el director de la enfermedad, aunque continuase colaborando el especialista, ya que por encontrarse la enferma en pleno puerperio, la actuación de éste había de ser también muy necesaria.

Avisado el médico de cabecera y celebrada consulta con el tocólogo, convinieron, después de un nuevo reconocimiento genital y una minuciosa exploración general en que se trataba de una ligera infección de origen intestinal y de probable naturaleza colibacilar, a cuyo efecto dispusieron el tratamiento adecuado. A los dos o tres días y continuando el mismo estado febril oscilante al rededor de los 38.º sorprendió a la enferma de pronto un intenso y agudísimo dolor en la región epigástrica, desde cuyo momento, dicho sea en honor a la verdad y en defensa del compañero que tuviera razón, (lo cual yo no he de decidir) ya no hubo unanimidad de criterio entre los dos compañeros asistentes. Para el médico de cabecera el sintoma dolor era un fenómeno sencillamente histérico, tributario de un tratamiento puramente sugestivo; para el tocólogo, aquel dolor, fuera real o imaginario o exagerado, reclamaba un tratamiento calmante y dispuso una inyección de morfina o pantopón, a lo que se opuso terminantemente el otro compañero. Puesta a decidir la familia, optó, en mi concepto, como suele suceder siempre por lo peor, oponiéndose a que a la enferma le fuera aplicada la inyección de morfina, con lo que la autoridad del tocólogo

quedó quebrantadísima y la enferma, justo es consignarlo, completamente indefensa. Al dolor, que fué en aumento, se asociaron después vómitos frecuentes, astringencia de vientre, alguna mayor frecuencia de pulso y ligero timpanismo abdominal, continuando la temperatura estacionada al rededor de los 38.º y siendo la orina algo escasa. Este cuadro desorientó algo a los compañeros; según propia confesión, debido a que, habiendo practicado nuevos reconocimientos, nada anormal encontraron en los órganos genitales, a los que por fuerza querían hacer responsables del estado de cosas que contemplaban; sin embargo de lo cual, siguió cada uno colocado en su mismo punto de vista, el uno atribuyéndole todo al histerismo y rechazando el empleo de los opiáceos, el otro atribuyéndolo a lo que fuera, pero queriendo calmar el dolor, que ya se hacía insoporrible a la enferma y a cuantos la rodeaban.

A la segunda o tercera noche de esta penosa situación que no dejaba hora de reposo a la enferma, ni a la familia, ni a los vecinos de la casa, agobiados por los gritos de dolor de la paciente, se decidió el marido a buscar un médico de un dispensario próximo, el cual se limitó a cumplir su humanitaria misión aplicando una inyección de morfina, y diciendo a la familia después del muy superficial reconocimiento que puede hacerse en esas condiciones a las dos o las tres de la madrugada, que, a su juicio, aquello tenía cara, o de una peritonitis o de una perforación intestinal.

Esta atinada manifestación alarmó al marido, ya bastante intranquilo y receloso y decidió llamar en consulta al competente Ginecólogo Dr. Vital Aza. Reconocida por dicho profesor en Consulta con los otros compañeros, diagnosticó una peritonitis infra umbilical, estableciendo un pronóstico gravísimo y disponiendo el tratamiento adecuado, reposo, hielo, dieta absoluta, suero, etc. Posteriormente y por indicación mía hecha desde el pueblo, visitó a la enferma el Dr. Gallástegui, quien comprobó el diagnóstico y pronosticó en la misma forma que el compañero anterior.

Cuando yo llegué, el estado de la enferma era casi desesperado, limitándome a oír el relato que los compañeros me hicieron y a comprobar la existencia de una peritonitis difusa, de la que no he de detenerme en volver a relatar síntomas, si bien he de hacer otro género de consideraciones que creo en extremo pertinentes.

Escuchado el historial clínico de esta enferma con toda atención, primero de labios del tocólogo y después del médico de cabecera, y relacionando los síntomas en el riguroso orden cronológico que se habían presentado y que tan clara y ordenadamente me habían sido expuestos por los compañeros, surgió de improviso en mi imaginación un diagnóstico, que sometí a una severa y escrupulosa autocrítica antes de darle publicidad y que después de hacerme a mí mismo cuantas observaciones juzgué pertinentes, no dudé en aceptar como el más verosímil, racional y científico

al mismo tiempo.

Razonemos. Una señora que da a luz a los ocho meses de embarazo, que su alumbramiento se hace normalmente, que se encuentra perfectamente bien los dos días siguientes al parto, que al tercero presenta una elevación térmica de 38.º escasos, la que desaparece al cabo de otros dos o tres días y que vuelve a aparecer con motivo de haberle sido permitida una ligerísima alimentación, ¿qué puede padecer? En mi concepto, y admitiendo como cierto lo que los compañeros afirman, de no encontrar absolutamente nada anormal en los órganos genitales, ni en ningún otro sitio, no puede padecer más que lo que ellos diagnosticaron; una *infección intestinal de naturaleza colibacilar*. Hasta aquí estamos de perfecto acuerdo.

Ahora bien, esta infección colibacilar, coincidente con el puerperio, que de buenas a primeras se complica con un intenso y agudo dolor en región epigástrica, acompañado de frecuencia de pulso y seguido de vómitos y ligero timpanismo abdominal, ¿qué puede inducir a pensar? Puede inducir a pensar que se trata de un simple cólico intestinal; pero su persistencia e intensidad y sobre todo el periodo puerperal en que la paciente se encuentra conducirá al práctico a pensar también en una causa muy verosímelmente genital. También en esto la coincidencia con los compañeros es perfecta.

Pero he aquí que reconocida nuevamente la enferma, no encuentran absolutamente nada en sus órganos genitales. ¿Por qué desorientarse? ¿Por qué vacilar? ¿Por qué atribuir al histerismo lo que puede ser tributario de algún otro órgano, colocado también en la misma cavidad abdominal? ¿No radica ahí también el apéndice? ¿Cuáles son los síntomas clínicos de la apendicitis aguda? Los que la enferma presentó. Dolor en región epigástrica,—no en punto de Mack Burney, que ha perdido toda su importancia,—defensa muscular de la pared abdominal, el consiguiente meteorismo provocado por esta contracción y por el estado del intestino, vómitos, astringencia de vientre y elevación térmica acompañada de frecuencia de pulso. ¿Hay cuadro más típico de una apendicitis aguda? Y si a esto se añade que ya existe una causa intestinal, que puede determinar la localización apendicular, cual es la infección colibacilar, creo no había de ser necesario practicar análisis de sangre comprobatorio del aumento leucocitario, para aceptar sin género alguno de duda el diagnóstico de apendicitis aguda.

Así pues, esta enferma fué atacada en pleno puerperio y en el curso de una colibacilosis intestinal, de una apendicitis aguda, que pasó desapercibida a los competísimos compañeros que la asistieron y a los que después la vieron en consulta; bien es verdad que éstos ya no vieron la apendicitis, sino la peritonitis que siguió a aquella.

¿Qué sucedió después? Yo desde luego pensé en una cosa muy natural y lógica. Que debido al reciente traumatismo del