

ZUSAMMENFASSUNG

Man bespricht, wie hoffnungslos vor Entdeckung der Antibiotica die Behandlung der Pneumokokkenmeningitis war.

Der Prozentsatz der Heilungen durch Sulfamide, Penicillin und Penicillin in Verbindung mit Sulfamiden wird angegeben, woraus dann zu erkennen ist, dass das Penicillin weitaus am wirksamsten ist.

Man bespricht dann, warum man zur intralumbalen Behandlung übergegangen ist sowie ihre Gefahren; gleichzeitig werden die so erzielten Erfolge verzeichnet und mit denen verglichen, die man erhält, wenn man die intramuskuläre Injektion anwendet.

Betrachtungen über die intramuskuläre Penicillintherapie mit sehr grossen Dosen (1-2 Millionen alle 2 Stunden) werden angeschlossen, wobei man zu der Ansicht kommt, dass in Anbetracht unserer heutigen Kenntnisse diese Methode mit Sulfamiden kombiniert vorzuziehen ist.

Zum Schluss wird ein Fall von Pneumokokkenmeningitis dargestellt, der erfolgreich mit dieser Therapie behandelt wurde.

RÉSUMÉ

On signale l'aspect désolant qu'offrait le traitement de la méningite pneumococcique jusqu'à l'apparition des antibiotiques.

On indique les différents pourcentages de guérisons qui s'obtiennent avec l'emploi des sulfamides, pénicilline, et pénicilline associée aux sulfamides; de cette étude comparative on arrive à la conclusion de que la pénicilline a une plus grande efficacité.

On expose les causes qui conduisent à l'emploi de la pénicilline par voie intrarachidienne, ainsi que les risques que cette voie offre, en enregistrant en même temps les succès obtenus en employant la voie intramusculaire.

On fait quelques considérations au sujet de l'administration de la pénicilline intramusculaire à de fortes doses (1 ou 2 millions toutes les deux heures) et qui, comme suite des connaissances actuelles, est considéré comme le procédé thérapeutique de préférence, surtout associé aux sulfamides.

Pour en finir on expose un cas clinique de méningite pneumococcique dans lequel l'auteur employa avec succès cette méthode de traitement.

NOTAS CLINICAS

SOBRE EL SINDROME DE CHESTERMAN

(Aportación casuística) (*)

E. RODA PÉREZ, E. LÓPEZ GARCÍA y M.
FERNÁNDEZ CRIADO P.

Clinica Médica Universitaria.
Director: Prof. C. JIMÉNEZ DÍAZ.

En los capítulos de las principales obras y tratados de aparato digestivo, y en las monografías que concretamente se ocupan del problema de la "obstrucción intestinal", salvo en la del propio autor, de este síndrome, al hacer clasificaciones sobre las formas clínicas y etiológicas del "síndrome obstructivo intestinal", apenas si se alude, o sólo muy a la ligera, sin reparar en más, al cuadro obstructivo que acontece en mujeres que, en una fecha más o menos reciente, fueron intervenidas ginecológicamente, y que, unas veces, en formas más o menos vagas e imprecisas presentan crisis de equivalente obstructivo, y contrariamente, en

otras ocasiones ello acontece en forma brusca y violenta, abocando, inclusive, a un cuadro sobrealagudo de estrangulación intestinal. Como no es raro ver en la práctica casos de éstos, y juzgamos que, tanto en el orden doctrinal como práctico, este problema es de interés, vamos a exponer algunos de nuestros casos.

El primero se refiere a una mujer, J. L. M., de veintinueve años de edad, casada, S. L., de Villaverde Alto (Madrid).

Hace catorce meses hubo que hacerle una cesárea, por placenta previa, a los ocho meses de embarazo. Después de la intervención quedó con fuertes dolores en región paraumbilical derecha, con fiebre alta, de más de 40 grados, cuyo estado no le paralizó el vientre. A consecuencia de este cuadro, mantenido, hubieron de reoperarla de nuevo a través de la misma incisión de la cesárea y le encontraron un absceso próximo a la región paraumbilical y Douglas derecho, que drenaron. Esta fase aguda se resolvió y estuvo sin molestias alrededor de un año. A partir de este tiempo comenzó con dolores lentos, continuos, que se exacerbaban en ocasiones y que localiza en regiones paraumbilical, umbilical y epigástrica, exactamente por encima de la incisión operatoria. Los dolores han crecido en intensidad hasta la fecha de hoy. Desde que los tiene va muy estroñada, cosa que antes no le ocurría. Los dolores le producen náuseas y regurgitaciones acuosas a la boca, aun con el estómago vacío. Durante los mismos no se

(*) Trabajo presentado al VI Congreso de Patología Digestiva y de la Nutrición.—Santander. Septiembre 1951.

le forman bultos ni tiene ruidos abdominales. Siente sensaciones de destemplanza, aunque no se ha comprobado fiebre. Nada por parte de los demás órganos ni aparatos. Sus antecedentes carecen de interés. Lo mismo los personales que los familiares. A pesar de las crisis dolorosas, el apetito se conserva bien y no come más por temor a las mismas.

En la exploración se contrasta que la enferma se halla en buen estado de nutrición, con buena coloración de piel y mucosas. El abdomen que, por inspección, no presenta signo anormal alguno, responde con dolor difuso a la palpación, sin que por ésta se aprecie otra cosa. No existen asas especialmente palpables, ni formaciones, etc. La palpación es electivamente más dolorosa cerca del ombligo, un poco por encima de la cicatriz quirúrgica.

Las exploraciones complementarias mostraron: 4.300.000 hematíes; 86 por 100 hemoglobina; 1, valor globular. El índice de sedimentación, 7, normal. No hay anemia valorable patológicamente. 8.300 leucocitos, prácticamente normales; 62 segmentados adultos y 4 cayados, 1 eosinófilo, 31 linfocitos y 2 monocitos. Es decir, una fórmula leucocitaria normal. El examen de orina, rigurosamente normal. Las exploraciones radiológicas mostraron normalidad de los órganos torácicos. Estómago y duodeno, rigurosamente normales. Las primeras asas yeyunales, también normales. A las seis horas de ingerida la papilla, el estómago vacía con ritmo normal; se visualiza un escaso resto de la misma en el ileón pélvico; el ileón terminal aparece poco plenificado, y lo están totalmente el ciego y los segmentos ascendente y transversal del colon hasta la flexura esplénica. La escasa porción del ileón pélvico visualizada parece normal. Aunque el ileón terminal no se puede estudiar en detalle, por falta de contraste, se precisa bien, sin embargo, que su movilización pasiva está muy limitada, y que es dolorosa. El ciego se encuentra también adherido a fondo de pelvis y es de contornos irregulares y muy doloroso a la presión. Los segmentos ascendente y transversos son sensiblemente normales.

La exploración ginecológica muestra un aumento en la consistencia del Douglas derecho, con dolor a la presión digital y a la maniobra combinada, con compresión de la zona afecta a través de la pared, desde fuera.

El segundo caso es el de una mujer, J. R. P., de treinta y cinco años, casada, de Cebolla (Toledo), S. L. Había sido intervenida quirúrgicamente, por padecer de un quiste de ovario, en el lado derecho, en noviembre de 1943. En septiembre de 1948, y estando previamente bien, empezó a sufrir un dolor difuso por todo el vientre, que fué acreciendo en intensidad, hasta hacerse insoportable y adquiriendo entonces una irradiación, ya más electiva, hacia ambos vacíos y regiones lumbares. No se acompañó este cuadro de fiebre, ni de náuseas, ni de vómitos. El vientre se le hinchó coincidiendo con el aumento del dolor, y aun cuando remite en intensidad no desaparece del todo y se exacerba intermitentemente continuando así hasta la actualidad. A pesar de esto, no ha tenido alteraciones en la marcha del vientre y no ha apreciado intolerancia para ninguna comida en especial, tolerando perfectamente todo cuanto ingiere. Tiene anorexia desde hace dos meses, sin que le repugne ningún alimento. En estos dos últimos meses ha perdido ocho kilogramos de peso.

En sus antecedentes, salvo la intervención quirúrgica ya reseñada, sólo es digno de destacar la infección del vientre que tuvo hace cinco años. Por lo demás, siempre ha estado bien y no se ha quejado más que de ser habitualmente muy nerviosa y de dormir mal. Tuvo la menarquia a los doce años y sus reglas, de cuatro días de duración cada veintiocho, han sido de siempre normales.

En la exploración se objetiva un buen estado de nutrición. Piel y mucosas bien coloreadas. En abdomen la pared es flácida y no se palpa absolutamente nada anormal. El hígado y el bazo no están aparentemente alterados. El resto de los aparatos son normales. No hay anemia. Leucocitos y fórmula leucocitaria norma-

les. Índice de sedimentación, normal. Orina, normal. El examen radiológico del tórax es normal, y lo mismo el del estómago, duodeno y primeras asas yeyunales. A las 11,30 horas de digerida la papilla, que se ha evacuado del estómago con un ritmo y en un tiempo normales, aparece ocupando parte del ileon y todo el colon hasta el comienzo del sigma. Se confirma la existencia de un asa ilear, media, bastante dilatada y en arco, que la palpación moviliza, desencadenando un peristaltismo activo, que produce dolor, sin avance sensible del contraste. La misma imagen y el mismo aspecto se corrobora en varias exploraciones realizadas después de varias intermitencias horarias, siempre con iguales características. En exploración vertical no se aprecian imágenes gaseosas ni niveles. El ileon distal aparece prácticamente vacío o con leves residuos de papilla, y su zona de confluencia con el ciego es normal en todos los aspectos. Este y todo el colon, hasta el sigma, en la parte visible, es normal en su forma, contornos, motilidad, plenificación, etc. El radiólogo lo resume diciendo que se trata de un cuadro de adherencias, con estenosis ilear media.

Refiérese el tercer caso a una paciente, F. M. M., de sesenta y dos años, casada, de Sigueruelo (Segovia), s. l.

Hacia veinte años que fué operada de un quiste del ovario derecho, que se había precedido, durante seis años, de dolores en la fosa ilíaca del mismo lado. Los dolores siguieron en idéntica localización a pesar de la intervención quirúrgica; no eran intensos y tampoco continuos. Los notaba, principalmente, con ocasión de los cambios de tiempo, o al realizar algún esfuerzo. Hace trece años, una noche, después de cenar, comenzó con molestias indefinidas de vientre, instaurándose a continuación un dolor muy intenso y sostenido, localizándose en la fosa ilíaca derecha, con náuseas y vómitos al intentar ingerir algún alimento o líquido. Con ocasión del mismo, el estreñimiento, en ella habitual, se acentuó. Al remitir el accidente, que le duró nueve días, tuvo una deposición negra y las orinas eran de color caoba, con abundante sedimento. No tuvo fiebre. Este episodio, de idénticas características, se ha venido repitiendo desde entonces una vez al año, aproximadamente, quedando tan sólo, en el intervalo de los accesos, con un ligero dolorimiento en la zona señalada, que no le impide hacer su vida normal. Hace dos años, aproximadamente, estuvo durante quince o veinte días con una gran diarrea en número de diez a doce deposiciones diarias, con retortijones por todo el vientre, anorexia y abundantes eructos. En las deposiciones se observaba o bien sangre roja algunas veces, y las más era negra, coincidiendo con las crisis. Hace cuatro meses que ha tenido el último cólico igual a los anteriores. Desde esta fecha última hasta la actualidad, no se encuentra bien. Tiene anorexia intensa, astenia, gran tristeza y adelgazamiento marcado, sin precisar cuánto. En ocasiones, y coincidiendo con las crisis, ruidos de tripas.

De siempre, gran insomnio, si bien acentuado en los últimos tiempos; muy nerviosa y deprimida. Los antecedentes personales carecen de interés, y lo mismo los familiares.

A la exploración, se la observa bien constituida, con normal coloración de piel y mucosas. El abdomen aparece blando, con estrias gravidicas y paredes flácidas. En el vacío derecho se palpa una tumoración de consistencia dura, adherida a planos profundos, de límite inferior preciso, horizontal, que no se moviliza con los movimientos respiratorios, y que es discretamente dolorosa a la palpación. Las tensiones arteriales de 13,5 y 7, son normales. 60 pulsaciones, rítmicas. La supuesta "tumoración" de la palpación, es el riñón derecho que está ptósico. El examen radiológico muestra la existencia de un tórax normal, con pulmones, corazón y pedículo vascular, normales. El estómago es normal de forma, tono y motilidad; aparece discretamente desplazado hacia el lado izquierdo. Las primeras asas yeyunales son normales. En el ileon pélvico, y ya cerca del ileon terminal, hay hasta dos asas grandes, con estasis persistentes a su nivel, que pasivamente no se desplazan bien, estando como fijas y en las que la ma-

niobra desencadena dolor. No se ven otras anormalidades. El enema opaco penetra sin obstáculo hasta el ciego y no muestra alteraciones de ningún orden ni en los contornos, ni en la motilidad, ni en la forma de todo el intestino grueso. Tan sólo el ángulo hepático aparece desplazado hacia abajo, pero sin compresiones directas aparentes sobre él.

El tacto rectal muestra la existencia de unas hemorroides intensas, que no están inflamadas en el momento de la exploración. El examen de sangre revela que no hay anemia. El índice de sedimentación es de 15.5; los leucocitos son normales y la fórmula leucocitaria es normal. El análisis de orina es rigurosamente normal. La urea en sangre también lo es. La exploración ginecológica actual no muestra sino un cierto grado de endurecimiento de la zona que corresponde al suelo del Douglas derecho.

El cuarto caso, por fin, corresponde a una paciente de cincuenta y seis años de edad, sin otros antecedentes de interés que la existencia de un temperamento nervioso y fácilmente excitable. Llevaba una temporada con molestias de tipo intermitente, que no le impedían para nada su vida normal. Estas consistían, principalmente, en una anorexia más acentuada, dentro de su hiporexia habitual, con pequeñas sensaciones: flatulencia, pesadez post-prandial, etc., después de las comidas, y, en ocasiones, dolores, no bien precisos, periumbilicales, y en otras en forma de retortijones sin que ello se acompañase de ningún otro trastorno mayor, ni náuseas, ni vómitos, ni fiebres, ni afectación de su estado general, etc., que seguía igual. Fué vista minuciosísimamente, tanto desde el punto de vista clínico como radiológico, con las máximas garantías apetecibles en todas las exploraciones, y no se le encontró una causa orgánica más aparente a aquellos trastornos que tenían todo el carácter clínico y radiológico de perturbaciones funcionales. El radiólogo no sólo le hizo un tránsito intestinal detenidísimo, sino radiografías seriadas de todos los segmentos intestinales, sin encontrar absolutamente nada resaltable. No existía otro antecedente importante valorable que el que poco más de un año antes, el cuadro éste empezó después de esta operación, había sido intervenida quirúrgicamente esta paciente por una afección ginecológica, que exigió la práctica de una histerectomía subtotal, que se siguió de un excelente curso operatorio. En el acto operatorio se examinó detenidamente el apéndice, que no presentaba signo anormal alguno, y asimismo el ciego y asas intestinales próximas, en las que no se vió anormalidad alguna.

Un día, en forma brusca y violenta, tuvo un dolor abdominal de localización no bien precisa; era tan intenso que "shockaba" a la enferma, y que sólo cuando reaccionaba le permitía señalar una zona un poco extensa, de la que el ombligo era aproximadamente su centro, como sitio de implantación del mismo. Este dolor le producía náuseas y vómitos, que no se acompañaban de sensación de nudos, ni de hinchazón del vientre, ni de otro trastorno que no fuera una absoluta paralización intestinal. No tenía fiebre. En la exploración abdominal, la palpación más cuidadosa, realizada muy poco después de iniciado el dolor, no permitió objetivar absolutamente nada. No había resistencia de la pared; no se captaban asas rígidas o duras, etc. El dolor, que no desaparecía, se exacerbaba con intermitencias cada media hora aproximadamente, pidiendo angustiosamente la enferma que se la calmara con medios más enérgicos, ya que los supositorios de Eupaco y las inyecciones de Paversil, únicos recursos que prudentialmente y para no enmascarar el cuadro quisimos emplear, no servían para nada. La fórmula leucocitaria que se le hizo en este momento y el recuento global eran todos normales. El tacto rectal no mostró ninguna particularidad especial. Ante la manifiesta importancia del síndrome doloroso, que nunca había tenido igual, y el cómo éste repercutía sobre su estado general, y a pesar de lo sugestivas que eran todas las exploraciones anteriores, todas negativas, y hechas por personas de máxima solvencia, y aun contando con el temperamento de la paciente, y hasta la coacción familiar que lo avalaba, en el sentido de que quizá pu-

diera ser aquello un simple trastorno nervioso, dentro de su "nerviosismo habitual", nos decidimos, impresionados por lo primero, a seguir una observación minuciosa sin separarnos de la paciente. El cuadro no cedía y los dolores iban "in crescendo". Las exploraciones palpatorias seguían siendo negativas. Mas un nuevo examen de sangre: recuento leucocitario y fórmula, realizado a las cinco horas de iniciado el dolor, ya mostró la existencia de una leucocitosis de tipo medio, 12.000 y una fórmula leucocitaria con 84 segmentados, sin eosinófilos. Existía taquicardia de 100 pulsaciones; hipotensión más manifiesta que al comienzo de la crisis y más decaimiento general. Adquirimos la convicción plena de que estábamos ante un cuadro de abdomen agudo con signos de equivalente obstructivo intensos que no se expresaban congruentemente en las exploraciones físicas que intermitentemente realizábamos por palpación, tactos rectales, etc. No creíamos en la existencia de una apendicitis aguda porque, aparte de que el apéndice había sido examinado con ocasión de la intervención, relativamente reciente, y era totalmente normal, estas crisis a que asistíamos no tenían de común con una apendicitis, salvo las atípicas, más que la paresia intestinal que se instaló con el comienzo de ésta y la flogosis aguda que expresaba el examen hemático. Nos llamaba también la atención en contra del diagnóstico de apendicitis el que el primer examen de sangre, cuando el cuadro era florido y ya llevaba con él unas dos horas, por lo menos, era rigurosamente normal. Por ello, y recordando la intervención ginecológica realizada, pensamos, con más razón, en la posibilidad de que lo que allí estaba aconteciendo tuviera una relación más directa, de dependencia, con la intervención ginecológica que se le practicó en un tiempo relativamente reciente. Ante el hecho de un abdomen agudo de las características referidas, que tan profundamente afectaba al estado general y que en el curso de horas repercutía tan destacadamente sobre el cuadro hemático, planteamos, aun sin poder precisar de una manera exacta la raíz del proceso en cuestión, la necesidad imperiosa de proceder con toda urgencia a la práctica de una laparotomía, ya que entre los hallazgos posibles no desechábamos incluso la posibilidad de una estrangulación interna por las razones dichas. A las 8.30 horas, aproximadamente, de iniciado el cuadro clínico, fué intervenida por el Dr. DUARTE, quien se encontró un anudamiento de tres asas del intestino delgado, ileon pélvico, que hubo de liberar, con sendos tijeretazos, de vigorosas bridas fraguadas sobre el lecho cicatricial de la intervención ginecológica que se le había realizado poco más de un año antes. A pesar del poquísimo tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro clínico, dichas asas estaban muy cianóticas, y sobre todo una de ellas estaba completamente negra. Tras un tiempo prudencial suficiente de tenerlas liberadas y exteriorizadas, envueltas en compresas empapadas en suero caliente, etc. y ante la sospecha vehemente de que alguna de ellas no se revascularizaba en forma adecuada para dejarla intacta con tranquilidad, y ante el temor lógico de una eventual trombosis, con infarto, etc., que hubiera podido después ser fatal, se procedió a la resección de unos 80 cm. de intestino, con sutura laterolateral de asas, etc. La intervención fué resolutoria, a pesar de que posteriormente tuvo un episodio muy sospechoso de tromboflebitis localizada en el territorio que había sido objeto de la intervención, pero que, felizmente, se resolvió bien, siendo excelente el estado de la enferma en los cinco años transcurridos desde que ocurrió este episodio.

En resumen, hemos referido cuatro casos de distintas enfermas, que tienen de común los siguientes hechos; todas ellas han sufrido, con ocasión de sendas ginecopatías, intervenciones ginecológicas, en sí distintas; desde simples ovariectomías, por extirpación de quistes ováricos, a histerectomías, ó a cesáreas. En periodos de tiempo diferentes, pero, en general, con iniciación de las molestias a partir del acto

operatorio, o poco después, todas ellas han venido teniendo cuadro dolorosos, con frecuencia críticos, y persistentes, aunque atenuados en las fases intercríticas hasta llegar a situaciones en que el dolor y la crisis de que se acompaña han sido muy intensos y más perdurables, y que, en alguna ocasión, como en el caso último, han obligado a una intervención quirúrgica de urgencia y de laboriosa resolución. El estudio clínico, en casi todos estos casos, ha sido muy anodino. El proceso, como es lógico, no ha repercutido, en general, sobre el estado somático, ni tampoco sobre el cuadro hemático, etc. Los hallazgos radiológicos, practicando tránsitos intestinales minuciosos, han sido, en algunos casos, expresivos y demostrativos de existencia de imágenes adherenciales, y en algún otro se han podido ver asas con manifiesto estasis mantenido, dolor a su nivel, etc. Pero en otro caso, justamente el más aparatoso y grave y que en más inminente peligro de muerte puso a la enferma, las cosas no ocurrieron así y el examen radiológico más detenido y minucioso no pudo objetivar nada. En ninguno de estos casos, con crisis de significación obstructiva, si bien es cierto que, en varios de ellos y bastantes veces, eran atenuadas y el cuadro no era completo, ni típico, por lo que incluso pueden despistar, había nada, ni deducido por los datos de la historia, ni tampoco por las exploraciones, a que achacar su causa que no fuera a la posibilidad de una complicación de la dinámica intestinal a favor de factibles bridas o adherencias generadas con ocasión del dato: intervención ginecológica, que en las cuatro enfermas existía. El trastorno sobre la dinámica intestinal, de distinto grado en unos casos y otros, explica bien el distinto ritmo, no sólo en el tiempo de evolución del proceso, sino en la cuantía e intensidad de los trastornos y síntomas producidos en cada una de estas pacientes. Así, mientras en dos de éstos los síntomas se hacen intensos e intolerables y abocan a crisis agudísimas en el término de poco más de un año, en otro de ellos habían transcurrido ya veinte años desde que se practicó la intervención. Es de señalar que, de acuerdo con lo resaltado al describir este cuadro clínico, por CHESTERMAN, en uno de nuestros casos, como en otros señalados por él ha habido fenómenos de melenas.

La casuística por nosotros aquí expuesta, nos enseña, entre otras cosas, que este síndrome originado por bridas, a veces grandes, que se han generado como consecuencia de intervenciones quirúrgicas ginecológicas, son capaces de abarcar una determinada porción del intestino, en estos casos el delgado, produciendo un anudamiento del mismo. En función de la cuantía y grado de este fenómeno podrán originarse o bien fenómenos oclusivos simples, en los que sólo se produzca un bloqueo del tránsito intestinal, que, en función de la intensidad del trastorno originario, podrá expresarse, como ya hemos hecho referencia y vemos en varios de nues-

tros casos, como simples trastornos de equivalente obstructivo, incompleto y reiterativo. Es lógico suponer que la reiteración de este hecho y la acumulación de otro factor propicio, como por ejemplo dispepsia, etc., pueda acarrear aquel cofactor que, actuando sobre la circunstancia anterior, termine por realizar la totalidad de la obstrucción. Pero en otros casos, como el último de esta experiencia, el fenómeno obstructivo es bastante más que la oclusión, ya que en él aconteció una "estrangulación" con todas las características de gravedad que ésta implica, puesto que a más del bloqueo, desde un principio, se perturba profundamente la irrigación sanguínea, evolucionando así todas las circunstancias propicias para la producción de un "infarto hemorrágico" que, de no actuar con la máxima perentoriedad, aboca a la necrosis intestinal y a la peritonitis. Por esto, creemos que la experiencia nos autoriza y obliga a que cuando se presente un esquema o clasificación clínica de las obstrucciones intestinales, y al analizar sus causas, en vez de emplear el término simple y ambiguo de "obstrucción intestinal por adherencias o bridas", que generalmente se imputan a las inflamaciones crónicas, o a las secuelas de las agudas en el peritoneo; a las post-traumáticas bien sean circunstanciales o quirúrgicas; a las neoplasias, e incluso a las bridas congénitas, se resalte, sobre todo tratándose de mujeres, la no infrecuencia con que estas adherencias pueden ser secuelas directas, como de hecho lo son, de intervenciones ginecológicas que allí se realizaron. El conocerlas supone adivinar su trascendencia y, por tanto, su valoración como agente etiopatogénico ante síndromes como el que nos ocupa. El justipreciar, a su vez, la importancia de este posible agente patógeno, quizá obligue más, dentro de la habitual perfección técnica que, en general, emplean los ginecólogos, a llegar al máximo posible en sus propias exigencias técnicas operatorias, al peritonizar, suturar, etc., con objeto de prevenir, en lo posible, la formación adherencial. Seguramente que hay también un factor individual, constitucional, como ocurre con cualquier otro tipo de cicatrices, en no importa qué zonas del cuerpo—recordar lo que, en este respecto, ocurre con los queloides cutáneos, que se reproducen aun con las técnicas de sutura más exigentes y correctas—, al que quepa atribuir, en una serie de estos casos, una especial predisposición a la formación de estas adherencias.

En lo que toca al clínico que se enfrenta con casos como estos, al enjuiciarlos en lo que tienen de agudos, y que, por lo mismo, obligan más a una decisión firme y rápida, a la vez que cierta, lo ha de hacer en tal forma que, al barajar sus posibles causas, tenga en cuenta él si ha existido o no, previamente, una intervención ginecológica. Esta ya habrá de ser, forzosamente, en el futuro, un factor más a barajar en la etiología y patogenia del fenómeno obstructivo.