

## GINECOLOGIA.

Metro-salpingo aforitis y peritonitis pélvica puerperal.—Laparotomía.  
Operación de Tait á la derecha, resección de 8 centímetros de epiplón inflamado y adherente á las vísceras pélvicas.—Canalización por el procedimiento Mickulicz.—Curación.

**R**OSA Castillo, de 29 años, casada, natural de Guanajuato, ocupándose en sus quehaceres domésticos, tuvo su primera menstruación de 15 años, fácil, durando ocho días y continuando con toda facilidad posteriormente hasta los 19 años, que casó y notó entonces que el escurrimiento menstrual disminuyó á 3 ó 4 días sufriendo ligeros dolores dismenorreicos. Ha tenido dos partos: el primero 18 meses después del matrimonio fué fisiológico, mas faltándole la secreción lactea no pudo criar á su hijo y á los tres meses volvió la menstruación con los mismos caracteres ya descritos. El segundo parto fué en Noviembre pasado, fué retardado el trabajo y sobrevino hemorragia muy abundante, al tercer día del postparto, se encendió la fiebre, de forma remitente, con exasperaciones vesperales acompañándose de calofríos, sudores, sensibilidad exquisita y abultamiento de la región hipogástrica, náuseas, vómitos, y en una palabra del cortejo habitual de una flemasía pélvica aguda. La infección se tradujo por artritis aguda de las rodillas, codos y tibio-tarsianas, haciendo creer á algún médico que el reumatismo era lo dominante en la escena patológica. No se trató convenientemente, fué empeorando cada día minada su constitución por la fiebre y la diarrea que á poco sobrevino. En condiciones verdaderamente deplorables ingresó á mi servicio del hospital San Andrés á mediados de Febrero del presente año. Consideré imprudente hacer un examen completo de sus órganos sexuales por ser muy sensible la sola palpación del vientre.

La sometí á un tratamiento enérgico: calmelano, vejigatorios al hipogástrico, ictiol en taponos vaginales, que al principio no toleraba bien; hice la antisepsia intestinal con el benzonaftol y los absorbentes y hasta principios de Abril pude examinarla satisfactoriamente encontrando en

resumen: plastrón hipogástrico, remontando hasta el ombligo más desarrollado á la derecha, de consistencia semi-elástica, no fluctuante, ocupando toda la excavación pélvica y haciendo por tanto imposible la palpación y determinación de la posición de las vísceras encerradas en la excavación. La vejiga podía contener 3 onzas de solución boricada, mayor cantidad determinaba tenesmo y dolor hipogástrico. El tacto bimanual sólo permitía demostrar que el útero se hallaba enclavado por las adherencias múltiples del exudado inflamatorio que envolvía en una sola masa los anejos y se continuaba con el plastrón hipogástrico. En ningún examen de los reiterados que hice á la enferma, pude reconocer fluctuación. No creí prudente introducir el histerómetro, y por otra parte, no había en esos días leucorrea fétida ni otros síntomas de endometritis, así es que diagnosticué pelvi-peritonitis pélvica, exudativa, puerperal, quedándome como dudosa la existencia de algún absceso pélvico. El enflaquecimiento extraordinario de la enferma, el poco éxito del tratamiento antiflogístico, me decidieron á intervenir por laparotomía el 16 de Abril, asistido por mis inteligentes y bondadosos amigos los Dres. Ignacio Prieto y F. Vera Becerra.

Incisión pequeña tres dedos arriba del pubis y abajo del límite superior del plastrón; paredes abdominales muy adelgazadas; peritoneo vivamente inyectado, epiplón adherido á todo el peritoneo anterior sub-umbilical, engrosamiento de la parte inferior de los rectos y fusión de éstos y el tejido celular sub-peritoneal, desprendimiento muy cuidadoso del epiplón y resección de 8 centímetros, desprendimiento de varias asas de intestino delgado, sutura de la túnica serosa de las mismas para cohibir la hemorragia de la amplia superficie adherente al epiplón y á los anejos.

Entonces solamente pude penetrar en la excavación y desprender de adherencias múltiples el ovario y trompa falopiana derechos, fijos en el fondo de Douglas, cauterizar la superficie de sección con el Paquelín; reconocer que el útero muy pequeño y en anteversión, casi nada participaba al proceso patológico, asear la pelvis y canalizarla con 2 metros de gasa yodofórmica. En consecuencia: no hubo absceso pélvico, se extirparon los anejos derechos; se dejaron los izquierdos por estar completamente fundidos con las asas intestinales.

Las consecuencias operatorias fueron de lo más felices, pues la temperatura no volvió á elevarse desde entonces, sino á los ocho días, pero fué fácil explicarse que era debido á la influencia que en esos días reinó en la sala y que tuvo la enferma en su forma benigna. La canalización fué muy eficaz y á los ocho días la suspendí por no haber ningún escurri-

miento; la herida cerró á los quince días y entró la enferma en franca convalecencia.

Actualmente no se queja de dolor alguno; el vientre está blando en su región inferior y el tacto bimanual acusa tan solo la exudación perituterina post-operatoria, que cualquiera persona que sin estos antecedentes examinase á la enferma, la atribuiría á la metritis, pero repito, que el útero es pequeño.

No he creído conveniente dejar salir á la enferma del hospital hasta presentarla á mis ilustrados comprofesores para oír su respetable opinión y ampliar esta reseña en algún estudio que presentaré próximamente, en el cual me propongo comparar este hecho con otros semejantes de mi práctica.

México, Junio 19 de 1895.

F. HURTADO.

---