

## GINECOLOGIA.

---

### Dos casos más de piosalpinx y apendicitis, tratados por la vía vaginal.

El tratamiento de los piosalpinx voluminosos o no, adherentes, con o sin comunicación con la parte inferior del intestino (y alguno aun comunicado con el intestino delgado), se practica de una manera habitual por la vía vaginal en mi servicio del Pabellón "González Echeverría" del Hospital General; y, los dos casos que ahora refiero, vienen en apoyo de lo asentado. Para que el apéndice llegue a formar parte de la bolsa del piosalpinx, éste debe estar altamente situado; (lo que es raro, en los piosalpinx de pequeño o mediano volumen; su peso mismo, llevándolos al fondo pélvico, lo que hace presumir una diferencia en la patogenia y que la apendicitis haya sido anterior al piosalpinx.) Que el apéndice pueda extirparse por la vagina al mismo tiempo que el sactosalpinx, da una idea de la amplia vía que el arte ha encontrado para el ataque favorable de las afecciones pélvicas y aun pelvi-abdominales. La descripción de las operaciones de estos dos casos y la comunicación que hace años hice a esta Academia con motivo de otro semejante, pueden considerarse como tipos en las variantes que puedan presentarse y el ataque más apropiado de la afección según la extensión y complicaciones: así en el primer caso, objeto de la comunicación citada hecha a la Academia, el piosalpinx y el apéndice fueron extirpados por la vía vaginal anterior. En un segundo caso el sactosalpinx y el apéndice lo fueron por la vía vaginal posterior y en el tercero se extirparon al mismo tiempo que la matriz y el otro anexo.

Y como indicaciones: en el primer caso, anexitis purulenta derecha, retroversión uterina adherente y anexitis plástica izquierda, abriendo el fondo posterior para canalizar.

En el segundo caso, piosalpinx derecho sin desviación uterina.

Y en el tercero, piosalpinx derecho y metro-anexitis parenquimatosa y plástica crónica.

He aquí brevemente las observaciones:

#### OBSERVACIÓN I.

María Valdés, 30 años, cama 39, casada, múltipara, tuvo su primera menstruación a los 14 años, mucho, 8 días, con dolor; empezó a padecer a los 25 de edad. Se casó a los 17 años, tuvo cinco hijos a término y tres abortos, el último parto fué hace dos años y seis meses. Su período se hizo irregular, doloroso y seguido de flujo blanco, que a veces desaparecía antes del siguiente período; pero casi siempre continuo. El dolor, fuerte al principiar, disminuía con el flujo catemencial; tuvo pocas hemorragias y ninguna de consideración; a consecuencia del último aborto en el año de 1903, tuvo elevación de temperatura, sudores profusos y un dolor agudo del lado derecho, de lo que sanó volviendo a hacerse embarazada y teniendo dos hijos a término; dos años después del último niño, en Octubre de 1910, le repitió el dolor del lado derecho. La elevación de temperatura continuó con ligeras remisiones hasta su ingreso al Hospital, donde pudo observarse alta temperatura de  $37^{\circ}.8$  á  $39^{\circ}.8$  con elevaciones nocturnas y descensos matinales.

Se le sometió a la acción del calor: bolsas de agua caliente sobre el vientre e inyecciones y lavativas calientes, así como el reposo, habiéndosele diagnosticado endometritis crónica, anexitis quística derecha purulenta, plástica izquierda y pelviperitonitis plástica crónica. Operación el 11 de Marzo de 1911. Cloriformo. Celiotomía vaginal posterior, abertura del piosalpinx derecho, alto y voluminoso, luxación hacia atrás de la matriz y anexo, extirpación de la bolsa purulenta, extirpación del apéndice íleo-cecal, canalización con gasa y tubos y raspa uterina.

Previo aseo minucioso vagino-abdominal, se fija el cuello uterino con pinzas de garras, se abre con tijeras el fondo posterior

y se punciona la bolsa, dando salida a una gran cantidad de pus, cuya evacuación se ayudó con un chorro constante de agua estéril. Vaciada y lavada perfectamente, se atrae con pinzas la bolsa, destruyendo paulatinamente las adherencias que la fijan al intestino grueso, epiplón y peritoneo pélvico; pero siendo muy alto y las lesiones de la pelviperitonitis muy avanzadas, se luxa la matriz con pinzas de garras, fijándola con una pinza de ovarios; se continúan las maniobras de desprendimiento, hasta lograrlo por completo, siendo atraído el apéndice y una porción del ciego; fijando el apéndice con una pinza y desprendido y rechazando el intestino, se extirpa la bolsa, poniendo previamente una pinza en el infundíbulo pélvico derecho y otra en el cuerno uterino. Atraído el apéndice, se coge con dos pinzas de forcipresura en su inserción al ciego, se corta entre ellos, se cauteriza el muñón cecal con termocauterío y se liga poniendo en seguida dos planos de sutura: uno en la musculoserosa y otro seroso, cubriendo al anterior y porción circunvecina del ciego y ligando el meso apéndice se reduce el ciego, se luxa el anexo izquierdo, se destruyen las adherencias de la trompa, se restituye la matriz y anexo a su lugar, se destruyen los microquistes del ovario y se practica la raspa uterina. Se canaliza ampliamente con gasa yodormada y tubos de goma. Curación. La enferma está aquí presente.

## OBSERVACIÓN II.

María Sánchez, 28 años, cama 8, casada, múltipara, tuvo su primera menstruación a los 15 años y sus padecimientos mal definidos, comenzaron desde su último parto, dos meses antes de su ingreso al Hospital. Empezó con elevaciones de temperatura y dolor en el vientre, más pronunciado del lado derecho. En el Hospital se observó temperatura alta hasta 40° con descenso en la mañana. Se le dieron baños calientes, lavativas y lavados vaginales calientes y aplicaciones, al lugar del dolor, también de agua caliente. Diagnóstico: metritis parenquimatosa crónica, anexitis quística purulenta derecha y plástica izquierda, pelviperitonitis plástica crónica. Operada el 23 de Marzo de 1911. Cloroformo. Operación: panhisterectomía vaginal por piosalpinx derecho alto y adherente, anexitis plástica izquierda y pelviperitonitis plástica crónica con extirpación del apéndice íleo-cecal.

Después del lavado minucioso de la región, se fija el cuello con pinzas, se abre el fondo posterior y se punciona la bolsa purulenta, dando salida bajo un chorro constante de agua estéril a una gran cantidad de pus flegmonoso y muy pestilente; se luxa la matriz y el anexo izquierdo, después de desprenderlo con grandes trabajos, por estar englobado en una gran masa de adherencias; el ovario escleroso y la trompa cerrada y totalmente perdida, hacen imposible su conservación, por lo que se decide la *histerectomía*. Aislado el anexo izquierdo, se coloca una pinza fuerte de forcipresura en el infundíbulo pélvico y se corta, otra pinza en el ligamento redondo y se secciona; la arteria uterina izquierda aislada y prediculizada, es cogida con una pinza, cortando al ras de ella, y para poder atacar la bolsa que está muy adherente y muy altamente situada, se pone una pinza en el cuerno uterino y arteria uterina derechas, con objeto de separar el cuerpo de la matriz, para lo cual se termina la sección del peritoneo posterior, ligamentos útero-ovárico redondo y de la vagina a los lados y adelante.

Se atrae en seguida la bolsa con pinzas, destruyendo poco a poco sus adherencias, hasta conseguir aislarla del intestino grueso, con el que tiene adherencias íntimas y el apéndice, que se coge con una pinza. Se pone una pinza en el infundíbulo pélvico derecho y se extirpa totalmente la bolsa, sustituyendo la pinza del cuerno uterino derecho con otra que coge el ligamento redondo y parte del ligamento ancho con la útero-ovárica. Se hacen las ligaduras del lado izquierdo, luego del lado derecho, dejando una pinza a permanencia en el ligamento infundíbulo pélvico derecho, por estar excesivamente alto. Atraído el apéndice, se revisa el intestino grueso, que se halla un poco despulido por las adherencias. Se divide el apéndice en su inserción y se ponen tres planos de suturas: una ligadura de muñón y cauterización del muñón apendicular y dos suturas sero-serosas para aislar el pedículo. Como en el caso anterior, se canaliza ampliamente con gasa y tubos. Curación. La enferma ofreció presentarse hoy, mas no habiendo llegado, en otra sesión la presentaré.

México, mayo 17 de 1911.

J. VILLARREAL.