

## O B S E R V A C I O N

B. M.

~\* .

3 de Agosto de 1942.

--

15 años, estudiante y domiciliada en este Distrito, ingresa al Servicio de Ginecología a curarse de un dolor del bajo vientre.

*Anamnesia próxima.*—Cuatro semanas antes de su ingreso al servicio se le presentó un dolor localizado en el bajo vientre, dolor que primitivamente fue suave pero que no tardó en acentuarse hasta el grado de arrancar gritos a la paciente. Este dolor no tenía una localización determinada, pues abarcaba todo el bajo vientre y se irradiaba a la región lumbar. La paciente consultó médico, el que le mandó a examinar las heces fecales por dos veces; encontrándose en la primera vez Tricomonas, para lo que le dio medicinas; pero el dolor no desapareció y en la segunda vez se hallaron amibas. Se le puso una inyección de Emetina, con lo que desapareció el dolor después de haber estado presente durante dos semanas. A los 14 días el dolor le reapareció con identidad de caracteres y el ya mencionado médico le puso 3 inyecciones de emetina, que esta vez no obtuvieron resultado. En este segundo ataque la enferma percibió la presencia de una tumoración que dice ser dura, dolorosa, que la notó hasta que tenía las dimensiones que actualmente presenta y que asentaba en la fosa iliaca derecha. Lograba aminorar su dolor con aspirina y bolsa de agua caliente. A los 5 días de presentarse este segundo ataque ingresó al servicio.

*Anamnesia lejana.*—Antecedentes personales: sarampión, paludismo, disentería. Antecedentes genitales: no se han presentado las reglas y no ha copulado. Antecedentes hereditarios: sin importancia. Antecedentes colaterales: tiene 4 hermanas menores que son sanas y un hermano también sano.

*Estado general.*—Se trata de una enferma de buena constitución, de regular estatura. La estructura ósea, musculatura y pániculo adiposo son normales. Grandes funciones (sueño, apetito, deyecciones) normales.

*Parte especial.*—La enfermedad por la que esta enferma ingresa al servicio radica en el vientre.

*Inspección.*—Por la inspección del abdomen se nota la presencia de una tumoración redondeada, situada aproximadamente en el punto de intersección de la línea bisiliaca y una vertical levantada de la espina del pubis derecho.

La inspección de los genitales externos nos muestra que existe una anomalía de desarrollo en esta región. Los labios están muy poco desarrollados y al separar éstos se nota que la membrana hi-

meneal no existe, estando sustituida por partes blandas que ocuyen el posible agujero vaginal, que por lo demás es muy angosto.

*Palpación.*—Por este medio exploratorio notamos que la tumoración antes mencionada es de consistencia dura, dolorosa, movilizable a ambos lados, de forma cónica-redondeada y -del tamaño aproximado de una naranja.

*Tacto vaginal.*—Imposible practicarlo en este caso.

*Tacto rectal.*—Al hacer presión en la cara anterior del recto el dedo hace prominencia en el espacio interlabial; en la parte inferior no se percibe la vagina; introduciendo más el dedo y dirigiéndolo sobre la pared anterior se llega a tocar una tumoración redondeada, dolorosa, de consistencia dura.

*Tacto y palpación combinados.*—Haciendo presión sobre la tumoración por el lado del recto se nota que la tumoración abdominal se desplaza e inversamente, lo que hace creer en la continuidad de la una con la otra. Por este medio se acentúa el dolor.

*Exámenes complementarios.* — Sangre: Recuento globular, 5.080.00 eritrocitos; 9.100 glóbulos blancos; tiempo de coagulación, 8 minutos; Reacción de Kahn, 0; Heces, Negativo; Orina, Normal.

*Diagnóstico.*—El jefe del servicio hizo el diagnóstico de Hematometría por atresia vaginal y propuso la laparotomía exploradora.

Se hizo la intervención y se comprobó el diagnóstico; la tumoración era -el útero distendido e inclinado ligeramente a la derecha, e hizo la punción a nivel del Douglas, lo que dió salida a una abundante cantidad de sangre negruzca, espesa e inodora. Cuando se hubo aspirado en su totalidad se nos presentó el útero casi como normal, ocurriendo igual cosa con sus anexos. Los ovarios presentaban 2 cicatrices y una solución de continuidad reciente, testimonio de las puestas ováricas efectuadas por la paciente.

De este modo se comprobó el diagnóstico de "hematocolpos y hematometría por atresia vaginal parcial" y se propuso intentar una segunda operación en la cual se trataría de ver si era factible descender la semi-vagina hasta el espacio interlabial. Se le hizo la apendicetomía profiláctica y el post-operatorio transcurrió sin accidentes.

Salió del Hospital el día 8 de Junio y se le recomienda venir 3 meses después para la segunda intervención.

Ingresa de nuevo al servicio el 19 de Julio de 1942, con un ataque doloroso agudo, más acentuado que el anterior, la enferma daba gritos y apenas los analgésicos lograban moderar el dolor, razón por la cual se dispuso anestésicarla con éter. El tumor del bajo vientre se palpa renitente y doloroso; se dispone la intervención y es llevada a la Sala de Operaciones y se le hace una laparotomía media, se constata el tumor de la matriz; se punciona por la parte posterior de la matriz, sale sangre con estrías purulentas. Se dispone hacer una Histerectomía total y como queda una cavidad formada por la vagina, se quita la pared posterior de ésta y se termina