UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TÉSIS INAUGURAL

ABCESOS SUBPERITONEALES

POR

JOSÉ F. FORNÉS

EX-PRACTICANTE Y SECRETARIO DEL CONSERVATORIO NACIONAL DE VACUNA

EX-PRACTICANTE POR CONCURSO DEL HOSPITAL SAN LUIS, ETC.

1899

Premiada Imprenta de Ricardo Estrella

LUJAN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TÉSIS INAUGURAL

ABCESOS SUBPERITONEALES

POR

JOSÉ F. FORNÉS

EX-PRACTICANTE Y SECRETARIO DEL CONSERVATORIO NACIONAL DE VACUNA

EX-PRACTICANTE POR CONCURSO DEL HOSPITAL SAN LUIS, ETC.

1899

Premiada Imprenta de Ricardo Estrella

LUJAN

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

Art. 102 del Reglamento.

Facultad de Ciencias Médicas

DECANO

Dr. D. ENRIQUE E. DEL ARCA

VICE DECANO

Dr. D. JOSÉ T. BACA

ACADÉMICOS TITULARES

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TESANOS PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEIZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS CÜEMES
» » ELISEO CANTON
» » GREGORIO N. CHAVES

ACADÉMICOS HONORARIOS

Dr. D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELEMACO SUSINI
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI

SECRETARIO TITULAR

Dr. D. LUIS M. ACUÑA

PRO-SECRETARIO

Dr. D. ZENON AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomia Descriptiva	Dr. Juan José Naon
Anatomia Topográfica	" Juvencio Z. Arce
Histologia teórico-practica	" Rodolfo de Gainza
Fisiologia General y Humana	" Pedro J. Coronado
Patologia General y ejercicios clinicos	" Roberto Wernicke
Materia Médica y Terapéutica	" Justiniano Ledesma
Higiene Pública y Privada	" Melitón G. del Solar
Patologia Externa	" Obdulio Hernandez
Patologia Interna	" José Penna
Anatomia Patológica	" Telémaco Susini
Bactereologia	" Cárlos Malbran
Medicina Operatoria	" Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y su clinica	" Enrique Bazterrica
Enfermedades de niños y su clinica	" Manuel Blancas
Enfermedades de los ojos y su clinica	" Pedro Lagleyze
Enfermedades nerviosas y su clinica	" José M. Ramos Mejia
Enfermedades mentales y su clinica	" Domingo Cabred
Enfermedades Génito Urinarias	" Federico Texo
Enfermedades venereas y dermatologia	" Baldomero Sommer
Clinica quirurjica	" Julian Aguilar " Antonio C. Gandolfo " Alejandro Castro
Clinica médica	" Gregorio N. Chavez " Abel Ayerza " Luis Güemes " Francisco Sicardi
Laringologia, otologia, rinologia	" Eduardo Obejero
Obstetricia y clinica respectiva	" Samuel Molina
Medicina legal	" Francisco de Veyga
Toxicologia	" Juan B. Señorans
Quimica aplicada á la medicina	" Pedro N. Arata
Fisica médica	" Jaime R. Costa
Zoologia médica	" Eliseo Canton
Botica médica	" Martin Spuch
Botánica farmacéutica	" Adolfo Mjicua
Quimica médica	" Atanasio Quiroga
Farmacia teórica	" Juan A. Boeri
Farmacia práctica	" J. Manuel Irizar
Obstetricia para alumnas parteras	" Juan R. Fernandez
Odontologia	" Nicasio Etchepareborda
Dentisteria operatoria	" Leon Pereira

Asignaturas	Catedràticos sustitutos
Anatomia Descriptiva	Dr. Juan D. Piñero
Anatomia Topográfica	" Avelino Gutierrez
Histologia teórico-práctica	Samuel de Madrid
Fisiologia General y Humana	" Horacio G. Piñero
Patologia General y ejercicios clínicos	" Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	" Enrique E. del Arca " Angel M. Centeno
Higiene Pública y Privada	" Enrique Revilla " Ricardo Sghatz
Patologia Externa	" Pascual Palma " Daniel J. Cranwell
Patologia Interna	" Marcial V. Quiroga
Anatomia Patológica	José Badia
Bactereologia	" Vacante
Medicina Operatoria	" Nicolás Repetto
Enfermedades de mujeres y su clinica	" Alfredo Lagarde " José F. Molinari
Enfermedades de niños y su clinica	" Antonio F. Piñero " Facundo Larguia
Enfermedades de los ojos y su clinica	" Francisco Barraza " Teófilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su clinica	" José A. Esteves " José R. Semprum
Enfermedades mentales y su clinica	" Benjamin T. Solari
Enfermedades Génito Urinarias	" Vacante
Enfermedades venereas y dermatologia	" Maximiliano Aberastury
Clinica quirúrjica	" Juan B. Justo " Diógenes Decoud " Alejandro Posadas
Clinica médica	" Julio Mendez " Ignacio Allende " Patricio Fleming

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Laringología, otología, rinología	" WENCESLAO TELLO " ELISEO V. SEGURA
Obstetricia y clínica respectiva	" LUIS F. VILA " FANOR BELARDE
Medicina lega!	" DOMINGO S. CAVIA .....
Emfermedades Genito orinairas	" VACANTE
Toxicología	" JUAN ALBA CARRERAS
Química aplicada á la medicina	" FRANCISCO P. LAVALLE
Física médica	" JUAN J. GALIANO
Zoología médica	" VACANTE
Bnica médica	" LUCIO DURAÑONA
Botánica farmacéutica	" VACANTE
Química médica	" FRANCISCO B. REYES
Farmacia teórica	" JUAN A. DOMINGUEZ
Farmacia práctica	" MIGEL PUIGGARI
Obstetricia para alumnas parteras	" ENRIQUE PIETRANERA
Odontoiogía	" VACANTE
Dentisteria operatori	" VACANTE

PADRINO DE TÉSIS

ACADÉMICO DOCTOR LUIS GÜEMES

A mi querido padre

A mi querida madre

A mis hermanos

Al señor

Belisario F. Arana

Gratitud y cariño

Al Doctor Juan J. Diaz

Recuerdo

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Al presentarme ante vosotros con este humilde trabajo sobre los abcesos subperitoneales de la pared anterior del abdómen, sobre los cuales los autores traen tan breves líneas, es con el fin de llenar el último requisito del Reglamento de ésta Facultad para optar al título de Doctor en Medicina.

Se que mis débiles fuerzas y los pocos elementos de que he podido disponer, son la causa de que éste pequeño trabajo no tenga mayor amplitud; pero creo que vuestra benevolencia querrá disculparla así como tambien aquellas falsas interpretaciones que en él pudiera emitir, pues el único deseo que me guía, es el de contribuir con un caso á la estadística de éstas afecciones, caso que pude observar en la sala 5ª del Hospital de Clínicas y que dió motivo á una ilustrada conferencia de nuestro distinguido maestro el Doctor Luis Güemes que me honra y alienta acompañandome en estos momentos.

Antes de terminar dejad que recuerde agradecido vuestras sábias lecciones y vuestro ejemplo de laboriosidad y amor á la ciencia.

Los abcesos subperitoneales de la pared anterior del abdomen, que se desarrollan en el tejído celular que existe, entre la parte posterior de los músculos y la externa del peritoneo, son afecciones que reconocen como su nombre lo indica, una vasta etiología en que los gérmenes patógenos priman ante todo, desde que la escuela Pasteuriana nos reveló los secretos de la infección.

Al dar comienzo á estas líneas, solo he tenido en cuenta aquellas causas que indirectamente abren la puerta del organismo, á esos huéspedes incómodos que más tarde pueden posesionarse de él y ser en tantos casos de tan difícil desalojo; y la tarea ha sido árdua! pues los autores traen apenas unas cuantas líneas, al respecto, mencionando las causas externas y las causas internas, de los flemones idiopáticos y sintomáticos y comprendo que es difícil poder ennumerar con órden y con método tantas y tan variadas causas.

Voy á citar primero un caso, de que habla Dumas, sobre un flemón profundo de la región umbilical, que no reconoce otro origen que un intertrigo acompañado de prurito, que habia determinado un flemón del tejído celular subcutaneo del ombligo, propagándose despues al tejido celular profundo de toda la rejión subperitoneal.

Citaré tambien dos casos de los cuales habla Nelaton, producidos por fricciones irritantes con ioduro de plomo, dos casos observados por Bourienne contados en el Journal de Medicine de 1775, en que la causa fué la violenta contusiòn sufrída por la pared abdominal.

El forúnculo y el antrax tambien pagan su tributo, entre las afecciones que pueden producir el abceso subperitoneal de origen externo.

Las quemaduras, heridas, cuerpos extraños.

Reclus contribuye á ilustrar la etiolojía de éstos abcesos, con un caso interesante que cuenta al 5° Congreso Francés de Cirujía, de una mujer de 40 años, que tenia un punto de ruptura en el recto anterior del abdómen, que entró en supuración consecutivamente á una erisipela de la cara, propagándose al tegido subperitoneal. El pús del abceso examinado con cuidado no contenía estafilococcus, los únicos gérmenes que se encontraban eran estreptococcus llevados allí por la erisipela.

Debo mencionar un caso que trae Follin á colación, de una mujer obesa que tenia desde largo tiempo, una hernia umbilical y que al ser operada de una fístula vésico vajinal, permanece casi dos horas que dura la operación apoyada sobre los codos y las rodillas, no cesando de agitarse y quejarse; en los dias que siguen una fiebre viva se declara, la rejión umbilical se hace dolorosa, profundamente empastada y bien pronto se forma un vasto flemón profundo cuya abertura dá salida á una enorme cantidad de pús. La piél del ombligo no ofrecía ninguna alteración y no se puede admitir que la inflamación se halla propagado de fuera adentro, además la inflamación era primitivamente muy profunda No se puede esplicar dice Follín el desarrollo de éste abceso mas que suponiéndo una especie de frote de contusión del tejido celular subperitoneal, rechazado en la abertura umbilical por los esfuerzos y los gritos de la enferma durante la operación, que habia durado próximamente dos horas: en la época de Follin esto parecia exacto; pero hoy el mismo diría que la fistula vésico vajinal, habia infectado los linfáticos vecinos y que los gérmenes llevados por la corriente encontraron un sitio de menor resistencia, al nivel del tejido

celular del contorno de la hernia que habia sido contusionado, por eso este caso es preferible colocarlo en el grupo de las causas internas, y no como decia Follín entre los flemones idiopáticos.

En otras circunstancias, que son las que con màs frecuencià producen los abcesos subperitoneales, tenemos que reconocer, ora una infección local, ora una infección general, que pueden tener su punto de partida en la cavidad toráxica, abdominal ó pelviana, razón por la cual, el grupo de los abcesos de origen interno puede ser considerado como sintomático, es decir, como propagado desde una viscera más ó menos lejana, asi encontramos que las osteitis de las costillas, de la columna vertebral, de la cresta iliaca, de la sinfisis etc., que los abcesos del mediastino, subfrénicos, los cálculos biliares, renales, habiendo inflamación del hígado ó del riñón, se encuentran entre la variedad de causas de los abcesos subperitoneales, asi como los abcesos perinéfriticos hepáticos, las lesiones vesicales, en el hombre las hipertrofias de la próstata, la estrechez de la uretra, cuando existen ulceraciones en estos últimos órganos por cálculos, cuerpos extraños, (Prescott, Hevvett) más raramente por propagación de abcesos de la próstata, (Boulle Segond) de las vesículas seminales, (Reliquet) del canal deferente, (Faucon) del epididimo etc.

Las inflamacioues del útero, endo y perimetritis, salpingitis, flemones de los ligamentos anchos, cáncer del útero, tumores del ovario, son causas muy frecuentes de los flemones subperitoneales.

Las afecciones intestínales tales como vermes, cuerpos extraños, ulceraciones del intestino sin perforación.

Se ha visto suceder estos abcesos á la acumulación en el ciego de una cierta cantidad de mercurio metálico, ingerido con un principio terapéutico (Holme Sistem of Surgery).

El abuso de los purgantes drásticos he visto varias veces mencionados:

Los flemones de la fosa iliaca como en el hecho observado por Fausón, en el cual la flegmasia que habia empezado por dicha fosa habia invadido la pared abdominal anterior, era á su vez causada por una epididimitis.

El cáncer del epiplón, del intestino, del estómago.

Cuerpos extraños, agujas, fragmentos de huesos venidos del intestino.

La perforación espontánea de la pared anterior de la vejiga (Follin).

La úlcera redonda del estómago.

Lipomas fibromas y gomas de la pared (Tillaux) y aquellos otros consecutivos á las laparotomías.

En ciertos casos en los que no se encuentra otros conmemorativos, que alteraciones intestinales y urinarias variables como los que cita Bernutz, son de una interpretación un poco más delicada é hipótetica así como aquellos otros casos en que solo se menciona el frio como causa productora, es probable que se trate en esos casos de una infecciòn general ó local.

El estado puerperal tambien se reconoce como causa de estos abcesos; es facil comprender su proceso invasor y el camino que lo conduce hasta el tejido subperitoneal, como podría esplicarse el de todos aquellos producidos por afecciones del aparato genital de la mujer, que llegan hasta infectar el tejido celular de los ligamentos anchos propagàndose al de la fosa iliaca llegando por último al tejido de la cavidad de Retzius.

Estos abcesos suelen presentarse despues del parto cuando el tejido celular del repliegue seroso ha sido distendido y relajado y cuando sus linfáticos son infectados, ó cuando sus venas hechas varicosas son asiento de trombosis sépticas, llegándo éstas á ulcerarse producen derrames más ó ménos grandes cuya infección puede haber tenido origen ya duran-

te las maniobras del parto produciéndose verdaderas linfangitis, ya por inflamaciones del útero ó de la trompa.

Si Fauson y Duplay señalan los abcesos subperitoneales consecutivos á la blenorrajia, es porque la supuración era producida por el gonococcus de Neisser este hecho debe llamarnos la atención porque se atribuia en muchos casos solamente à la influencia general producida por el gonococcus y se discutía la propagación directa de este gérmen, apesar de casos como el siguiente observado por Follin, de un hombre atacado de blenorragia uretral que la única complicación inflamatoria que tenia era una lijera cistitis del cuello. ¿Porque poner en duda aquellos casos en que la flegmasia de la uretra se ha propagado al epididimo, canal deferente vesículas seminales, vejiga, uréteres, riñón etc. y aquellos otros en que se ha abierto camino desde la vagina por el útero y sus anexos? Porque apesar de la tenuación que sufren estos gérmenes de la blenorragia de muchos casos hemos de olvidar aquellos que la hacen tan temible y no hemos de considerarla como un factor importante en el diagnóstico de éstos abcesos? cuando poseemos casos como los de Bernutz y Charrier y esperiencias como la de Verthéim ¿Mas cuando las asociaciones bacterianas pueden producirse y propagar la infección como sucede en la mujer á consecuencias de perimetritis etc. que llegan al tejido celular sub-peritoneal como nos dá un ejemplo Bernutz de unapiohemia blenorrágica que vió desarrollarse de una manera fulminante con focos de suparación independientes diseminados en el tejido celular sub-peritoneal y en el espesor del mesenterio á consecuencia de una intensa vajimitís con piosalpingitis?.

El desarrollo de los abcesos subperitoneales sobreviene tambien durante la evolución de la fiebre tifoide, principalmente en el periodo de convalescencia despues que este proceso infeccioso que se caràcteriza por infiltración baccilar, la reacción fagocitaria, las modificaciones del aparato circu-

latorio, la degeneración de los parénquimas, la reparación normal ó anormal de los tejidos ha ocasionado una pérdida mas ó menos considerable de la vitalidad del organismo, durante el cual ha estado congestionada la mucosa intestinal al nivel de los foliculos cerrados, aislados, agminados, y al nivel de las placas de Peyer, habiendo sido tan abundantes y virulentos en el mucus intestinal los bacilos de Eberth, los cuales han logrado penetrar en las glándulas de Lieber Kuhn y ganado las capas profundas de la mucuosa, llevando esta última apesar de la lucha fagocitaria establecída hasta el periodo de ulceración y despues que estos gérmenes llevados por la corriente circulatoria y linfática, han difundido en la economia las toxinas del envenenamiento ebertiano. Entonces me parece lógico suponer, que desde el momento que empiezan los brotes carnosos á reparar las ulceraciones del intestino, bajo la influencia de la distrofia consecutiva á la obliteración de los vasos, por las células fijas de los tejidos y de los leucocitos acumulados allí. sufra la mucosa intestinal la degeneración gránulo grasosa cayendo en necrosis las partes esfaceladas quedando á descubierto los brotes carnosos de reparación, los cuales son bañados por el mucus intestinal pobre en ese momento en bacilos de Eberth, cuyo rol ha terminado siendo al contrario muy rico en colibacillos, estafilococus, estreptococcus, que pueden engendrar infecciones secundarias, como sucede en gran número de los casos, en que las complicaciones sobrevienen en en periodo mas ó menos cercano de la convalescencia de esta grave infección, en que los focos purulentos se observan en tan distintos órganos, no necesitándo en muchos casos la infección secundaria aprovecharse de la debilidad en que se encuentra el órganismo, para producir las fermentaciones anormales, que pueden desarrollarse en tal estado del aparato digestivo, acumulandole principios sépticos que encontrarán libre el camino en vista de la dificultad que experimentan los procederes ordi-

narios de defensa del organismo, por la presencia en la sangre de las toxinas elaboradas por la infección tifoide. Mas cuando el mismo bacilo de Eberth puede encontrarse en los abcesos y ser el único gérmen que los constituya, como lo prueba la observación de Vidal, qne vió desarrollarse un abceso sub-peritoneal, despues de quince meses de una fiebre tifoide y cuyo pús no contenia más que bacilus de Eberth.

No necesito agregar que durante este largo proceso de invación y reparación, los ganglios-l infáticos vertebrales, retroperitoneales, mesentéricos etc. que están sirviendo de barrera á la invasión tifoide, adquieren un desarrollo muchas veces considerable y son tan aptos por muchas circunstancias para entrar en supuración.

La mucosa del estómago como la del intestino presenta en sus partes profundas una vasta napa linfática que rodea los fondos de saco glandulares. En esta red las determinaciones de la fiebre tifoidea son frecuentes. La mucosa gàstrica está mamelonada en la región pilórica, ofrece placas de un rojo puntuado debido á la congestión intensa de las radículas venosas. La infiltración leucócitica es abundante en la red que rodea los fondo de saco glandulares, al punto de dar al rededor de estos saliencias papiliformes. El epitelio de las glándulas pépticas sufre la degeneración gránulo grasosa y se encuentra á menudo en su sitio epitelio cúbico—Las lesiones del tejido adeuoide del estómago, presenta en suma las mayores analogías con las del tejido similar del intestino á un grado de igual intencidad.

Ahora bien, la mucosa del estómago como la del intestino puede sufrir por lo tanto las mismas alteraciones y ocasionar las distintas formas desds peritonitis desde aquella forma generalizada, hasta esas peritonitis enquistadas de que hablaré dentro de un momento, que proceden en forma tan insidiosa que su sintomatologia se confunde en tantos casos, con los abcesos sub peritoneales del epigastrio,etc., los cuales

pueden reconocer como origen simples erosiones de las paredes del estómago producidas, ya durante la fiebre tifoide, ya en la gastritis ulcerosa, ya en la gastritis tóxicas, en la úlcera redonda cáncer etc. esplicándome las causas de esas peritonitis, adhesivas, muchas veces por las erosiones hemorragicas que se desarrollan en algunas formas debidas á éstasis venosos del estómago por alteraciones circulatorias en el higado ó el corazón, manifestándose esas erosiones bajo forma de puntos más ó ménos redondeados, á bordes planos, y de los cuales las mas grandes no alcanzan á tener más de dos milímetros de diàmetro, las cuales dibujan muchas veces círculos màs ó ménos caprichosos en relación con el trayecto de las venas que corren bajo la mucosa, determinándo por consiguiente la necrosis de dichos puntos sin nutrición- -En otros casos que creo frecuente en la gastritis flegmonosa por propagarse la infiltración purulenta hasta el tejido sub-mucoso, y despues siguiendo las trabéculas del tejido conjuntivo intermuscular, llegar á la túnica muscular del estómago y al tejido celular subseroso, por cuya razón en muchos casos un derrame de los líquidos contenidos en el estómago es dificultada por una peritonitis adhesiva, formado entre las caras de la serosa amenazada por la perforación. En otros casos se establecen adherencias con los órganos vecinos del estómago que dificultan un derrame en la cavidad peritoneal de las cuales las más frecuentes se producen con el páncreas, con los ganglios linfáticos adhayacentes, con el lóbulo izquierdo del higado, con el epiplón gastro hepático, con el epiplón gastro esplénico, con el colon, el intestino delgado, diafragma, ó por último con la pared abdominal anterior.

Sucede muchas veces tambien que al nivel de la parte amenazada de perforación se forma una peritonitis parcial y que mas tarde un derrame tiene lugar que se abre camino al nivel del espacio peritoneal enquistado.

Cuando el páncreas, el higado ó el bazo soldados á la pared del estómago forman el fondo del sitio á ulcerarse, como sucede en la úlcera redonda la mucosa del estómago se extiende en bóveda por encima de la capa muscular de la mucosa impidiendo la comunicación de la cavidad estomacal con el fondo de la úlcera; sin embargo muchas veces esto no constituye un obstáculo durable al desarrollo de la perforación, al contrario, los órganos adheridos toman parte en el proceso destructivo. Pueden resultar de esto extensas pérdidas de sustancia pudiéndose encontrar cavidades profundas llenas de pús en los órganos citados, abriéndose paso el pús, otras veces á traves de los órganos huecos de la vecindad y asi se forman las fístulas que desembocan en el duodeno, en el colon, cavidad pleural, y pericardíaca, en el ventriculo izquierdo ó á través de los pulmones en las vias aereas, ó dando origen á aquellos pioneumotorax infradiafragmáticos ó entrando en comunicación con la vesícula biliar, dando salida á los cálculos contenidos en ella ó provocando abcesos del higado. Cuando hay adherencias con el tejido celular subperitoneal, lo que desgraciadamente no sucede con frecuencia, pues las condiciones anatomicas y fisiolojicas favorecen el deslizamiento de las paredes del estómago en los momentos de vacuidad, en los momentos de plenitud ó durante las fases de la respiración, se pueden producir estos abcesos sub-peritoneales.

La frecuencia de los abcesos sub-peritoneales de las regiones periumbilical é hipogàstricas se explican bien por las disposiciones anátomicas de las capas profundas de la pared abdominal anterior. En efecto mientras que en toda la parte superior de eeta pared en la tegión que podriamos llamar supraumbilical ó epigástrica la capa del tejido celular interpuesta entre el peritoneo y la hoja profunda de la aponeurosis existe á penas y es reducida á una delgada làmina, debajo del ombligo este tejido celular se hace cada vez más laxo y tanto más abundante cuanto más se acerca al pubis. La presencia de esta capa celular está en relación con el trayecto subumbilical del peritoneo, que levantado primero sobre la línea mediana y sobre las costillas por el uraco y las arterias umbilicáles, abandona bien pronto la pared abdominal para dirijirse sobre el vértice de la vejiga. A este nivel existe, entre el peritoneo doblado, por la fascia trasversalis y la aponeurosis profunda delos músculos rectos una especie de es pacio vacio cuyo corte representa una V á vertice superior y que es conocido con el nombre de cavidad peritoneal de Retzius, espacio destinado á permitir la ampliación de la vejiga y y llenado con este fin por un tejido celular laxo. En esta capa celular preperitoneal, es que pueden desarrollarse los flemones á los cuales se reserva el nombre de abcesos de la cavidad de Retzius ó prevesicales.

La parte superior de la cavidad preperitoneal, se termina por la adherencia más intima del peritoneo con esta parte de la aponeurosis que lleva el nombre de repliegues de

Douglas; pero sin embargo se puede decir que ella se prolonga hasta el ombligo, gracias al tejido celular que rodea el uraco.

Lateralmente la cavidad preperitoneal es limitada por las arcadas de los repliegues de Douglas—Encima del ombligo la adherencia del perítoneo se hace bastante íntima para que se pueda admitir que la cavidad preperitoneal cese de existir, es aún sobre el borde de los músculos rectos y fuera de las arterias umbilicales, donde el perítoneo se adhiere sólidamente á la aponeurosis por intermedio de la fascia propia.

En una comunicación hecha á la sociedad de cirujía por Heurtaux, se ha llamado la atenciòn sobre una variedad de abceso de la pared abdominal, que propone designar bajo el nombre de abceso sub-umbilical y que tiene asiento en una cavidad circunscrita debajo del ombligo, limitada delante por la aponeurosis del abdomen, atrás por la fascia sub-umbilical dependencia de la fascia trasversalis y sobre las partes laterales por la unión íntima de la misma fascia con la aponeurosis de envoltura de los músculos rectos.

Esta cavidad sub-umbilical encierra el tejido célulo adíposo que se continúa con el de la cavidad preperitoneal, de manera que las inflamaciones pueden propagarse de una á otra pero segun su punto de partida, ellas pueden tambien probablemente en razón de condiciones anatómicas especiales localizarse mas en la cavidad sub-umbilical ó en la cavidad de Retzius y constituir así dos variedades distintas de flemones de la región sub-umbilical.—El abceso sub-umbilical teniéndo su base en la cicatriz umbilical, desciende más ó ménos hácia la sínfisis. El abceso de la cavidad de Retzius, al contrario, tendrá su base hácia el pubis y se prolongará más ó ménos del lado del ombligo, arriba y lateralmente la adherencia íntima de la fascia trasversalis y del peritoneo con la aponeurosis profunda del abdómen fuera de los músculos rectos, limita la inflamación y previene su difusión; pero esta

barrera no existe más hacia la parte inferior donde el tejido subperitoneal se continúa con el tejido celular de la fosa iliaca porque el peritoneo desciende delante de la fascia iliaca y llegado al arco crural no se adhiere á él, reflejàndose de abajo arriba para tapizar la cara posterior de la fascia tras versalis, entonces comprendemos que no hay nada particular para impedir que la inflamación se propague de una á otra, más sí tenemos en cuenta que la capa célulo adiposa subperítoneal de la fosa iliaca es muy abundante en tejido celular laxo y graso y que se continua con el tejido celular de los ligamentos anchos.

Los flemones de la región umbilical é hipogástrica, estarán entonces colocados sobre la línea media; limitados arriba por la cicatriz umbilical y lateralmente por los bordes externos de las músculos rectos, los limites inferiores serán menos precisos, pues hemos visto que se pueden continuar con el de la fosa iliaca, tambien podremos ver abcesos subperitoneales de la pared, invadir, no solo el tejido celular de la pelvis mayor y menor y otras veces supuraciones difusas que ocupan una gran extensión de las paredes abdominales desprendiendo el peritoneo. Otras veces el pús gana el muslo y el escroto: Petithan en los archivos belgas de medicina militar cuenta el caso de un artillero de 20 años que muere de un abceso sub-umbilical, desarrollado á consecuencia de una caida sobre los talones, á la autopsia del cual, se encuentra el peritoneo extensamente desprendido por anchos clapiers purulentos: el pús se habia fraguado camino por el canal crural é inguinal y habia llegado hasta las bolsas. Follin cita un caso interesante en los archivos de medicina de 1877 de un abceso que habia invadido la pelvis, las fosas iliacas, los fiancos, hipocondrios y había penetrado en la pleura izquierda y el pús siguiendo el tejido celular que rodea el cordón, habia deslizado en las bolsas habiendo sido producido este vasto flemón por ulceraciones de la vejiga.

Siendo netamente establecido el asiento anatómico de los abcesos subperitoneales nos quedan por indicar ciertos caracteres que les son propios. Dance nos llama la atenciòn sobre la fetidez particular y el olor estercoral del pús de estos abcesos aun que no presentan ninguna comunicación con el intestino. Este fenómeno es hoy bien conocido y se observa en gran número de colecciones purulentas formadas en la vecindad de las cavidades del tubo digestivo. La presencia de gas es muy frecuente. El color de los de la región umbilical é hipogástrica es generalmente más ó menos oscuro.

Hemos visto que estos abcesos pueden ser circunscritos ó difusos pero parecen ofrecer tres asientos de predilección, los del epigastrio, de la rejión umbilical y del hipogastrio.

Se dice que Poisson en su tesis emite la opinión de que los abcesos subperitoneales de la región hepática son los mas frecuentes. esto no quiere decir que por la ausencia de datos estadisticos otros no emitan la opinión de que los abcesos umbilicales é hipogástricos sean la inmensa mayoria; el hecho es que parece un poco dificil trazar las líneas anatómicas, del abceso subperitoneal de la región hepática, debido á la falta de autopsia, sin embargo, he encontrado un caso donde Dolbeau pudo practicar la autopsia, de una mujer muerta de otra afección y en la que habia abierto otras veces un abceso de la región hepática, considerado durante la vida como subperitoneal, en ese caso se pudo asegurar que el peritoneo estaba libre de adherencias con el hígado, que esta víscera estaba intacta y que se encontraba en la pared del abdómen trazas de la inflamación.

La única particularidad que nos sea permitido señalar respecto de los abcesos que cito es el color rojizo del pús notado en algunos casos y principalmente en dos observaciones de Chaufard y Gossellin.

Hemos visto que las afecciones del higado, del estómago, del intestino, del riñón y del aparato genital, tanto en el hombre como en la mujer pueden determinar la formación de los abcesos subperitoneales, asi los síntomas de las enfermedades de cada uno de éstos órganos son los que podrian llamarnos la atenciòn para conducirnos en la via de un diagnostico precoz, que raramente se puede hacer; por cuya razón, en el periodo que debemos llamar premonitor ó de alteraciones viscerales, observamos, segun que el estómago sea la causa sintomas ya de una gastritis aguda ó crónica, ya de una gastritis tóxica, de una úlcera redonda ó de un cáncer; asi tenemos que los síntomas febriles abren la escena acusando el enfermo en el epigastrio sensaciones dolorosas, los vómitos se suceden uno á otro son muy penosos, constituidos por materias alimentícias, mucosas, ó biliosas, la anorexia ó falta de apetito es completa, la sed es viva, la lengua roja, algunas veces pastosa, las orinas raras y coloreadas y la tos (tos gastrica) es seguida por la espulsión de algunas mucosidades espesas que vienen del estómago....

En otros casos el cuadro de síntomas nos hace sospechar la existencia de una úlcera redonda, porque al dolor localizado en la región xifoide del esternón, corresponde un dolor al nivel de la primera vértebra lumbar, caracterizado por abcesos que se suceden muchas veces al dia, que adquieren una intensidad tal que algunos enfermos comparan al dolor de las más vivas quemaduras, que les hace la existencia un

verdadero suplicio, dolor que se exaspera por la presión palpación, ingestión de alimentos, que persiste durante la digestión estomacal y nunca es más fuerte que en éste momento; por importante que sea éste síntoma algunas veces falta y puede inducirnos á pensar en ciertas gastralgias con hiperclorhidria.....tambien observamos hematemesis melena etc.

En otras ocasiones cuando existe cáncer, podemos observar que éste dolor no tiene su asiento de predilección en la región xifoide y raquidiana, que es ménos intenso, que los vómitos tienen olor de manteca rancia ó bién en un periodo más avanzado la fermentación pútrida, debida á la digestión insuficiente de las materias albuminoides. les dá un olor de putrefacción.....La edad del enfermo, el adelgazamiento el estado general, las hematemesís, el melena falta de ácido clorhidrico etc.....

Otras veces los síntomas de una afección del intestino preceden el abceso subperitoneal, ya el enfermo nos cuenta que ha sentido dolores fijos ó erràticos, fiebre, escalofrios, timpanismo abdominal, periodos de diarrea y constipación, que ha tenido heces completamentamente sanguinolentas como sucede con las lesiones de la última porción del intestino ó en las hemorrajias abundantes ó bien nos dice que la materia fecal es negruzca anàloga àl alquitran. que se ha ido adelgazando, que antes tenia un color rozado, que ahora está pálido, que sus fuerzas van desapareciendo, que se encuentra agotado, que se siente un tumor en el vientre y eso cuando estos terribles trastornos del cáncer no han provocado una peritonitis y se ha muerto el enfermo por hemorragia, etc...

.....

Otras veces es un enfermo de disenteria. que ha tenido dolores abdominales, diarrea con mucosidades de un blanco amarillento análogas al albumina mal cocida, ó muchas veces mezcladas á sangre, el enfermo experimenta sensaciones de constricción en el ano, deseos incesantes de defecación

que no puede satisfacer y que la cantidad espulsada no llega à ser mayor de 15 ó 20 gramos, nos dice que éstas sensaciones de tenesmo y calambre se propagan á la vejiga al recto, al intestino grueso, á la fosa iliaca izquierda, siendo sumamente penosas que espulsa trozos de mucosa ulcerada mezclados al pús ó á la sangre, que las evacuaciones llegan hasta 50 por dia, que tienen sed, piel seca, pulso variable, que tiene fiebre, etc.....

La enteritis tuberculosa raramente se tiene que estudiar á titulo de enfermedad aislada porque está casi siempre ligada á la tuberculosis pulmonar, la intensidad de sus síntomas está subordinada á la extensión y á la intensidad de las lesiones intestinales, muchas veces los síntomas son evacuaciones diarreicas más ò menos abundantes y tenaces, acompañadas de dolores abdominales algunas veces estriadas de gre, otras veces negras (melena).....

Otras veces en la tuberculosis del ciego el enfermo tiene dolores abdominales que afectan muchas veces la forma de cólicos y predominan en la fosa iliaca derecha, la diarrea no es tan tenáz como en la enteritis tuberculosa y es raro que sea sanguinolenta· En otros casos el principio de esta afección es brusco, simula una apendicitis, despues se forma un abceso, ó bien puede sobrevenir un periodo de estado que puede durar meses ó años, en el cual los síntomas son dolores, diarreas, constipación, bómitos, adelgazamiento, sensibilidad generalizada ó localizada á la fosa iliaca derecha donde se percibe en una induración, una masa remitente un tumor del volumen de una nuez al de una naranja, ya la induración parece difusa, desigual, ya es un tumor netamente circunscrito, movil ó inmovilizado por adherencias á la fosa iliaca ó á la pared abdominal....

Otras veces el enfermo está en la convalecencia de una fiebre tifoide y el cuadro de sus síntomas nos conduce á sospechar el origen del abceso.

Cuando se encuentran abcesos del higado, no es raro observar el órgano aumentado de volúmen, fiebre, síntomas de embarazo gástrico, vómitos, diarrea, dolores en el hipocondrio y el hombro derecho, tinte ictérico de los tegumentos.....

Cuando existen cálculos biliares el cólico hepático sobreviene algunas horas después de las comidas porque en esos momentos la vesícula se contrae para verter la bilís en el intestino, su principio es brusco, generalmente el enfermo siente vivos dolores que se irrádian en diversos sentidos, al hueco epigástrico, al rededor del ombligo, al hipocondrio derecho, hombro derecho y á la extremidad del omóplato del mismo lado—Estos dolores adquieren tal intensidad, y ciertos enfermos sufren de tal manera, que dan gritos agudos dandose vuelta en su lecho, tomando las posiciones mas variadas para calmar sus sufrimientos—Estos dolores que pueden durar muchas horas no son contínuos, se siguen á intervàlos más ó ménos cercarnos, habitualmente no hay fiebre ella existe en los casos de infección de las vías biliares; existe ictericia por retensión, porque el cálculo oblitera el canal colédoco y cuando ésta obliteración dura mucho tiempo, las materias fecales se decoloran y toman un aspecto blanquizco arcilloso, debido en parte à la ausencia de bilis y en parte à la presencia de grasas no emulsionadas.....

.....

Las contusiones, heridas del riñón, el abceso perinefrítico, las pielonefritis, los cálculos, la tuberculosis, la hidronefrosis, son afecciones que pueden provocar una inflamación con supuración, así como por ejemplo sucede algunas veces, con los cálculos que detenidos en la pelvis renal ó en el ureter provocan un trabajo inflamatorio que gana por contiguidad la envoltura celulo grasa del órgano; así como sucede otras veces con los abcesos del parénquima renal ó con las fistulas urinarias ó con la pielonefritis de origen blenorrágico, ó con los nucleos tuberculosos del parénquíma renal que por con-

tiguidad provocan la supuración de la atmósfera celulo grasa etc. Así los síntomas de los abcesos perinefríticos, dolor que principia de pronto en la región lumbar, en el espacio que separa las falsas costillas de la cresta iliaca, al nivel del borde externo de la masa sacro lumbar, que es siempre aumentado por la presion y por el movimiento, principalmente por los movimientos de extensión y flexión imprimidos al miembro inferior, que se exagera por la tos y los movimientos de la región lumbar condenando al enfermo al decúbito dorsal con flexión de los miembros inferiores—Este dolor persiste hasta mas de treinta dias, es primero sordo y profundo, se hace sumamente dolorosa la rejión, à medida que vá aumentando la colección purulenta, despues se siente empastamiento en la región lumbar, la región se deforma, se observa un edema de los tegumentos y la colección se manifiesta; pero en otras ocasiones la fiebre de pús persiste, la colección no se abre en la piel sigue el tejido celular, llega á la fosa iliaca, á la cavidad de Retzius—Durante la enfermedad pueden haber habido alteraciones urinarias, anurias, otras veces una verdadera debacle urinaria, otras espulsión de orinas purulentas, hemorrájicas—Otras veces existe una verdadera infección purulenta, con escalofrios, temperatura, sudores abundantes delirio vientre timpanisado, pulso débil y frecuente, diarrea fétida y de pronto se manifiesta un abceso en la región hipogástrica ó estalla una peritonitis ó la colección se abre en el intestino.....

Hemos visto que las inflamaciones vesicales de orijen blenorrájico; los tumores tales como epiteliomas, sarcomas, que los cálculos, las heridas, cuerpos estraños, rupturas, contusiones de la vejiga, pueden provocar los abcesos subperitoneales. Asi entonces cada uno de los síntomas, porque se manifiestan estas distintas afecciones, tales como alteraciones de la micción, dolor, diversas modificaciones en el carácter de las orinas y diversos fenómenos nerviosos, serán entónces

los signos que observaremos en el período premonitor de los abcesos sub-peritoneales.

Entre las alteraciones de la micción citaremos que los frecuentes deseos de orinar son mayores durante el dia que durante la noche ó vice-versa, que está en relación por ejemplo en los casos de cálculos, con los movimientos que hacen éstos en la vejiga, en cuyo caso disminuyen durante el reposo en la cama si por acaso no existe una cistitis ó la hipertrofia de la próstata.-En las cistitis infecciosas por ejemplo de la piohemia, de las fiebres graves, de los traumatismos violentos, no es raro que se produzcan alteraciones urinarias, mas cuando ellas pueden provocar ulceraciones ó perforaciones vesicales, dando orijen á abcesos sub peritoneales, peritonitis, infiltraciones de orina etc.

La frecuencia de las micciones en estos casos es constante, debido al espasmo del plano muscular, provocado por el contacto de la orina sobre la mucosa inflamada, es por esta razón que la vegiga se vacía incompletamente y se producen esas incesantes micciones que coinciden amenudo con una retención de orina.

El síntoma dolor consiste en una sensibilidad extrema en la región hipogástrica, ya expontánea, ya exajerada por la presión, con irradiación á las ingles, á los muslos, á las nalgas, al perinó, al ano, que dan la sensación de la necesidad de orinar.—Esta sensación se exajera particularmente en el momento de la emisión de la orina, la necesidad de orinar se hace imperiosa, el enfermo no puede resistirla y el pasaje de la orina determina la sensación de un fierro rojo que se hubiera colocado en la parte profunda de la uretra y en el meato.—La emisión se acompaña de un espasmo doloroso de todos los músculos evacuadores, lá necesidad de orinar se renueva inmediatamente y el enfermo hace esfuerzos violentos é inútiles de espulsión, sumamente dolorosos, que pueden renovarse á cada instante. no dejando á estos desgra-

ciados ni tregua ni reposo.—Esto es lo que se llama el tenesmo vesical al cual se agrega tan amenudo el tenesmo rectal.

Otras veces este dolor no se traduce más que por una sensación de pesantez encima del pubis y un poco de sufrimiento al principio de la micción y no al fin de la micción, salvo qué la próstata no esté afectada.

La micciòn es siempre turbia, es muy frecuente y exije amenudo esfuerzos para espulsar la orina, espesa y con flocos hay otras veces una verdadera incontinencia por retención incompleta y de tiempo en tiempo se producen otras veces una retención completa.—Los caracteres de la orina son de la mayor importancia es necesario recojerla en dos vasos para que la primera parte labe el canal de la uretra, unas veces la orina es turbia, con flocos de color blanquizco, lechos, de olor fétido algunas veces repugnante sobre todo despues de algunas horas de su emisión.

La densidad de la orina es generalmente aumentada y su reacciòn de ácida se hace lo más amenudo alcalina ésta alcalinidad puede existir en el momento de la emisión y la orina es alcalina en la vejiga.

La descomposición amoniacal en la vejiga exige el concurso simultáneo de los micròbios y de la cistitis—La trasformación de la úrea en carbonato de amoniaco, se hace por un pequeño hongo de la familia de las torulaceas que Pasteur le asigna la forma de glóbulos esféricos, unidos en cadena, cuyos glóbulos aparecen en la orina y son la causa inmediata de todos los cambios que vá á sufrir; para (Cohn de Breslau) éste fermento no seria un hongo, sinó un alga de la familia de las oscilarlas—Miquel ha encontrado un bacilo formado por filamento delgados, móviles que tienen la propiedad de transformar la úrea en carbonato de amoniaco—Bouchard ha demostrado que si los fermentos precedentes obran sobre las orinas fermentadas, no era lo mismo para la orinas patolòjicas; dice que en clínica el agente de la fermen-

tación se presenta bajo forma de pequeños bastoncillos, algunas veces aislados, algunas veces en cadenas cuyo aspecto recuerda al bacteriun termo de la putrefacción.

En una palabra las orinas en las alteraciones de la vejiga se pueden presentar mucosas, purulentas, hemorrájicas y éstas alteraciones pueden encontrarse reunidas.

Recordaré que las hematurias son derrames de sangre que son frecuentes en la tuberculosis, cálculos, cáncer etc. y que pueden hacernos pensar en lesiones de los uréteres ó de riñón—Estas hematurias pueden ser muy abundantes y repetidas, pueden manifestarse al principio de la afección, ser el síntoma dominante de los neoplasmas etc,.....

Hemos dicho que el flemón del ligamento ancho, que es una variedad del flemón periuterino, tiene su asiento en el tejido celular, situado en el espesor del ligamento ancho, entre las dos láminas del perítoneo donde se encuentran numerosos vasos y ganglios linfáticos y que algunos consideran como un adeno flemòn. Esta concepción del flemón del ligamento ancho es discutida por Guerin, Terrillòn, Lebec, Lalleman dicen que el ligamento ancho no encierra entre las hojas peritoneales que le constituyen, mas que una pequeña cantidad de tejido celular, en el cual no podrian de sarrollarse, más que colecciones purulentas de pequeño volúmen. que estaria constituido en su parte inferior, por una lámina aponeurótica resistente, que no permitiría al pús llegar al tejido celular de la pélvis ó al de la pared abdominal, en fin que los linfáticos en vez de pertenecer al ligamento ancho propiamente dichos siguen su borde superior ó corren en su base y aquellos de entre ellos que en pequeño número recorren su parte mediana, tienen un trayecto subperitoneal—Sin embargo para Delbet según las autópsias el flemón del ligamento ancho existe de una manera indiscutible; está situado lejos de la vajina, está encima de la región de la vaina hipogástrica,

entre las láminas del peritoneo, adentro reposa sobre el borde del útero rechazándolo más ò menos del lado opuesto y puede levantar el peritoneo sobre las caras anterior y posterior de ese órgano, pero solamente en la vecindad inmediata de sus bordes; arriba lo más amenudo desdobla las alas de la trompa y del ovario.

El pús nacido en ésta rejión puede tener prolongaciones en diversos sentidos, ganando la fosa iliaca, la región lumbar hasta el riñón, hasta el diafragma, dirijirse hácia la parte externa de la pared abdominal no lejos de la espina iliaca antero superior ó dirijirse hácia la pared anterior ó dando orígen á peritonitis.

Esta afección que sucede al parto puede manifestarse muchos dias despues de producido, puede observarse en una mujer atacada de metritis y otras afecciones del útero ó de la trompa. Esta afección que se denomina tambien para metritis puede manifestarse tambien después del aborto. Generalmente dá la señal de su existencia por un escalofrio ó por un dolor local que se radica en la región lumbar y se irrádia hácia los muslos se observa á veces pérdida de apetito, sudores copiosos, escalofrios, fiebre, de carácter remitente, profunda alteración de los rasgos de la fisonomia, el tacto vaginal dá pastosidad al nivel de los fondos de saco con predominio de la tumefacción de un lado, é inmovilización del útero, que puede estar desviado, se observa diarrea, y en un periodo más avanzado el tacto nos dá una sensación que se ha descrito con el nombre de vajina de cartón, en ese periodo la colección desborda ya la fosa iliaca y se observa una induración al nivel del tejido celular sub-cutaneo de las distintas rejiones que puede invadir ésta afección.

Comprendemos despues de esta lijera reseña de los síntomas premonitores de los abcesos subperitoneales, que el enfermo nos causa la impresión, ya de un anémico, con palidez de la piel y de las mucosas, ya con un tinteicterico de los

tegumentos ó de la conjuntiva en estado de postración y debilitamiento mas ó menos pronunciado ó ya lo encontramos con 40 y 41 grados de temperatura, con sudores abundantes vómitos ó con los dolores terribles de la úlcera del estómago, de los cólicos hepáticos, renales, vesicales, que se irradian en los diversos sentidos de su predilección ó bien el enfermo se queja de un dolor agudo en el vientre en el punto donde va tener asiento el abceso, el enfermo está quieto, inmóvil, porque todo movimiento exaspera el dolor que se irradia en todo el abdòmen provocándole vómitos.—En unos casos la evolución del abceso se hace de una manera lenta ó insidiosa, en otros los síntomas de una infección aguda se manifiestan, aparece un empastamiento donde tiene asiento el flemón que es muy doloroso á la presión y á la palpación se siente liso, duro ó renitente, de forma variable segun el sitio de la afección, poco á poco se va formando el tumor cuya forma en la región epigástrica, es globulosa redondeada en la periumbilical se termina abajo por una curba á concavidad superior y en la hipogástrica termina arriba por un contorno á concavidad inferior, cuando el tumor se está formando se observan fenómenos generales que se manifiestan por escalofrios repetidos fiebre á 40 y 41°, sudores abundantes, sed viva, las ideas se altéran, el delirio estalla, la anorexia es completa, los narices se afilan, el rostro toma una coloración plomiza, la mucosa bucal está fuliginosa, el aliento es fétido, hay vómitos y diarrea.—A la percusión notamos la matitez ó cierto grado de timpanismo debido al gás que se desarrolla en la bolsa purulenta que da origen al gorgoteo que algunas veces se siente cuando se mueve al

enfermo.—Podemos sentir la fluctuación.—Otras veces observamos un edema en la pared abdominal y otras veces la colección se reabsorve ó se abre camino en la vejiga, intestino ó peritoneo.

El diagnóstico diferencial de los abcesos subperitoneales debemos hacerlo 1º con las afecciones que pueden tener asiento en la pared; 2º con las peritonitis enquistadas; 3º con el cáncer del peritoneo; 4º con los tumores del páncreas.

En el primer caso observamos si este tumor es subcutaneo, apreciable á la vista y al tacto, si hay enrojecimiento de la piel, fluctuación, si estando el enfermo en posición horizontal la pared abdominal siendo relajada se le imprime movimientos al tumor; si ordenando al enfermo cogiendo con una mano al tumor y haciendo presión con la otra sobre el pecho del paciente, se siente que el tumor se desliza delante ó detràs de los músculos rectos.

Esta esploración nos demuestra por ejemplo que el tumor tiene asiento detrás de la aponeurosis ¿el tumor está en el músculo ó en la cavidad del abdómen? entonces se mira el tumor de perfil y se fija en un punto de la pared y se ordena al enfermo hacer una gran inspiración,—si el tumor desciende es que está en la cavidad; puede suceder que esta última esploración no nos dé ningun dato, entonces se hace tender la pared abdominal por la maniobra que he indicado mas arriba y si el tumor está en la cavidad la pared abdominal se hará una verdadera muralla á través de la cual no se sentirà nada.—Es necesario sin embargo hacer una distinción nos dice Tillauce y esto es lo que hace este diagnóstico difícil, porque la esploración precedente nos dá resultado, solo para los tumores que tienen asiento inmediatamente bajo la aponeurosis ó en el espesor de los músculos rectos; pero la distinción para los abcesos subperitoneales se hace

imposible porque el tumor se encuentra velado por la contracción de dichos músculos y no nos dá precisión ninguna del sitio que ocupan en el vientre.

Por la palpación determinamos sus contornos, apreciamos su grado de consistencia, si es duro, blando, ó renitente, la palpación nos permite percibir algunas veces un ruido de frote más ó ménos fuerte, la crepitación propia de las serosas inflamadas.—Este ruido revela la producción de adherencias entre el tumor y el peritoneo parietal ó simplemente la existencia de dos superficies desiguales que se frotan.—Este signo es favorable porque dá la prueba de una peritonitis parcial y prueba ó bien que hay adherencias á este nivel ó bien que ellas son laxas y fáciles de desprender.--Buscamos la fluctuación.—La percusión nos dá tambien indicaciones por las variaciones del sonido que pueden conducirnos á precisar los limites del tumor, siendo conveniente practicar la percusión despacio y así nos dará mayores probabilídades que si la practicamos fuerte, porque la vecindad de órganos huecos conteniendo gases y aun los gases desarrollados en el mismo tumor nos podrian conducir en un mal camino.

En la sintomatologia hemos trazado las líneas generales de los síntomas de las afecciones que en el periodo de alteraciones viscerales, podemos observar para conducirnos al diagnóstico de los abcesos subperitoneáles en su primer periodo y el momento llega de hacer el diagnóstico diferencial con las infecciones localizadas del peritoneo, que podemos encontrar en todas las regiones del abdòmen; donde podriamos decir que no existe ninguna viscera que no les pueda dár lugar, cuando existe una infección localizada del peritoneo del contorno del punto primitivamente enfermo, que se manifiesta por exudación lenta de líquido fibrinoso muy adhesívo que adosa las superficies de la serosa y los órganos vecinos produciendo en otros términos adherencias glutinosas

que no tardan en adquirir consistencia y en formar verdaderos tractus de unión mas ó menos protectores á los cuales se debe que no se generalice la infección.—En ese periodo en que el vientre está timpánico y doloroso que el enfermo tiene vómitos, temperatura y que la palpación y la percusión no nos dan ningun dato, vienen en ayuda del práctico los conmemorativos del enfermo.

En un periodo mas avanzado las lesiones siguiendo su marcha progresiva, provocan el derrame de un líquido seroso que se encuentra aprisionado en una cavidad constituyendo una especie de quiste.—Este líquido es un verdadero caldo de cultura que puede hacerse segun la virulencia de los gérmenes, seropurulento ó francamente purulento y á medida que aumenta en el líquido la virulencia microbiana la barrera fibrinosa que separa la región de la gran cavidad peritoneal vá espesándose constituyendo un obstáculo infranquíable, en esos momentos podemos encontrarnos, con los fenómenos de peritonismo descritos por Gubler y que se les considera como reflejos nerviosos, cuyo punto de partida está en las terminaciones nerviosas peritoneales y subperitoneales de los cuales Yalaguier dice: «La irritación es trasmitida á los centros ner-
« viosos por el plexo solar y reflejada sobre el intestino, el
« estómago, el riñón, el corazón, los órganos de la respira-
« ción; los movimientos peristálticos se detienen, el abdómen
« se timpaniza, hay vómitos y constipación, el pulso es pe-
« queño filiforme, la respiración es incompleta, la secreción
« urinaria suprimida, la temperatura baja (hipotermia). La
« muerte puede ser la consecuencia de estos fenómenos ner-
« viosos».

Otras veces nos encontramos con los síntomas de una infección generalizada á marcha aguda que difieren de los de las supra-agudas por el predominio de las manifestaciones locales—El dolor abdominal es el que llama la atención, es un dolor intenso, localizado, después neraliza do á todo el abdó-

men, es frecuente que persista algunas horas al nivel del ombligo—Desde que se ha generalizado el enfermo no puede soportar el menor contacto, las sábanas, la camisa son alejadas, los muslos están en fiexión, los movimientos respiratórios son á tipo costal superior. El rostro está inquieto con espresión de angustia desde que un vómito, un hipo, un acceso de tos pone en movimiento el diafragma—Despues del dolor intenso el síntoma más constante es el vómito de líquidos, mucosidades, bilis, tienen aspecto porràceo ó bien son francamente fecaloides—La constipación es muchas veces absoluta—Las orinas se hacen raras ó bien tienen un color oscuro—El vientre está timpanizado á consecuencia de la retensión de gases y materias fecales, está tenso, la piel parece lisa brillante y barnizada sin que se vean dibujarse ansas intestinales como sucede en la oclusión intestinal.

La temperatura es elevada (no hay hipotermia más que en la forma supra aguda) el termómetro llega á 39 y 40 grados. El pulso es pequeño duro, y frecuente esto, es característico de la peritonitis aguda franca, llega á 100 y 120 pulsaciones por minuto.

La lengua es seca, negruzca, hendida, la sed es viva, y el enfermo no desea beber por temor de los vómitos etc. por último las facies peritoneal, la intelijencia no se altera y el estado general es malo y la enfermedad puede durar 5, 8, 10, 15 y 30 dias en casos escepcionales.

Otras veces la infección generalizada tiende á localizarse y entónces se ven los síntomas amenazadores atenuarse poco á poco, la temperatura se levanta sí se trata de una forma hipotérmica, baja al contrario si la infeccion primitiva se acompaña de fiebre, el pulso se hace ménos frecuente y mas lleno, los vómitos no son tan repetidos, la constipación cesa, el abdómen es menos timpanizado, la palpación no despierta el dolor en toda la extensión del vientre que pa-

rece más blando, salvo en un punto limitado, á este nivel el dolor es muy vivo y se percibe una induración considerable la percusión es tan dolorosa que no se puede recurrir á ella· —Se encuentra en general una sonoridad apesar de la presencia de una colección liquida debido á las ansas intestinales—La fluctuación no se puede buscar en razón de la contractura de los músculos—Los dolores locales se hacen más intensos, el empastamiento tiende á aumentar, la pared abdominal es edematosa lo que es un signo de presencia de pús. La temperatura se levanta, el enfermo tiene escolcfrios acompañados de sudores, hay diarrea, en una palabra un abceso caliente evoluciòna y si el bisturi no interviene á tiempo sabemos que he tenido oportunidad de mencionar las vias que puede seguir el pús.

En algunas formas el cáncer del peritoneo principia de una manera brusca manifestándose por una fiebre intensa, acompañada de timpanismo, dolores abdominales muy vivos, vómitos frecuentes, ya mucosos ó biliosos. sed viva, pulso frecuente y filiforme, lengua seca, el rostro está desencajado lloroso, los ojos hundidos, la postración excesiva, las estremidades frias, algunas veces estos accidentes, se atenuan hasta desaparecer para conducir al enfermo á una curación aparente; pero éste período de calma dura poco y no tarda en observarse mayor volúmen del vientre, cólicos, constipación, diarrea, los dolores del vientre quedan vagos, mal localizados mal definidos, pueden ser intermitentes, ó desaparecer completamente, para manifestarse cuando la presión los despierta

los enfermos no tienen apetito, la digestión es penosa seguida de vómitos, nauseas—El adelgazamiento hace progresos--Hay ascitis—La piel del vientre es tensa, blanco azulada, muchas veces edematosa y de pronto se observa un flemón gangrenoso de lo pared.

El diagnóstico diferencial con los quistes del páncreas debe tambien ser establecido; se sabe que estas atecciones son algunas veces hallazgos de la autopsia, pero en algunos casos puede presentarse un tumor, se pueden observar dolores sordos, profundos, otras veces vivos, agudos, que sobre vienen por crísis y pueden recordar los de los cólicos hepàticos, algunas veces su principio es brusco, violento, se pueden constatar vómitos, alteraciones digestivas, heces grasosas, cuya grasa se presenta bajo aspectos distintos, ya en pequeños nódulos blanquizcos semejantes á pequeñas masas de manteca, solubles en el éter, ya la superficie de la materia fecal está untada por un barniz grasoso, ya la grasa sobrenada en la superficie del líquido.—Los vómitos grasosos son admitidos tambien en la sintomatologia pancreática, ya la grasa seria rechazada en cantidad considerable, ya el microscopio revelaria su presencia; la lipuria ú orinas grasosas; la glicosuria ó diabetis azucarada es algunas veces indicio de una lesión del páncreas. Aran ha observado una melanodermia generalizada á causa de la existencia de los tumores del páncreas.

El pronóstico de los abcesos subpéritoneales es benigno si la intervención se hace oportunamente, en caso contrario puede dar origen á una peritonitis, á un flemón difuso de las paredes del vientre etc., ó bien á las fistulas pioestercorales descritas por Blin que difieren del ano contranatura, porque entre el orificio cutáneo y el orificio intestinal, existe un trayecto granuloso mas ó menos largo que da pús y que es muy difícil obliterar.—Julliard, de Génova, obtuvo buen resultado en un caso de éstos por el avivamiento y la sutura del orificio intestinal reduciendo en seguida el intestino en la cavidad abdominal.

En cuanto al tratamiento, se ponen en práctica todas las reglas de la antisepsia, se abre extensamente la pared en el centro mismo de la induración sin esperar que la fluctuación aparezca, si es posible se hace la incisión sobre la linea media recordando que hay que atravesar una espesa capa de tejidos, que pueden estar edematosos. Se aconseja hacer la palpación y la punición esploradóra para confirmar el diagnóstico, entonces se abre el foco, se lava y se drena cuidadosamente.

Para los abcesos de origen tifoide Aimé Guinard aconseja, si es posible, abrirlos ántes de que estén verdaderamente constituidos, en una palabra cuando están al estado de hema-

toma consecutiva á la ruptura muscular, apropósito de lo cual cita un caso en que despues de la abertura y curación completa del abceso el enfermo muere de un síncope.—Practicada la autopsia encontró un ansa intestinal adherida á la pared al nivel del antiguo abceso y dice que si no hubiera intervenido en ese momento, una fistula intestinal se hubiera formado.

OBSERVACIÓN

A. L. 24 años, española, casada, cocinera, 3 años de residencia en la República.

Antecedentes hereditarios—Padres vivos y sános—6 hermanos tambien sanos.

Antecedentes individuales—Tuvo sarampión—fiebre tifoide á los 5 años—Influenza varias veces—Regló á los 18 años, muy pobre de sangre de 4 á 6 dias de duración con bastante dolor en las caderas; siempre han sido muy regulares y constantes. A los 14 años empezó á sentirse mal de las rodillas, experimentando fatiga cuando tenia que caminar mucho ó ascender alguna cuesta—Poco á poco se le hinchaba una de las rodillas pero no en toda su superficie sinó en puntos limitados, al lado interno del tendón rotuliano y à nivel del cóndilo interno dél fémur, la parte tumefacta alcanzaba al tamaño de una nuez y no era dolorosa—ésta hinchazón no la obligaba á guardar cama por el contrario le permitia caminar, pero al cabo de poco tiempo la rótula sufria un cambio de lugar (la enferma dice que un hueso se iba hácia adelante y otro en sentido opuesto) coincidiendo ésto con una caida inmediata de la enferma é imposibilidad para la marcha—Llamado el médico colocaba el hueso en su sitio y en el acto la enferma podia caminar, bajar la escalera etc. aun sin colocarle ningun vendaje—La pierna derecha sufrió éste accidente, una sola vez, la izquierda dos (en el término de dos años)—Para que éste desarreglo, como dice la enferma, tuviera lugar, no era necesario que caminara, pues una de las veces estando en cama le sobrevino la luxación con

idènticos carácteres—De ésta afección curó con el uso de los baños de mar.—Casada hace dos años ha tenido un hijo y durante el embarazo persistieron los menstruos hasta los siete meses con tanta puntualidad como cuando estaba libre—El parto fué féliz—Dió á luz un niño que lo único que tenia de anormal era una hernia inguinal de la que fué más tarde operado—Desde un año antes del embarazo ha padecido de diarrea, pujos y tenesmo que comenzaron juntos con una menorrajia (que duró 16 dias) acompañada de dolor de cadera y de vientre, que la obligaron á guardar cama—Estos fenómenos se prolongaron durante treinta y tres dias—Perdió el apetito—La enferma atribuye la diarrea y la menorragía á varíos purgantes que le recetó un médico que la asistió por una constipación que recien comenzaba á presentarse.

Despues del 6º que le administró y que fué muy fuerte sobrevinieron las diarreas y la menorrajia.

La diarrea era de diferente coloración unas veces amarillenta, otras de color café otras como carbón—No tuvo fiebre en el trascurso de la enfermedad. Mejorada al cabo del tiempo señalado, estuvo bien durante 15 dias más ó ménos, renaciendo el apetito que se hizo hasta exajerado y regularizándose los movimientos del vientre.

Al llegar los 15 dias sobrevino de nuevo la constipación, que combatió por medio de purgantes lo que fué seguido de diarrea, pujos y tenesmos como la primera vez.

Con éstas alternativas ha seguido año y medio encontrándose hasta hace tres meses perfectamente bien; movia con regularidad el vientre, tenía buen apetito, voluntad para el trabajo etc.

En esa época comenzó á sufrir de una puntada que localiza al nivel del reborde costal izquierdo, cerca del apéndice xifoides y que se irradiaba hácia atrâs síguiendo el contorno de dicho reborde antes de ésto tuvo lijerosescalofrios—Fiebre dice que nunca ha tenido)—La puntada empezaba con

poca intensidad para ir aumentando progresivamente (hasta el 3er dia en que se hacia insoportable acompañándose de arcadas y vómitos biliosos que se producian aun sin haber comido nada. Tenia pérdida de apetito y volvió á presentarse la constipación que más tarde se ha hecho pertinaz, pasando varios dias sin mover el vientre—Las orinas se hicieron cargadas pero no hubo decoloración de las materias fecales que tenian un color negruzco—El dolor era más intenso hácia la tarde—Por la mañana le permitia trabajar hasta las 12—Se mejoraba al cabo de algun tiempo, 6 ú 8 dias, desaparecian los vómitos y volvia á renacer el apetito pudiendo la enferma mover con regularidad el vientre. Despues de un tiempo variable 10, 15 dias volvía á presentarse el mismo dolor con todo los demá s síntomas mencionados.

Hace 15 días se presentó de nuevo la puntada con poca intensidad, como siempre y fué haciéndose cáda vez mas fuerte, hasta que al cabo de tres dias alcanzó al máximum de violencia. Tambien se acompañó de vómitos, pérdida de apetito, y constipación.—La enferma notó entonces que el epigastrio estaba mas duro que habitualmente y consultando al médico constató él la presencia de un tumor en esa región.—Simultáneamente la enferma sentia un dolor en el epigastrio y en las espaldas y un decaimiento general.—La puntada desapareció mediante el uso de un calmante.— No ha tenido ardores en el estómago sin embargo dice haber, sentido en ciertas ocasiones algo como que le quemara el estómago y la garganta; desde su entrada al hospital el tumor ha ido aumentando de volúmen y se ha puesto muy doloroso.—No ha tenido fiebre.—Ha perdido completamente el apetito y se siente incómoda con la leche que toma,

Exámen objetivo—Palidez intensa de la piel y mucosas—Mal gusto en la boca—Lengua saburral y húmeda.—Se nota en el epigastrio un tumor del tamaño de una naranja, liso, renitente, que no se desliza con la respiración solamente se

levanta un poco.—Este tumor trasmite perfectamente los latidos de la aorta.—La piel á su nivel está tensa y brillante, la presión es muy dolorosa, pero permite apreciar un poco de edema.—A los lados parece limitarse con facilidad de los órganos adyacentes.—A la percusión matitez á su nivel; pero en sus límites con el hígado y con el bazo hay una zona clara.—La percusión tambien es dolorosa.—En el resto del abdómen no se nota nada de particular y lo mismo sucede respecto al hígado y al bazo.

Hay 104 pulsaciones y 36 respiraciones.

Corazón; no se vé el choque de la punta. nise siente—á la auscultación no se nota nada de particular, salvo en la mitral en que se encuentran los tonos un poco apagados.

La respiración de costal superior, tose desde hace 6 meses y cuando tose se exacerba el dolor al nivel del tumor.

Las vibraciones vocales están conservadas en ambos lados; pero son un poco mas intensas del lado derecho.

La percusión es mas sonora que el estado normal, pero la tonalidad es mas grave en el izquierdo y mas elevada en el derecho.

Auscultación—Inspiración intensa; Se oye bien en toda la superficie de los pulmones.—La expiración un poco velada, hay rales subcrepitantes, sibilantes y roncus en ambos lados y en toda la extensión de los pulmones pero mucho mas marcado hácia las bases.—Estos fenómenos disminuyen macho despues de la espectoración.

Fué operada varios dias despues por el señor Profesor sustituto de Patologia Externa Doctor Don Daniel J. Granwell quien la practica en la linea media y en una parte equidistante del ombligo y del apéndice xifoides una incisión vertical de seis centímetros de largo.—Inmediatamente de incindida la piel y el tejido celular subcutaneo llegó sobre el abceso que se encontraba adherido á estos puntos superficiales—Hizo una punciòn esploradora é incindió en seguida

el abceso dando salida á 100 gramos mas ó menos de pús espeso, color oscuro y de olor fétido se limpió en seguida la cavidad y en su fondo sobre la superficie del estómago cubierta de adherencias pudo observar la existencia de una pérdida de sustancia del tamaño de una moneda de diez ceutavos y de bordes regulares. Colocó en seguida un ancho tubo de drenaje.

La enferma siguió despues de la operación perfectamente bien, sin fiebre, la tos que la atormentaba antes fué desapareciendo poco á poco sin medicamento alguno. Empezó á tener apetito y à sentirse con mas fuerzas, la herida comenzó al poco tiempo á cicatrizar y un mes mas tarde fué dada de alta en buen estado de salud.

Octubre 25 de 1899.

Nómbrase á los Señores Académicos Dr Gregorio N. Chaves, Profesor Titular Dr. Julian Aguilar y Profesor Suplente Dr. Diógenes Decoud para que constituidos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

J. T. Baca.
Luis M. Acuña.

Octubre de 1899.

Sr. Decano:

Transcribo a continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno Sr. José F. Fornés:

« En el local de la Facultad â 2 de Noviembre de 1899, « reunidos las que suscriben encargados de dictaminar res- « pecto de la admisibilidad de la tésís presentada por el « ex-alumno Sr. José F. Fornés que versa sobre «Abcesos « sub-peritoneales» resolvieron admitirla.—Con lo que ter- « minó el acto.—Fdos.: G. N. Chaves.—J. Aguilar.—D. De- » coud.—Zenón Aguilar.»

Luis M. Acuña.

Noviembre 2 de 1899.

Entréguese esta tésis al interesado para su impresión debiendo fijarse por Secretaria el dia en que haya de ser sostenida.

J. T. Baca.
Luis M. Acuña.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Las inyecciones de gelatina calman el dolor y la disuca en los aneurismas de la aorta toráxica.

II

El mejór tratamiento en la infección puerperal son las inyecciones intra-uterinas.

III

En los casos de cáncer del estómago cuando existe dilatación es conveniente hacer un lavaje prévio antes de dar la comida de prueba.

BIBLIOGRAFIA

Poulet y Bousquet....	Pathologie Externe
Trelat.....	Clinique Chirurgicale
Augusto Vidal.....	Patologia Externa
Gosellin.....	Clinique Quirurgique
Deschambre.....	Diccionario
Follin.....	Pathologie Externe
Dieulafoy	Pathologie Interne
Eickhorst.....	Id Id
Duplay Reclus.....	Traite de Chirurgie
Le Deutu, Delbet.,.....	Traite de Chirurgíe
Obdulio J. Hernandez.	Tésis—Contribución al estudio de los Pseudo plasmas del páncreas
Reclus Kirmison Peyrot Bouíly	Pathologia Externa
Albert.....	Traiti de Chirurgie
Cautani y Maragiano..	Pathologia y Terapia Médica
Charcot, Bouchard Brissaud	Traite de Medecine
Nelaton.....	Pathologie Chirurgicale
Verne.....	Pathologie Chirurgicale
Tillaux.....	Clinique Chirurgicale
Tillaux.....	Anatomia Topográfica
Testut.....	Anatomia