3/182

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FLEGMONES PELVIANOS
EN LA MUJER

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GUILLERMO RAFFO

Ex-interno del Hospital San Roque

BUENOS AIRES

ESTABLECIMIENTO TIPO-LITOGRÁFICO ESCALADA & ARREDONDO
1741 - Calle Gallo - 1741

1900

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FLEGMONES PELVIANOS
EN LA MUJER

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GUILLERMO RAFFO

Ex-interno del Hospital San Roque

BUENOS AIRES

ESTABLECIMIENTO TIPO-LITOGRÁFICO ESCALADA & ARREDONDO
1741 - Calle Gallo - 1741

1900

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis. (Artículo 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. Enrique E. del Arca

VICE DECANO

Dr. D. José T. Baca

ACADEMICOS TITULARES

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca
" " José T. Baca
" " Rafael Herrera Vegas
" " Jacob de Tezanos Pinto
" " Eufemio Uballes
" " Juan R. Fernandez
" " Enrique E. del Arca
" " Pedro N. Arata
" " Manuel Blancas
" " Roberto Wernicke
" " Pedro Lagleize
" " José Penna
" " Luis Güemes
" " Eliseo Canton
" " Gregorio N. Chaves

ACADEMICOS HONORARIOS

Dr. D. Ernesto Aberg
* " Pablo Marengo
" " Eduardo Wilde
" " Martin Spuch
" " Telémaco 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*
Anatomía Descriptiva	Dres.	*Juan José Naon*
Anatomía Topográfica	„	*Juvencio Z. Arce*
Histología teórico-practica	„	*Rodolfo de Gainza*
Fisiología General y Humana	„	*Pedro J. Coronado*
Patología General y ejercicios clínicos	„	*Roberto Wernicke*
Materia Médica y Terapéutica . . .	„	*Justiniano Ledesma*
Higiene Pública y Privada	„	*Meliton Gonzalez del Solar*
Patología Externa	„	*Ordulio Hernandez*
Patología Interna	„	*José Penna*
Anatomía Patológica	„	*Telémaco Susini*
Bacteriología	„	*Cárlos Malbrán*
Medicina Operatoria	„	*Adalberto Ramaugé*
Enfermedades de mujeres y su clínica	„	*Enrique Basterrica*
Enfermedades de niños y su clínica . .	„	*Mauuel Blancas*
Enfermedades de los ojos y su clínica	„	*Pedro Lagleyze*
Enfermedades nerviosas y su clínica .	„	*José M. Ramos Mejia*
Enfermedades mentales y su clínica . .	„	*Domingo Cabred*
Enfermedades Génito Urinarias . . .	„	*Federico Texo*
Enfermedades venéreas y dermatología	„	*Baldomero Sommer*
Clínica quirúrjica	„	*Julian Aguilar* *Antonio C. Gandolfo* *Alejandro Castro*
Clínica médica	„	*Gregorio N. Chaves* *Abel Ayerza* *Luis Güemes* *Francisco Sicardi*
Laringología, otología, rinología . .	„	*Eduardo Obejero*
Obstetricia y clínica respectiva . . .	„	*Samuel Molina*
Medicina legal	„	*Francisco de Veyga*
Toxicología	„	*Juan B. Señorans*
Química aplicada á la medicina . . .	„	*Pedro N. Arata*
Física médica	„	*Jaime R. Costa*
Zoología médica	„	*Eliseo Canton*
Botánica médica	„	*Martin Spuch*
Botánica farmacéutica	„	*Adolfo Mujica*
Química médica	„	*Atanasio Quiroga*
Farmacia teórica	„	*Juan A. Boeri*
Farmacia práctica	„	*J. Manuel Irizar*
Obstetricia para alumnas parteras . .	„	*Juan R. Fernandez*
Odontología	„	*Nicasio Ecthepareborda*
Dentistería operatoria	„	*Leon Pereira*

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía Descriptiva	Dres.	*Juan D. Piñero*
Anatomía Topográfica	"	*Joaquín López Figueroa* *Avelino Gutierrez*
Histología teórico-práctica	"	*Samuel de Madrid*
Fisiología General y Humana	"	*Horacio G. Piñero,* en ejercicio
Patología 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 Schatz*
Patología externa.	"	*Pascual Palma* *Daniel J. Cranwell*
Patología interna.	"	*Marcial V. Quiroga*
Anatomía Patológica.	"	*José Badía*
Medicina Operatoria.	"	*Nicolás Repetto* *Alfonso Masi*
Enfermedades de mujeres y su clínica	"	*Alfredo Lagarde* *José F. Molinari*
Enfermedades de niños y su clínica. .	"	*Antonio T. Piñero* *Facundo Larguía*
Enfermedades de los ojos y su clínica	"	*Francisco Barraza* *Teófilo A. Moret*
Enfermedades nerviosas y su clínica. .	"	*José A. Esteves* *José R. Semprum*
Enfermedades mentales y su clínica. .	"	*Benjamin T. Solari*
Enfermedades génito-urinarias. . . .	"	*Pedro Benedit*
Enfermedades venéreas y dermatología	"	*Maximiliano Aberastury,* en ejercicio
Clínica quirúrgica.	"	*Juan B. Justo* *Diógenes Decoud* *Alejandro Posadas,* en ejercicio
Clínica Médica.	"	*Julio Mendez* *Ignacio Allende* *Patricio Fleming* *Ricardo Colón*
Laringología, otología, rinología. . .	"	*Wenceslao Tello* *Eliseo V. Segura*
Obstetricia y Clínica respectiva . . .	"	*Luis F. Vila* *Fanor Velarde*
Medicina legal	"	*Domingo S. Cavia* . . . . .
Toxicología	"	*Juan Alba Carreras,* en ejercicio
Química aplicada á la medicina . . .	"	*Francisco P. Lavalle*
Física médica	"	*Juan J. Galiano*
Zoología médica.	"	Vacante
Botánica médica	"	*Lucio Durañona,* en ejercicio
Botánica farmacéutica.	"	Vacante
Química analítica.	"	*Francisco B. Reyes*
Farmacia teórica	"	*Juan A. Dominguez,* en ejercicio
Farmacia práctica	"	*Miguel Puiggari*
Obstetricia para alumnas parteras. . .	"	Vacante
Odontología	"	Vacante
Dentistería operatoria	"	Vacante

PADRINO DE TÉSIS

ACADÉMICO DOCTOR JOSÉ T. BACA

Á LA MEMORIA

DE MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A MI DISTINGUIDA ABUELA

SEÑORES ACADÉMICOS;

SEÑORES PROFESORES:

El hecho de haber observado algunos casos de flegmones pelvianos, durante mi permanencia en el servicio de enfermedades de mujeres del Hospital San Roque, de que son jefes los Doctores Alfredo Lagarde y Mariano Mason y entre cuyo personal he tenido el honor de contarme en mi calidad de practicante interno, me ha decidido á elegir este punto, para hacerlo objeto de mi trabajo inaugural.

Es justo que yo experimente placer en este momento, en que puedo manifestar mi reconocimiento á los señores profesores, y particularmente al Doc-

tor Alfredo Lagarde y al Doctor Mariano Mason, quienes con la amabilidad que les es característica, han sabido guiarme en la especialidad.

Al Doctor José T. Baca mi gratitud; por la satisfacción que me proporciona acompañándome como padrino de esta tésis.

Historia.

Grisolle en 1839, Bourdon en 1841 y Marchal de Calví en su estudio "Des abcés phlegmonex intrapelviens" en 1844, inician el período embrionario por decir así del estudio de las inflamaciones intrapelvianas,que Mauriceau atribuia cuando eran portpuerperales á retención duloquios.

Viene luego la época turbulenta con Nonat, que localiza las inflamaciones en el tejido celular que envuelven las dos hojas peritoneales del ligamento ancho, en toda su extención. Estas ideas fueron sostenidas por sus partidarios, Gallard en la Gaz. des hópit 1855 y Bennet en Londres, en su opúsculo "On the inflamatión of the uterus 1853 London."

Las afirmaciones de ésta escuela, eran refutadas ardientemente con hechos incontestables por Bernutz y Goupil en los Archivos generales de 1857, refiriendo al peritoneo pelviano el foco constante y exclusivo de la inflamación y excluyendo por completo al tejido celular.

Guerin, queriendo interpretar las inflamaciones peri-metríticas, niega el flegmon del ligamento ancho y describe un adeno-flegmón juxta pubiano, cuyo punto de partida sería el ganglio obturador ó retro-pubiano. Las inflamaciones limitadas, las llamaba adeno-linfitis.

Por fin, aparece la escuela ecléctica con Mathews Duncan y Virchow, quienes inventan los nombres de parametritis, para designar la inflamación del tejido celular pelviano y perimetritis para la del peritoneo del mismo punto. (A practical treatise onperimetritis and parametritis - Edimb. 1868 Mat. Duncan).

Las designaciones de Duncan aunque no parezcan justificadas, marcan sin embargo una época notable en la larga y esclusivista discusión científica: la de la presión de las dos escuelas, conservando cada una su parte de razón.

La era verdaderamente científica de este estudio, arranca desde los celebrados triunfos quirúrgicos de Lawson Tait, que permitieron sorprender estos procesos en plena evolución y extraer piezas para el estudio anátomo patológico, que despejó las nebulosas de la interminable polémica,

Merecen citarse los nombres de Delbet, Monprofit, Slanjanskey, Conzette, Orthmann, etc. etc., cuyos estudios anátomo patológicos y clínicos quedarán como clásicos en este punto.

Dilucidada la gran cuestión de los elementos histológicos que entran en función en estas inflamaciones, surge esta otra: ¿por dónde se verifica la infección?

El estado actual de la ciencia parece sancionar la via linfática para los flegmones pelvianos y escepcionalmente la via mucosa.

Lucas Championiére, sostiene persistentemente la via linfática y Mangiagalli, afirma en el Congreso de Bruselas de 1892, apoyándose en 31 experiencias en animales, de que las vias sanguíneas y linfáticas son las frecuentes.

La via mucosa, muy frecuente para la pelviperitonitis, no lo es así para las celulitis, á causa de la defensa peritoneal que en forma de falsas membranas aparece desde los primeros ataques salpingíticos. Esto no quiere decir de que no se haya producido por esta via la inflamación celular, en cuyo caso de la trompa pasan los gérmenes al peritoneo y de éste al ligamente ancho.

Es indudable que los vasos linfáticos desempeñan un papel preponderante en la infección del tejido celular pelviano.

En cuanto á la localización de las infecciones pelvianas, la mayoria de los autores reconociendo la diversidad de las causas, aceptan una variedad de localizaciones.

Ya sea que la infección de la mucosa uterina se propague á través de la trompa, contaminando el peritoneo, tejido celular, etc., ó ya sea la via linfática la que sirve de medio para la infección, es rara que estas localizaciones se encuentren desprovistas de toda complicación.

Las lesiones del ovario y de la trompa, repercuten sobre el tejido celular pelviano y el peritoneo, determinando adherencias y hasta abcesos de vecindad; lo mismo las alteraciones de la serosa y los flegmones peri-uterinos no pueden ser indiferentes al ovario y la trompa.

Pero, el predominio manifiesto de alguna de estas alteraciones, la parte preponderante que ellas toman en la evolución de la enfermedad, permite hacerlos objeto de una descripción especial, sin desconocer los lazos que las unen, estudiando separadamente las localizaciones principales de la infección pelviana.

Etiología.

Es generalmente á consecuencias de un parto ó aborto, que se desarrollan estas infecciones en el tejido celular pelviano, contribuyendo eficazmente la desgarradura del cuello que es frecuente observar.

Pero el estado puerperal no es indispensable como pensaba Frarier, que no reconocía otra etiología.

Según Bernutz, sobre veinte casos de flegmón del ligamento ancho, diez y siete corresponden á la infección puerperal.

Freund, y con él la mayoría de los autores, reconoce que todas las formas de flegmones pelvianos pueden desarrollarse en todas las épocas de la vida sexsual de la mujer y provienen de causas múltiples.

Beigel, en una estadística en que ha reunido sesenta y un caso, encuentra treinta y cuatro consecutivos al estado puerperal y veinte y siete debidos á traumatismos infecciosos diversos, como: incisiones del cuello, desgarraduras del periné, inyecciones intran-

terinas, cauterizaciones del cuello, incisión de un abceso de la glándula de Bartholin, etc., y á lo que habría que agregar todavía la histerometría tan justamente temida antes de la época antiseptica.

Lesiones de la vagina han servido también como punto de partida.

Las erosiones del cuello ofreciendo una vía abierta para la absorción de gérmenes patógenos, son una causa directa para provocar estas inflamaciones.

Bandl ha demostrado que las ulceraciones cancerosas pueden dar lugar igualmente á infecciones pelvianas.

La presencia de púS en la trompa es otra causa de infección del tejido celular pelviano.

Se explica también la influencia que pueden tener lesiones tuberculosas del útero y los anexos, acompañándose de abcesos de la misma naturaleza en el tejido celular. Otro tanto puede decirse de las enfermedades infecciosas graves, como la viruela, fiebre tifoidea, etc., aunque hasta el presente todos estos hechos son raros ó dudosos.

Esta misma apreciación debe corresponder á los casos de flegmón pelviano, observados por Kónig y Duncan en el transcurso del embarazo, antes del parto.

Finalmente el abuso del coito, las fatigas corporales, la acción del frio durante la menstruación, tie-

nen también su parte como causas ocasionales en las inflamaciones pelvianas.

La generalización de los métodos de antisepcia y las precauciones que hoy se emplean para cualquier intervención por insignificante que ella sea, reduce mucho la etiología de las infecciones en el tejido celular pelviano de la mujer.

Patogenia.

La vagina se encuentra en condiciones especiales que facilitan la entrada de agentes microbianos venidos del exterior.

Stroganoff y Whalle, en sus investigaciones han llegado á encontrar en la vagina, microorganismos doce ó quince horas después del nacimiento.

Dóderlein ha demostrado que al estado normal, las secreciones vaginales que ofrecen una reacción ácida, no contienen microorganismos piogenos, sinó saprofitos inofensivos. Por consiguiente; el estreptococo, el estafilococo y el gonococo, encuentran un medio más propicio para su desarrollo en el útero cuyas secreciones ofrecen una reacción alcalina.

Observaciones recientes de Kóonig y Menge, han confirmado el poder bactericida de las secreciones vaginales.

El útero permanece estéril más largo tiempo, es en la pubertad, después de la primera menstruación, que se nota la presencia de agentes patógenos en el

cuello, sin invadir la cavidad corpórea uterina y en un número mucho menor que en la vagina. Strogánoff manifiesta que no ha encontrado microorganismos en el cuello uterino, sinó en mujeres que habían sufrido exámenes anteriores.

Las investigaciones de Walthard han demostrado que durante el embarazo, el canal genital puede dividirse en dos zonas, una inferior, la vulva, la vagina y la parte inferior del cuello que contienen microbios; y la superior que comprende, el resto del cuello, el cuerpo del útero y los anexos que permanecen inmune. Esta separación es producida por el tapón mucoso que obtura el cuello y que desprovisto de albumina, constituye un medio poco favorable para el desarrollo de los microorganismos vaginales.

En el puerperio, la cavidad uterina está protegida aún por la mucosidad cervical que tiene mucha analogía con la del embarazo.

La defensa del organismo parece entonces casi asegurada en circunstancias normales, pero bastan ligeras modificaciones para crear un terreno favorable, para facilitar el transporte de los gérmenes en las vias genitales profundas y transformar en agentes de infección los inofensivos huéspedes vaginales.

La naturaleza infecciosa de la inflamación del

tejido celular pelviano ha sido puesta de manifiesto por investigaciones pacientes y continuadas.

Es el estreptococo el que se encuentra más comunmente. Tiene un poder de difusión notable, se le descubre facilmente en el espesor de la trompa, en el parenquina uterino, en el tejido celular, etc.

Las celulitis pelvianas que se desarrollan como complicación de las endometritis de cualquier orígen que sean, encuentran su causa con la presencia del estreptococo en la gran mayoría de los casos.

El estafilococo acompaña frecuentemente al estreptococo.

El gonococo no produce por sí mismo estas infecciones, su rol es destruir el epitelio de la mucosa uterina, los microbios piogenos se encuentran en mejores condiciones de desarrollo y hacen sentir su acción en profundidad desde que no existe aquel medio de defensa.

Otros microorganismos son capaces de producir estas inflamaciones del tejido celular pelviano, pero puede decirse que constituyen la excepción.

Es casi siempre el estreptococo el agente patógeno de estas infecciones.

Doleris y Bourges, han encontrado en un caso de parametritis purulenta el Proteus vulgaris asociado al estreptococo piogeno.

Las numerosas investigaciones clínicas, anátomo patológicas y experimentales, que se han llevado á cabo sobre este punto, han puesto de manifiesto la parte preponderante que tienen los vasos linfáticos en el transporte de los gérmenes infecciosos.

La anatomía, ha descrito la rica red linfática, situada debajo de la mucosa uterina y á lo largo de los vasos sanguíneos, sus anastomosis con los troncos eferentes del ligamento ancho, para ganar en fin los ganglios iliacos lumbares y de la ingle.

La celulitis pelviana, tiene pues en la linfangitis su intermediario.

La vía venosa ha sido objeto de estudios especiales, pero su rol no está demostrado.

La propagación directa de la inflamación tiene lugar siempre con la intervención de los vasos linfáticos.

Anatomía patológica.

Bajo el punto de vista anatómico Luschkha considera el músculo elevador del ano, como dividiendo la cavidad pelviana en dos espacios; uno situado por encima, el otro por debajo del citado músculo y como el peritoneo no desciende sobre la cara superior del elevador del ano, resulta necesariamente un intérvalo entre este músculo y el peritoneo.

Es á la inflamación del tegido celular de esta región, que se encuentra atravesado por las ramas intrapelvianas de la ilíaca interna y los vasos linfáticos del cuello del útero y de la porción superior de la vagina que Delbet ha designado con el nombre de flegmón de la vaina hipogástrica, reservando la denominación de flegmon del ligamento ancho propiamente dicho, á la inflamación del tejido celular situado más arriba, en el ligamento ancho, debajo de los alones de la trompa y el ovario, en el tejido celular que cruza la arteria útero ovárica y los linfáticos del fondo del útero, de la trompa y el ovario.

La prolongación de la aponeurosis onfalo vesical estudiado por Delbet, separa estas dos regiones.

Es conveniente mantener la división que ha hecho Delbet, pues facilita el estudio de la inflamación del tejido celular pelviano.

El flegmón de la vaina hipogástrica que comprende la parte limitada hácia arriba: por la base del ligamento ancho; por delante y adentro con la vejiga; hácia afuera: con la pared de la pelvis cerca de la escotadura ciática; por debajo: con la aponeurosis pelviana superior; hácia atrás: con los ligamentos útero sacros; y en fin, hácia adentro: con la porción supra-vaginal del cuello, la bóveda vaginal y el recto.

El proceso se inicia por congestión seguida bien pronto de edema que distiende las mallas del tejido celular, que se encuentran llenas de un líquido espeso de color amarillo oscuro y numerosos leucocitos.

La linfangitis desempeña su papel, pués se nota algunas veces infarto ganglionar en la ingle, y es conocida la anastómosis, con los linfáticos del cuerpo del útero, por intermedio del ligamento redondo a los ganglios inguinales.

A este edema inflamatorio del tejido celular, que se manifiesta por nucleos duros, se agrega una secreción de serocidad entre las falsas membranas,

particularmente en el fondo de saco de Douglas dando lugar á verdaderas colecciones de esta misma naturaleza, según se ha podido comprobar por medio de unciones capilares, ó en el transcurso de laparotomias, hechos que han venido á poner de manifiesto su frecuencia.

Es á estas lesiones á lo que quedan reducidas ciertas parametritis circunscritas, y que Schultze ha invocado para explicar la retracción ó el relajamiento que sufren los ligamentos del útero.

Estas colecciones serosas pueden llegar á supurar, pero generalmente desaparecen con bastante rapidéz, aunque la resolución no se haga completamente.

En efecto, la reabsorción ha tenido lugar, pero es reemplazada con lo formación de induraciones provenientes del tejido celular espesado, conservando hasta un cierto punto los caracteres de tegido cicatricial.

Cuando la supuración se produce, el líquido del exsudado, de transparente que era se hace turbio, pequeños focos purulentos se forman que no tardan en reunirse. Se ven entonces colecciones de apariencia variable, en que el pús puede presentarse bien ligado, sin olor, ó cargado de grumos y muy fétido. Algunas veces se constata la presencia de gas, cuyo orígen se encuentran sin duda en el intestino.

Conocidas las relaciones que afectan estos flegmones con los órganos vecinos, se explican sus prolongaciones; ya sea en la cavidad pelviana del lado del recto, la vejiga, la vagina; ó bien para el exterior, va hácia adelante, debajo de la pared abdominal formando una especie de plastron, ya en la fosa ilíaca, siguiendo los vasos crurales ó la vaina del psoas, ó ya del lado de la región glutea, siguiendo la escotadura ciática; ó en fin, atravesando la aponeurosis perineal superior del músculo elevador del ano, para constituir una fístula en el espacio pelvi-rectal superior.

El flegmón del ligamento ancho propiamente dicho, comprende el espacio limitado; debajo, por la arteria uterina que lo separa del parametrio; hácia adelante y atrás, por el peritoneo, hácia arriba, por los alones de la trompa y el ovario, que desdobla más ó menos, y con la arteria útero ovárica; por dentro, con el útero; y hácia afuera, con los vasos y ganglios hipogástricos y la pared pelviana: es menos frecuente que el precedente.

Puede existir aisladamente sin que la vaina hipogástrica se encuentre interesada. Los abcesos se desarrollan entre las dos hojas del peritoneo, siguiendo los vasos útero ováricos.

No teniendo el ligamento ancho vasos de importancia, sino en la periferia, la inflamación se pre-

senta primero sobre uno de sus bordes, siendo el mas usual el inferior externo.

Constituido el flegmón, el púS puede seguir á lo largo del ligamento redondo, atravesar el canal inginal formando un tumor en el orificio externo de este canal; ó bien, se presenta en la pared abdominal, cerca de la línea media, por encima del ligamento de Fallope. También puede propagarse hácia fuera y arriba, sobre la fosa ilíaca, siguiendo los vasos útero ováricos y el ligamento suspensor del ovario, para llegar al riñon y hasta el diafragma; el púS llega á la fosa ilíaca por la parte posterior y el flegmón que resulta se presenta, ya al nivel de la arcada de Fallope y en la vecindad de la espina ilíaca anterior y superior, ó ya, por detrás, en la región lumbar.

Hasta aquí hemos visto que la infección se encuentra más ó menos localizada, pero no siempre sucede así. Hay una forma de inflamación, consecutiva generalmente á infecciones puerperales muy agudas, que se extiende rápidamente á todo el tejido celular pelviano, para desaparecer sin dejar rastro, por cuya particularidad, se la ha comparado á la erisipela y que es susceptible como esta afección, de ofrecer formas graves; por esa causa, Virchow había comparado esta lesión esencialmente invasora á la erisipela grave, designándola con el nombre de *erysipela malignum puerperale internum.*

Además del edema del tejido celular se constata una verdadera linfangitis.

Este estado patológico es el que se ha convenido llamar celulitis pelviana difusa.

Se comprende fácilmente que en los flegmones del ligamento ancho, el peritoneo se encuentra interesado con frecuencia, dando lugar á una peritonitis adhesiva secundaria, con formación de adherencia, sobre todo, del lado del epiplón, S ilíaca, intestino delgado y apéndice.

Finalmente Pozzi ha señalado un hecho curioso, cuando la evolución del flegmón se dá por terminado, se vé aparecer nuevos focos más ó menos alejados del lugar de orígen, en la fosa ilíaca, en la vaina del psoas y hasta en el tejido conjuntivo perinefrítico. Residuos sépticos de desarrollo tardío y que han perdido toda relación con el foco original, parecen explicar la formación de estos abcesos á largas distancias, gracias también al rol patogénico de los linfáticos pelvianos y sus anastómosis alejadas.

Localizaciones.

Por flegmón pelviano se entiende la inflamación del tejido celular, comprendido entre la aponeurosis pelviana superior y el peritonéo; pero no siempre la celulitis abarca toda esa extensión y sucede que el raptus inflamatorio se limita á puntos determinados, de tal manera limitados que ha sido necesario clasificarlos como entidades clínicas y anatómicas.

La inflamación, como se ha dicho, puede comprender solo el ligamento ancho, ó el parametrio propiamente dicho; es decir, el espacio comprendido entre la base del ligamento costeado por la uterina y la aponeurosis pelviana superior, que limita por arriba la fosa isquiorectal.

Al estado subagudo ó crónico, la parametritis puede ser peritubaria, produciendo la tumefacción edematosa del mesosalpinx, ó localizarse delante del útero para adquirir el nombre de ante-uterina.

Entre las diversas localizaciones, la más frecuente, es sin duda la latero-uterina, en relación inme-

diata con la desgarradura del cuello que la produce y los vasos linfáticos eferentes.

La inflamación desarrollada en los repliegues de Douglas, existe bajo el nombre de parametritis peri-rectal ó retro-uterina y finalmente, la que se produce al rededor de los ganglios hipogástricos, es llamada parametritis juxta pelviana.

Freund ha descrito una forma de parametritis generalizada que termina por la atrofia de los órganos que envuelve y que no es otra cosa que una celulitis difusa terminada por esclerosis.

Este autor denomina esa forma: parametritis crónica atrofiante.

Sintomatología.

El principio de los flegmones pelvianos es muy variable, puede decirse que generalmente es al finalizar el primer septenario que sigue á la infección, que la enfermedad se inicia.

El dolor y la fiebre son los síntomas que dominan en este momento.

Después de uno ó varios escalofrios la temperatura se eleva á 39° y aún 41°, el pulso se encuentra lleno, bastante frecuente, entre 120 y 130 pulsaciones, pero conserva su tensión. La fiebre sigue el tipo remitente.

El dolor es de intensidad variable, ya es desde luego muy agudo ó ya se manifiesta paulatinamente hasta llegar á ser muy vivo. El sitio que ocupa es á los lados del hipogastrio, es ordinariamente unilateral, aunque puede observarse generalizado en ambos lados.

El simple tacto de la pared abdominal no es suficiente para reavivarlo, es necesario una palpación

profunda de abdomen, lo que sirve para distinguirlo con el de la peritonitis que es superficial y el menor contacto lo hace sentir vivamente.

Es muy característico de los flegmones pelvianos, las irradiaciones que generalmente tiene el dolor sobre el miembro inferior correspondiente, ya hácia atrás siguiendo el ciático, ya hácia adentro á lo largo del obturador, que obliga á la enferma á mantener el muslo flexionado sobre la pelvis é inclinado sobre el miembro sano.

El decúbito lateral que corresponde al lado enfermo no es soportable, aumenta notablemente el dolor.

Los vómitos que pueden observarse, desaparecen bastante rápidamente, su persistencia debe hacer pensar en la pelvi-peritonitis.

Al cabo de dos ó tres dias se nota una remisión en los síntomas generales y en el estado local.

En este momento se puede distinguir por el tacto vaginal, la existencia de un empastamiento mal limitado que ocupa un lado de la pelvis, que rechaza el útero sobre el lado opuesto, siendo característico de las celulitis la dislocación uterina en masa, sin doblar su eje mayor como sucede en la pelvi-peritonitis.

Cuando el tumor es pequeño es solamente la parte del útero que está en contacto con él, la desviada, el

cuello se encuentra inclinado sobre el lado enfermo.

Es prudente por otra parte no llevar adelante el exámen, pues no se encuentra libre de inconvenientes.

A los cuatro ó cinco dias siguientes los signos físicos aparecen más claramente.

Una vez más conviene hacer notar aquí la necesidad de sostener la división de Delbet, entre flegmón de la vaina hipogástrica y flegmón del ligamento ancho propiamente dicho, pues facilita mucho el estudio.

En el flegmón de la vaina hipogástrica, que es el que se observa con más frecuencia, solo el tacto vaginal permite apreciar bien los signos y por consiguiente es el que debe adoptarse, mientras que en el flegmón del ligamento ancho, la palpación abdominal desempeña el papel más importante.

Cuando se trata de un flegmón de la vaina hipogástrica, el dedo introducido en la vagina se encuentra inmediatamente con el tumor, antes de encontrar el cuello y sin necesidad de deprimir la pared vaginal. Se siente pues, un tumor doloroso que rechaza el útero hácia el lado opuesto y que forma cuerpo con él, no existiendo según Delbet surco de separación entre el tumor y el útero,

Algunas veces el tumor envía pequeñas prolongaciones en crecientes que rodean el cuello.

El tumor se prolonga por fuera hasta la pared de la pelvis á la cual es tambien adherente.

Cuando se extiende hácia atrás es el tacto rectal el que permite mejor reconocerlo.

El tumor es duro, inmovil, irregular, lobulado al principio, se hace liso en los dias siguientes.

En el flegmón del ligamento ancho propiamente dicho, la palpación abdominal deja sentir un tumor ovoideo, inmóvil adherente al útero y á la pared pelviana, extendido transversalmente ocupando una parte de la fosa ilíaca.

El dedo introducido en la vagina llega muy dificilmente sobre el tumor, el dolor que produce es bastante moderado, la vagina es suave, no se adhiere al tumor, no existe deformación de los fondos de saco y se constata la desviación del útero.

En fin, como síntomas generales se puede aún citar: sudores abundantes, sed, anorexia, sueños intranquilos, constipación, anémia, pérdida rápida del estado de nutrición.

La disquisia que puede llegar á verdadera obstrucción es de causa mecánica y se observa con mas frecuencia en la parametritis izquierda ó posterior.

Del lado de la vejiga no hay grandes desórdenes, á pesar de estar borrado gran parte del reservorio,

por la inflamación celular, la pelvi-peritonitis, á la inversa, determina constantemente desórdenes vesicales (iscuria, estranguria, polacuria) tanto más marcados cuanto más rápido ha sido su desenvolvimiento, á la vez que más extenso.

No hay timpanismo abdominal en el flegmón pelviano; tampoco hay metrorragia, salvo el caso, en que la inflamación se haya presentado en el curso del período catamenial.

Marcha-Terminación-Pronóstico

Mientras la infiltración edematosa del principio persista, la resolución de estos tumores puede tener lugar, aunque los síntomas iniciales hayan presentado cierta intensidad.

Es lo que sucede con más frecuencia.

La transformación purulenta emplea un cierto tiempo en producirse; se anuncia por escalofrios repetidos, sudores nocturnos abundantes, la curva térmica ofrece exacerbaciones vesperales, oscilando entre 1°,5 á 2°,5.

La cara presenta una palidéz bastante caracterízztica, la lengua seca, las enfermas adelgazan, el dolor es más vivo y se hace lancinante.

En términos generales, cuando la fiebre y el dolor persisten más de cuatro semanas, la supuración es inminente,

Solamente en los grandes focos de supuración es permitido pensar en la fluctuación, ordinariamente

no se puede percibir á causa de la solidez del tejido celular que rodea el abceso.

Koenig ha señalado como particularidad, pequeñas depresiones blandas debidas al reblandecimiento de estos tejidos.

Algunas veces la afección marcha insidiosamente, tomando cierto carácter crónico, El pus espeso, casi concreto, se encuentra encerrado en medio de un tejido celular resistente, indurado, que no se observa ni en las peritonitis pelvianas, ni en las anexitis, no siendo posible poı consiguiente notar fluctuación. En algunas de estas formas, las lesiones evolucionan lentamente en varias semanas, en varios meses, sin llamar casi la atención. Las enfermas se quejan de trastornos vagos, de fatiga, adelgazamiento, pequeños escalofrios, algunos dolores en el bajo vientre todo lo cual concluye por obligar á la enferma á consultar; se practica un exámen y se descubre la presencia del abceso.

Hemos visto las diferentes propagaciones que pueden tener estos flegmones, de modo que no es dificil comprender lo que sucede cuando se les abandonan asi mismo. El pús trata de abrirse camino. Lo más general es verlo aparecer en la vagina, ya como como consecuencia de un esfuerzo, ya espontáneamente.

Sigue en órden de frecuencia la evacuación del

púS en el recto, la vejiga, el útero y el peritonéo. Delbet ha señalado dos casos abiertos en la uretra.

El pús sigue muy á menudo otros trayectos para llegar al exterior y así lo vemos en diferentes puntos de la pared abdominal. Si el flegmón ha principiado en la vaina vascular, la abertura se hace sobre todo cerca de la línea media, en la vecindad del pubis. Si el flegmón ocupa el ligamento ancho, el pús aparece al nivel de la arcada de Fallope.

Si el flegmón se extiende en la fosa ilíaca, el pús puede presentarse al nivel de la arcada crural, en la vecindad de la espina ilíaca anterior y superior; ó bien siguiendo la vaina de los vasos ilíacos externos, pasa debajo de la arcada de Fallope para constituir un tumor fluctuante en el triángulo de Scarpa.

Finalmente, el pús todavía puede aparecer en otros puntos, como en el orificio externo del canal inguinal ó al nivel del pequeño trocanter; ó bien, dirigirse hácia atrás, en la dirección del riñón, ó siguiendo la escotadura ciática formar un tumor en la región glutea.

La evacuación expontanea del pús en los órganos vecinos, no constituye siempre un modo de terminación feliz de estos abcesos. Delbet sobre treinta casos abiertos espontáneamente en la vagina, cuenta seis muertes.

La abertura en el recto es generalmente favora. ble, aunque puede quedar un trayecto fistuloso.

La evacuación del púS en la vejiga y el peritoneo, tiene siempre consecuencias muy graves. En el primer caso, además de trastornos en la micción, pueden sobrevenir complicaciones por el lado del riñón, muy desagradables. En el peritonéo, dá lugar á una peritonitis aguda, mortal, si adherencias salvadoras no se han encargado de establecer su separación.

Cuando el abceso se abre en la pared abdominal se puede, en general. esperar su curación aunque esto tenga lugar muy lentamente.

Todavia estas comunicaciones pueden establecerse en varios puntos á la vez, á saber: en dos órganos vecinos, ó en la piel y algunos de estos órganos.

La inflamación del tejido celular pelviano es grave, por los accidentes generales y locales que ocasiona.

En su forma aguda, difusa, es mortal. En casos menos graves la supuración expone á infecciones secundarias.

Después de su curación, las inflamaciones del tejido celular pelviano dan lugar á transtornos bastante graves en el funcionamiento de los órganos de la pequeña pelvis. Bridas fibrosas comprimen los va-

sos y los nervios, siendo esto causa de dolores persistentes, ó en fin, aunque más raramente, pueden estrangular el recto y provocar fenómenos de oclusión; ó englobar un ureter dando lugar á desórdenes graves como es fácil comprender.

El utero se encuentra más ó menos desviado, sobre el lado enfermo, atraído por la cicatriz, pudiendo esto dar lugar á inconvenientes para un nuevo embarazo, aunque esto sea menos frecuente que en las alteraciones de los anexos y en las pelvi-peritonitis.

Estos residuos constituyen el estado crónico.

En la parametritis crónica. el tumor con sus prolongaciones queda duro, englobando los órganos de la pélvis y haciendo cuerpo con la pared pelviana. Estos tumores persisten sin modificación durante varios meses.

Diagnóstico.

En términos generales se puede sospechar el desarrollo de un flegmón pelviano, cuando existe dolor abdominal, localizado sobre todo á un lado del hipogástrio, con irradiaciones hácia el miembro inferior correspondiente, que obliga á la enferma á mantenerlo flexionado sobre la pelvis é inclinado sobre el lado opuesto. Pulso frecuente, conservando cierta tensión; temperatura elevada, 39° y aún 41°.

Combinando el tacto vajinal con la palpación abdominal se siente un tumor lateral que hace cuerpo con el útero, no existiendo surco de separación, duro, inmóvil, irregular, que se extiende y adhiere á la pared de la pelvis.

El dignóstico de la supuración no es siempre tácil, se sospecha analizando los síntomas generales, pudiendo ser más afirmativo cuando es posible percibir fluctuación, lo que por otra parte no siempre sucede como hemos tenido oportunidad de ver.

En el diagnóstico con la pelviperitonitis se pueden notar los siguientes caracteres diferenciales: en esta última afección, el dolor es más superficial, el menor contacto es insoportable, cualquier movimiento lo despierta vivamente. El pulso es frecuente, pequeño, irregular; la temperatura es excepcional que sea superior á 39°.

La cara es muy rápidamente alterada, su demacración es notable.

Las nauseas y los vómitos son persistentes.

Al exámen ginecológico, ofrece un tumor en el fondo de saco posterior que rodea el cuellò en forma de herradura, de concavidad hácia adelante, existiendo un surco de separación entre el tumor y el cuello del útero, que se aprecia fácilmente.

El útero esta desviado, se encuentra casi siempre rechazado hácía adelante contra el pubis.

El diagnóstico diferencial con la salpingo ovaritis, es frecuentemente dificil de hacer.

Steph Bonnet confiesa haber creido en un flegmón pelviano ó en un quiste del ligamento ancho, cuando en realidad se trataba de una ovaritis tórpida supurada que habia desdoblado el ligamento ancho.

En estos casos, dice; el error es fatal, el tumor hace prominencia en el fondo de saco lateral, inmoviliza ó cuando menos desvía al útero y presenta una forma redondeada y consistencia remitente.

Se encuentra en el flegmón del ligamento ancho, la unión íntima del tumor con el útero, que parece hacer cuerpo con él la adherencia del tumor á la pared de la pelvis, su inmovilidad, el descenso del flegmón que viene hasta el nivel de la vagina encima del cuello y finalmente los antecedentes de la enferma que tienen una importancia indiscutible; sobre todo, cuando se trata de diferenciar neoplasmas regionales en el período intrapelviano, ya sean ellos quistes prolíferos á dermoideos del ovario, ó ya los mismos del ligamento ancho. Estos tumores que obedecen á dejeneraciones metatípicas ó atipicas de sus epitelios, tienen un desarrollo apirético y silencioso hasta cierto periodo.

Los cuerpos fibrosos se distinguirán por su forma, por su consistencia homogenea, de los abcesos antíguos del ligamento ancho enquistados por espesas membranas fibrosas.

La preñéz tubaria puede ofrecer dificultades, sobre todo cuando se hace supurada después de la muerte del embrión.

La amenorrea que acusa la enferma, la coloración grisácea de las mucosas genitales, la histerometria que pasa de 8 1/2 centímetro, el reblandecimiento del cuello y algunas veces la presencia de leche en los senos, son signos que deben hacer pensar en esta afección.

La noción reciente de un parto, un aborto, ó un traumatismo cualquiera capáz de explicar la infección, hará abandonar la idea de lesiones primitivas de los huesos de la pelvis, por tuberculosis, sífilis ó cáncer.

Tratamiento.

En el primer periodo de la inflamación del tejido celular pelviano, es el tratamiento médico, el encargado de suministrar los recursos necesarios para oponerse á la marcha de la infección.

Una de las primeras indicaciones es ordenar el reposo riguroso en el lecho.

Se aplicarán bolsas con hielo sobre el punto doloroso y prominente de la fosa inflamada, teniendo la precaución de aislar aquella, de los tegumentos, por una compresa de franela.

Esta práctica tiene la ventaja de ser analgésica y protejer el peritoneo.

Es muy conveniente mantener libre el vientre, ya sea con enemas, ya con purgantes, siendo muy aceptable la fórmula siguiente: Evonimina 0.04, Podofilina 0.03, Extracto de belladona 0.01.

En el periodo subagudo, ya sea que la celulitis tienda á la resolución franca, ya que pase á hacerse supurada; la práctica seguida en el servicio de

la Sala XII, constituye las inyecciones vaginales calientes, (45 á 48 grados) las aplicaciones de tapones ictiolados, (glicerina 100 ictiol 10) y finalmente en el periodo de estado, cuando toda elevación térmica ha desaparecido, se practica el masage de Stapfer, procediendo en esta forma:

El índice izquierdo introducido en la vagina ó en el recto, sostiene el tumor que, soldado con el útero parece formar cuerpo con él; la mano derecha deprime la pared abdominal hasta el tumor y describe pequeños círculos, tres ó cuatro veces seguidas, para empezar después nuevamente. En esta maniobra los dedos arrastran la pared, de suerte que ésta sigue la mano que amasa.

El masage se comienza por los alrededores del tumor, por encima y hácia afuera, para pasar enseguida á la periferie y finalmente al centro del tumor.

El masage por *effleurage* se practica por el recto: el índice izquierdo se introduce en el ano suavemente apoyando sobre la comisura anterior para disminuir el dolor y se hace describir á la pulpa del dedo arcos de círculo partiendo de la línea media y terminando sobre la pared izquierda, sin empeñarse en avanzar demasiado al principio,sobre todo si el dolor es vivo. esta maniobra se repite tres ó cuatro veces frotando ligeramente. Enseguida se cambia de lado,

la mano está en pronación media primitivamente y después en pronación forzada, en este momento la enferma puede sufrir dolores muy agudos, debe evitarse todo cuanto sea posible de apoyar sobre la comisura posterior. Se repite á la derecha el *effleurage* en la misma forma que ha sido indicado más arriba, con lo que se dá por terminada la sesión. El dolor debe desaparecer inmediatamente después que se retire el dedo y las sesiones se hacen diariamente.

Tambien se asocia á las formas de masages ya descritas la vibración que consiste en una tremulación rápida imprimida a los tejidos. Es una maniobra calmante por excelencia.

La gimnasia concurre eficázmente á la resolución de estos tumores y debe tener efectos descongestionantes. Los ejercicios se multiplican ó se disminuyen según los casos.

La sesión comprende: 1º un movimiento respiratorio, flexión y extensión de los brazos; 2º rotación del tronco, pelvis fija; 3º masage; 4º abducción de los muslos; 5º movimiento respiratorio.

Los resultados obtenidos son favorables, el estado general mejora; localmente se constata la movilización, el cambio de consistencia y la disminución del tumor. Los anexos poco á poco se notan claramente, el útero primitivamente soldado al tumor,

queda libre y los ligamentos concluyen por adquirir una flexibilidad absoluta ó relativa.

Cuando la supuración se establece, la cirujia interviene, pues la evacuación del púS se impone.

La situación del foco purulento indica la operación á que debe darse preferencia.

Si la colección es accesible por la vagina, la incisión del fondo del saco posterior ha sido practicada en todo tiempo para evacuarla.

Laroyenne practica la puncion prévia y luego la discisión del flegmón, llegando á hacer extensiva esta practica á colecciones que se consideraban inabordables por esta via.

Su método operatorio consiste en lo siguiente: preparada y anestesiada la enferma, se coloca en la posición ginecológica. Un ayudante se apoya sobre la pared abdominal para hacer la bolsa más saliente y suministrar una resistencia al trocar.

El instrumento de que Laroyenne se sirve es un trocar combinado con el metrótomo de Simpson, ofrece el largo de un histerómetro y es ligeramente curvo. La cánula adaptada al trocar presenta una hendidura en su mitad superior y llena las funciones de una sonda acalanada cuando se ha retirado el trocar.

Sobre el índice izquierdo que sirve de guia, el trocar se introduce en dirección al tumor; cuando se le

siente penetrar en la bolsa se retira el trocar y se lleva siguiendo la ranura de la cánula, que ha quedado en su sitio, el metrótomo de Simpson cerrado. Hecho esto, se saca la cánula y después el metrótomo abierto. El debridamiento debe tener un ancho de tres á cuatro centímetros.

Abierta la bolsa se coloca un tubo de drenage en cruz y se termina haciendo una inyección vaginal.

Este método adolece de algunos defectos y peligros y es de una técnica oscura, por cuyo motivo permanecerá siendo un procedimiento de díficil propagación, salvo entre el círculo de operadores de la Escuela de Lyon.

Esta maniobra de trocar y metrótomo hecha á ciegas, entraña el peligro de la herida de la uterina que en el flegmón peri-uterino, es rechazada hácia arriba según Fritsch. No hay que olvidar tan poco de que el ureter puede estar en estos casos empujado, ya hacia adentro ya hácia afuera. según lo afirma Delbet, y finalmente, que estas masas inflamatorias están recorridas por los nervios y vasos hipogástricos.

Por estas razones Bouilly dá la preferencia á la incisión del fondo del saco vaginal posterior para los abcesos agudos del ligamento ancho; ó del tejido celular pelviano de la vaina hipogástrica, cuando hacen prominencia en ese punto ó proximamente á

él. Este procedimiento, muy lógico, tiende á generalizarse y La Bernardiere dá la fórmula siguiente: "Toda colección pelviana supurada accesible por el fondo de saco posterior, debe ser tratada por la elitrotomía posterior seguida de drenage."

Este procedimiento ha sido aceptado por todos los cirujanos y con ventaja manifiesta, puesto que simplifica mucho la intervención,

Generalmente se practica una incisión transversal en el fondo de saco posterior, de cuatro ó cinco centímetros, la colección purulenta es abierta con bisturí, tijera, ó á dedo. Como en el método anterior, se establece drenage en la cavidad; un tubo en cruz llena bien ese objeto y cuando se suprime la supuración es reemplazado por gaza iodoformada.

Es conveniente hacer lavages antisépticos á los tres dias siguientes á la operación y á poca presión.

Se crítica esta intervención por la fístula que se observa con cierta frecuencia, aunque parece que con un drenage bien llevado esto no sucede; en cambio es esencialmente conservadora y de una gravedad muy relativa. En una estadística de 150 casos se citan solo dos muertos (Goullioud).

Cuando la colección purulenta no hace prominencia en la vagina, y que por consiguiente no es accesible por esta via, Bardenheuer, Hegar y Pozzi, han propuesto desprender por una incisión ilíaca

el peritoneo para ir á buscar el foco y abrirlo por esta via. Es la laparotomía extra-peritoneal ó sub-peritoneal (Pozzi).

Se procede de esta manera: encima de la arcada de Fallope y á un centímetro más ó ménos, se hace una incisión oblícua, paralela al ligamento de Poupart, de una extensión de 10 centímentros, se incinden los planos músculo aponeuróticos de la pared abdominal, hasta el fascia transversalis, se atraviesa éste hácia adentro de los vasos, luego se despega el peritoneo como cuando se trata de ligar la arteria ilíaca externa y una vez sobre la colección se abre y se coloca un drenage en la cavidad. Es conveniente que desde el momento de levantar el peritoneo, las maniobras en busca del pússe hagan á dedo con lo que se obtiene mayor seguridad, menor peligro y mas fijeza y conciencia del punto donde se encuentra el foco, que puede ser muy pequeño, cuando se opera desde el primer escalofrio.

Esta operación está indicada en el flegmón del ligamento ancho propiamente dicho, aunque según Labadie Lágrave no dispensa siempre una intervención más radical como es la histerectomía vaginal.

Observaciones.

I

Eufemia de R . . ., 27 años, casada, argentina, ingresa al servicio de enfermedades de mujeres del hospital "San Roque", de que es jefe el Dr. Alfredo Lagarde, el dia 9 de Julio de 1899, designándosele la cama nº 18.

Los antecedentes hereditarios no ofrecen nada que merezca mencionarse.

Como enfermedad anterior, solo ha tenido sarampión á los 10 años.

Su primera menstruación tuvo lugar á los 15 años, han sido siempre un poco dolorosas. Tiene flujo.

Ha tenido cinco hijos de los cuales viven los trés últimos.

Su estado actual, proviene de su quinto parto que se produjo hace més y medio. Al cuarto dia sintió dolor al bajo vientre, especialmente del lado derecho, que no tardó en generalizarse al muslo del

mismo lado, tenia fiebre, mucha sed, cefalalgia intensa, sobre todo á la tarde, anorexia, sudores nocturnos copiosos, subdelirio, algunos vómitos, escalofrios cortos en los primeros momentos.

Esta enfermedad que se acentuaba cada dia más, dió lugar á que fuera enviada al hospital.

La demacración es notable, ha enflaquecido rápidamente, la enferma se queja de su dolor al muslo derecho que constituye su mayor incomodidad, pués no le permite ningún movimiento y la obliga á mantenerlo flexionado é inclinado hácia el lado izquierdo. La temperatura es elevada, 40°4; el pulso aunque tenso es frecuente, 126 pulsaciones. Hay constipación.

Los síntomas generales persisten con cierta intensidad.

La palpación abdominal, solo revela aumento de la sensibilidad á la presión, el dolor es más agudo al lado derecho.

A la exploración digital, se siente la vagina caliente, se perciben los latidos de la arteria vaginal, el fondo de saco lateral derecho está borrado; é inmediatamente se nota la presencia de un tumor duro, doloroso, lobulado, inmóvil, que forma cuerpo con el útero sin poder limitarlo; y por el lado exterior, adhiere á la pared pelviana; el cuello del útero está desviado á la izquierda. La histerometría nos dá

8 centímetros; no hay sensación de fluctuación; tiene dificultad en la micción, es necesario sondarla; no existe infarto ganglionar; hay un poco de edema en los miembros inferiores.

En presencia de este cuadro, se hizo el diagnóstico de flegmón de la base del ligamento ancho derecho.

Como tratamiento se le ordenó; reposo absoluto, hielo al vientre, lavages vaginales calientes, tapones de ictiol, un enema.

A los seis dias, la temperatura empieza á oscilar entre 1°5 á 2°, siendo siempre la elevación nocturna superior á 39°.

La colección del pús parecia inminente, pero los caracteres del tumor no variaban, el exámen era siempre muy doloroso y se resuelve practícar uno bajo anestesia, que no suministra mayores datos.

El tratamiento se continua y veinte y cinco dias después, la temperatura que había descendído paulatinamente, llega á la normal, el dolor es menos intenso y el tumor disminuye de volúmen.

Posteriormente la enferma es sometida á masages y en el mes de Octubre se le dá de alta.

II

Catalina de D..., 22 años, casada, italiana, in-

gresó al servicio del Dr. A. Lagarde en el Hospital "San Roque", el dia 21 de Julio de 1899, ocupando la cama nº 6.

Los antecedentes hereditarios no tienen importancia.

No ha estado nunca enferma. Tuvo su primera menstruación á los 15 años, no habiendo observado nada de particular. No tiene flujo.

Ha tenido cinco hijos, de los cuales viven el primero y los dos últimos, el segundo y el tercero nacidos antes de término, vivieron pocas horas.

Su enfermedad actual data de cinco dias después de su último parto, que se efectuó hace un mes,

Se inició por un escalofrio bastante largo, seguido de dolor generalizado al bajo vientre, no muy intenso. La partera le dijo que tenia fiebre, su apetito había desaparecido, tenía sed, el sueño era intranquilo, cefalalgia.

En este estado pasó cinco dias en que un nuevo escalofrio se produjo, no tan fuerte como el anterior, pero su dolor al vientre aumentó, especialmente al lado derecho, invadiendo el muslo correspondiente.

Por espacio de dos dias tuvo pérdida de sangre y coágulos en regular cantidad.

Como su enfermedad se prolongaba y no era posible continuar su asistencia en su domicilio resolvieron hacerla ingresar al hospital.

La enferma presenta una palidez bastante notable, su estado de nutrición es malo; ha tenido algunas nauseas. El dolor no es tan intenso como en el caso anterior; tiene 38°5 de temperatura y 110 pulsaciones; hay constipación.

Al exámen por el tacto vaginal, se constata la presencia de un tumor que hace prominencia en el fondo de saco lateral derecho, regularmente liso, duro, doloroso y no se le puede imprímir ningún movimiento. Es adherente al útero con el cual no se puede establecer separación y por fuera completamente fijo á la pared de la pelvis.

El útero se encuentra rechazado hácia el lado izquierdo, mide 8 1/2 centímetros.

La palpación abdominal es dolorosa y permite apreciar el tumor situado transversalmente, aplanado y que ocupa parte de la fosa ilíaca derecha. No se percibe fluctuación.

En vista de los antecedentes de la enferma y los caracteres del tumor se diagnosticó: inflamación del tejido celular pelviano, comprendiendo el parametrio y el ligamento ancho, lado derecho.

Se le prescribió el tratamiento que he indicado en el caso anterior, reemplazando el hielo por compresas calientes, frecuentemente renovadas.

A los diez y ocho dias la temperatura había lle-

gado á la normal, el tumor era más pequeño y el dolor desaparecía.

Sin novedad digna de mención sigue mejorando y el 2 de Setiembre se le ordena masages y el 15 de Octubre sale de alta.

III.

Carmela T. . . 31 años, casada, italiana, ingresa á la sala XII del hospital "San Roque" el 14 de Abril de 1898, cama nº. 26.

La madre vive, es sana, el padre murió de un accidente.

Regló á los 14 años con dolores, y los ha tenido en todas las épocas premenstruales.

Tiene tres hijos, contando el último cinco meses.

Hace mes y medio que se siente enferma, acusando dolores en la fosa ilíaca ízquierda, que la imposibilitan para la marcha, poca leucorrea, calor y sequedad de la piel, mucha sed anorexia, sudores y escalofrios en los últimos ocho dias.

El estado actual es miserable; adelgazamiento extremo, facies grisacea, ojos rodeados de un semiciculo oscuro y hundidos, las mucosas oculares y bucal secas, piel amarillenta, pajiza.

Al exámen ginecológico, presenta: vulva dilatada, colpocele posterior, falta del fondo del saco poste-

rior por desprendimiento vaginal de la inserción postcervical, doble desgarradura del cuello, orificio uterino abierto, cuello reblandecido, útero grande, blando, en sub-involución, inclinado oblicuamente hácia la izquierda, de arriba hácia abajo, de derecha, hácia la línea media y de fuera, hácia adentro, de modo que el cuello se halla en la línea media y el cuerpo hácia la fosa pelviana derecha. Histerometria 85 milímetros.

Vagina muy caliente, al tacto, el fondo de saco izquierdo poco ocupado por un tumor duro é insensible.

A la palpación combinada, se siente el tumor algo prominente, de convexidad superior, dirección transversal desde el lado izquierdo del útero hácia la pared pelviana, duro y doloroso hácia la parte media.

Diagnóstico, flegmón supurado del ligamento ancho.

Se decidió operar en el acto de su entrada y se procedió á la laparotomía sub-peritoneal, tratando de incindir capa por capa, pero fué imposible, á causa de que el pús estaba debajo de la aponeurosis del oblicuo mayor.

Se limpió con gaza seca, se desgarraron los tabiques celulares de la fosa ilíaca y se hizo drenage con tubos envueltos en gaza. Curación.

IV.

Santina de G . . ., 30 años, casada, italiana, ingresó al hospital "San Roque", servicio del Dr. A. Lagarde- el 6 de Febrero de 1900, ocupando la cama nº 4.

Los padres viven y son sanos.

No recuerda haber estado enferma anteriormente.

Tuvo su primera menstruación á los 14 años, habiendo sido siempre un poco dolorosa. Tiene flujo.

Ha tenido 5 hijos y 3 abortos.

Su padecimiento actual proviene de su último parto, que tuvo lugar el 1 de Enero del corriente año; á los tres dias fué sorprendida por varios escalofríos cortos, sintió fiebre, sed, sudores copiosos, cefalalgia, falta de apetito, dolor al bajo vientre, mal estar general. Al cuarto dia, este dolor se hizo extensivo al muslo izquierdo siendo tan vivo que le privó de todo movimiento.

En el momento que vemos la enferma: ofrece un estado verdaderamente miserable, refiere que ha enflaquecido rapidamente, su desnutrición es notable, facies grisáceas, el resto de la piel presenta una coloración blanca amarillenta, las conjuntivas y mu-

cosas descoloridas, los sudores siguen abundantes, los escalofrios se han repetido, ha tenido algunos vómitos, tiene diarrea desde hacen dos dias. El dolor persiste muy agudo, el miembro inferior izquierdo lo mantiene flexionado é inclinado sobre el lado derecho; la enferma llama la atención sobre un nuevo punto doloroso en la región glutea izquierda que le incomoda mucho y no le permite mantenerse en la posición dorso sacra. No tiene apetito, sueños intranquilos, subdelirio, hay edema de la pared abdominal y en los miembros ínferiores.

La temperatura que la noche del ingreso al hospital era de 40°6 ha descendido a 39°4; el pulso es frecuente, al rededor de 130 pulsaciones, tiene poca tensión.

Al exámen, el tacto suministra una sensación de calor, se perciben latidos arteriales, en el fondo de saco lateral izquierdo, se nota la presencia de un tumor liso, inmóvil, doloroso, que se extiende transversalmente del útero á la pared de la pelvis. Se siente fluctuación.

El útero se encuentra rechazado hácia el lado derecho, la histerometría da 9 centímetros.

Requerida nuestra atención por la enferma, que se queja de su dolor en la región glutea aumentado por la posición del exámen, encontramos una superficie roja, redondeada, muy dolorosa á la presión.

Se hizo el diagnóstico de flegmón supurado de la base del ligamento ancho izquierdo con propagación á la nalga correspondiente, como enseguida se pudo comprobar por medio de una incisión que dió salida á una cantidad de pús muy fétido. Se le practicó un lavaje colocándosele después un tubo de drenage y curación apropiada.

El estado de la enferma no permitía hacer más, pero se abrigaba la esperanza de una reacción favorable; no fué así sin embargo, la temperatura que había descendido la noche de la intervención á 38°, se elevó nuevamente á 40° y los demás síntomas persistieron, especialmente la diarrea, á pesar del tratamiento enérgico á que fué sometida, falleciendo el 12 de Febrero.

La necropsia que tanto interés tenía para mí, no pudo ser practicada por exigencia de la familia.

GUILLERMO RAFFO.

Septiembre 7 de 1900.

Septiembre 7 de 1900.

Nómbrase á los Sres. Académico Dr. Juan R Fernandez, Profesor Titular Dr. Enrique Basterrica y Profesor Suplente Dr. Fanor Velarde para que constituidos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

J. T. Baca.

Luis M. Acuña.

Septiembre 15 de 1900.

Señor Décano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis del ex-alumno Sr. Guillermo Raffo.

" En el local de la Facultad á 15 de Septiembre
" de 1900 reunida la Comisión que subscribe encar-
" gada de dictaminar respecto de la admisibilidad

" de la tésis del ex-alumno Sr. Guillermo Raffo que
" versa sobre Flegmones pelvianos en la mujer re-
" solvieron admitirla con lo que terminó el acto.
" *Firmados*: Juan R. Fernandez — Enrique Baste-
" rrica — Fanor Velarde — Zenón Aguilar Pro-Se-
" cretario.

Luis M. Acuña.

Septiembre 17 de 1900.

Entréguese esta tésis al interesado para su impresión fijándose por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. T. Baca.

Luis M. Acuña.

Proposiciones accesorias

En las mastitis, el método operatorio que sigue Doyen es el que dá resultados más rápidos.

En las metritis hemorrágicas post-puerperales, el raspado del útero es la indicación inmediata.

En las retroposiciones del útero, la última operación de Doleris, debe ser preferida. (fijación intraparietal de los ligamentos redondos).