

Aun cuando yo creo que *todos los casos de ooforo-metro-salpingitis purulentas*, quísticas ó no, deben tratarse por la histerectomía total, podrán hacerse operaciones conservadoras en aquellas mujeres cuya posición social les permita pasar muchos meses en la cama, sometidas á un constante tratamiento.¹ En este último caso, el Cirujano será muy reservado hacia el porvenir de su enferma y estará siempre dispuesto á intervenir de un momento á otro.

IV

FLEGMONES DE LA PELVIS.

La infiltración séptica aguda del tejido celular de la pelvis, constituye el *flegmón* de esta región.

Reconoce como origen la emigración de los gérmenes piógenos de las endometritis, ó de las salpingo-ovaritis iniciales.

Con toda intención prescindo de ocuparme aquí de las inflamaciones agudas que suelen desarrollarse en los neoplasmas, quistes y hematoceles pélvicos, pues este estudio corresponde más directamente al de estos procesos morbosos.

La infección del tejido celular de la pelvis presenta cuatro tipos clínicos bien acentuados, que son:

- I. Edema inflamatorio seroso.
- II. Flegmón circunscrito.
- III. Absceso pélvico.
- IV. Flegmón difuso de la pelvis.

El estudio aislado de cada una de estas variedades, nos permitirá apreciar debidamente la marcha del proceso séptico en el tejido conectivo de la pelvis.

I. EDEMA INFLAMATORIO SEROSO.—Está constituido por la infiltración de serosidad sanguínea en el tejido conjuntivo sub-peritoneal y para-metrítico. (Figura 28.)

Reconoce como causa principal la ectasis linfática consecutiva

¹ No vaya á interpretarse que hago distinciones que se separan del orden meramente médico, entre las mujeres ricas y las mujeres pobres. Unas no necesitan de su trabajo personal para vivir, y otras sí: estas últimas, *las que no comen si no trabajan*, son las que necesitan tratamientos más radicales y menos susceptibles de fracaso y de recidivas.

á la inflamación de los vasos blancos de la región. Esta inflamación alcanza con frecuencia los ganglios linfáticos, sacros é hipogástricos, y aun suele llegar hasta los inguinales, por el canal de *Nuck*.

No obstante la frecuencia del edema inflamatorio seroso en las inflamaciones útero-anexiales, pasa á menudo desapercibido y es en las autopsias ó en las operaciones sobre los órganos infectados, que se le descubre.

Este edema puede alcanzar grandes proporciones, manifestándose entonces como un tumor duro, voluminoso y renitente, susceptible de causar confusión al clínico que lo explora. Su evolución no es cíclica ni constante: ya aumentado, ya disminuido, ofrece una serie no interrumpida de alternativas en su volumen.

Si es pasajera su existencia, se reabsorbe y no deja huellas; pero si se hace crónico, puede causar una esclerosis para-metrítica, de larga duración.

II. FLEGMÓN CIRCUNSCRITO.—Si el edema seroso inflamatorio no se reabsorbe, sino que se coagula y se deja invadir por los gérmenes de la supuración, el flegmón de la pelvis se declara.

El sitio más frecuente de estos flegmones, es la capa celular que contienen los ligamentos anchos; de aquí la frecuencia con que se le denomina *flegmón del ligamento ancho*. Del tejido celular de estos ligamentos, la infiltración flogógena puede extenderse á todo el tejido celular de la pelvis, al de la región peri-renal, al de la diafragmática, al de la abdominal y al de todas aquellas que recorren los vasos y nervios que emergen de la pelvis.

A pesar de esta infiltración séptica, el flegmón puede terminar por resolución é induración; pero lo más frecuente es que el pus se forme y se colecte, formando absceso, ó se infiltre sin reunirse.

III. ABSCESO PÉLVICO.—Las colecciones purulentas pueden manifestarse en todas las regiones de la pelvis. Son más frecuentes en los ligamentos anchos, pero pueden mostrarse en las regiones iliacas y en las uterinas.

Preciso es no confundir los *pio-salpinx* y los *hematoceles supurados intra-peritoneales*, con estos abscesos pélvicos cuya patogenia es diversa y que ofrecen siempre la característica de hallarse fuera de la cavidad peritoneal.

Los abscesos pélvicos se abren con frecuencia espontáneamente en alguno de los órganos huecos de sus cercanías, y constituyen fistulas incurables, sin operaciones peligrosas.

IV. FLEGMÓN DIFUSO DE LA PELVIS.—Pozzi llama á esta variedad *celulitis pélvica difusa*; BONNET y PETIT la designan *pelvi-peritonitis aguda*, y VIRCHOW la declara *erisipela maligna puerperal*.

Mas conforme con la naturaleza del proceso y con su marcha, yo he considerado el calificativo de *flegmón difuso pélvico*, que le doy.

En estas circunstancias todo el tejido celular está infiltrado de gérmenes sépticos y de pus, los vasos rojos y blancos obstruidos por trombosis virulentas, y el estado general de la economía saturado de ptomainas altamente tóxicas.

Los *síntomas* de estos diversos estados no ofrecen obscuridades, ni el diagnóstico gran confusión.

El *edema inflamatorio seroso* se supone desde que en los signos de la afección primitiva, endometritis ú ooforo-salpingitis, se observa una exacerbación sin causa ostensible.

El dolor aumenta, haciéndose extensivo á los muslos, á la cintura, al ombligo y á las regiones inguinales. Se acentúa á la exploración digital de la vagina, que encuentra este órgano caliente, estrecho y formando un rodete doloroso y grueso alrededor del cuello uterino. (Figura 27.)

La temperatura axilar sube unos décimos de grado ó un grado, y esta pequeña fiebre suele acompañarse de alteraciones digestivas.

Los escurrimientos uterinos—si existen—se hacen más abundantes y más acres, escoriando intensamente la vulva y la piel de la cara interna de los muslos.

El útero pierde algo su movilidad, y se observa que una zona dura y resistente le rodea, oprime y fija. Su descenso, intentado por medio de pinzas, es extraordinariamente doloroso y muy difícil de conseguir.

El estado general de la paciente permanece bueno. El diagnóstico no ofrece dificultades, si se procede á la exploración con cuidado, y si se reúnen los datos anamnésticos con discernimiento.

El *flegmón circunscrito* ofrece un cuadro de síntomas más acentuado.

Por lo común uno ó varios calosfríos denuncian el principio de la infección. La temperatura sube á 38°, 39° y aun 40°. El pulso aumenta proporcionalmente.

El dolor se marca con intensidad. Vago y difuso al principio,

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

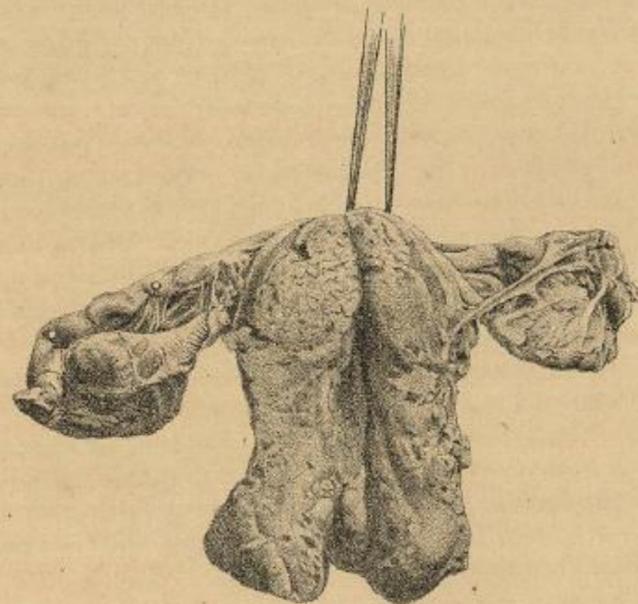


Fig. 35.—Ooforo-metro-salpingitis purulenta no quística.—Pieza obtenida por la histerectomía.

CURACION.

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUAREZ GAMBOA

no tarda en hacerse fijo, agudo y pulsátil. Se localiza bien en la región invadida por el flegmón.

El muslo del lado correspondiente se fija en flexión sobre el abdomen, y esta actitud es característica en esta clase de enfermas.

El apetito se pierde, la lengua se pone saburral y la constipación se presenta con rebeldía.

Si se practica el tacto vaginal, se nota una zona dura, resistente, *empastada*, correspondiendo al foco inflamatorio. La vagina está muy caliente, y si el flegmón es cercano á ella, reviste un carácter de dureza y de resequedad, que le ha valido el epíteto de *vagina de cartón*.

Por la exploración abdominal puede percibirse un engruesamiento en la fosa iliaca del lado del flegmón, con infiltración abundante de los tejidos. Esta exploración es muy dolorosa.

El útero está en látero-versión ó en látero-posición, según las dimensiones y sitio del flegmón.

Si el flegmón coincide con la época menstrual, pueden observarse menorragias abundantes.

El estado generales grave; los fenómenos de intoxicación son alarmantes y la muerte puede presentarse durante este período.

Sin embargo, lo frecuente es que á estos signos alarmantes suceda un período de calma.

Los dolores disminuyen, la temperatura se abate, aparecen hiperhidrosis vespertinas, un punto cualquiera de la vagina se suaviza y hace fluctuante; el pus se ha formado.

Absceso pélvico: Esta ligera remisión dura poco; la fiebre vuelve á encenderse, revistiendo un carácter francamente remitente; el dolor se hace pulsátil y bien circunscrito; los fenómenos septicémicos adquieren nueva intensidad. El pus del absceso comienza á señalar su existencia.

Por la vagina puede percibirse el tumor duro, renitente, difícilmente circunscrito y rodeado de una zona de empastamiento que hace obscura la fluctuación.

El pus, colectándose en el tejido celular pélvico, se puede situar tanto en el espesor mismo del ligamento ancho, como en la zona del para-metrium. En el primer caso, la exploración bimanual del vientre dará buenas indicaciones clínicas; en el segundo, se debe recurrir á la exploración vagino-rectal.

Si la evacuación del pus tiende á hacerse por la vagina, esta se enrojece vivamente en un punto, se adelgaza, se ulcera y da

paso á una gran cantidad de pus fétido, verdoso y bien ligado. Semejante evacuación puede realizarse por la vejiga ó el intestino.

Flegmón difuso de la pelvis.—Los fenómenos de septicemia aguda, cubren aquí todo el cuadro de los signos locales.

Los calofríos son intensos, el termómetro marca temperaturas de 40° y 41°, el delirio es casi constante, la piel seca, la orina concentrada y escasa, los sudores fétidos y raros. El estado general es tifoideo grave.

La muerte sobreviene rápidamente en medio de estos signos de intoxicación sobreaguda. El diagnóstico podría ofrecer ciertas dificultades si se desconocen los datos anamnésticos.

El pronóstico varía con la naturaleza de la infección.

El edema inflamatorio seroso, no pone en peligro la vida: es una lesión relativamente benigna, cuyo pronóstico depende de la afección causal.

El flegmón circunscrito es grave, y puede causar la muerte durante la violencia de su invasión, sea por septicemia ó por embolias sépticas desprendidas de las venas pélvicas.

El absceso de la pelvis, es aún más grave: puede producir la muerte por peritonitis, por septicemia aguda ó por intoxicación crónica.

El flegmón difuso de la pelvis, es rápidamente mortal. La infección es sobreaguda, y el organismo, sin defensa, no resiste mucho la virulencia de tan tremenda intoxicación.

TRATAMIENTO.

El edema inflamatorio seroso reclama una intervención suave y delicada. El reposo en el lecho, las irrigaciones vaginales calientes y débilmente antisépticas, los purgantes ligeros y la desinfección rigurosa del endometrio, son, por lo común, suficientes para facilitar su reabsorción.

Si el edema supura, si el flegmón se desarrolla, hay que calmar las manifestaciones intensas de la inflamación con irrigaciones vaginales emolientes, con cataplasmas calientes en el abdomen; con pequeñas lavativas laudanizadas, etc., etc.

Una vez constituido el absceso, hay que preocuparse por dar salida al pus.

Los abscesos pélvicos pueden alcanzarse, haciendo la incisión por la vagina ó por el abdomen.

Multitud de procedimientos existen para evacuar y canalizar estos abscesos, siendo todos muy conocidos. No deseo entrar en la discusión de ellos, porque mi opinión es fácil de conciliar con todos.

Los abscesos pélvicos deben abrirse siempre por el camino más corto. La incisión será precoz, á fin de evitar la formación de fistulas orgánicas.

Sucede algunas veces que el pus no forma una cavidad única y amplia, sino que se infiltra en los espacios del tejido celular. El útero parece entonces aprisionado por una especie de esponja empapada en pus.

La simple incisión del tejido celular paramétrico ó paramétrico, no basta para dar salida á la supuración, que necesita de una brecha amplia. El sacrificio del útero se impone.

La histerectomía es el único recurso que puede salvar á la enferma, y su aceptación en estas circunstancias está decidida ya por todos los ginecólogos.

En cuanto al flegmón pélvico difuso, su marcha formidable, su evolución rapidísima, quita al Cirujano tiempo de obrar. La histerectomía y la seroterapia, combinadas, son los recursos superiores para resistir tan desastroso adversario.

V

PROLAPSUS GENITAL.

La Sra. Soledad Silva es una mujer como de 58 á 60 años, robusta, bien constituida, que sufre desde hace más de diez años de un enorme prolapsus genital.

Actualmente viuda, ha tenido once partos, la mayor parte de ellos distócicos, y de los que no pocos han reclamado intervenciones serias.

En su hernia están comprendidos: el recto, la vejiga, el útero, la vagina, y parcialmente los anexos.

La masa es casi irreductible. La mucosa vaginal keratinizada y gruesa, ofrece mucha resistencia á la introducción del útero en