

ó una inflamacion que se desarrolla en los puntos dotados de mayor grado de vitalidad, y que están por lo tanto mas dispuestos á inflamarse (1).

Si el desarrollo de la inflamacion de los ligamentos anchos fuera del estado puerperal ha sido y es aun un objeto de discusion, el flemon puerperal, del que nadie duda, presenta aun muchos puntos oscuros en su etiología. La inflamacion puerperal de los ligamentos anchos se ha observado sobre todo en las mujeres jóvenes en las primeras; el curso del embarazo parece tener poca influencia, pero no sucede lo mismo con la lentitud ó la dificultad del trabajo del parto, sobre todo cuando la aplicacion del forceps ó la introduccion de la mano han tenido necesidad de efectuarse. A veces no ha podido reconocerse la existencia apreciable de ninguna causa determinante, con frecuencia se achaca á la impresion del frio ó á la rápida salida de la cama. La influencia de la metritis, de las inflamaciones de las trompas ó de los ovarios, se ha admitido como fuera del estado puerperal, y, sin embargo, otros autores la rechazan fundándose en la analogía. P. Páris, en particular, recuerda que «cuando un órgano parenquimatoso está rodeado á la vez de una serosa y de tejido celular, la inflamacion actúa únicamente sobre la serosa,» hace notar que, segun los trabajos de Bernutz, está muy probado que las alteraciones del útero y sus anejos determinan frecuentemente la *pelvi-peritonitis*.

En las autopsias, en que las trompas y los ovarios estaban, ó afectados de inflamacion simple, ó llenos de pus de diversa procedencia, una sola vez existia un pequeño núcleo del tejido celular del ligamento ancho indurado ó sanguinolento, en contacto con la trompa inflamada y trasformada en una bolsa llena de pus, lo que, segun Páris, será suficiente para probar que es menester rechazar la influencia de las alteraciones del útero ó de sus anejos en el desarrollo del flemon de los ligamentos anchos.

Si la fibrina de la sangre aumentaba notablemente de proporcion durante los últimos meses del embarazo (Andral y Gavarret), resultará que las puerperas están más expuestas á las inflamaciones, cualquiera causa local podrá determinando este estado morboso producir la inflamacion de los ligamentos anchos. Segun Páris, si se observa que despues de las del útero son las venas de los ligamentos anchos las que mas se desarrollan durante el embarazo, cualquiera alteracion que actúe sobre esta activa circulacion, la retraccion rápida del útero despues del parto, y la supresion repentina del aflujo de sangre, hasta entonces necesario para la nutricion del feto, pueden convertirse en causas flogísticas. Estas dos circunstancias, unidas al aumento de fibrina en la sangre de las paridas, son bajo la influencia de un traumatismo del útero, ó ya espontáneamente favorecerán en

(1) J. H. Bennet, *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus et de ses annexes*, trad. fran. de la 4.^a edic., por Michel Péter, p. 240.

las venas del ligamento ancho, coagulaciones ó flebitis capaces de determinar inflamacion del tejido celular peri-uterino; y si esta localizacion se verifica donde los vasos están mas dilatados, lo hará generalmente en el ligamento ancho del lado izquierdo (1).

Sin embargo, en la mayoría de los casos registrados en la autopsia no se habla de alteraciones de las venas, á no ser en las que han sucumbido á la fiebre puerperal, afeccion en la que la flebitis del ligamento ancho, comunes en ambos lados, podrán predominar en el izquierdo (J. Béhier). En dos casos solamente observados, uno por J. Béhier (2), y otro por P. Páris (3), la flebitis era manifiestamente la causa de un absceso del ligamento ancho; sin embargo, faltan aun pruebas suficientemente numerosas, «si se considera por una parte que el útero, la trompa y el ovario inflamados están rodeados de tejido celular completamente sano, y además que las venas enfermas están casi siempre envueltas en un tejido celular inflamado en grados diversos; hay ocasion para admitir á las flebitis como actuando en gran parte en la produccion del flemon de los ligamentos anchos, sin decir por esto que esta sea su sola causa (4).

§ III.—Lesiones anatómicas.

Solo se produce por lo comun la muerte «cuando sobrevienen en los órganos inmediatos cambios tales que es casi imposible distinguir los fenómenos primitivos de los secundarios, y decir si la enfermedad ha comenzado por los ligamentos anchos ú otros órganos.» Es, pues, difícil hacer una descripcion precisa.

«Si la inflamacion de los ligamentos anchos existe como complicacion de una metro-peritonitis aguda, independientemente de las lesiones del útero y del peritoneo, propias de la metro-peritonitis, independientemente de los derrames sero-fibrinosos y de falsas membranas que aglutinan entre sí las asas intestinales inyectadas, el tejido contenido entre las hojas del ligamento ancho y los ovarios se encuentra tumefacto, congestionado é inyectado de pus, ó bien hay focos purulentos más ó menos considerables en los repliegues peritoneales, en los ovarios ó las trompas.»

Aunque esta descripcion se aplica especialmente á los flemones de las puerperas, «tales son sin duda, añade J. H. Bennet (5), las lesiones anatómicas de la forma simple ó no puerperal de la enferme-

(1) P. Páris, *loc. cit.* p. 21.—Véase tambien A. Trousseau, *Clinique médicale*, t. III, p. 478.

(2) J. Béhier, *Conférences de clinique médicale*, enfermedades de las puerperas, obs. 33, p. 674, Paris, 1864.

(3) P. Páris, *loc. cit.*, p. 12.

(4) *Id.*, *ibid.*, p. 22.

(5) J. H. Bennet, *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus et de ses annexes*, edic. cit., p. 263.

dad, lesiones que hay rara vez ocasion de observar, pues no suelen determinar la muerte en esta forma. «Las alteraciones de los ovarios (1) se presentan en diversos grados; unas veces solo se altera la porcion serosa de estos órganos, y entonces aparecen cubiertos de una capa pseudo-membranosa, mas ó menos espesa y extensa; otras veces se encuentran mas ó menos aumentados de volumen, y entonces está modificado su tejido propio; suelen estar infiltrados de serosidad en mas ó menos abundancia, impregnando sus mallas, pero entonces el tejido celular que los cubre no está alterado.» (J. Béhier.)

En otra forma de reblandecimiento, el ovario está agrisado, diseminado de puntos purulentos; presentan abolladuras al mismo tiempo que un volumen mas considerable; su cubierta exterior presenta inyeccion vascular punteada, muy intensa y como equimosa, con una coloracion roja, intensa, desigual. En otros casos, los ovarios están friables y se deshacen en una pulpa granugienta, que encierra á veces pequeños abscesos, cuyo volumen varia entre un guisante y una avellana. «Además, continúa J. Béhier (2), los abscesos múltiples son á veces muy voluminosos; á veces todo el ovario se encuentra convertido en una vasta bolsa purulenta, quedando solo del órgano sus cubiertas, y el tejido propio se encuentra rechazado y como adelgazado por la supuracion. En los casos de este género, la porcion cortical del ovario está engranada é indurada. En fin, este órgano puede estar reblandecido hasta el punto de ser completamente difuente, así es que si se le observa sin precaucion puede escaparse á la investigacion necroscópica.»

En cuanto á las alteraciones mas frecuentes de las trompas, «consisten en la tumefacion, inyeccion sanguínea é infiltracion serosa de su tejido; el pabellon está abollado, surcado de líneas rojizas que tienen á veces relacion con los estrias de ciertas agatas; del centro del pabellon, por medio de la presion, suelen salir gotas de verdadero pus, los festones de esta parte están unos en puntos gruesos y como dilatados, y en otros prolongados y delgados. El conducto de la trompa está dilatado y generalmente contiene ó un liquido purulento en variable cantidad ó sanies puriforme (3).»

En un caso referido por P. Páris (4), y en el que los ligamentos anchos estaban engruesados, se encontró su cubierta peritoneal lisa y de color normal, pero su tejido celular infiltrado de una materia

(1) Anteriormente, en el artículo OVARITIS, hemos voluntariamente omitido la descripcion de las lesiones anatómicas, que frecuentemente, sobre todo en el estado puerperal, coinciden con el flemon del ligamento ancho correspondiente.

(2) J. Béhier, *loc. cit.*, p. 515.

(3) J. Béhier, *loc. cit.*, p. 515.

(4) Reproducimos aquí los resultados de la exploracion microscópica talas como los ha publicado P. Páris, en apoyo de la opinion que hemos resumido anteriormente, § II, p. 332.

gelatiniforme excepto en la parte superior en donde los pabellones estaban intactos. El ligamento ancho formaba un tumor perceptible durante la vida por el tacto vaginal, y unido por su cara interna al útero, en cuyo sentido ascendia hasta 3 ó 4 centímetros por encima del cuello, descendiendo en direccion de la vagina hasta 2 centímetros por debajo; rodeado de tejido celular engruesado sobre todo á lo largo de la vagina, extendiéndose lateralmente entre las dos hojas del ligamento ancho, en un espacio de 3 centímetros. La incision de estos tejidos dió salida á un pus sanioso y poco trabado; las paredes de la bolsa que le contenia eran anfractuosas y presentaban dos compartimentos prolongados; uno anterior entre el útero y la vagina, inclinado ligeramente á la derecha; el otro posterior rodeando el útero al nivel de la parte inferior del cuello. Estas dos prolongaciones dieron durante la vida lugar á induraciones percibidas al nivel de las terminaciones superiores de la vagina.

Pero la disposicion anatómica mas interesante consiste en una dilatacion notable de las venas que serpean por los ligamentos anchos. «La mayoría están distendidos por coágulos voluminosos, rojizos, no adherentes. A la derecha la vena hipogástrica estaba llena por un coágulo amarillo pálido, adherente, placas á la superficie interna de la vena. Este coágulo formulaba en la vena iliaca una prominencia de 3 milímetros; era un poco blando, pero no líquido, y se deshacia como el queso, á su entrada en la iliaca estaba rodeado de una capa pseudo-membranosa, y en su contorno la vena estaba de color rojo intenso y persistente. Las paredes de la hipogástrica estaban engruesadas, rojizas, cubiertas de falsas membranas en su interior; mientras que en la exterior, el tejido celular, denso, agrisado, formaba al vaso una especie de vaina que le mantenía abierto. A la izquierda se encontraban las mismas alteraciones de la iliaca y de la hipogástrica; las venas útero-ováricas podian seguirse en su trayecto en un espacio de 3 centímetros, á partir de la hipogástrica, introduciéndose entonces en el absceso, donde su tejido se encontraba completamente destruido (1).»

§ IV.—Síntomas. *Invasion.*—La invasion se marca por lo general por un dolor sordo, que no se opone en un principio al desempeño de los movimientos habituales, tales como los necesarios para la progresion; fácil de exacerbarse por la presion, ocupa, en general, el lado de la region hipogástrica, donde mas tarde se percibe el tumor, y se irradia poco á poco hácia los lomos y los miembros abdominales. En los casos analizados por P. Páris, su aparicion tuvo lugar por lo general del décimo al décimocuarto dia despues del parto. Poco á poco se hace

(1) P. Páris, tesis citada, p. 12 y 13.

mas intensa; su mayor agudeza corresponde al momento en que se verificó el trabajo de supuración. El abdomen está un poco voluminoso en su parte inferior; los loquios, si el parto es reciente, disminuyen ó cesan por completo; y la secreción láctea no se establece. Al mismo tiempo se producen escalofríos intensos que se repiten con intervalos irregulares; fiebre que aumenta por las tardes; alteraciones de las vías digestivas, produciendo unas veces diarrea y otras, que es lo mas comun, estreñimiento. En general no hay náuseas y vómitos; rara vez hay alteraciones en la excreción de orina.

Enfermedad confirmada.—«Al cabo de un tiempo, que varía desde seis á setenta dias de la invasion, y que con relacion á la agudeza y la aparicion pronta ó tardía de los síntomas iniciales, se presenta por encima del arco de Falopio y por dentro de la fosa iliaca interna una tumefacion mal limitada primero, mas ó menos estensa, sensible á la presion, y que siendo las mas veces poco dolorosa espontáneamente es en otros casos asiento de punzadas dolorosas. Es probable que resulte de la extension de un tumor situado mas profundamente, y á veces sensible al tacto vaginal; pero en ningun caso se ha podido observar la invasion de esta tumefacion intra-pelviana, no habiendo parido las mujeres aun en esta época. Como quiera que sea, cuando existe esta induracion profunda, si se practica el tacto, se encuentra la vagina caliente y el cuello del útero sea en su eje, sea hácia uno de los lados de la pelvis (casi siempre al lado enfermo). La exploracion del fondo de la vagina demuestra la flexibilidad y extension del lado sano; el lado enfermo, por el contrario, está siempre disminuido á consecuencia de la inclinacion del cuello, y tambien muchas veces porque la inflamacion se prolonga mas ó menos al borde del útero y de la vagina. Se percibe en efecto, la parte superior de la pared vaginal apoyada sobre una extensa induracion muy resistente, que puede descender al nivel ó por debajo de la extremidad inferior del cuello; esta induracion rechaza adelante la pared y disminuye hasta borrarle el ángulo entrante anterior superior de la vagina. Cuando el dedo puede penetrar en él, varía la sensacion segun la extension del tumor; la inflamacion, puede, en efecto, sostenerse á cierta distancia del útero, ó al menos del alcance del dedo, y entonces cerca del útero, el fondo vaginal posterior queda libre y depresible, mientras que por fuera se percibe su rebordé claro é incurvado que rodea el cuello en una porcion mas ó menos extensa de su circunferencia, de la que está un poco alejada. En fin, si la inflamacion gana el tejido celular que toca al útero, el fondo vaginal, un poco descendido, se encuentra impulsado por un tumor muy apretado que se identifica con el cuerpo del órgano (P. Paris) (1), y se encuentra generalmente rodeado por una zona de tejido celular adiposo. «Si la inflamacion se mantiene á cierta distancia del útero, este

(1) Paris, observacion referida en la tesis inaugural, p. 9.

órgano queda independiente del tumor y conservan movilidad; si por el contrario, el tejido celular que está en contacto con él es invadido, el útero puede rechazarse ligeramente abajo ó arriba, y el tumor se mueve con él, presentando á veces la apariencia de un cuerpo inerte y completamente indolente.» (P. Paris.)

§ V.—Curso, duracion y terminacion.

«Los flemones de los ligamentos anchos tienen una notable tendencia á extenderse. La inflamacion se dirige á veces directamente arriba en el tejido celular que cubre la parte posterior de la pared abdominal, y puede adquirir grandes dimensiones, hasta poder ascender hasta el ombligo, sobrepasando la linea blanca; otras veces alcanza la fosa iliaca, invadiéndola mas ó menos.»

La terminacion puede verificarse por resolucion ó por supuracion. La resolucion se ha puesto en duda por muchos autores, y la mayoría han acordado considerarla como muy rara. Esto no debe extrañarnos si se admite que el flemon de los ligamentos anchos pertenece solo á las mujeres paridas; las inflamaciones pos-puerperales tienen en efecto una tendencia constante á la supuracion. Sin embargo, existen algunos casos en los que la resolucion parece haberse verificado: los síntomas generales disminuyen y el tumor se hace cada vez mas pequeño; pero en cuanto á la desaparicion completa solo la analogía la hace admitir. En la autopsia de una mujer afectada diez años hacia de inflamacion de los ligamentos anchos y de pelvi-peritonitis, que parecia no haber supurado, encontró Nonat (1) los ligamentos anchos engruesados é indurados, el izquierdo mas que el derecho, ambos inyectados y surcados por gran número de vasos; el fondo de saco retro-uterino estaba borrado por numerosas adherencias.

En los casos mas frecuentes en que el flemon termina por *supuracion*, los signos generales y locales aumentan la gravedad; en algunos casos cierta mejoría hace creer que se verificará la resolucion, cuando una imprudencia de la enferma, la inobservancia del reposo en la cama, da á la inflamacion una nueva agudeza. La fiebre aumenta y va acompañada de escalofríos generalmente intensos, que se repiten á intervalos irregulares. Hay á veces vómitos y con mas frecuencia diarrea. El tumor se hace sitio de dolores lancinantes, análogos á los que producen los abscesos, y sea que ocupe el hipogástrio ó la fosa iliaca, aumenta de volumen y de superficie. Se percibe á la par una pastosidad profunda, y despues fluctuacion que se hace mas ó menos manifiesta. El aumento del tumor se percibe tambien por la vagina; pero no puede decirse en qué época se produce la fluc-

(1) Nonat, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1860, p. 861. Observ. 85.

tuacion; en la mayoría de los casos sorprende la salida del pus por los órganos genitales ó urinarios, habiéndose percibido la fluctuacion en el hipogástrico.

»Cuando se ha formado el pus debe necesariamente encontrar una salida al exterior, y no hay caso en que el pus haya desaparecido sin abertura. Si esta evacuacion se retarda, la enferma adelgaza, se produce fiebre hética y muere en el marasmo con diarrea colicativa. En la gran mayoría de los casos el pus sale por la piel, el recto, la vagina, la vejiga y aun por el útero; en fin, puede abrirse el absceso en la cavidad peritoneal determinando peritonitis prontamente mortal ó bien enquistada, que terminará con la enferma en un periodo mas ó menos largo.

»La tendencia de la inflamacion á dirigirse á la pared abdominal y á las fosas ilíacas se explica, sin que pueda fijarse la proporcion y la frecuencia de la abertura de estos abscesos en la piel. El tumor aumenta, la piel se enrojece, se perfora y da salida á un pus claro. El foco en general es extenso, y como la abertura no está colocada en sitio favorable, la supuracion tiene larga duracion. Sin embargo, si la extension del absceso no es muy considerable, si no llega á la region renal, como se citan ejemplos, termina por la curacion al cabo de quince ó treinta dias.

»Después de la piel y en menor proporcion, el recto es el punto por donde se abren los abscesos de los ligamentos anchos. Se puede explicar esta eleccion á pesar de estar el foco primitivamente mas cerca de la vagina que del intestino, por el decúbito dorsal que generalmente adoptan las enfermas, y mas aun por la estructura de la vagina, cuya túnica externa, formada por una túnica fibro-erectil, resiste al trabajo ulcerativo y permite al pus perforar el intestino, en el que encuentra menos obstáculos. La coleccion purulenta forma prominencia en el recto, y después de varios esfuerzos arroja la enferma una variable cantidad de pus. Este flujo se reproduce en cada defecacion ó de un modo intermitente durante dos ó mas dias, y la curacion se verifica con rapidez. La época de esta evacuacion es algun tanto tardía: en un caso solo se verificó dos meses después de los primeros accidentes. La abertura se verifica en el punto mas declive, lo que no impide que se verifique otra perforacion, y Siredey cita un caso, en su tesis, de una enferma en la que un flemon del ligamento ancho, que hacia prominencia en el recto y en la vagina, se abrió en el primero, lo que no impidió que mas tarde se fraguase salida el pus por el pliegue de la ingle, lo que no impidió que se lograra la curacion.

»La abertura espontánea por la vagina es menos frecuente que por el recto; parece ser tambien favorable, y suele verificarse á veces muy tarde, pues que se ha visto producirse á los setenta dias de la invasion del mal que á la verdad se verifica con mucha lentitud.

»Una terminacion insólita es la abertura del absceso en la vejiga.

»En fin, es mas raro aun que el pus atraviere el útero.» (Dance, J. Béhier.)

En resumen, «hasta ahora se sabe que los flemones de los ligamentos anchos son susceptibles de terminarse por resolucion, mas á menudo que por supuracion; que pueden dejar en pos de sí una induracion que persiste largo tiempo sosteniendo el útero en una posicion defectuosa (1).»

§ VI.—Diagnóstico.

«Los síntomas de la inflamacion de los ligamentos anchos tienen tanta relacion durante el periodo de agudeza, con los de la *metritis aguda*, que á menos de encontrar en una ó en ambas regiones ilíacas un tumor inflamatorio, seria casi imposible distinguir estas dos afecciones entre sí: felizmente el tacto viene en auxilio del profesor. Añadiremos que existiendo un tumor desarrollado fuera del útero, seria imposible sin una exploracion directa decir positivamente si se trata de una inflamacion flegmonosa de los ligamentos anchos ó de una inflamacion de igual naturaleza desarrollada con la fosa ilíaca.

»Tal es además la proximidad de los ligamentos anchos y de la fosa ilíaca que se explica fácilmente, como en ciertos casos el tumor flegmonoso, comprimiendo en un sentido ó en otro hace la distincion casi imposible á la palpacion sola. Añadiremos que la extremada sensibilidad de las paredes abdominales, la rigidez espasmódica de los músculos que las constituyen, y en fin, la existencia de gran cantidad de tejido adiposo, pone grandes obstáculos á esta demostracion por la palpacion. Por el contrario, el tacto permite en la gran mayoría de los casos verificar el diagnóstico. El tumor flegmonoso situado en la fosa ilíaca, bien se trate de un absceso del psoas ó de un absceso lumbar, el fondo posterior de la vagina no presenta al tacto ni tumefaccion, ni calor, ni dolor, á lo mas existe un poco de sensibilidad general. Si se rechaza la vagina hácia la pélvis se encuentra el tumor flegmonoso; pero en relacion con las paredes oseas, formando en el interior una eminencia mas ó menos considerable. Los anejos del útero están inflamados, encontrándose por el tacto que la enfermedad tiene por asiento la cavidad pelviana; encontrándose además todos los caracteres que hemos descrito. En algunos casos raros la inflamacion se propaga de los ligamentos anchos á la fosa ilíaca, y recíprocamente; en estos casos los síntomas de ambas afecciones se unen y confunden.

»La *metritis parcial crónica*, que está caracterizada por la tumefaccion limitada del útero, podria tomarse por un pequeño tumor inflamatorio de los ligamentos anchos. En la metritis crónica la tumefaccion ocupa por lo general la cara anterior ó posterior del órgano,

(1) P. Paris, tesis mencionada, p. 28 y 29.