

peso y bien trabado, hallándose las paredes de este conducto rojas y granuladas. No obstante la exploración más detenida, no ha sido posible descubrir en la vagina ni tumor fluctuante, ni abertura; pero todo induce á creer que esta existía aunque pequeña, y que por ella salía el pus, porque desde aquel momento el tumor ha disminuido rápidamente y la enferma quedó pronto curada de una afección que databa ya de cinco meses. En este caso no hubo ningún signo local de supuración ni aun la pastosidad de los tegumentos.

Los *síntomas generales* que acompañan á estos tumores inflamatorios son por lo común bastante intensos, y en los casos en que hay perforación son muy violentos desde el principio. *Hay fiebre*, el pulso es muy frecuente, ordinariamente es pequeño y contraído, y suele haber escalofríos y frío en las extremidades seguido luego de un calor excesivo. El enfermo tiene una *ansiedad* suma, los dolores le impiden conciliar el sueño, y hay alteración de las facciones. En cuanto al *conducto digestivo*, se han observado á veces *vómitos biliosos, arcadas, sed intensa* y un *estreñimiento* que sin embargo no es difícil vencer en la mayor parte de los casos.

Cuando la enfermedad se desarrolla á consecuencia de la inflamación de un órgano pelviano, los síntomas generales que preexisten solo aumentan de intensidad, y cuando el tumor inflamatorio se desarrolla primitivamente en el tejido celular de esta región, como que siempre va aumentando la afección que en un principio se manifiesta por síntomas locales, aparece *fiebre* y toma por lo común tanta intensidad como en los casos que hemos citado primeramente. Es notable el *estreñimiento*, especialmente cuando el tumor ocupa la fosa iliaca izquierda ó una parte más central de la pequeña pelvis.

### § III.—Curso, duración y terminación.

El *curso* de la enfermedad casi siempre es rápido en un principio, después puede permanecer estacionaria por más ó menos tiempo, como ya hemos dicho antes de ahora, y finalmente, veremos al hablar de las terminaciones uno de los puntos más importantes de la historia de los tumores de la pelvis, que es muy distinta la marcha según que la afección termina de este ó del otro modo.

La *duración* de la enfermedad es muy variable, consecuencia igualmente de la gran diferencia de las terminaciones, pero sin embargo, se puede decir en general que es bastante larga. Los casos en que es más corta son aquellos en que termina la afección por resolución, y no obstante no se restablecen completamente las mujeres antes de dos ó tres semanas. La perforación del absceso y el paso del pus al peritoneo abrevia la duración de la enfermedad, ocasionando una peritonitis prontamente mortal. En todos los demás casos transcurre uno ó más meses antes que haya terminado la afección.

*Terminación.*—Ya dejamos dicho que la *terminación* por resolu-

ción es la más rara, y que por lo común supura el tumor; cuando sucede esto último la enfermedad termina de varios modos, que tienen todos la mayor importancia.

Se puede verificar la *evacuación del pus* por diversas vías. *A priori*, la anatomía conduce á pensar que cuando el pus está exactamente contenido en la fosa iliaca, no puede salir fuera por la parte posterior de la pelvis á causa de la resistencia de los huesos en este punto. Sin embargo, en un caso recogido por E. Leudet (1), consecutivamente á una perforación espontánea del apéndice ileo-cecal, y estaba formado por un absceso de las fosas iliacas externa é interna comunicando á través del innominado. Sin embargo, en semejantes casos, que son raros, lo más común es que el pus se dirija adelante, sea por la pared abdominal anterior, sea que se abra camino por uno de los conductos naturales más inmediatos. Así unas veces *se abre el absceso en los intestinos*, ya sea en el ciego, ó ya en la S iliaca (2), ó por el recto (3). Se conoce el paso del pus á estos órganos por la depresión del tumor y la presencia de aquel líquido en las heces ventrales. Una diarrea más ó menos abundante con dolores cólicos y á veces tenesmo, prueba que en estos casos ha producido el paso del pus á los intestinos una enteritis de cierta intensidad.

A veces la comunicación entre el foco purulento y el intestino se verifica por medio del apéndice cecal, más ó menos alterado (Merling, Ch. Tinel (4)).

Otras veces *el pus se abre camino al través de las paredes abdominales* (5), y entonces el tumor se va haciendo de cada vez más prominente, la fluctuación es cada día más manifiesta, la piel se pone pastosa, roja y se adelgaza, y si no se da salida al pus por medio de una incisión, se forman una ó más aberturas espontáneas por las cuales se vacía el absceso. Se ha observado en algunos casos que el pus se ha extendido bastante lejos, y el absceso se ha abierto á mayor ó menor distancia de la fosa iliaca.

Lo más común (en las dos terceras partes de los casos, según Grisolle), es por un punto inmediato al ligamento de Falopio ó de la espina iliaca anterior superior, por donde hace salida el tumor. A veces el pus perfora el espesor del muslo y pasa por debajo del arco crural (6). «Se producen desórdenes más ó menos graves, según que el *flemon* es exclusivamente *subperitoneal* ó que esté situado bajo la

- (1) E. Leudet, *loc. cit.*, p. 319.
- (2) Bricheteau, *Archives générales de médecine*, 3.<sup>a</sup> série, t. II, p. 409.—A. Bérard, *Soc. anat.* 1834, 7.<sup>o</sup> boletín.
- (3) Rigaud, *Dictionnaire des sciences médicales*, t. I, p. 61.
- (4) Ch. Tinel, citado por Leudet, *loc. cit.*, p. 322.
- (5) E. Leudet, *Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur l'ulcération et la perforation de l'appendice iléo-cæcal* (*Arch. gén. de méd.*, 1859, t. II, p. 321).—J. Parrot, *Bulletins de la Soc. anatomique*, 1855, t. XXX, p. 54.—Michel Peter, *Arch. gén. de méd.*, 1855, t. II, p. 333.
- (6) E. Leudet, *loc. cit.*, p. 318.

aponeurosis iliaca. En el primer caso, el pus, penetrando en el muslo, se sitúa adentro y delante de los vasos femorales sin alterar la estructura de los músculos psoas é iliaco. Pero si el absceso es *subaponeurótico*, el pus contenido en la vaina fibrosa de la *fascia iliaca* llega hasta el trocánter menor; forma por lo comun extenso foco, despues de haber alterado, reblandecido y destruido las fibras del iliaco y del psoas. Cuando el pus sigue la direccion de que hablamos ahora, puede en su marcha invadir la *articulacion coxo-femoral*, que se inflama produciendo los dolores mas intensos; la cápsula fibrosa se destruye, y la cabeza del fémur sale mas ó menos completamente de su cavidad; el miembro abdominal se dirige entonces en rotacion afuera y todo movimiento produce intensos dolores. Hay que temer este accidente siempre que un absceso subaponeurótico interesa el músculo iliaco y cuando penetra en la vaina sinovial comun á este músculo y al psoas que, como es sabido, comunica con frecuencia con la articulacion de la cadera (1).»

Otras veces se hacen una ó varias aberturas en el conducto intestinal y en la piel al mismo tiempo, y en tales casos se agregan á los signos anteriores la fetidez del pus, su color amarillo ó pardo, su aspecto mal trabado, y la presencia de gases en forma de burbujas que vienen á romperse en la abertura de la piel.

Se han citado casos en que el pus ha salido en parte por la vejiga, y en uno de ellos que refiere Johnson (2) y cita Grisolle hubo conatos frecuentes de orinar, disuria y hasta hematuria. En los demás no se ha observado nada parecido.

Para poder adquirir la certeza de que el absceso se ha abierto en la vejiga, es menester que el pus salga en cantidad notable, pues se han visto abscesos de la fosa iliaca determinar por propagacion una inflamacion pasajera de la vejiga, con ligero depósito purulento en las orinas durante dos dias. (P. Paris.)

El doctor Battersby (3) ha referido un hecho muy curioso de absceso iliaco abierto primeramente en la vejiga y luego en la region lumbar; á pesar de esta doble abertura, el enfermo, que era un niño de seis meses, curó completamente al cabo de algunos meses.

Tambien puede suceder que salga el pus por una perforacion del útero (4); pero los casos de este género son raros, y sus signos no varían de los de la abertura del absceso en la vagina.

Esta abertura del absceso en la vagina es frecuente, segun los hechos observados, y hasta todo induce á creer que es mas comun de

(1) Grisolle, *Traité de pathologie interne*, t. I. p. 605.—Aubry, *Arch. gén. de médecine*, 1843.

(2) Johnson, *The med-chir. Rev.*, 1856. V. tambien Marchal de Calvi, tesis citada, obs. XLIX.—Manière, *Arch. gén. de méd.*, t. XVII.

(3) Battersby, *Dublin quarterly Journal of med. sc.*, Mayo, 1847.

(4) Dance, *Répertoire d'anatomie et de physiologie*, t. IV.—J. Béhier, *Leçons sur les maladies des femmes en couches* (Clinique citée. Paris, 1864).

lo que generalmente se cree, pues para conocerla se necesita poner mas cuidado del que suele emplearse en el exámen de los casos. Los signos por los que se reconoce esta terminacion son la depresion del tumor y un flujo abundante de materia purulenta y espesa que se verifica con rapidez. En algunos casos que se ha podido descubrir en la vagina antes de la perforacion un punto fluctuante, y en otros se ha visto salir el pus por la abertura accidental; pero estos casos son los mas raros. Esta terminacion puede tardar mucho tiempo en verificarse, de lo que hemos observado un ejemplo que antes de ahora hemos citado. En un caso que refiere el doctor Perrochaud (1), la introduccion del espéculum produjo la rotura de la extremidad superior de la vagina y la salida del pus contenido en el tumor. Bourdon (*lug. cit.*) ha citado varios hechos en los que el absceso se ha vaciado por este conducto á beneficio de un instrumento cortante.

En algunos casos, el pus, en lugar de hacerse camino el pus inferiormente, sigue una direccion opuesta, y camina por debajo del intestino grueso hasta la inmediacion del riñon ó del hígado; lo que se explica por la posicion horizontal que guardan las enfermas generalmente, y por la laxitud del tejido celular de estas partes (Grisolle). En otros casos, la supuracion pasa de una á otra fosa iliaca, sin que puedan explicarse estas migraciones por la posicion de las enfermas ó por alguna disposicion particular (2). En fin, la determinacion mas rara se ha observado por Demaux, en la que el pus se abrió paso á la vena cava inferior (3).

La terminacion mas terrible es la *rotura de los abscesos en el peritoneo*, que se observa mas particularmente cuando son consecutivos á una lesion del ciego ó de su apéndice. En estos casos, despues de haber seguido todos los períodos de la supuracion, aparece de repente un dolor excesivo en un punto próximo al tumor, dolor que se propaga con rapidez á todo el abdomen, y la enfermedad presenta los síntomas de una *peritonitis sobreaguda* que ya hemos descrito antes de ahora.

En algunos casos raros se ha desarrollado la peritonitis general sin perforacion, por la *simple extension de la flegmasia al peritoneo inmediato* al foco purulento.

Quando el pus se ha abierto paso al exterior, no puede, ni con mucho, considerarse esta como una terminacion favorable, pues se pueden prolongar por mucho tiempo los accidentes que hemos indicado, continúa la supuracion, y en abundancia, y los enfermos sucumben por lo comun en el último grado de marasmo.

En algunos casos invade la *gangrena* las paredes del foco, y entonces casi siempre la terminacion es funesta. A veces pueden salir

(1) Véase Grisolle, *loc. cit.*

(2) A. Bérard, *Bulletins de la Société anatomique*, 1834.

(3) Demaux, citado por Grisolle, *loc. cit.*, p. 608.

pedazos gangrenados por el paso que se ha abierto el pus, de lo cual Burne ha citado un ejemplo. En el caso que mas arriba hemos indicado, y que como se ha observado en un empleado en la Salitrería, se notó un hecho bastante curioso para que merezca que le mencionemos aquí. Despues de algunos dias de fenómenos muy graves se presentó pus en las deposiciones, y en medio de este liquido el *apéndice cecal entero*, cortado circularmente por su base y presentando en su parte media una ulcerita redonda. Manec ha conservado esta pieza que no puede dejar de conocerse que es el apéndice cecal. Luego que esta parte fué evacuada, empezó á manifestarse el alivio, y el enfermo se restableció completamente.

Despues de la curacion queda en el sitio que ocupaba el tumor un punto de induracion que se va disipando poco á poco, y en algunos enfermos aparece un edema á veces muy pertinaz en la extremidad inferior del lado afectado, dependiente sin duda de la obliteracion mas ó menos completa de la vena ilíaca.

#### § IV.—Lesiones anatómicas.

Aun cuando las *lesiones anatómicas* que dejan en pos de sí los tumores inflamatorios ofrezcan interés, no haremos mas que indicar las que es necesario que conozca el práctico.

Se halla en el fondo de la fosa ilíaca, ó en los ligamentos anchos, ó entre el útero y el recto, ó bien entre el útero y la vagina, un foco purulento cuyo aspecto varia segun una multitud de circunstancias. Si la enfermedad es consecuencia de la perforacion del ciego (1), se encuentra en la fosa ilíaca derecha un vasto absceso que comunica con el intestino por una abertura mayor ó menor, de bordes negruzcos y cortados mas ó menos irregularmente. A veces se hallan varias de estas perforaciones, y otras se ha verificado, por el contrario, la perforacion de fuera á dentro, habiéndose formado el absceso primitivamente y vaciado en el intestino. En uno y otro caso las paredes del foco están formadas de tejido celular mas ó menos engrosado con algunos de sus fragmentos gangrenados, y el liquido que contienen es pardusco y fétido. A veces se ha efectuado la perforacion por el lado del peritoneo, y entonces hay un absceso que resulta de la acumulacion del pus retenido en un punto de esta cavidad por falsas membranas formadas con mucha prontitud.

En los demás casos se hallan los órganos inmediatos á los abscesos, así como los vasos y los nervios que los atraviesan, denudados, reblandecidos y gangrenados, y el liquido purulento unas veces blanco, otras pardusco y mas ó menos sanioso. Se han formado algunos senos de pus hasta la cadera.

En un caso, entre otros, ha encontrado Trousseau los desórdenes

(1) Véase el artículo PERITIFLITIS.

producidos por el trabajo inflamatorio, estendidos hasta las articulaciones sacro-ilíaca y coxo femoral del mismo lado. El nervio crural correspondiente estaba disecado por el pus, en el que nadaban algunos de sus filamentos desprendidos del tronco principal por el trabajo inflamatorio. Pero un hecho, sobre el que Trousseau llama especialmente la atencion, es el que la enferma, durante la vida, presentó todos los síntomas de la *psaitis*, y que en la autopsia el músculo psoas-ilíaco no estaba alterado por la inflamacion.—Por el contrario, en otro sugeto que sucumbió á una fiebre tifoidea sin haber presentado nunca ni flexion del muslo sobre la pelvis ni rotacion del miembro hácia fuera, Lefeuvre encontró un enorme absceso metastásico consecutivo á una infeccion purulenta, desarrollado en el espesor del psoas, cuyas fibras le servian de bolsa. El paquete nervioso que constituye el nervio crural habia sido atacado por la inflamacion. Considerando los hechos observados en ambos casos, cree Trousseau que la sintomatologia de la *psaitis* (inflamacion del tejido celular interfibrilar y desorganizacion de la fibra muscular) pertenecen especialmente á la lesion del nervio crural, que en ciertos casos puede haber gran alteracion del psoas sin que se presenten los síntomas asignados á la *psaitis*. Se comprende, por consecuencia, que la inflamacion del músculo psoas y la de la fosa ilíaca pueden dar lugar á los síntomas tenidos como característicos de la *psaitis* cuando el nervio crural haya sido consecutivamente invadido por el trabajo inflamatorio inmediato (1). Grisolle, á su vez, concede una gran parte á la lesion del plexo lumbar y del nervio crural para explicar los dolores que acompañan á los flemones y abscesos ilíacos (2).

Cuando la enfermedad depende de la perforacion ó de la gangrena del apéndice cecal, se halla este apéndice reblandecido, negruzco, ulcerado, destruido en parte y á veces completamente separado y nadando en el pus. En un caso que ha citado Merling, estaba lleno, como un embuchado, de materias fecales endurecidas. En otros se hallaron en él, como ya lo hemos dicho, cuerpos estraños, y un enfermo presentaba tumorcitos escirrosos.

Finalmente, cuando se verifica el derrame en el peritoneo, además de las lesiones propias de la peritonitis sobreaguda, se encuentra una acumulacion de pus fétido, gases igualmente fétidos, un liquido con el olor de las heces ventrales, etc. A veces se han hallado en las paredes del absceso la perforacion, que ha hecho comunicar su cavidad con la del peritoneo.

#### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de esta enfermedad, sin ofrecer muy grandes difi-

(1) A. Trousseau, *Clinique médicale*, t. III, p. 573.

(2) Grisolle, *Archives générales de médecine*, 3.<sup>a</sup> série, t. IV.

cultades, exige bastante atención, porque hay muchas afecciones que pueden confundirse con la que nos está ocupando.

«De todas las enfermedades que tienen su asiento en las fosas ilíacas, dice Grisolle, las que con mas frecuencia se confunden con las inflamaciones flemonosas son los tumores estercoráceos.» Pero también, como lo advierte este autor, basta un poco de atención para evitar el error. Estos tumores inflamatorios tienen su superficie lisa, y los estercoráceos son abollados; en estos se puede á veces hacer que las materias fecales recorran el intestino y se desarrollen sin fiebre á consecuencia de un estreñimiento pertinaz. Por el contrario, en los tumores inflamatorios hay inmovilidad de la parte tumefacta, existe fiebre, y el estreñimiento es la consecuencia de la enfermedad. Además, suele haber una gran diferencia en el dolor, que es mucho mas intenso en los tumores inflamatorios. En cuanto aparece la fluctuación se desvanecen las dudas, si es que habia alguna. Se concibe también que estas dudas no pueden existir en todos los casos; así por ejemplo, no las habrá cuando á consecuencia de una perforación el dolor aparece de repente, y es seguido de pronto de tumefacción.

Los tumores cancerosos de la fosa ilíaca ¿pueden confundirse con un flemon? El curso de la enfermedad impedirá cometer semejante equivocación. La misma reflexión es aplicable al diagnóstico entre los tumores inflamatorios y los quistes del ovario.

En cuanto á la *ovaritis aguda*, el diagnóstico es mas difícil, sobre todo al principio, como ya lo hemos dicho en uno de los artículos anteriores, al que remito al lector si quiere mayores detalles.

Para distinguir un absceso del riñon de otro del tejido celular de la pélvis, no solo debe tomarse en cuenta la posición, pues muy bien puede hallarse el órgano desviado (1), sino que deben observarse los

(1) Véase sobre este asunto, Fritz, *Des reins flottants* (Arch. gen. de med., 1859, t. II, p. 158 y 301).

Becquet, *Essai sur la pathogénie des reins flottants* (Arch. gen. de med., 1865, t. I, p. 5-29).

Las dislocaciones de los riñones causan en muchos casos sorpresas imprevistas, y el caso siguiente, tomado del periódico inglés *The Lancet* (núm. 11, Marzo 1865), merece unirse á los datos que hemos presentado para servir al diagnóstico de los quistes del ovario. Se trata de una enferma que, despues de haber presentado algunos desarreglos menstruales y la cesación de este flujo, presentaba, además de algunos síntomas generales, necesidad frecuente de orinar, y no podia contener sus orinas andando. Presentaba en la region lumbar un tumor del tamaño de una cabeza de feto de todo tiempo, movable y sin adherencia á la piel; irregular en su superficie, presentando una sensación elástica sin fluctuación manifiesta, con sonido á macizo inferiormente y sonoro por arriba, elevándose hasta pulgada y media por debajo del ombligo. La exploración del útero y de las orinas no dió ningun dato particular, y se diagnosticó un quiste del ovario, cuya extirpación se resolvió. La abertura del abdomen, practicada como de ordinario, descubrió un tumor cubierto por el peritoneo que presentaba el aspecto de un pequeño quiste del ovario; pero un exámen mas minucioso hizo descubrir que no tenia pedículo, y que se encontraba fuera del peritoneo. Una pequeña incisión puso al descubierto una masa elástica, negruzca, de la que una punción exploradora hizo salir una gota de san-

desórdenes que ocurran en la excreción urinaria y las alteraciones de la orina. (Véase el artículo *Nefritis*.)

Se han observado á veces *peritonitis circunscritas* que ocupaban el sitio en que aparecen estos tumores; pero en la peritonitis circunscrita la parte prominente y dolorosa es mas ó menos elástica, y varían en ella de un momento á otro los resultados de la percusión, porque segun el grado del derrame, y sobre todo segun la cantidad de gases acumulados en las asas intestinales, así es unas veces mas y otras menos sonora, y ya hemos visto que nada se observa parecido á esto en los tumores inflamatorios de la pélvis.

No hablaremos de los abscesos del higado, ni de las hernias, porque en realidad, poniendo un poco de atención, no deben confundirse con la enfermedad de que nos estamos ocupando.

Añadiremos, sin embargo, para prevenir el error que podria determinar la existencia de este síntoma, que en un caso de flemon de la fosa ilíaca, observado por V. Racle, habia complicación de *ictericia*. Su origen, segun V. Racle (1), podia explicarse por la propagación de la inflamación á lo largo del colon ó del tejido celular subperitoneal de la pared posterior del abdomen.

Grisolle y A. Berard han visto un caso en el que un osteosarcoma de la fosa ilíaca interna simuló un tumor flegmonoso. «Sin embargo, segun Grisolle (2), puede evitarse el error si se atiende á que el osteosarcoma se anuncia por lo general con dolores vivos y profundos, presentándose mucho tiempo antes de que se observe ninguna tumefacción. Cuando esta aparece es dura, movable, abollada, y la compresión rara vez aumenta los dolores. El tumor se hace fluctuante por el reblandecimiento del producto hetero morfo; se encontrarán en el curso de la enfermedad y en los signos de caquexia, elementos suficientes para asignar al tumor su naturaleza verdadera (3).

*Pronóstico.*—El pronóstico de estos tumores inflamatorios es grave, pues en los casos que refiere Grisolle ha excedido la mortalidad de la cuarta parte de los enfermos. Sin embargo, es posible creer que esta proporción es excesiva, porque muchos casos pueden pasar desapercibidos, como ya lo hemos dicho antes de ahora.

Entonces la observación del estado normal del útero y de los ovarios hizo comprender la verdadera naturaleza del tumor. La operada falleció al segundo dia de peritonitis, encontrándose en la autopsia un tumor fijo sobre el riñon izquierdo que estaba doblado sobre sí mismo; el hilio miraba atrás y á la izquierda, y el borde convexo de la glándula estaba dirigido adelante. Una sección demostró el tumor propiamente dicho, de consistencia semejante á la sustancia cerebral, gris blanquecina, surcada de ramificaciones venosas y distinta del tejido propio del riñon, aunque cubierto por la misma cápsula fibrosa. Este tumor medía 4 pulgadas y media en su diámetro mayor, 3 pulgadas y media en el menor y 12 pulgadas próximamente de circunferencia.

(1) V. Racle, *Tratado del diagnóstico médico*, trad. española del Dr. Casas Batista, pág. 560. Madrid, 1866.

(2) Grisolle, *Traité de pathologie interne*, t. I, p. 612.

(3) Véase también O. Larcher, *Etude sur les tumeurs des os iliaques*.

Los tumores inflamatorios mas graves son sin disputa los que resultan de una perforacion intestinal, á los que siguen los abscesos que se forman en las paridas, cualquiera que sea la causa.

Entre los modos de terminacion que dejamos indicados, los hay mas ó menos graves. Segun los autores, la terminacion por perforacion intestinal es la menos grave, punto en que ha insistido con especialidad Dance, porque ha observado algunos casos de este género que han terminado felizmente. Pero Grisolle, que ha tenido á la vista un número mayor de hechos, no participa de esta opinion, pues dice que en las observaciones que ha reunido sobrevino la muerte, á lo menos con tanta frecuencia despues de la evacuacion del pus por los intestinos, como cuando esta se ha efectuado por cualquiera otra via.

La salida del pus al través de la pared abdominal parece que ha sido un poco mas favorable; pero no sucede lo mismo cuando hay abertura á la vez al exterior y por los intestinos, porque este es uno de los casos mas graves.

Tambien es grave la evacuacion del pus por las vias urinarias; pero no está probado que, como la anterior, lo sea mas cuando hay al mismo tiempo una abertura de la pared abdominal.

El paso del pus á la vagina no es una terminacion favorable, segun los hechos que ha citado Grisolle; sin embargo, los pocos accidentes que produce el contacto de este líquido con la mucosa vaginal y la posicion declive de la abertura, hacen creer lo contrario; y si á esto se agrega, que segun la confesion de los mismos autores, es muy fácil no conocer la salida del pus por la vagina, será difícil admitir que la gravedad de la expulsion del pus por esta via sea un hecho demostrado. Además los hechos de este género que ha reunido Grisolle, un poco numerosos, y por lo mismo insuficientes. Fauvel, que como ya hemos dicho antes de ahora, ha observado unos veinte casos de abscesos de la pélvis en mujeres, ha notado que era frecuente la salida del pus por la vagina, y sin embargo solo ha visto succumbir dos enfermas; pero por desgracia no se han publicado estos hechos tan interesantes.

La terminacion por gangrena es sumamente grave, aun cuando se han citado uno ó dos hechos de curacion despues de haber expulsado pedazos de tejido celular y hasta músculos gangrenados.

### § VII.—Tratamiento.

Los medios empleados por todos los médicos se reducen á un corto número, y no exigen en general mas que enunciarlos.

Figuran en primera linea las *emisiones sanguíneas*. Por lo comun se usa la *sangría general*, y en seguida se cubre el tumor de *sanguijuelas* por una vez, ó repitiéndolas segun los casos. Grisolle, que ha estudiado con atencion el efecto de las emisiones sanguíneas en esta enfermedad, ha hallado que su accion, como medios de prevenir la

supuracion, es muy hipotética, y que con seguridad en el mayor número de los casos no lo consiguen; pero calman el dolor, moderan la calentura, y por estas razones no se puede prescindir de hacer uso de ellas con bastante profusion.

Se debe ayudar á las emisiones sanguíneas con *aplicaciones emolientes, baños, bebidas diluentes*, y una *dieta severa* mientras permanezca la calentura.

Están indicados tambien los *lavantes suaves* para combatir el estreñimiento, y se prescriben contra el dolor, cuando es muy intenso, los *narcóticos* y con especialidad el *opio*.

Cuando el tumor manifiesta tendencia á abrirse al exterior, se debe dar salida al pus por medio de una *incision* hecha en la pared abdominal. ¿Pero cuándo? Hé aquí lo que es difícil determinar. Segun algunos prácticos, y en particular Dance, se debe esperar á que la piel esté próxima á perforarse, ó hasta dejarla que se abra naturalmente. Grisolle cree que no se debe esperar tanto, opinion que se adoptará si se considera que la abertura cutánea que coincide con la rotura del absceso en un órgano hueco, y sobre todo en los intestinos, es una circunstancia desfavorable, y que haciendo la incision un poco mas antes, se pudiera prevenir la perforacion intestinal. En todos los casos es necesario asegurarse á lo menos de que la piel está adherida á la pared del tumor y hasta esperar que haya pastosidad, pues ya se concibe á qué accidentes nos expondríamos no obrando así. Por lo comun se debe introducir el bisturí por encima y paralelamente al arco crural, y si el absceso fuese profundo, habria que ir dividiendo capa por capa.

Otro punto por el que se pueden vaciar los abscesos es la parte superior de la vagina, y Bourdon refiere varios ejemplos de terminacion favorable por este medio. Pero si se recuerda lo que hemos dicho al hablar de la puncion de los quistes en este punto, se conocerá que esta práctica no está exenta de peligros, que no habria si fuese muy perceptible la fluctuacion en la parte superior de la vagina, y sobre todo si el tumor formase una prominencia en este punto. Así, pues, solo en estos casos se debe practicar la operacion de que estamos hablando.

En seguida se debe favorecer la salida del pus, para lo cual se da á la incision la *posicion mas declive* posible, se coloca un *lechino* pequeño entre sus labios, se repiten las curas con frecuencia, y se hacen *inyecciones* primeros emolientes, detersivas, y al último ligeramente excitantes.

Cuando se desarrolla una *peritonitis sobreaguda*, se debe prescribir la quietud absoluta y el opio á altas dosis, como hemos dicho al hablar de esta enfermedad. (Véase artículo PERITONITIS.)