

ANEXITIS VESICULOSA.—Frecuentemente se encuentran en la trompa y junto al ovario pequeños quistes de volumen variable, desde un guisante á una cereza, transparentes y llenos de serosidad, en número de uno ó dos, situados, como el hidátide de Morgagni, resto del cuerpo de Muller, en la extremidad de la trompa ó bien en la parte alta y media de este órgano y á veces en distintos puntos del ligamento ancho, sobre todo hacia su cara posterior, que Petit atribuye á pequeñas inclusiones peritoneales en virtud de un proceso irritativo. Todos estos pequeños quistes, que muy frecuentemente encontramos en los casos de fibromas y de anexitis, no tienen importancia ni constituyen entidad nosológica.



FIG. 239

*Anexitis vesiculosa. Anexos izquierdos.*

1, trompa. — 2, ovario.

Al decir *anexitis vesiculosa* me refiero á una enfermedad rara, no bien determinada, y de la que he tenido ocasión de observar un caso hace ocho años. La figura 239 representa los anexos izquierdos: en 1 la trompa y en 2 el ovario; la figura 237 representa un corte del propio ovario; la 240 es una fotografía de los anexos derechos, con *t*, trompa; *p*, pabellón, y *o*, ovario. El aspecto de estos anexos es bastante singular: en los izquierdos, una masa de vesículas tiene completamente deformada la trompa y el ovario; con nada mejor que con la mole hidatídica puedo comparar estas vesículas, con la que ofrecen un parecido exacto: el ovario correspondiente, quístico, multilocular y con cavidades de tamaño distinto. En los anexos derechos análoga lesión, pero menos adelantada en su desarrollo, con algunas vesículas en el trayecto de la trompa y junto al ovario y un gran racimo que emerge del pabellón. Todas estas vesículas, de color blanquecino y lisas, estaban llenas de serosidad clara, y en cuanto á volumen, están reproducidas á la mitad del tamaño natural. La trompa derecha representaba las paredes engrosadas y, en la mucosa, lesiones de salpingitis

catarral: la izquierda, mucho más alterada, no presentaba en ningún sitio carácter neoplásico. Ambos anexos estaban rodeados por peritonitis regional adhesiva con algún exudado; no había ascitis. La historia de la enferma parecía ser la de una gonorreica, pero no se pudo comprobar bacteriológicamente; lleva cuatro años de operada y no ha tenido recidiva.

Tratando de clasificar este caso, y pareciéndome que quizás podría tratarse de un mixoma, ni por el aspecto microscópico ni por su estructura pudo comprobarse tal naturaleza, que, por otra parte, desmiente el curso posterior de la

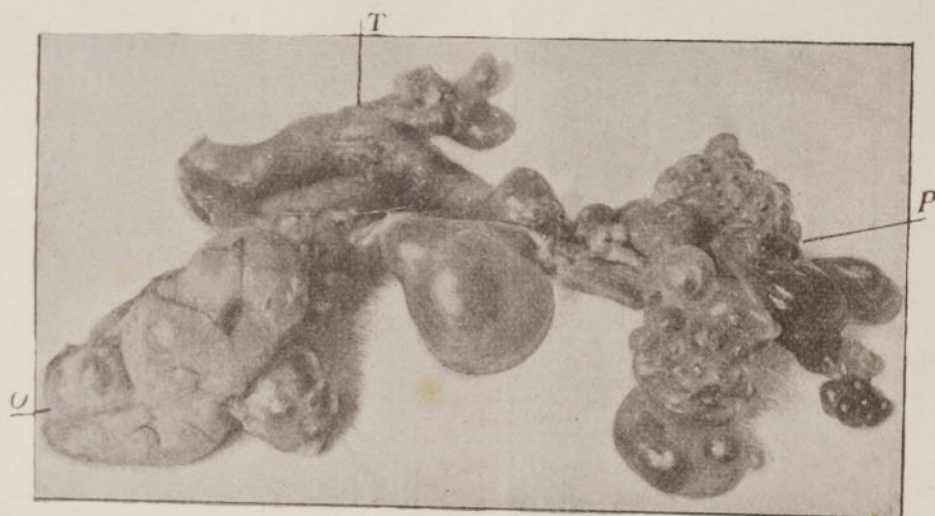


FIG. 240

*Anexitis vesiculosa. Anexos derechos.*

*T, trompa.—P, pabellón.—O, ovario.*

enferma, no presentando recidiva, pues á la simple vista de las piezas se comprende que su extirpación no pudo ser tan limpia que, de tratarse de una neoplasia maligna, no sobreviniera una recidiva.

Entonces pensé que era de origen flogístico, y por esto lo pongo entre las anexitis con el nombre de vesiculosa, para no prejuzgar nada. Las paredes, así de las vesículas como de las cavidades del ovario quístico, están formadas por una capa de tejido conjuntivo, recubiertas en su interior por epitelio plano (fig. 241), enteramente análogo al endotelio, de modo que ofrece todos los caracteres de una cubierta endotelial. Este carácter del epitelio es lo que me impide clasificar este tipo de anexitis. Su aspecto es enteramente parecido á los casos de Walter y de Doran, figurados y descritos en la obra de Bland-Sutton (1): tan parecidos son que se le ocurre al autor decir que á nada se parecen tanto como á la mola vesiculosa. Bland-Sutton califica estos casos de papiloma primitivo de la trompa, y Sanger les da el nombre de papiloma quístico ó vesiculoso, atribuyéndolos todos á fenómenos irritativos de la trompa. Pero en estos casos se des-

(1) *Loc. cit.*, pág. 281.

cubrían en el interior de la trompa, y aun de algunas vesículas, masas papilomas y el epitelio era cilíndrico, lo que no ocurría en el caso que acabo de describir. En los casos descritos por Bland-Sutton existía en todos ellos ascitis, la que realmente es carácter del papiloma, y en el mío faltaba absolutamente. Por eso prefiero designarlo con el nombre de anexitis vesiculosa, porque bajo

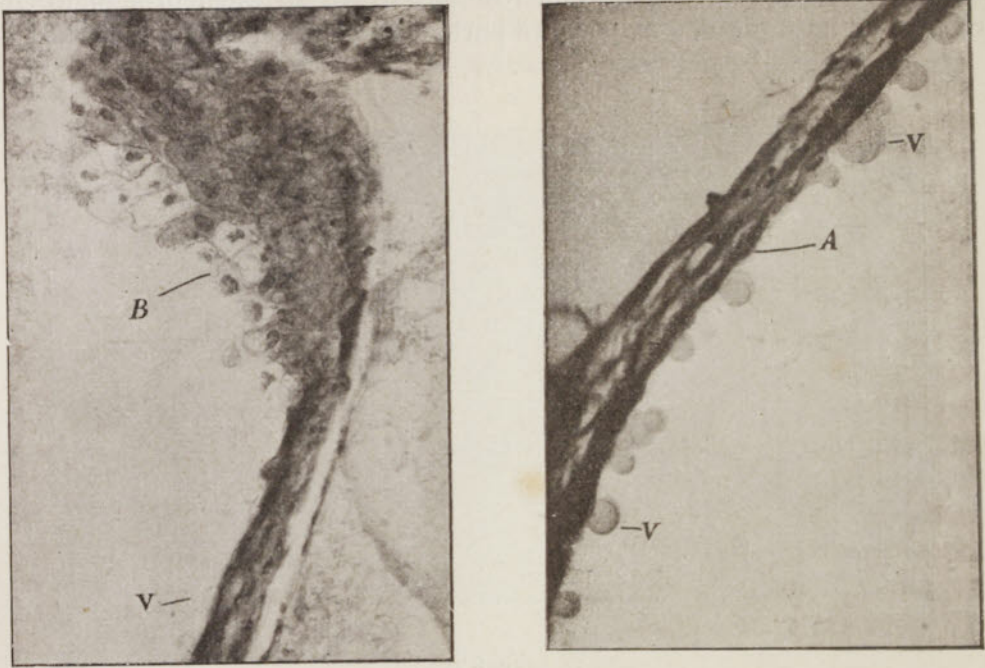


FIG. 241

*Estructura de la anexitis vesiculosa.*

*A*, epitelio plano que reviste las cavidades, visto de perfil. — *B*, el mismo, visto de plano.  
*V*, glóbulos mucosos en formación.

(Aumento 200 diámetros.)

el punto de vista anatómico y clínico más parece un proceso flogístico irritativo que neoplásico. Al hablar de los papilomas ováricos referiré un caso con una lesión enteramente parecida, provocada en el epiploon por un papiloma ovárico, pero en el caso presente no pude encontrar el papiloma en sitio ninguno ni la estructura de las vesículas denuncia tal procedencia.

Con lo único que puede confundirse es con los llamados quistes racimosos del ovario, y quizás algunos de éstos corresponden á la misma categoría del caso que dejo descrito.

## PELVI-PERITONITIS

**Etiología y patogenia.**— Las causas eficientes son para la pelvi-peritonitis las mismas que para la anexitis, y los microbios causantes son, por lo tanto, el gonococo, el estreptococo y estafilococo, el bacilo tuberculoso, el bacterium colli, el pneumococo como los más frecuentes, pues los demás son verdaderas rarezas.

Algunos discuten si existe una pelvi-peritonitis primitiva. Pozzi lo pone en duda, y considera que siempre es consecutiva á una anexitis, de manera que, anidados los microbios primero en los anexos, se propagarían luego al peritoneo pelviano, de tal modo que siempre sería la pelvi-peritonitis una propagación de la anexitis. Sin embargo, los estudios de Bumm acerca del paso de los estreptococos desde la zona útero-vaginal hasta el peritoneo al través de los linfáticos; los de Wertheim, demostrando que por igual camino puede el gonococo llegar á la serosa pelviana; el hecho demostrado de la filtración del bacilo de Koch y del bacterium colli al través del tubo digestivo, y la metástasis pneumocócica, puesto por completo en evidencia, demuestran que una pelvi-peritonitis primitiva es posible. Aparte de esto, todos los autores, Legueu, Doderlein, Wertheim, etcétera, admiten el hecho de que, por vía mucosa, al través del útero y de la trompa, pueden correrse colonias microbianas y llegar al peritoneo sin dejar en el trayecto salpingiano rastro de su paso, de la misma manera que el gonococo va de la uretra al testículo respetando el conducto deferente. Cuanto he dicho acerca de las vías de infección de las trompas es aplicable al peritoneo pelviano, sobre todo las infecciones por vía vascular y digestiva.

Aun cuando no tuviéramos una explicación de cómo se realiza la pelvi-peritonitis primitiva, y todas fueran secundarias, no por eso habría motivo para borrar del cuadro nosológico dicha enfermedad, puesto que presenta una fisonomía bien propia y característica.

Aceptando, como es de hecho, que la mayoría de perimetritis (nombre dado por Virchow á la pelvi-peritonitis en contraposición del de parametritis dado por el mismo autor á la pelvi-celulitis) son consecutivas á una salpingo-ovaritis, no por eso debe confundirse con la peri-anexitis; ésta, en rigor, es una pelvi-peritonitis regional, en tanto que la peri-metritis es la infección general del peritoneo pelviano.

Aparte la llegada directa de los microbios patógenos al peritoneo pelviano, es más frecuente que éste sea infectado por los productos sépticos de la salpingo-ovaritis, lo que se realiza por tres mecanismos distintos: 1.º, en una genitálitis ascendente, rápida y aguda: este fenómeno ha sido comprobado *de visu* por Doderlein en laparotomías prematuras, en casos de gonococia ascendente; la salpingitis arroja directamente al peritoneo pus ó serosidad virulenta al través del pabellón que no se ha obturado todavía; 2.º, dada una anexitis quística, ésta puede romperse y su contenido hacer irrupción al peritoneo, produciendo

una pelvi-peritonitis, y si en estos casos no produce una peritonitis generalizada, es porque alrededor de la rotura existen adherencias de peri-anexitis anteriores que aprisionan el derrame y no le dejan difundir por la gran serosa: 3.º, por filtración; al través de las paredes de los quistes anexiales, pueden los microbios llegar al peritoneo cuando adquieren extremada virulencia.

En muchos casos la infección es bastante poderosa para que, por sí sola, dé lugar al desarrollo de la pelvi-peritonitis sin necesidad de circunstancias coadyuvantes; así ocurre en las debidas á salpingo-ovaritis, las de origen puerperal y las tuberculosas. Pero, aun en tales casos, suelen marcar el comienzo de la pelvi-peritonitis el cansancio y las fatigas, las congestiones menstruales y el coito abusivo, pues producen en la pelvis un estado congestivo muy abonado para el desarrollo de la infección.

Cuando la peritonitis no es consecutiva y aparece con todos los caracteres de primitiva, esas causas adyuvantes adquieren mayor relieve é importancia, según se observa en las jóvenes vírgenes y aun en las múltiparas, en las que estalla inopinadamente la pelvi-peritonitis. Fritchs dice: «También se produce una perimetritis por trastornos circulatorios. Así ocurre en los casos de fuertes enfriamientos durante el período menstrual, en que puede sobrevenir una inflamación aguda del útero, de su revestimiento y pelvi-peritonitis. Quizás no es muy modernista creer cosas parecidas, pero la práctica nos demuestra á menudo semejante relación» (1).

Eso indica que el microbio productor fácilmente, y con frecuencia, llega al peritoneo pelviano, pero que si causas abonadas no le preparan el terreno, fracasará en sus efectos patógenos. Por eso vemos que el bacilo de Koch tiene épocas predilectas en la vida de la mujer para anidar en el peritoneo pelviano, cuales son todos los años de la juventud, desde los quince á los veinte, en que los trastornos circulatorios del aparato genital se presentan al máximo.

Los trastornos circulatorios tienen tanta importancia, que no faltan clínicos que creen que el roce de las vísceras, sobre todo el útero en retroflexión, es capaz de producir una peritonitis de orden puramente mecánico y de carácter adhesivo. Si éstas no están del todo demostradas, no hay duda que las hay de origen químico, puramente irritativo, como las producidas por neoplasias, por pequeños derrames sanguíneos que de la trompa ú ovario pueden tener lugar durante el período menstrual, por la penetración de líquidos al través de la trompa en las irrigaciones intra-uterinas.

Las causas más frecuentes de pelvi-peritonitis pueden resumirse en la puerperalidad, gonococias ascendentes, operaciones uterinas, causas que perturban la menstruación, excesos libidinosos, infecciones generales; unas aportando al peritoneo pelviano microbios muy virulentos, otras haciéndole susceptible de infecciones que por sí solas no se desarrollarían.

**Anatomía patológica.**—El período de invasión se caracteriza por trastornos circulatorios. El peritoneo comienza por perder su brillo y lisura, es asiento de una gran hiperemia que se desarrolla prontamente y que le comunica un

(1) *Traité des maladies des femmes*, pág. 378.

color rojizo más ó menos uniforme. Toda la serosa se engruesa por la hiperemia y la congestión.

Tras el período hiperémico ó de invasión, cuya duración es sumamente variable, según sea la causa de la infección, viene en seguida el período exudativo. A las veinticuatro horas, en las formas agudísimas, comienza ya la exudación en los casos de pelvi-peritonitis. La exudación presenta distintos caracteres: unas veces forma falsas membranas en la superficie peritoneal, constituidas por mallas de tejido de nueva formación infiltradas de serosidad; otras forma verdaderas cavidades adventicias, serosas también, y á veces el exudado está constituido por derrame libre dentro de la serosa. En las formas agudas como las sépticas y gonocócicas, suele estar el edema peritoneal, que podríamos llamar duro, formado por exudados infiltrados de serosidad; en las crónicas de forma irritativa, como las tuberculosas y neoplásicas, más bien se fragua derrame libre en forma de ascitis.

Los exudados de la pelvi-peritonitis representan la defensa de la región contra la invasión microbiana.

Tras el período de exudación, cuya duración es variable, desde semanas (estreptococia) á meses (bacilosis), según la naturaleza de la infección, viene la terminación de la dolencia; atenuada la infección y perdida la virulencia del microbio, se realiza una resolución completa con reabsorción de todos los exudados y edemas, dejando sólo adherencias consecutivas, ó bien se forma una colección purulenta, verdadero absceso ó terminación por supuración del que podría llamarse flemón peritoneal, ó bien toma una marcha crónica sin dar lugar á la resolución ni á la supuración.

La pelvi-peritonitis se localiza principalmente en el fondo de saco de Douglas ó en el fondo de saco vésico-uterino, constituyendo lo que algunos llaman perimetritis posterior y perimetritis anterior; cuando no existe anexitis previa, su localización es también peri-anexial. La superficie peritoneal del útero no está nunca libre por una ú otra de sus regiones.

El punto de predilección es el fondo de Douglas ó perimetritis posterior, lo que debe atribuirse á que siendo el sitio más declive, las secreciones y productos infectivos van á parar á dicho sitio por la acción de la gravedad. Allí se forma una verdadera tumoración, que se llena de serosidad y de edema peritoneal, limitada por arriba por las adherencias que las asas intestinales adquieren, lo que forma la pared superior y limitante de la región infectada; á veces es una pared de exudado la que, extendida del fondo del útero al recto y á las fosas ilíacas, limita por arriba el daño peritoneal. La cavidad así limitada se llena y

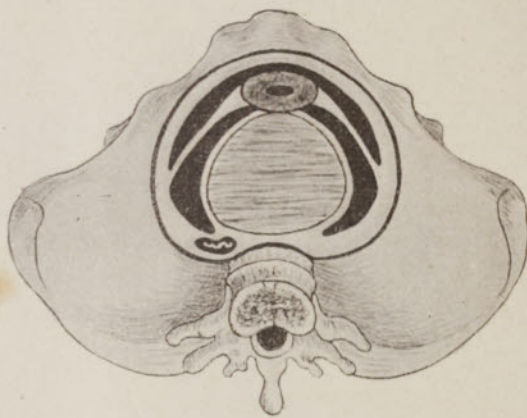


FIG. 242

*Colección pelvi-peritonítica del fondo de Douglas rechazando el útero hacia delante contra el pubis.*

distiende de tal modo, que disloca el útero hacia arriba y adelante, llegando á comprimirlo contra el pubis (fig. 242); hacia atrás comprime el recto, y por la vagina forma un abombamiento hacia el fondo de saco posterior y pared posterior de la vagina, que baja más que el cuello del útero y llega á veces cerca de la vulva. Por arriba no siempre se limita al nivel del estrecho superior, sino que á veces el exudado edematoso forma irrupción hacia la gran cavidad, formando una tumoración dura, que á veces alcanza el ombligo, aun sin tomar el

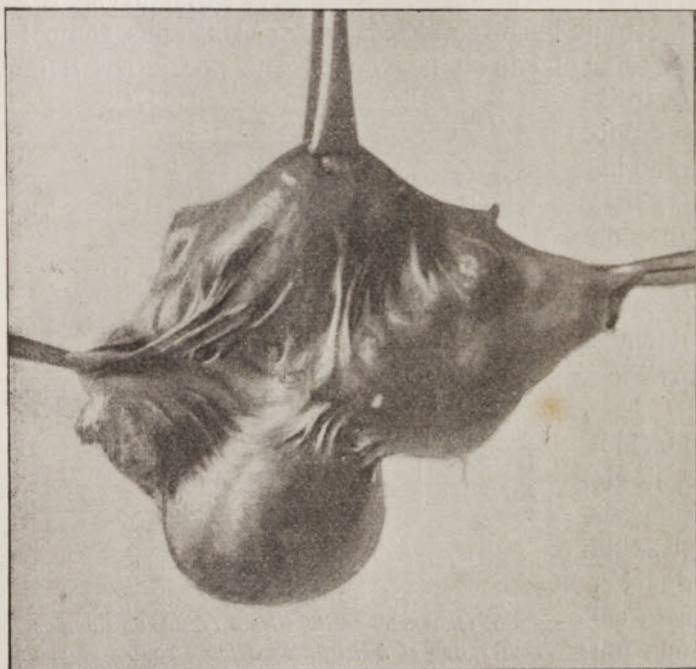


FIG. 243

*Útero y anexos procedentes de una anexitis con pelvi-peritonitis plástica. El útero cogido por su fondo con la pinza superior. Los anexos constituyen las masas laterales. Adherencias y falsas membranas los engloban y confunden.*

carácter de peritonitis generalizada. Cuando así ocurre, no hay en la pequeña pelvis región peritoneal que más ó menos no esté afectada, y así no es raro descubrir una induración que de una á otra fosa ilíaca forma un plastrón que abarca todo el bajo vientre. Cuando el foco principal es de perimetritis anterior las lesiones son las mismas, sólo que el útero, en vez de ser empujado arriba y adelante, lo es hacia abajo y atrás, y en los pocos casos en que ocurre esta localización encontramos desde muy pronto el útero en retro-desviación y en vez de tocar por el fondo de

saco posterior una tumoración de exudados, tocamos la cara posterior del útero.

Estas grandes lesiones suelen ser propias de la perimetritis séptica. La forma pútrida, casi siempre combinada con la séptica, no suele producir tantos exudados. Cuando termina por resolución, los exudados van reabsorbiéndose lentamente, pero dejan tras de sí adherencias múltiples que producen desviaciones y anomalías viscerales, retro-desviaciones adherentes, prolapsos fijos de los anexos en el fondo de Douglas (fig. 243), obturaciones y desviaciones de la trompa, asas intestinales adheridas al útero ó al fondo pelviano formando codos peligrosos, adherencias epiplólicas hacia el estrecho superior y mil variedades dependientes de la intensidad de la infección ó de la cuantía del edema peritoneal.

Cuando termina por supuración el pus suele coleccionarse en el fondo de

Douglas, formando allí con frecuencia grandes colecciones perfectamente asequibles por la vagina. Sin embargo, recuerdo un caso de pelvi-peritonitis primitiva en el que había cinco focos de supuración, de los que tan sólo uno ocupaba el fondo de Douglas y ninguno los anexos; los otros cuatro estaban distribuidos: uno en el fondo de saco vésico-uterino, otro era peri-salpingiano izquierdo, y los dos restantes, situados hacia la fosa ilíaca derecha. Cuando la pelvi-peritonitis es primitiva, no es raro encontrar los anexos con sólo lesiones peri-anexiales en el peritoneo salpingiano, y el pabellón obturado por falsas membranas con integridad de la mucosa, como en el caso que acabo de citar. Recuerdo otro, originado por aborto, con varios focos de pus alrededor de cada trompa; esta enferma, hoy completamente restablecida, tratada con una operación conservadora, ha concebido y parido felizmente dos veces. De manera que, si bien el sitio de preferencia para los abscesos pelvianos es el fondo de Douglas, pueden encontrarse en cualquiera otra región, siempre enquistados entre falsas membranas que les forman una cavidad adventicia.

En la pelvi-peritonitis gonorreica los exudados, casi siempre más pequeños y limitados que en la séptica, suelen extenderse lentamente, y el edema, que, por regla general, no constituye grandes masas, es bastante duro y formado de membranas y pequeñas mallas. Cuando termina por supuración, el pus no tiende á formar grandes colecciones, si no que se encuentra en pequeñas cantidades entre las mallas del exudado. Por eso adquiere más fácilmente una marcha crónica, porque no se abre espontáneamente como la vulgar, y las pequeñas cantidades de pus aprisionadas mantienen el proceso irritativo y neofornativo.

En la pelvi-peritonitis tuberculosa, las cosas, iguales en el fondo, aparecen de muy distinta manera. Alrededor de los tubérculos se forman una zona de infiltración peritoneal que engruesa grandemente la serosa, y falsas membranas sumamente adheridas y duras, que constituyen verdaderas placas que aprisionan los tubérculos; otras veces surgen en la superficie peritoneal masas fungosas irregulares y friables, constituídas por tejido conjuntivo y células gigantes, que llegan á semejar verdaderas neoplasias. En el primer caso el exudado es plástico, pero en los demás, los más frecuentes de peritonitis tuberculosa, no se forma alrededor de los tubérculos el exudado plástico, sino que éstos aparecen libres y visibles como una erupción peritoneal, fraguándose á veces rápidamente un derrame libre en forma ascítica, sujeto á vaivenes de disminución y aumento, según sea el curso de la infección bacilar, y que algunas veces acaba por enquistarse en grandes zonas, gracias á una falsa membrana que aglutina intestinos, epiploon y paredes abdominales, formando una cavidad cerrada que contiene el derrame. Ese enquistamiento puede quedar limitado á la baja pelvis en las perimetritis tuberculosas, pero puede extenderse á todo el abdomen en las formas generalizadas. Finalmente, como en la perimetritis séptica y en la gonocócica, la ascitis se reabsorbe como en aquéllas el edema, y quedan las falsas membranas y adherencias propias de toda perimetritis. A veces termina también por supuración, y no digo pasando al estado crónico sus lesiones, porque la perimetritis tuberculosa es siempre crónica en su curso.

De suerte que, si observamos las lesiones peritoníticas de la perimetritis sép-



tica (estreptocócica, estafilocócica, neumocócica), de la gonocócica y la bacilar, en pleno período de evolución, encontraremos las modalidades propias de cada una de ellas, en las lesiones que determinan sobre el peritoneo pelviano. Pero si las observamos al final, cuando están en período de reabsorción, ó sea las lesiones consecutivas, como adherencias y dislocaciones viscerales, las hallaremos enteramente parecidas é imposibles de distinguir. Formado el absceso peritonítico, tampoco descubriremos en sus caracteres signos diferenciales; en cambio, cualquiera que haya sido la causa de la infección, el absceso peritonítico ofrece con frecuencia un carácter común á todas las supuraciones peritoneales, y es la fetidez del pus, de modo que muchos de estos abscesos parecen pútridos, debido á la proximidad del tubo digestivo y á la filtración del *bacterium coli*. Esa putridéz es casi siempre consecutiva, sin olvidar que existe una pelvi-peritonitis pútrida primitiva, como ha demostrado Bumm, aunque se presenta raras veces; un hematocele que se infecta puede originar una pelvi-peritonitis pútrida primitiva, pero esta forma, al lado de las anteriores, es sumamente rara.

Nó es raro que junto con la fetidez existan gases en ciertos abscesos de pelvi-peritonitis, lo que se comprende por su vecindad con el intestino y porque las infecciones pútridas desarrollan gases con frecuencia.

No debe olvidarse que en toda perimetritis intensa existen lesiones del tejido celular sub-peritoneal caracterizadas por congestión y edema, y que algunas veces la pelvi-peritonitis puede estar complicada con pelvi-celulitis.

Resumiendo el carácter anatómico de la pelvi-peritonitis, podremos decir que las hay plásticas, purulentas y serosas. Ninguna de estas formas está vinculada á una infección determinada, sino que todas pueden dar origen á tales lesiones, pero indudablemente la séptica es la más frecuentemente supurada, la gonocócica casi siempre es plástica y la bacilar serosa. La pútrida es también supurada y la química y mecánica plásticas ó adhesivas.

**Síntomas y diagnóstico.**— En la pelvi-peritonitis aguda el comienzo de la enfermedad suele ser brusco é inesperado. Un dolor agudo, violento, intenso, pungitivo en el bajo vientre, precedido ó seguido de escalofríos, suele ser el comienzo: con frecuencia acusa la enferma dolor en el epigastrio ó en uno de los vacíos, simulando una gastralgia ó un cólico nefrítico. El dolor persiste espontáneamente, exacerbándose al más pequeño movimiento y á la presión más suave. Bien pronto, durante el primero ó segundo día, sobrevienen náuseas y vómitos con meteorismo, producidos por la parálisis intestinal, la que llega á veces á ser tan intensa que simula un cuadro completo de estrangulación. La micción es dolorosa cuando no existe parálisis vesical rebelde, lo que es muy frecuente. La menstruación es exagerada, y si sobreviene el ataque en un interperíodo, casi siempre se presenta una metrorragia sostenida y á veces muy abundante. La temperatura se eleva y alcanza fácilmente 39° y 39,5°, y el pulso es francamente peritonítico: rápido, 120 á 140 pulsaciones, pequeño, y duro. La enferma presenta el rostro ansioso y guarda en la cama el decúbito horizontal, con las piernas encogidas para evitar el peso de la ropa. Suele haber sed intensa.

Localmente, apenas se encuentran síntomas á la exploración en los dos ó tres primeros días; tan sólo se nota que el menor movimiento imprimido al

útero es sumamente doloroso y que los fondos de saco vaginales ofrecen una sensibilidad exquisita, pero bien pronto los exudados inmovilizan el útero y forman, en el fondo de Douglas, una tumoración característica; algunas veces los exudados sólo son asequibles por la exploración vaginal, pero cuando adquieren grandes proporciones se encuentran en el hipogastrio y fosas ilíacas formando masas mates y resistentes. El exudado característico de la pelvi-peritonitis forma una tumoración transversal en el fondo de Douglas, perfectamente perceptible por la exploración vaginal y rectal combinadas.

Pasados los primeros días el dolor se hace más tolerable, cesan los vómitos y disminuye la fiebre; pero si la terminación es por absceso, la fiebre se hace remitente, el dolor persiste, aunque más moderado, la anorexia es completa y la tumoración del fondo de saco posterior se hace cada vez más asequible y sensible á la exploración.

Este cuadro es propio de la pelvi-peritonitis séptica aguda y algunas veces de la gonocócica. Indica la entrada directa de materia infectante en el peritoneo por cualquiera de los mecanismos indicados. La enferma suele señalar el día y la hora de su comienzo.

Otras veces el cuadro es más remiso: no comienza súbitamente sino que se establece el dolor en el bajo vientre con pocas irradiaciones, escaso meteorismo, sin vómitos, poca reacción general, pues raras veces pasa de 38° y el pulso de 100°. El dolor es movable, hora hacia la fosa derecha ó izquierda ó fondo de Douglas; suele aparecer en forma de crisis periódicas, provocadas muchas veces por la ingestión de alimentos ó por cualquiera movimiento. No suele haber retención de orina; es frecuente la menorragia. A la exploración encontramos el útero trabado y doloroso en sus movimientos, y en el fondo de Douglas exudados en forma de placas mejor que de grandes masas, pero, sin embargo, bien perceptibles por la exploración recto-vaginal. Esta forma es propia de la pelvi-peritonitis gonocócica y de algunas sépticas de escasa virulencia.

En la forma crónica, cualquiera que haya sido el origen microbiano, encontramos una variedad dolorosa y otra latente. En la primera apenas existen fenómenos generales, pero los locales son á menudo muy acentuados: dismenorrea, dispareunia, dolor al menor movimiento, una simple desigualdad del piso molesta á la enferma, defecación dolorosa; en la segunda apenas la enferma siente molestia ninguna, si no es durante la menstruación ó el coito. En ambas los síntomas locales no dejan lugar á dudas: útero enclavado, á veces completamente inmóvil y á menudo desviado, fondo de Douglas infiltrado y formando una barra transversal sin grandes tumoraciones, aunque á veces se encuentran los anexos abultados y frecuentemente en prolapso. La palpación combinada descubre perfectamente los exudados difusos que suelen existir. Todas las pelvi-peritonitis pueden producir este cuadro, cualquiera que sea su naturaleza.

La pelvi-peritonitis tuberculosa ofrece dos formas: una plástica, que se confunde con la anterior, y otra con derrame, que ofrece caracteres especiales; algunas veces la pelvi-peritonitis tuberculosa ocasiona un dolor vago en el bajo vientre y fenómenos generales de inapetencia y frecuencia de pulso con ó sin temperatura; pero generalmente es indolora y sin fenómenos generales: aunque comience con mucha frecuencia en la pelvis por extensión de una salpin-

gitis preexistente ó filtración del tubo digestivo, generalmente se difunde por la gran serosa, de manera que se confunde con la peritonitis tuberculosa generalizada, que no por eso interesa menos al ginecólogo. Suele aparecer de los catorce á los diez y ocho años en esos tipos floridos que aparentan una robustez ficticia ó bien en la segunda infancia; más raramente de los veinte años por arriba. Su principal síntoma es una ascitis que aparece con bastante rapidez y alcanza proporciones enormes, sin que se encuentre causa que la justifique.

Muy frecuentemente la exploración vaginal descubre masas irregulares hacia el fondo de Douglas ó hacia las fosas ilíacas, perfectamente parecidas á los papilomas ováricos. Cuando se abre un peritoneo en tales condiciones se le encuentra rubicundo y con tubérculos diseminados por toda su superficie y sobre las asas intestinales en número muy variable, encontrándose en diferentes sitios focos de tuberculosis ó masas fungosas é irregulares. El desarrollo de la peritonitis tuberculosa ofrece siempre caracteres de cronicidad.

El diagnóstico de la pelvi-peritonitis no suele ofrecer dificultades; sin embargo, en formas algo remisas he visto con gran frecuencia diagnosticar un catarro gástrico; basta tener la sospecha de que pueda tratarse de una pelvi-peritonitis para hacer con seguridad el diagnóstico, el que debe fundarse en la existencia de exudados flogísticos en el fondo de Douglas, patognomónica de perimetritis. Las tumoraciones flogísticas del fondo de Douglas ofrecen caracteres peculiares que las distinguen de las demás tumoraciones que puede haber en este sitio: son difusas, duras, inmóviles, adherentes á las partes vecinas, la mucosa vaginal ni rectal no deslizan sobre las mismas; cuando forman una colección líquida la limitan la vagina y el recto.

Los tumores pélvicos, como los quistes del ovario, los miomas uterinos y el útero en retroflexión, forman tumoraciones lisas más ó menos esféricas, bien delineadas y siempre algo movibles, y por encima de ellas desliza siempre la mucosa vaginal y rectal. Dos estados existen que se confunden con la pelvi-peritonitis, y son el hematocele retro-uterino y la infiltración neoplásica del fondo de Douglas; en el primero faltan los fenómenos febriles y en el segundo existen los datos de la neoplasia que le dió origen, ya que primitivamente nunca se encuentra en el fondo de Douglas una neoplasia maligna. Los datos proporcionados por la exploración sola, permitirían confundir estos tres estados tan diferentes en su curso, pronóstico y tratamiento, pero la historia clínica permite diferenciarlos con seguridad.

No siempre es fácil diagnosticar si á la vez que la pelvi-peritonitis existe anexitis. La historia de la enferma nos hará sospechar su concomitancia, dada la frecuencia con que la salpingo-ovaritis precede á la peritonitis, por más que algunas veces es ésta tan larvada que no se sospecha su existencia hasta el momento en que estalla la flogosis peritoneal. Recordando que cuando ésta es primitiva puede producir una salpingo-ovaritis consecutiva, se comprenderá que, si muchas veces es imposible á la simple exploración señalar la coexistencia de la anexitis porque no es posible descubrirla entre el magma de exudados existente, no por eso dejará de existir.

**Curso, complicaciones y pronóstico.**—Supongamos el caso más común de una pelvi-peritonitis aguda séptica: su duración suele ser de tres á cuatro

semanas. Cuando termina por resolución no es ésta tan completa que durante algunas semanas dejen de encontrarse exudados peri-uterinos, sobre todo en el fondo de Douglas, que lentamente van reabsorbiéndose, y raras veces es la resolución tan completa que el útero recobre por completo su movilidad; con frecuencia persisten desviaciones uterinas y anexiales retenidas por adherencias.

Cuando termina por supuración, una vez formado el absceso pelviano tiene el pus á buscar salida espontánea por el recto ó por la vagina. Es más común su abertura rectal, la que casi siempre puede pronosticarse, porque aparte la prominencia que hacia el recto forma el fondo de Douglas, va precedida de un cuadro de rectitis muy acentuado, con tenesmo rectal intenso y alguna elevación térmica que hace prever la abertura del absceso en el término de veinticuatro á cuarenta y ocho horas. Unas cuantas evacuaciones con pus fétido ordinariamente y una cantidad pequeña que se elimina durante unos días, marcan el final de la dolencia, que termina frecuentemente de este modo por una curación completa, con la particularidad de que, bastante á menudo tras esa evacuación rectal, no sólo se cura la pelvi-peritonitis, sino que, con alguna frecuencia, se ven desaparecer los fenómenos de anexitis que preexistieron al estallido de la dolencia y que fueron su única causa, como si el absceso tubo-ovárico comunicando con el absceso peritoneal se desaguara por el mismo sitio. Cuando menos este desagüe rectal anuncia una gran mejora en el estado de la enferma, pues no siempre una curación sostenida es su consecuencia, sino que á veces persiste una fistula intermitente que tarda meses en desaparecer, porque el absceso va llenándose y evacuándose nuevamente. Esto ocurre particularmente en los casos en que existe un ovario quístico que persiste como cuerpo extraño.

Otras veces el pus se fragua camino hacia la vagina, viniendo á abrirse en su pared posterior, por donde se evacúan cantidades enormes de pus fétido en algunos casos, ocurriendo como en la abertura rectal, que unas veces termina por la curación y otras dejando un trayecto fistuloso intermitente.

Puede también el absceso pelvi-peritonítico hacer irrupción hacia la gran cavidad peritoneal y ocasionar una peritonitis generalizada, aguda y mortal, así como puede abrirse en el intestino delgado ó bien venir á parar á la cubierta cutánea del bajo vientre. Con todo, tratándose de pelvi-peritonitis, su tendencia es buscar salida por el recto ó por la vagina en más de un 70 por 100 de los casos.

Cuando la supuración es difusa y no reunida en un solo foco, los fenómenos generales de infección é intoxicación persisten á pesar de que las manifestaciones locales disminuyen, puesto que una vez formado el pus, el edema é infiltración de las zonas vecinas disminuyen hasta el punto de que se hace difícil descubrir los focos por medio de la exploración. La inapetencia, la fiebre continua remitente, algunas manifestaciones dolorosas perduran á veces semanas y meses, llevando la enferma á una caquexia acentuada y á veces á la muerte; algunos de estos casos son considerados como infecciones gástricas. Las pelvi-peritonitis que ofrecen este curso son, por regla general, las sub-agudas que terminan por supuración; cuanto más intensa es la infección, más fácilmente terminan por la formación de un grande absceso.

La pelvi-peritonitis crónica plástica ofrece un curso por demás rebelde; sus manifestaciones dolorosas, las menorragias, la dispareunia, persisten semanas y

meses, colocando á la enferma en una situación de invalidez por demás lamentable. Existen formas de pelvi-peritonitis plásticas recidivantes, que duran mucho tiempo, obligando á la enferma á guardar cama con frecuencia, pues sus recidivas aparecen por el menor motivo: un cansancio, el coito, un enfriamiento, la menstruación.

La pelvi-peritonitis tuberculosa, localizada á la pelvis ó más ó menos generalizada, siendo esto último lo más común, ofrece un curso digno de ser tenido en cuenta para que sirva de guía en su tratamiento. Tiende muy frecuentemente á la curación espontánea, de modo que la ascitis se reabsorbe y después de ella las masas tuberculosas desaparecen también; el derrame suele persistir de tres á seis meses; cuando ha desaparecido, la exploración combinada nos demuestra en diferentes sitios de la pelvis masas induradas, las que desaparecen también en cuatro ó seis meses, sin que algunas veces quede rastro de su existencia como no sean ciertas perturbaciones funcionales del aparato genital.

Así, la peritonitis tuberculosa de la infancia, que suele presentarse de los seis á los doce años y que produce ascitis enormes que terminan por una curación espontánea, deja con gran frecuencia una amenorrea absoluta al llegar la pubertad, que persiste indefinidamente; más de una vez he podido pronosticar ese accidente en caso de hidroperitoneo de la infancia, y con gran frecuencia al indagar la anamnesis de una de esas enfermas que acuden á la consulta por una amenorrea absoluta, no encontrando en su estado local ni general una explicación del fenómeno, he encontrado el antecedente del hidroperitoneo durante su infancia. A veces no es una amenorrea y esterilidad absolutas lo que queda, sino una ataxia menstrual muy irregular. Ciertos casos de peritonitis tuberculosa en otras épocas de la vida, van también seguidos de amenorrea; sin embargo, el fenómeno no es tan frecuente como en el caso anterior, por más que algunas veces se descubran lesiones tuberculosas de los anexos. Probablemente el fenómeno tiene su explicación en la hipoplasia útero-ovárica, que determina fácilmente la tuberculosis peritoneal en la época del desarrollo genital y que no es tan fácil se produzca cuando ya el aparato se encuentra completamente desarrollado.

A veces al reabsorberse la ascitis de una peritonitis tuberculosa queda convertida en peritonitis plástica crónica, muy abonada á producir fenómenos de estrangulación por las muchas y fuertes adherencias que produce entre las asas intestinales, y, entre éstas, el peritoneo visceral y el parietal.

Las formas adhesiva y enquistada de la peritonitis tuberculosa, son más rebeldes que la forma ascítica, pero pueden también terminar por una curación espontánea, así sea su duración de varios meses.

Mis convicciones sobre la frecuencia de la curación espontánea de la peritonitis tuberculosa van arraigándose cada día más. Si en los Congresos de Moscou y de Roma pude decir que se curaban de un 50 á 60 por 100, hoy aceptaría fácilmente la proporción de 80 por 100 que señala Borchgreving. Parece que los autores (la mayoría) que dudan de tales hechos, es que no han tenido ocasión de observar las enfermas bastante tiempo, pues, por regla general, deben transcurrir de seis á doce meses para ver una regresión total de los fenómenos. La enferma que cura de una peritonitis tuberculosa queda, por lo común, estéril, aunque persista la menstruación.

Cuando la pelvi-peritonitis tuberculosa supura, su curso es del todo parecido á los otros abscesos pelvi-peritoneales. En la curación espontánea de estos abscesos por abertura vaginal, ocurre algunas veces una complicación que, aunque rara, debe tenerse en cuenta: tras la evacuación del pus persiste una fístula estercorácea, y esto ocurre casi siempre en peritonitis que, aunque supuradas, llevan una historia de peritonitis tuberculosa, y bien sabido es que ciertas bacilosis peritoneales tienen verdaderamente un carácter destructivo que perfora fácilmente las tunicas intestinales; he visto un caso, que terminó por supuración, con un absceso ante-uterino en vez de retro-uterino, que perforó la vejiga y dejó establecida una fístula estercorácea á través de sus paredes por la que salían gases y excrementos.

Una de las *complicaciones* temibles de la pelvi-peritonitis es su propagación hacia la gran serosa, convirtiéndose en *peritonitis generalizada*. Aparte de los casos en que esto tiene lugar por irrupción de un absceso peritoneal, el período propicio para esta complicación es durante la invasión, tanto que algunas veces la pelvi-peritonitis no es más que el comienzo ó la iniciación de la peritonitis generalizada.

Otra complicación grave es la *estrangulación intestinal* aguda ó crónica. No debe confundirse con la falsa estrangulación debida á parálisis intestinal, que se revela como síntoma común de la inflamación peritonítica. La estrangulación se presenta en las formas crónicas, más en las plásticas que en las supuradas, y principalmente en la peritonitis tuberculosa adhesiva; es ocasionada por las adherencias viscerales, que producen compresiones directas sobre los intestinos ó los obstruyen formando recodos.

Dadas las muchas variaciones que la pelvi-peritonitis puede presentar y los muchos accidentes y complicaciones que pueden sobrevenir, se comprende que el pronóstico de la pelvi-peritonitis sea siempre de cierta gravedad y que debe considerarse como una enfermedad seria, y, en ocasiones, aunque raras, mortal.

**Tratamiento.**— El tratamiento de la pelvi-peritonitis debe ser principalmente médico. Muy raras veces podrá existir al principio de la invasión una indicación quirúrgica, necesaria para detener los progresos de la dolencia y prevenir el desarrollo de la peritonitis generalizada, como pretende Faure (1). Aunque el período de invasión sea muy alarmante, únicamente se presentan indicaciones de tratamiento médico, pues ninguna indicación quirúrgica ofrece probabilidades de detener el curso de la infección; por el contrario, algunas intervenciones ofrecen carácter de extremada gravedad durante las infecciones agudas. Por regla general, puede decirse que toda intervención quirúrgica está contraindicada durante el período de invasión de la pelvi-peritonitis.

El tratamiento médico comprende varias indicaciones: en primer lugar, un reposo absoluto y el empleo de calmantes para mitigar el dolor. En segundo, pueden ponerse en práctica todos los medios aconsejados á propósito del tratamiento de la anexitis, así locales como generales, pero no hay duda que existen determinados medios que influyen favorablemente en el tratamiento de la pelvi-peritonitis.

---

(1) *Chirurgie des annexes et de l'uterus*, pág. 115.

La aplicación de sanguijuelas en el bajo vientre suele producir efectos paliativos muy marcados: no obstante, no deberán aconsejarse en las enfermas muy anémicas. La aplicación sostenida del hielo en el bajo vientre resulta muy beneficiosa, pues á la vez que mitiga el dolor, parece oponerse al desarrollo de la flogosis. Están asimismo indicadas las pomadas calmantes, y sobre todo la de ictiol, las irrigaciones vaginales y los supositorios de ictiol. Al interior, están perfectamente indicados los calmantes, la quinina, y los purgantes para corregir el estreñimiento. Los revulsivos ejercen excelentes efectos.

En las formas crónicas, para favorecer la reabsorción y desaparición de exudados, cualquiera que sea su origen, podemos poner en práctica varios medios: irrigaciones, supositorios, taponés, revulsivos ligeros, baños generales, de preferencia los clorurados sódicos, como los de La Toja, La Muera y Salies de Béarn, de todos los cuales he visto muy buenos resultados. El agua de mar puede substituir á las anteriores en las enfermas que carecen de fortuna.

El masaje, aplicado debidamente en las formas crónicas, facilita la reabsorción de los exudados, cuando no existe á la vez supuración.

La naturaleza de la infección no implica un tratamiento específico, y así resulta que igualmente deben tratarse los exudados independientes de una infección gonorreica que los producidos por una bacilosis.

La peritonitis tuberculosa, por ejemplo, no requiere tratamientos especiales; los resultados que he visto, y que antes he apuntado, han sido correlativos de un tratamiento sumamente sencillo: vida higiénica, permanencia al aire libre y al sol, alimentación muy nutritiva, en la que representa un gran papel la leche, aplicaciones abdominales de pomada ictiolada al 10 por 100, que deben hacerse durante mucho tiempo, y una buena antisepsis vaginal con irrigaciones y supositorios, sobre todo si la enferma no puede guardar reposo genital.

No debe olvidarse que la medicación purgante representa un gran papel cuando la tolerancia gástrica permite su empleo, y que el cateterismo de la vejiga, cuando existe retención de orina, es un medio de rigor que produce por lo común mucho alivio á las enfermas; debe repetirse cada doce horas hasta que desaparezca.

Con estos medios, debidamente empleados, lograremos que la dolencia realice su evolución espontánea hacia alguna de las terminaciones dichas. Hay que ser muy constante en la medicación, porque con ella se observan resultados inesperados y aun curaciones totales que parecían inverosímiles; más de una vez la misma esterilidad, que algunos señalan como secuela obligada de toda pelvi-peritonitis, se ve desaparecer, sobre todo si no han existido lesiones supuradas; aun en estos casos, alguno se ve en que se realiza una verdadera *restitudo ad integrum*, así anatómica como funcional.

Cuando fracasa el tratamiento médico, incluso la acción del tiempo, cabe preguntarse si existen indicaciones quirúrgicas que cumplir, y bajo este punto de vista podemos decir que existen casos en los que, lesiones permanentes de la infección, no exigen una intervención quirúrgica, porque son latentes en sus manifestaciones y exentas de peligro. Empero cuando hay una colección supurada que no se evacúa espontáneamente y los síntomas se eternizan, está perfectamente indicada la intervención.

Cuando se ha formado una colección de pus retro-uterina ó ante-uterina

la indicación de evacuarlo es evidente, pero debe tenerse en cuenta que muchas veces se realiza la curación de un modo espontáneo; desde luego es mejor intervenir oportunamente que esperar la abertura rectal, aunque la indicación no sea del todo precisa.

Las indicaciones quirúrgicas en el tratamiento de la pelvi-peritonitis aparecen cuando la enfermedad ha ocasionado daños irreparables ó cuando, por un oportunismo bien entendido, procuramos abreviar y asegurar mejor el curso de la dolencia, como, por ejemplo, en la evacuación de colecciones supuradas.

La técnica de las intervenciones en tales casos la estudiaremos en el *Tratamiento quirúrgico de las infecciones de los anexos*.

---

## PELVI-CELULITIS

**Etiología y patogenia.** — El nombre de pelvi-celulitis dado por Simpson es, sin duda, el más comprensivo. Se la llama también *parametritis* por Virchow, denominación que se ha generalizado mucho. Se conoce también con los nombres de *flemón peri-uterino*, *flemón del ligamento ancho*, etc.

Los microbios productores de la celulitis pelviana son los mismos que los que ocasionan la pelvi-peritonitis, con la diferencia de que su frecuencia es muy distinta; los más comunes de todos ellos son, sin duda, el estreptococo y el estafilococo; el gonococo puede producir también la parametritis, según ha demostrado Wertheim, si bien es raro que lo haga directamente, porque el tejido celular no es á propósito para la reproducción del mismo, pero obra indirectamente, destruyendo el epitelio del tramo genital y favoreciendo en gran manera la penetración del estreptococo; el *bacterium coli*, filtrándose á través del intestino, puede también producir la parametritis, y en cuanto al bacilo de Koch, hasta hoy no tiene asignado papel en la producción de la pelvi-celulitis, pero es de presumir que, aunque raras veces, por no ser dicha región terreno á propósito, podrá también ocasionar alguna vez la flogosis del tejido celular pelviano.

Se creyó antes que casi siempre era de origen puerperal; indudablemente en esa época de la vida se reúnen en el aparato genital las mejores condiciones para su desarrollo; los desgarros del cuello y descamaciones de la vagina y vulva, y la herida placentaria, son otras tantas puertas abiertas á la penetración del estreptococo, que anida en el tejido celular pelviano; el aborto es también una causa frecuente de dicha enfermedad. Pero el hecho de que sea muy frecuente como flogosis de origen puerperal, no significa que no se encuentre fuera de este estado. Ya Freund había indicado que probablemente hay tantas celulitis de origen puerperal como no puerperal; Devet adelantó la misma idea, y Reigel, en una estadística de 61 casos bien analizados, encuentra: 23 debidos á partos, 11 á abortos y 27 á traumatismos.



Todo traumatismo del tramo genital, ocasionado por una caída, el coito, una exploración, una intervención quirúrgica, la aplicación de laminarias, un pesario, etc., puede abrir la puerta de entrada al microbio productor.

Las soluciones de continuidad por parte del intestino, pueden hacer otro tanto.

Pero aparte estos casos, existen los debidos á infecciones precedentes que invaden por propagación el tejido celular: tales son las producidas por una vaginitis ó metritis preexistentes y las ocasionadas por salpingitis, sean debidas á propagación desde la trompa, sea que ésta pueda romperse precisamente en el intersticio del meso-salpinx, vaciando su contenido en el espesor del ligamento ancho. A veces es debida la pelvi-celulitis á la propagación de la pelvi-peritonitis, ocurriendo que la lesión primera desaparece y queda la segunda.

En todas estas pelvi-celulitis aparece un punto de origen como puerta de entrada de la infección, de manera que pueden calificarse de *consecutivas*. No obstante, en mi concepto existen parametritis primitivas, pues de la misma manera que puede infectarse un hematoma del ligamento ancho y supurar, por el hecho de que forma un foco propicio á la invasión microbiana, puede darse el caso de que circunstancias fortuitas, como un cansancio, una impresión fría, un estreñimiento pertinaz, un molimen menstrual intenso, produzcan en el parametrio pequeñas trasudaciones serosas ó sanguíneas que sirvan de foco á microbios circulantes que encuentren sitio abonado para su implantación. Así se explican ciertas celulitis extemporáneas que aparecen en aparatos genitales vírgenes, y en las que, ni por parte del tramo genital ni del tubo digestivo, se descubre uno de esos traumatismos ó causas determinantes que he enumerado. Esta pelvi-celulitis sería verdaderamente *primitiva*, y si el tejido celular de otras regiones puede ser asiento de tales focos, no hay motivo para rechazarlos en el pelviano. En la práctica no faltan ejemplos que acreditan esta creencia.

Sin duda, la vía más común de propagación es la vía linfática, y sin que pueda aceptarse el exclusivismo de Championnière, se comprende que es la vía de propagación más frecuente. También pueden los vasos sanguíneos servir de vía para la infección, y así se ha admitido desde que Bernutz dejó establecido el hecho. Tampoco puede desecharse la invasión microbiana del parametrio por propagación directa ó por filtración microbiana á través de los tejidos, ni la metástasis de colonias á distancia por el aparato circulatorio. Por cualquiera de estos mecanismos anidan los microbios en el tejido celular pelviano, produciendo todas las manifestaciones de la flogosis ó flemón conjuntivo.

**Anatomía patológica.**—La anatomía patológica de las celulitis pélvicas está completamente regida por la anatomía normal. Tiene su asiento en el tejido celular que se encuentra entre el diafragma pelviano ó músculo elevador del ano y el peritoneo, formando el *cavum sub-peritoneale* inferior de Spiegelberg: éste se halla en el espacio que dejan el elevador del ano al dirigirse, formando un embudo abierto hacia arriba, á sus inserciones medias é inferiores, y el peritoneo pélvico, que no desciende tanto como aquél, quedando entre ambos un espacio ocupado por tejido celular. Dicho tejido celular comunica con el celular subcutáneo por las partes laterales y con el sub-peritoneal por los lados y hacia arriba; la primera comunicación tiene lugar á nivel de la inserción del

elevador del ano sobre el obturador, la segunda en las fosas ilíacas, espacio pre-vesical y peri-rectal (fig. 244).

Entre el peritoneo pelviano y el diafragma inferior se encuentran la vejiga, el útero y vagina, y el recto, y alrededor de cada uno de estos órganos existe una cantidad mayor ó menor de tejido conjuntivo que se pone en relación una con otra, formando masas más ó menos grandes. Freund ha dado nombre distinto á cada una de estas regiones conjuntivas y las ha designado con los calificativos de *parametrium*, *parakolpium*, *paracistium* y *paraproctium*.

De los estudios de Konig, Rosthorn, Spiegelberg y otros, se desprende que existe un tabique entre el paracistium y el parametrium, extendido verticalmente en la pelvis desde la región del ligamento redondo al elevador del ano, con lo que quedaría limitada la zona de tejido celular peri-vesical; y otro á nivel de los ligamentos útero-sacros, extendido hasta la articulación sacro-ilíaca, con lo que quedaría limitada la zona peri-rectal. Entre ambos tabiques, y á cada lado del útero, existe la zona de tejido conjuntivo más gruesa y densa, que rodea el cuello del útero y se extiende á cada lado formando el espesor de los ligamentos anchos, continuándose hacia afuera con el tejido celular sub-peritoneal de la fosa ilíaca y hacia adentro con el mismo tejido que rodea la vagina.

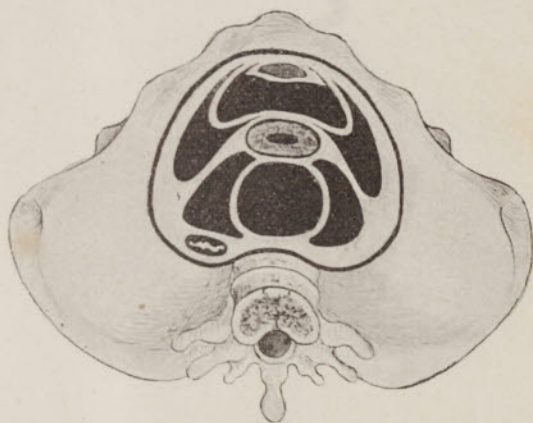


FIG. 244

Esquema del tejido celular pélvico peri-uterino y sus distintas prolongaciones.

Esta zona de tejido conjuntivo lateral que rodea el cuello del útero y se extiende formando dos alas, presenta dos regiones distintas: una en la parte baja, en la base del ligamento ancho, de figura triangular, con el vértice hacia el cuello del útero y la base hacia las paredes pélvicas, llamada por Delbet vaina hipogástrica, porque corren entre sus mallas las ramas de la hipogástrica y entre ellas la uterina; hacia arriba queda limitada por las dos hojas peritoneales del ligamento ancho que llegan á ponerse en contacto, separadas sólo por una pequeña cantidad de tejido celular. En el espesor de la vaina hipogástrica ó base del ligamento ancho ó parametrio (por extensión) corren la arteria y venas uterinas, los linfáticos, el uréter, y hacia afuera la hipogástrica con sus colaterales. La otra región se encuentra en el borde superior del ligamento ancho, entre las hojas del meso-salpinx, meso-ovario y ligamento redondo: forma el vértice del ligamento ancho y se extiende hacia la fosa ilíaca, conteniendo la arteria y vena ováricas.

Las lesiones de la celulitis pelviana son las de toda flogosis del tejido conjuntivo. Un período de hiperemia activa, seguido de un período de infiltración ó de edema caracterizado por extravasación serosa y leucocitaria, que forma

nódulos de edema más duros ó blandos, según las regiones y las circunstancias en que se desarrolla, y finalmente un período de terminación, caracterizado por la reabsorción lenta ó rápida de los exudados ó por la formación de un absceso ó pasando al estado crónico. Estas lesiones pueden afectar tres formas principales: la pelvi-celulitis difusa, el flemón de la vaina hipogástrica y el flemón del ligamento ancho, como las más frecuentes.

En la *pelvi-celulitis difusa* la flogosis, por decirlo así, no reconoce límites, suele comenzar alrededor del cuello del útero, en la base de los ligamentos anchos, y se extiende bien pronto por toda la región de la vaina hipogástrica ó parametrium; se corre, siguiendo el trayecto de los vasos ó atravesando el tabique de separación de la vaina hipogástrica en su parte anterior, al paracis-

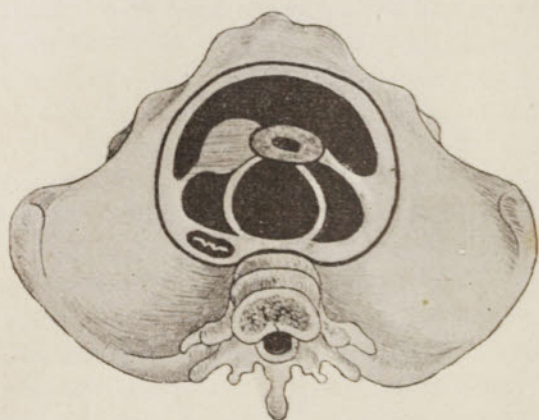


FIG. 245

*Flemón incipiente de la vaina hipogástrica ó de la base del ligamento ancho.*

que en este período ocurra con más frecuencia, por cuanto el tejido celular está más movable é infiltrado que en otros períodos y los tabiques de separación ofrecen menos resistencia. Es una verdadera linfangitis peri-uterina difusa, que Virchow ha comparado á una erisipela: es un verdadero flemón séptico difuso.

El *flemón de la vaina hipogástrica* es una celulitis circunscrita, conocida también con el nombre de parametritis ó flemón de la base del ligamento ancho; tiene su asiento en el tejido celular de la vaina hipogástrica. Es, sin duda, la forma más frecuente de la celulitis pélvica; se inicia al lado del cuello del útero y va invadiendo todo el tejido celular de la base del ligamento ancho, hasta formar tumoraciones de tamaño muy variable; generalmente alcanza la mitad correspondiente del cuello del útero, al que abraza como una argolla; desciende algo por el tejido paravaginal, de modo que la tumoración baja más que el cuello, y en la parte lateral y alta de la vagina se encuentra una induración más ó menos grande y muchas veces en forma de media luna. Distiende las hojas del ligamento ancho, pero no alcanza el vértice de dicho ligamento; hacia afuera tiene por limite la pared pélvica (figs. 245 y 246). A veces ofrece mayor

la vejiga, y por debajo de la pared abdominal, donde forma un verdadero *plastron*; hacia los lados invade la fosa iliaca por fuera, y por dentro, corre por delante y detrás del cuello para llegar al lado opuesto; hacia abajo, se propaga alrededor de la vagina en el paracolpium, y por arriba, alcanza la parte alta del ligamento; hacia atrás, se corre en el paraproctium, y á los lados del recto forma también sus zonas flogísticas.

Es una verdadera celulitis difusa, en general aguda, y la mayor parte de veces se presenta durante el puerperio; se comprende

volumen hacia la parte anterior, de modo que forma relieve por el fondo de saco vaginal anterior, y otras levanta más la hoja posterior del ligamento ancho, de modo que se presenta el abultamiento hacia atrás.

Muchas veces el flemón de la vaina hipogástrica queda limitado á su propia zona, respetando los tabiques de separación, pero otras veces muestra tendencia á propagarse hacia distintos puntos; la propagación más frecuente es hacia atrás, al tejido pararectal, y entonces forma una tumoración lateral en el fondo de Douglas; otras veces se extiende á la zona anterior ó paravesical y se combina el flemón de la base del ligamento ancho con una paracistitis que puede formar *plastron* detrás de la pared abdominal, confundiendo con el flemón del ligamento ancho; ó bien puede la infiltración ganar, por la cara anterior del ligamento ancho, la zona del ligamento de Falopio, ó ganar el psoas y por el tejido celular sub-peritoneal la zona lumbar.

El *flemón del ligamento ancho*, adaptándose á la nomenclatura francesa hoy corriente, tiene su foco en la parte alta del ligamento, entre las hojas del peritoneo que forman el meso-salpinx, generalmente hacia su parte externa, de modo que fácilmente se corre hacia el tejido sub-peritoneal de la fosa ilíaca y lo encontramos formando por extensión un verdadero flemón

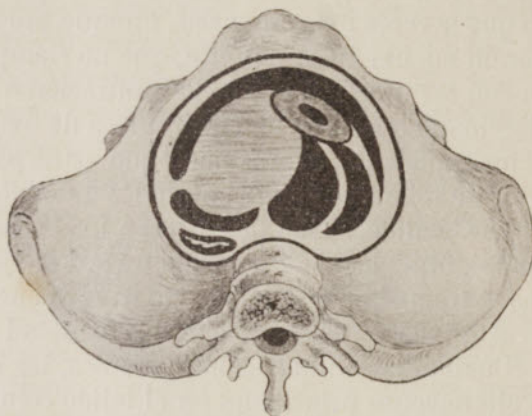


FIG. 246

*El mismo, mucho más desarrollado, formando ya una gran tumoración y dislocando el útero hacia el lado opuesto.*

ilíaco que tocamos por encima del arco de Falopio ó á nivel del conducto inguinal.

Estas son, sin duda, las localizaciones más frecuentes, pero no las únicas, puesto que á veces, con integridad de la vaina hipogástrica, existe una celulitis posterior y otras anterior: aquélla en el pararectum y ésta en el paracistium, si bien generalmente son extensiones de la parametritis.

Las infiltraciones, que á veces llegan á ser enormes, sobre todo las de la vaina hipogástrica, producen dislocaciones de los órganos pélvicos de una manera puramente mecánica, y fenómenos de compresión en los vasos que las atraviesan.

Cuando el flemón termina por resolución, todos los exudados se reabsorben con más ó menos rapidez, según los casos: á veces bastan quince días para que esto ocurra y todo entre en la normalidad; otras es una absorción lenta, que dura un par de meses, y en ocasiones al cabo de un año todavía persisten inducciones que muy lentamente acaban por desaparecer.

Cuando termina por supuración, en general se forma un foco único de pus, contenido en una cáscara de exudados más ó menos duros que le forman una verdadera cavidad; á veces es tan gruesa la cáscara que no deja percibir la

fluctuación, aun con cantidades grandes de pus. Otras veces está menos limitada la cavidad supurada y el pus tiende á emigrar en distintas direcciones, siguiendo igual camino que sigue el flemón al propagarse y que le marcan los vasos y tabiques. Así, desde la base del ligamento ancho puede emigrar hacia adelante, entre el útero y la vejiga ó hacia delante de ésta; hacia atrás y adentro á los lados del recto, y hacia atrás y afuera á la escotadura ciática, viniendo á la región glútea; hacia afuera puede correr por la fosa ilíaca y venir debajo del arco crural ó hacia el agujero obturador. Desde el vértice del ligamento puede correr hacia atrás y arriba hasta la región renal ó hacia abajo y adelante hacia el arco crural; á veces sigue al ligamento redondo y se insinúa en el conducto inguinal por su parte externa. Ello da lugar á una serie de variedades clínicas á cual más interesante. No siempre el pus forma una sola colección, sino que á veces existen varias, aunque muy próximas, y es un hecho digno de tener en cuenta en la práctica, que no siempre la cantidad de pus guarda relación con las proporciones de la infiltración ó exudado, sino que, por el contrario, es frecuente observar una gran masa de exudado encerrando una cantidad de pus insignificante, lo que hace que para alcanzarlo sea preciso atravesar un grosor de tejido infiltrado enorme y difícil de calcular.

Las cualidades del pus ofrecen toda clase de variaciones: unas veces claro y seroso, otras loable y amarillo ó verdoso; á veces es completamente inodoro y otras extremadamente fétido. No es raro encontrarlo también mezclado con sangre. Algunas veces contiene cierta cantidad de gases.

Cuando la celulitis se hace crónica, las induraciones se perpetúan y ocurren dos alteraciones principales en el tejido celular pelviano, de las que raro es que no quede alguna pequeña muestra en los casos en que termina por la más favorable resolución. Una de ellas es la induración, en la que los exudados se hacen tupidos y duros de tal manera, que si forman tumoraciones limitadas se confunden fácilmente con miomas del útero, y si tienen una disposición algo extensa y difusa, es tal su dureza que, ya desde mucho tiempo, se conocen con el nombre de parametritis *leñosas*. La otra consiste en una verdadera atrofia del tejido celular, de manera que Freund la ha designado con el nombre de parametritis *atrofiante*; los ligamentos anchos se encogen, pierden su elasticidad y el útero se inmoviliza, por falta de flexibilidad y deslizamiento del tejido celular. A más se encuentran las dos formas de celulitis crónica combinadas, y entonces se descubren puntos de induración que simulan verdaderos nódulos neoplásicos.

**Síntomas y diagnóstico.**— Generalmente se inicia por un escalofrío, á veces sumamente intenso, y bien pronto aparecen las manifestaciones propias de la celulitis pelviana, de las que las principales son: el dolor, las metrorragias y la retención de orina, como fenómenos locales, y la fiebre, inapetencia y otras manifestaciones generales de la infección.

El dolor es constante; aunque muy variable en intensidad, tiene el carácter de dolor gravativo agudo con exacerbaciones, localizado principalmente al lado afecto de la pelvis y con irradiaciones crurales, lumbares, rectales y vesicales; á veces el dolor es poco acentuado y precisa buscarlo y llamar la atención de la enferma para concederle el valor que verdaderamente tiene; se sostiene du-

rante los primeros días, calmando cuando llega el período final, cualquiera que sea la terminación que pueda tener, si bien persiste el dolor en algunas formas supuradas.

Aparte de que si existe coincidencia con el período menstrual, éste suele estar muy aumentado, es sumamente frecuente la aparición de metrorragias, á veces intensas y rebeldes, que persisten durante diez y doce días. La metrorragia es siempre venosa y debida á la congestión uterina producida por la compresión que el exudado de la vaina hipogástrica produce sobre las venas, dificultando la circulación de retorno.

La retención de orina es frecuente en las formas algo intensas, y debida á la misma causa que la origina en la pelvi-peritonitis. Raro es que por propagación la celulitis no alcance al tejido celular paravesical, y entonces su influencia sobre la túnica muscular de la vejiga es paralizarla por dificultad de contracción y producir la retención de orina, en cuyo caso la enferma orina por reboamiento. Siempre que una enferma afecta de flogosis pelviana dice que orina con frecuencia, debe sospecharse una retención de orina, que, por otra parte, será facilísimo descubrir por el tumor resistente y esférico que la vejiga distendida forma en el hipogastrio; á veces se sostiene la retención durante varios días.

Aunque existe congestión uterina, si no hay concomitancia de metritis, falta la leucorrea, que, por otra parte, no deja de ser algo frecuente.

La defecación es dolorosa y á menudo existe tenesmo rectal.

Bien pronto se despiertan los fenómenos febriles, marcando el termómetro 39° y en ocasiones 40°, cuando la celulitis es intensa, aguda y algo difusa. Generalmente la temperatura muy alta no se sostiene, sino que pronto baja entre 38° y 39°, en cuyas alturas se sostiene períodos largos, particularmente cuando termina por supuración. El pulso sigue en sus variaciones á la temperatura, y si bien llega á veces á ser muy frecuente, hasta 130 y aun más, no es lo más corriente, sino que se queda muchas veces entre 100 y 110, sobre todo transcurridos los dos ó tres primeros días que suelen marcar el período de invasión flemonosa: es lleno y amplio, y no pequeño y duro como en la pelvi-peritonitis.

Conjuntamente con la fiebre existe inapetencia, mal sabor de boca, tendencia á la náusea, constipación, fenómenos todos que persisten más ó menos tiempo, según la forma de que se trata. El rostro de la enferma, aunque indica sufrimiento, no se descompone ni presenta el sello de angustia que ofrece en la pelvi-peritonitis.

Todos estos síntomas, por muy característicos que puedan parecer, no bastan para establecer un diagnóstico, sino que se hace preciso recurrir á la exploración directa.

La palpación proporciona pocos datos, puesto que la infiltración no es asequible más que en los casos en que se propaga hacia la fosa ilíaca, ligamento de Falopio ó tejido celular pre-vesical; en los demás casos, tan sólo se observa un aumento en la sensibilidad cuando se practica una palpación profunda en la fosa ilíaca.

El tacto vaginal ó vagino-rectal y la exploración combinada proporcionan los principales elementos diagnósticos, sin lo que es imposible establecer de una manera precisa el calificativo de pelvi-celulitis. El dato más característico es

una tumoración en el fondo de saco lateral, que se confunde con el cuello del útero, del que no está separada por intersticio ninguno, inmediatamente submucosa, que alcanza también la pared lateral de la vagina, en la que desciende más ó menos abajo y que se extiende hacia afuera y arriba más ó menos, según los casos, lo que puede comprobarse por la exploración combinada. Frecuentemente esa tumoración, propia y característica del flemón de la vaina hipogástrica, presenta propagación hacia adelante ó detrás del cuello ó bien en ambas partes, simulando entonces una media luna que abrazara el cuello del útero. Cuando el flemón es de la parte alta del ligamento ancho, el tumor es más difícilmente asequible, pero se encuentra también al través del fondo de saco lateral y á una profundidad variable.

Cuando lo que existe principalmente es una paracistitis, la infiltración la descubre el tacto vaginal en la pared vaginal anterior, en la que desciende más ó menos abajo, y si se trata de una celulitis posterior, se encuentra en la pared vaginal posterior, prolongándose entre la vagina y el recto, con gran espesamiento del tabique recto vaginal, según se comprueba fácilmente por el tacto rectal combinado con el vaginal: esta tumoración del tabique desciende á veces hasta el periné.

Estas tumoraciones ofrecen al tacto consistencia variable, según el período, y las más de las veces no llega á descubrirse la fluctuación, aunque esté ya formada una colección de pus.

El útero ha perdido mucho de su movilidad, y si la celulitis es doble llega á inmovilizarse; cuando es de un solo lado y está algo acentuada, se encuentra la matriz algo dislocada hacia el lado opuesto.

En los casos típicos no ofrece dificultad ninguna el diagnóstico, basándolo en la existencia de los fenómenos generales y en la percepción de la tumoración correspondiente. Con lo que más fácilmente puede confundirse es con la salpingo-ovaritis y con la pelvi-peritonitis.

En la salpingo-ovaritis la historia de la enferma es muy distinta, los dolores son más agudos por regla general, los fenómenos generales más remisos si no existe peri-anexitis, en cuyo caso son más violentos; y á la exploración encontramos el tumor más profundamente situado, generalmente hacia atrás, en la parte lateral del fondo de Douglas; está separado del útero por un intersticio que el tacto descubre entre la matriz y la tumoración, que, por otra parte, se presenta más redondeada, menos difusa y, por tanto, mejor dibujada y á veces algo movable, mientras que en la celulitis el tumor está situado al lado del cuello, transversalmente, es difuso y está unido con el útero. El diagnóstico se hace más difícil cuando se trata de diferenciar una salpingo-ovaritis de un flemón del ligamento ancho; en éste el tumor está situado más alto, y en vez de encontrarse hacia atrás, en el Douglas, se descubre su prolongación más bien hacia adelante y en la fosa ilíaca. En ambos casos es un buen síntoma diferencial la bilateralidad de las lesiones, pues ésta es tan frecuente en las salpingitis como rara en las celulitis: en éstas la mucosa no se desliza sobre la tumoración y en aquéllas sí. Cuando la anexitis está complicada con celulitis del lado correspondiente, el diagnóstico ofrece dificultades, pero un examen atento permite descubrir, de una parte, la tumoración anexial y, de otra, la infiltración celular.

En los casos típicos no es tampoco difícil diferenciar la pelvi-celulitis de la pelvi-peritonitis. En la pelvi-peritonitis el comienzo de la enfermedad es más violento, los dolores más agudos y paroxísticos, casi siempre se presentan vómitos y meteorismo, que faltan en la celulitis; la temperatura es más elevada en la pelvi-peritonitis y el pulso más frecuente, pequeño y duro que en la pelvi-celulitis, cuyo pulso, lleno, amplio y menos frecuente, no puede confundirse con el pulso peritonítico. Aparte estos síntomas, que por sí solos no carecen de valor, la tumoración en la pelvi-peritonitis ocupa siempre el fondo de Douglas, y aunque puede estar más acentuada en un lado, la línea media ofrece siempre una tumoración marcada y perceptible, sobre todo por el tacto recto-vaginal; si la lesión es de alguna fecha, los exudados son también perceptibles en el fondo de saco posterior, donde frecuentemente se percibe como una barra transversal dura é inmóvil y á menudo dolorosa, la que es también perceptible por el tacto rectal, pues casi siempre forma á su nivel una estrechez algo acentuada. A consecuencia de la difusión de las lesiones en la pelvi-peritonitis, el útero está más inmóvil que en la pelvi-celulitis, y con mayor frecuencia que en ésta se presentan desviaciones uterinas.

El diagnóstico diferencial más difícil es entre la pelvi-peritonitis y la parametritis posterior, pues en ambos casos la induración ocupa el fondo de saco posterior y la línea media; sin embargo, el tumor peritonítico es más redondeado y envía sus prolongaciones hacia arriba al estrecho superior; en la celulitis es más difuso y emite prolongaciones hacia los lados y sobre todo hacia abajo, en el tabique recto-vaginal. Si la lesión es antigua, se encuentran, en el primer caso, adherencias del útero á la pared anterior del recto y retro-desviaciones, y en el segundo, simplemente induración y retracción del fondo de Douglas y acortamiento de los ligamentos útero-sacos.

Los exudados parametríticos antiguos, que se presentan duros, redondeados y unidos á la matriz, pueden fácilmente confundirse con miomas del útero extra-parietales é intra-ligamentosos. Sin embargo, el mioma es liso y redondeado en toda su periferia, mientras que el exudado raramente carece de prolongaciones; ambos pueden ser movibles, pero lo es mucho más un mioma que un exudado; raro será, por otra parte, que, tratándose de un mioma, no descubra el tacto un intersticio entre el útero y el tumor. Por otra parte, la anamnesis puede en estos casos servir de apoyo al diagnóstico diferencial.

A pesar de todo, se observan casos en que el diagnóstico es sumamente difícil, dada la dificultad, por una parte, de establecer una anamnesis perfecta y, por otra, dada la imbricación de distintas lesiones, ya que no es raro encontrar salpingo-ovaritis con peritonitis y celulitis, así como un flemón peri-uterino intenso no dejará de producir, con frecuencia, reacción peritoneal y anexial más ó menos acentuada. En los casos difíciles la anestesia general es un gran recurso para poder limitar bien las lesiones; también, habida cuenta de las variaciones que con cierta rapidez suelen ofrecer los procesos flogísticos, la observación, con algunos días de intervalo, puede ofrecernos cambios que sirvan perfectamente para aclarar un diagnóstico obscuro.

**Curso, complicaciones y pronóstico.**— El curso de la celulitis es sumamente variable. Existen multitud de casos de una agudez extrema y otros



en que la cronicidad se presenta muy acentuada. Para los casos agudos, en quince á treinta días recorre la afección todo su ciclo, terminando por resolución completa y reabsorción rápida de los exudados en un gran número de ellos ó formando una colección purulenta, que suele abrirse espontáneamente hacia la vagina ó el recto; cuando la tumoración se presenta muy prominente, hacia la vagina y en el fondo de saco lateral, la mayor parte de las veces se abre espontáneamente en la cavidad vaginal, y si al reconocer la lesión encontramos la tumoración blanda, podemos asegurar que no se hará esperar veinticuatro horas; otras veces la abertura se verifica por el recto, siguiendo una de las propagaciones peri-rectales.

En las formas crónicas las lesiones ofrecen un carácter de permanencia que en algunos casos más parece se trata de una neoplasia que de un exudado flogístico; semanas y meses se sostienen sin grandes variaciones, aunque la reabsorción se vaya realizando con más ó menos lentitud; siempre que se presente una de estas formas, rebeldes y esencialmente crónicas, es de sospechar que en el centro del exudado existe una pequeña colección purulenta que mantiene los fenómenos irritativos; sin embargo, aun dada esta circunstancia, puede el pus esterilizarse y reabsorberse ó quedar reducido por su caseificación á una pequeña masa dura é inerte; esto ocurre con mayor facilidad en las celulitis que en las salpingitis, porque la cavidad de aquéllas absorbe más fácilmente que la de éstas.

En las formas atróficas y en las induradas ó leñosas antes mencionadas, las lesiones adquieren un carácter de permanencia tal, que pueden perfectamente calificarse de incurables. En los demás casos, aun dada la cronicidad de la dolencia, su tendencia es hacia la curación espontánea; la reabsorción puede ser lenta, á veces imperceptible, pero generalmente es continua, y así se explica la desaparición, indicada por algunos médicos, de neoplasias que no eran más que exudados celulares. Recuerdo haber leído de un ginecólogo que practicó una laparotomía á una enferma que había parido hacía cuatro meses, por un tumor redondeado, liso, duro é indoloro en la fosa iliaca izquierda, y encontrando en la operación una masa sub-peritoneal infiltrada en el ligamento ancho, volvió á cerrar el vientre, y en los comentarios se muestra extrañado de que la tumoración hubiese desaparecido á los seis meses. Estos casos no son tan raros que no merezcan ser conocidos de todo ginecólogo; por mi parte he visto bastantes, y se me han recomendado enfermas en tales condiciones para una intervención quirúrgica, que una observación prolongada ha demostrado, con la desaparición del tumor, la naturaleza de las lesiones.

Las formas más graves de celulitis pelviana son las supuradas, y entre éstas la celulitis aguda y difusa y las formas que podríamos llamar migratorias, y en las que el pus no sale espontáneamente por las cavidades naturales, vagina, recto ó vejiga, según ocurre en la mayoría de ocasiones.

La *celulitis aguda difusa* es una forma sumamente grave y á menudo mortal. Algunos la llaman *celulitis disecante*, otros *gangrenosa*, y aparte de los casos puerperales, que es cuando es más frecuente, se presenta después de intervenciones, aun pequeñas, como la discisión del cuello, en las que se verifica una inoculación séptica virulenta. Esta forma recorre su ciclo en quince ó veinte días: los fenómenos locales no presentan limitación, encontrándose infiltraciones

á ambos lados de la pelvis, alrededor de la vejiga y del recto; toda la pelvis está dolorida, los fenómenos generales se mantienen muy acentuados con escalofríos repetidos; el pus se forma en distintos sitios á la vez, y la enferma muere de intoxicación séptica antes de que el pus aparezca por ningún lado ó aun después que ya se hace evidente por alguno de los sitios de elección, porque los focos restantes mantienen la intoxicación del organismo. Otras veces se propaga al peritoneo, y una peritonitis séptica viene á agravar y acelerar la situación. Aunque algunas veces la celulitis séptica difusa aguda puede terminar favorablemente limitándose las lesiones, y formándose y eliminándose distintas colecciones purulentas, es, sin ningún género de duda, la forma más grave y que produce la muerte lo menos en la mitad de los casos.

Las *formas migratorias* son bastante más raras que las que se abren en las cavidades inmediatas. Puede el pus emigrar hacia adelante de la vejiga y venir á abrirse por encima del pubis, lo que se señala por una rubicundez é inflamación de la piel; otras veces emigra hacia el ligamento de Poupert, apareciendo por encima ó debajo del mismo y más hacia afuera ó hacia adentro, según que en su emigración haya seguido el tejido celular sub-peritoneal ó el ligamento redondo; y también en esta región forma una placa indurada, que se inflama y enrojece antes de dar salida al pus; á veces asciende hacia arriba, siguiendo los músculos psoas é ilíacos y viene á fraguarse salida en la región del cuadrado lumbar, ó bien siguiendo los mismos músculos hacia abajo llega al triángulo de Scarpa, ocurriendo en tales circunstancias que la placa cutánea de induración va precedida algunas veces de una psoitis, con la retracción y abducción consiguientes del muslo; en ocasiones emigra el pus hacia la escotadura ciática y aparece en la región glútea ó hacia el espacio isquio-rectal, ó bien termina en el periné ó hacia el agujero obturador, ó viene á parar en la parte alta é interna del muslo. De todas estas emigraciones, son las más frecuentes las que conducen el pus hacia la región del ligamento de Poupert. Los experimentos de Koenig (1), ya mencionados, indican el por qué de estas emigraciones purulentas. Generalmente, el pus tarda bastante en recorrer esos distintos caminos, de manera que suele necesitar cuatro, seis y más semanas antes de aparecer en la región correspondiente y formar la placa indurada; cuando ésta aparece y se enrojece, puede tenerse por segura la evacuación espontánea del pus, aunque Olshausen cita casos en que esto ha ocurrido, y yo también he tenido ocasión de verlo, sin que saliera el pus, reabsorbiéndose lentamente todo el exudado hasta desaparecer por completo.

Generalmente, la evacuación del pus, tanto si se realiza por la vagina, recto ó vejiga (en estos últimos puntos la placa de induración, reblandecimiento y abertura va acompañada de tenesmo rectal ó vesical), ó por alguno de los puntos mencionados de emigración, va seguida de una mejoría rápida y de curación completa, reabsorbiéndose rápidamente los exudados que quedan. Alguna vez ocurre que el pus no se evacúa por completo, y los fenómenos generales de infección se reproducen hasta que una nueva evacuación produce una nueva mejoría, y así puede terminar agotándose ó adquiriendo un carácter de supuración crónica recidivante que no carece de gravedad; el hecho es más

(1) Véase tomo I, pag. 29.

frecuente, dentro de su rareza, en las aberturas rectales que en las demás; en las aberturas vesicales existe el peligro de una cistitis y pielitis ascendente.

El *pronóstico* de las formas supuradas es de cierta importancia, pues si bien termina frecuentemente por la evacuación espontánea del pus, no ocurre esto sin que la enferma presente todo el cuadro de una infección supurada y el deterioro correspondiente en la economía, aparte de que algunas veces, á pesar de la abertura espontánea, termina por la muerte. Es difícil precisar el número de casos de celulitis que terminan por supuración; algunos autores, como Veit, Mac-Clintock y otros creyeron que era de un 50 por 100; algunos, como Courty, Munde y otros, lo calcularon tan sólo en un 10 por 100, pero es de notar que en aquella época no se distinguían bien los abscesos paramétricos de los anexiales y por lo tanto las proporciones son exageradas. Actualmente se considera que son relativamente pocos los flemones pélvicos que supuran, y aun considerando escasa la proporción de un 2 por 100 que le señala aproximadamente Olshausen, todos los autores están conformes en que, dada la frecuencia de los exudados paramétricos, es relativamente rara la terminación por supuración y abertura espontánea. Delbet ha procurado deslindar la frecuencia relativa de las distintas aberturas espontáneas y ha encontrado que en 95 casos hubo 30 abiertos en la vagina, 28 en el recto y 18 en la vejiga; los demás en otras regiones ó sin abertura espontánea.

Entre las distintas *complicaciones* de la parametritis supurada existe una relativamente muy rara, y es la abertura hacia el peritoneo; como generalmente en el sitio del ligamento ancho donde tiene lugar la rotura, ó sea su hoja posterior, se forman antes zonas de peritonitis defensiva y adherencias con los órganos vecinos, ovario, epiploon, intestinos, cuando tiene lugar la abertura no se difunde el pus y queda reducido el accidente á una pelvi-peritonitis que complica la pelvi-celulitis, complicación que puede también presentarse por el simple hecho de propagación. Empero si estas defensas no se han formado y tiene lugar la abertura del absceso, la consecuencia es una peritonitis agudísima y mortal; el hecho es raro, pero no tanto que no deba tenerse en cuenta, pues está perfectamente comprobado por autopsias; he tenido ocasión de ver uno en el que la autopsia demostró un absceso enorme de la vaina hipogástrica que perforó la hoja posterior del ligamento ancho, inundando el peritoneo de pus; la enferma murió á las veinticuatro horas y la autopsia demostró el mecanismo indicado.

El pronóstico general de la parametritis, si bien muchas veces no es grave por su tendencia á la resolución, otras tienen importancia por su cronicidad ó incurabilidad, y en las formas supuradas merece siempre ser considerado de cierta entidad, tanto por los desperfectos que ocasiona como porque en cierto número de casos termina por la muerte.

**Tratamiento.**—Se confunde con el de las flogosis salpingo-ováricas y peritoníticas. Mientras dura el período flemonoso, el tratamiento antiflogístico debe ponerse en práctica tal como se ha descrito en capítulos precedentes. Reposo absoluto en la cama, dieta líquida, algún laxante, revulsivos y aun emisiones sanguíneas (sanguijuelas) en el bajo vientre para los casos de flogosis intensa. Irrigaciones vaginales, supositorios de ictiol ó taponamientos ictiolados, etc., como tratamiento tópico, hasta que la celulitis desaparezca.

Cuando se hace crónica ó tiene desde el comienzo este carácter, para facilitar la reabsorción de los exudados tenemos varios medios que parecen favorecerla, sin que se pueda precisar la eficacia positiva de cada uno de ellos, porque se trata de un fenómeno que ya se presenta espontáneamente y con carácter variable en cada caso. Con este fin se obtendrán buenos resultados administrando los preparados yódicos y los laxantes á fin de evitar el estreñimiento, tan frecuente en estos casos, las irrigaciones muy calientes y sostenidas, los supositorios ó taponamientos y también la columnización de la vagina, recomendada por algunos con el fin de favorecer la reabsorción y reblandecimiento de exudados, practicada con perdigones y colocando á la enferma en posición algo declive. Los revulsivos ligeros y repetidos sobre el hipogastrio, la tintura de yodo y las puntas de cauterio favorecen la reabsorción de exudados paramétricos.

Los baños generales son de alguna utilidad, sobre todo si son clorurado-sódicos, como los de Salies de Bearn ó la Toja; en su defecto, y cuando la fortuna de la enferma no permita ni una estación termal ni el empleo de las sales extraídas, los baños de agua de mar son de bastante utilidad. Se recomiendan los baños de lodo, de los que carezco de observación propia, así como de los que acabo de indicar he visto muy buenos resultados.

El masaje cumple una de las mejores indicaciones en estas formas crónicas, con exudados indurados y cordones fibrosos y nudosos en el parametrio, que inmovilizan la matriz; con él se reblandecen, el útero se moviliza y lentamente los exudados se reabsorben.

No he visto de la electrolisis otro efecto que el de calmar el dolor en algunos casos; no me parece que cumpla una gran indicación, ni que sea de mucha utilidad.

En las formas supuradas el tratamiento ha de seguir siendo antiflogístico, y lo único discutible es la oportunidad ó necesidad de una intervención quirúrgica evacuadora. El que haya presenciado algunos casos complicados ó graves, ó haya visto una irrupción peritoneal, no se contentará con abandonar á su curso espontáneo una parametritis supurada; aunque la mayoría terminen satisfactoriamente, basta algún caso de muerte inevitable, como el que antes cité y otros, para que no se pueda considerar la expectación como medio aceptable; habida cuenta de la ninguna gravedad que tales intervenciones tienen, pienso que es más peligrosa la expectación que la intervención. Lo discutible es el momento oportuno de practicarla, y respecto de esto, creo que debe aceptarse siempre que pueda diagnosticarse la existencia de pus; como este diagnóstico puede hacerse más por los fenómenos generales que por los locales, muchas veces ocurrirá que, en tanto el ginecólogo observa y recoge datos para diagnosticar la supuración, el absceso se abrirá espontáneamente. En realidad, no me parecen beneficiosas las intervenciones prematuras, aun antes de existir la formación de pus, y tengo la convicción de que algunas veces serán perjudiciales; opino, por tanto, que debe aguardarse á que el pus exista, pues no son pocos los casos que se resuelven cuya supuración parece inevitable; si alguna vez creemos la intervención urgente, y el diagnóstico es dudoso, lo que ocurre en muy contados casos, podremos recurrir á una punción exploradora que nos dé certeza diagnóstica, pero una vez adquirida ésta, es preferible la intervención á la expectación.

En cuanto á la técnica, será descrita en el siguiente capítulo.