

2-51  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO :-  
FACULTAD DE MEDICINA

---

**PADECIMIENTOS PELVIANOS  
DE NATURALEZA EXTRAGENITAL  
QUE PUEDEN DAR  
CUADRO GINECOLOGICO**



---

**T E S I S**  
QUE PARA SU EXAMEN PROFESIONAL  
DE MEDICA, CIRUJANA Y PARTERA PRESENTA  
**CONCEPCION MANCILLA RIVERA**

---

1936  
MEXICO, D. F.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**A mis padres:**  
el Sr. **JOSE CRUZ MANCILLA**  
y Sra. **MARIA DE LA LUZ R. DE MANCILLA,**  
con mi cariño y gratitud inmensos.

**A mi hermano**  
**FERNANDO**  
in memoriam.

**A MIS HERMANOS,**  
con todo mi cariño.

**A mis tíos:**

**el Sr. Ing. ENRIQUE ORTUÑO  
y Sra. DOLORES M. DE ORTUÑO,  
con mi eterno agradecimiento.**

**A la memoria de mi querida abuelita: Sra.  
CONCEPCION G. VDA. DE MANCILLA.**

**A mi tío: el Sr.  
SANTIAGO MANCILLA,**

**A mi maestro:  
el Dr. GONZALO CASTAÑEDA,  
eminente ginecólogo,  
a quien debo la realización  
de este trabajo.**

**A TODOS MIS MAESTROS.**

**A mi compañero  
Dr. ANTONIO H. ITURRIAGA.**

**A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS.**

**AL HOSPITAL GENERAL.**

---

# INTRODUCCION

La patología de los órganos pélvicos se manifiesta en la gran mayoría de los casos por sintomatología genital, aun cuando su etiología sea muy diversa; figuran en efecto afecciones ya intra, ya extraperitoneales que sin estar en el útero o en sus anexos por su vecindad anatómica simulan perfectamente padecimientos ginecológicos, de tal manera parecidos que inducen a equívocos y confusión; tenemos por ejemplo: las adenitis tuberculosas o cancerosas cuando afectan los ganglios pelvianos forman tumores que aunque están fuera del peritoneo invaden la cavidad pelviana por el sitio de los órganos genitales y como dan calentura y dolor, como se aprecian tumores por la palpación abdominal se piensa en algo inflamatorio o neoplasia anexial sin serlo; la apendicitis de tipo pelviano sea aguda o crónica engendra por mecanismo particular síndromes ginecológicos verdaderos pero con aparato genital indemne y como los anteriores otros muchos padecimientos que arrojan sintomatología genital sin que el repetido aparato genital padezca en rigor.

El presente trabajo, ofrecido a la consideración de ustedes, señores jurados, no es una novedad, es una copilación de los padecimientos que pueden ofrecer síndromes pelvianos de origen extragenital, con algunos casos observados por mí en el curso de mi interinato; está sujeto a comprobación o rectificación, por lo cual apelo a la amplitud de vuestro criterio y a vuestra benevolencia.

**EL SUSTENTANTE.**

---

# CONTENIDO:

CAP. I.—ANATOMIA CLINICA.

„ II.—CLINICA DE LA PELVIS.

„ III.—PADECIMIENTOS PELVIANOS MAS FRECUENTES  
QUE PUEDEN DAR CUADROS GINECOLOGICOS.

„ IV.—CASOS CLINICOS.

„ V.—CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

---

## CAPITULO I

# Anatomía Clínica

La pelvis es uno de los segmentos del cuerpo humano más importantes en clínica. Está esencialmente constituido por una especie de cinturón huesoso revestido exterior e interiormente de partes blandas; está cerrado hacia abajo por el suelo perineal y por arriba comunica ampliamente con la cavidad abdominal. Desde el punto de vista anatómico, se le consideran dos segmentos: la pelvis mayor y la pelvis menor, separadas entre sí por el estrecho superior. La pelvis mayor comprende la fosa iliaca derecha, la fosa iliaca izquierda y el hipogastrio. La pelvis menor es la excavación propiamente dicha desde el estrecho superior hasta el perineo y los órganos que contiene se dicen intrapélvicos. Ocupando ambas porciones están una parte del aparato digestivo y del génito-urinario.

**FOSA ILIACA DERECHA:** Los órganos de esta región son el ciego y el apéndice; éste como principal. El papel que ambos tienen en patología es considerable; envueltos completamente por el peritoneo, los procesos supurativos de la fosa iliaca, consecutivos a su lesión, dan origen a peritonitis enquistadas o difusas según su extensión. Los padecimientos del ciego son raros en comparación con los del apéndice. Puede decirse, que éste domina la patología de la fosa iliaca derecha. A pesar de sus medios de fijez, el ciego es muy movable y las situaciones que ocupa muy diversas; de aquí que el apéndice participe de estas posiciones tan disímolas y su sintomatología, cuando se enferma, aparezca por distintos rumbos. El ciego cuando está lleno se pone en relación: hacia delante, con la pared abdominal; hacia atrás, con el peritoneo de la fosa iliaca interna y el tejido celular subperitoneal; por fuera, con el músculo iliaco; y por dentro con las asas del intestino delgado; hacia arriba se continúa con el colon y hacia abajo está en relación con el ángulo diestro que

forman la pared anterior del abdomen y la fosa iliaca interna. Estas son sus relaciones normales; pero cuando ocupa una posición baja entonces está en relación con los órganos contenidos en la cavidad pelviana. Su circulación está asegurada por ramas terminales de la mesentérica superior. Las venas van a la gran mesaraica. Los linfáticos se vierten en los ganglios ilio-cecales.

El apéndice como el ciego, al cual está fijado, tiene en la cavidad abdominal posiciones variables; las más comunes son tres: alta, baja y ectópica. Estas situaciones nos explican las apendicitis de sitio anormal. Con relación al ciego su situación varía mucho, puede ser: ascendente, descendente, externa e interna; y sus relaciones variarán también naturalmente. Cuando es descendente, se aloja en la cavidad pelviana y está en relación con el psoas iliaco hacia atrás; con la pared abdominal por delante; por fuera, con el fondo del ciego; por dentro, con las asas del intestino delgado; hacia abajo, con los vasos iliacos; de aquí las flebitis que se observan en el curso de las infecciones de este órgano. Cuando el apéndice está en situación baja y su longitud es anormal, en casos de inflamación se puede adherir a la vejiga, al recto, y en la mujer con el útero.

Cuando tiene una posición externa, sus relaciones son las siguientes: con la pared abdominal, por delante; con el músculo iliaco, por detrás; afuera, con la cresta iliaca, espina iliaca anterior y superior y arcada de Poupart; las colecciones purulentas a que da origen son enquistadas generalmente y fácilmente accesibles al cirujano. Apéndice interno: por sus relaciones totales con las asas intestinales es el más propenso, cuando se infecta, a dar peritonitis generalizadas sumamente graves. El apéndice ascendente da cuadros patológicos con sintomatología renal, vesicular o hepática.

Su circulación está asegurada por la arteria apendicular. Las venas van a las venas del ciego. Los linfáticos tienen un gran papel en la patología del órgano; por ellos se propaga la infección, a través de las paredes del apéndice, al peritoneo, y muchas veces llega a subir hasta las pleuras.

**FOSA ILIACA IZQUIERDA:** El órgano que más importancia ofrece en esta región es la porción del intestino grueso llamada colon ilio-pélvico, iliaca o sigmoide. A causa de su meso muy desarrollado y a veces muy largo, goza de una gran movilidad, siendo posible, por lo tanto, la torsión de esta asa, originando una variedad muy interesante de obstrucción intestinal.

Anatómicamente se le consideran dos porciones. La porción iliaca esta en relación: por delante, con la pared abdominal; y cuando está distendida es fácil sentir la materia fecal acumulada aquí; ha-

cia atrás, con los vasos iliacos y con los músculos iliaco y psoas, de los cuales está separada por la fascia iliaca, el tejido subperitoneal y la lámina de Told. La porción pélvica se relaciona: por su cara inferior con la vejiga y el recto, o está colocada entre estos dos órganos, en el hombre; en la mujer se relaciona con la vejiga y el útero, o se encuentra en alguno de los fondos de saco vésico uterino o recto vaginal. Cuando los órganos pelvianos están distendidos empujan hacia arriba a la sigmoide.

La circulación arterial se hace por las sigmoides, ramas de la mesentérica inferior. Las venas van a la mesentérica inferior o pequeña mesaraica. Los linfáticos se vierten en los ganglios que están escalonados a lo largo del borde adherente.

**PEQUEÑA PELVIS:** O cavidad pelviana propiamente dicha, está limitada hacia arriba por el estrecho superior, y hacia abajo por el perineo. Se encuentra recubierta interiormente por los músculos piramidales y obturadores internos; el piso perineal está formado por los elevadores del ano, los isquio-coccigeos y la aponeurosis de Carcassonn. Este tabique músculo aponeurótico divide la cavidad en dos espacios: uno superior el espacio pelvirectal superior o capa cé-lulo grasosa subperitoneal que comunica con todo el espacio subperitoneal del abdomen, con la región glútea y con la región inguinal. El espacio inferior situado debajo del elevador del ano, es completamente independiente de la excavación, es la fosa isquiorectal, pertenece al perineo, y las supuraciones que en ella se desarrollan no tienen tendencia a invadir la excavación y son fácilmente canalizadas. Las vísceras contenidas en la pequeña pelvis son: el recto y una parte del aparato urogenital. El peritoneo cubre en su parte superior estas vísceras, reflejándose entre ellas y formando los fondos de saco de Douglas y prevesical en el hombre, y el vésico uterino además en la mujer. Tanto en uno como en otra el de Douglas es el más bajo, es el punto más declive de la cavidad abdominal.

cia atrás, con los vasos iliacos y con los músculos iliaco y psoas, de los cuales está separada por la fascia iliaca, el tejido subperitoneal y la lámina de Told. La porción pélvica se relaciona: por su cara inferior con la vejiga y el recto, o está colocada entre estos dos órganos, en el hombre; en la mujer se relaciona con la vejiga y el útero, o se encuentra en alguno de los fondos de saco vésico uterino o recto vaginal. Cuando los órganos pelvianos están distendidos empujan hacia arriba a la sigmoide.

La circulación arterial se hace por las sigmoides, ramas de la mesentérica inferior. Las venas van a la mesentérica inferior o pequeña mesaraica. Los linfáticos se vierten en los ganglios que están escalonados a lo largo del borde adherente.

**PEQUEÑA PELVIS:** O cavidad pelviana propiamente dicha, está limitada hacia arriba por el estrecho superior, y hacia abajo por el perineo. Se encuentra recubierta interiormente por los músculos piramidales y obturadores internos; el piso perineal está formado por los elevadores del ano, los isquio-coccigeos y la aponeurosis de Carcassonn. Este tabique músculo aponeurótico divide la cavidad en dos espacios: uno superior el espacio pelvirectal superior o capa célula grasosa subperitoneal que comunica con todo el espacio subperitoneal del abdomen, con la región glútea y con la región inguinal. El espacio inferior situado debajo del elevador del ano, es completamente independiente de la excavación, es la fosa isquiorectal, pertenece al perineo, y las supuraciones que en ella se desarrollan no tienen tendencia a invadir la excavación y son fácilmente canalizadas. Las vísceras contenidas en la pequeña pelvis son: el recto y una parte del aparato urogenital. El peritoneo cubre en su parte superior estas vísceras, reflejándose entre ellas y formando los fondos de saco de Douglas, prevesical en el hombre, y el vésico uterino además en la mujer. Tanto en uno como en otra el de Douglas es el más bajo, es el punto más declive de la cavidad abdominal.

---

## CAPITULO II

# Clínica de la Pelvis

El pus que se localiza en la pelvis, se forma y se colecciona en la capa de tejido celular, en la cavidad peritoneal y en el cuerpo de los órganos huecos lo mismo que en los flancos; anatómicamente estas supuraciones se conciben separadas, pero en clínica por ocupar el mismo ámbito, por semejanzas de origen, por sus apariencias físicas y síntomas generales comunes, se confunden inevitablemente; su diferenciación es, empero, posible si se metodiza su estudio y se interpreta bien su aspecto y evolución.

El tejido conjuntivo subperitoneal de la pelvis al que limita por arriba y por dentro la serosa de esa cavidad, descansa abajo en la aponeurosis perineal superior o pelviana que cubre los músculos elevador del ano, obturador interno y sacro coccigeo; envuelve las vísceras del aparato urogenital y tiene expansiones hacia el hueco isquio rectal, hacia la región glútea por la escotadura ciática; penetra en el tabique recto vaginal e invade el muslo por el canal crural; en su trama corren los vasos iliacos, los nervios del plexo lumbar, el uréter y es asiento de numerosos ganglios. Su distribución peculiar y la riqueza de su contenido, explican el complejo sintomático de los flegmones pelvianos.

La infección del tejido conjuntivo subperitoneal pelviano es capítulo de clínica ginecológica; por el momento voy a referirme a las supuraciones quirúrgicas que en él se forman, la inflamación que les antecede es de tratamiento médico.

En general hay que temer y buscar pus quirúrgico en la pelvis en una apendicitis de tipo bajo que trueca su perfil peritoneal por el cuadro febril de la septicemia; hay lugar a pensar en un absceso

extraperitoneal en gentes jóvenes que han sufrido de osteomielitis del hueso iliaco en el crecimiento, en este caso el pus es subaponeurótico. Un signo que hace fijar la atención hacia una posible supuración pelviana dentro de un cuadro febril, son las impotencias del miembro inferior como cojera, propensión de la pierna a flexionarse en decúbito, como en la coxalgia por la defensa que el psoas iliaco opone al movimiento; los dolores de cintura, cadera y muslo son indicio de la irritación del plexo lumbar en su trayecto pélvico por una inflamación contigua. En casos avanzados y siempre que haya fiebre, si el hueco crural está borrado, la fosa iliaca pastosa, sensible, resistente; o el espacio prevesical doloroso, lleno y endurecido, debemos ver en ello signos inequívocos de que hay un proceso inflamatorio difuso del tejido celular de la pelvis, y ya con pus en la profundidad.

La cavidad pelviana se convierte en real, con derrame, cuando una pelviperitonitis se supura y se circunscribe por adherencias que limitan por arriba la colección a la manera de una bóveda; tal es el caso por ejemplo de una peritonitis de origen apendicular. Cuando el interrogatorio o la observación nos dicen que ha habido apendicitis y la enfermedad se alarga, hay lugar a sospechar alguna complicación de tipo adherencial sobre todo. Los datos recogidos por la exploración la comprueban; si ésta nos da una matriz en retroflexión, fondo vaginal posterior renitente, doloroso, recto aplastado a expensas de su cara anterior; podemos concluir que hay un derrame intraperitoneal en la pelvis baja y si además encontramos dolor, macicez, defensa arriba del pubis, o en la fosa iliaca, quiere decir que la colección purulenta es extensa y las adherencias están altas también. El examen físico habla en favor de pus cavitario, cuando la matriz es movable mientras que la celulitis supurada la inmoviliza y la bloquee y tiende a asomarse en el hueco crural, en las fosas, en el espacio prevesical y en el tabique inter-recto-vaginal. El pus cavitario por el contrario no se difunde, se encasquilla porque no tiene por donde extenderse. Cuando las supuraciones de la pelvis son muy viejas y la poca virulencia de sus gérmenes permita la formación de adherencias gruesas y duras, de esclerosis, dan la apariencia de tumor y pueden tomarse como neoplasias.

### FOSA ILIACA DERECHA

La anatomía topográfica entiende por fosa iliaca el espacio osteo fibroso que ocupa el psoas iliaco. En clínica su acepción más amplia incluye la cavidad pelvi abdominal con sus vísceras y el peritoneo que las envuelve, y las paredes pelviana y abdominal; tanto los ór-

ganos que contiene como sus capas anatómicas son atacados por padecimientos infecciosos ya sean agudos o crónicos, y por neoplasias; los síntomas y lesiones que generan se localizan en el mismo sitio, aunque tengan asiento en puntos diferentes; y se comprenden todas las modalidades clínicas que sus padecimientos ofrecen. A pesar de su naturaleza y sitio tan vario y disímulo, su revelación sintomática es idéntica dando cuadros comunes que se equivocan y confunden. Ya colocado el síndrome en la fosa iliaca hay que clasificarlo como agudo o crónico; luego investigar que órgano cavitario o que tejido parietal sufre y cual es el padecimiento que los afecta; nos guiará en este proceder el pensar que los procesos agudos son por lo general infecciosos, los crónicos neoplásicos, que los cavitarios son más comunes que los parietales y que patológicamente hablando el apéndice es el principal. Frente a un síndrome agudo de la fosa iliaca derecha, hay que pensar en algo cavitario y apendicular pero llevando también en la mente la trompa de Falopio y la vesícula; porque cuando el apéndice sube o la vesícula baja dan síntomas tan semejantes que el clínico más experimentado se equivoca, si con cuidado no valoriza cada síntoma. La semejanza en la sintomatología de estos tres órganos apéndice trompa y vesícula proviene de que en su inflamación se presenta el mismo fenómeno, la reacción peritoneal, porque la serosa a todos los protege y cubre. Para comprender bien un proceso agudo del vientre hay que mirarlo desde un punto de vista amplio y fundamental. Cuando la infección se inicia en un órgano abdominal ya sea apéndice, vesícula, hígado, útero, etc. lo que primero aparece dominándolo todo es un dolor intenso, no hay otro síntoma que atraiga la atención del enfermo ni del médico; con este cuadro monosintomático es imposible sentar bien un diagnóstico diferencial. Patológicamente desde el principio el peritoneo es atacado, pero clínicamente las consecuencias al ataque de la serosa aparecen después, sumándose al dolor, el pulso frecuente y arrítmico, los vómitos, el meteorismo y la constipación; y sobre todo la defensa muscular; es la misma enfermedad pero el cuadro sintomático del momento es diferente del primero; sigue desenvolviéndose el proceso y aparecen signos nuevos físicos y objetivos y tenemos entonces palpables la macicez empastamiento, tumor, etc. De aquí que el papel del clínico sea más difícil que el del patólogo, aquel solo ve un momento, una etapa del padecimiento, y con este momento tiene que diagnosticar. El patólogo sintetiza y abstrae una entidad morbosa y la comprende en su unidad.

Un dolor intenso que aparece en la fosa iliaca derecha precedido de estreñimiento, meteorismo, fenómenos dispépticos, se pre-

sume que sea apendicular ya sea por apendicitis aguda o crónica; pero si el dolor se localiza en la región supra pùblica, umbilical, subcostal, se piensa que sea de origen genital, intestinal, hepático; pero no se excluye que sea apendicular porque cuando el òrgano ocupa posiciones diversas son diversas las consecuencias; además, las anastomosis nerviosas dan reflejos dolorosos en territorios distintos; y a pesar de la certeza de estos fenómenos por la fijeza del centro medular del apéndice el dolor espontáneo siempre se presenta en su punto anatómico normal. Un padecimiento de la pared pèlvi-abdominal también puede dar síntomas subjetivos, objetivos y funcionales en las fosas iliacas. El más común es la inflamación de la capa celular que como un manto se extiende entre el peritoneo y la aponeurosis profunda. En la mujer es consecuencia de una infección uterina. En el hombre es consecutiva a una infección urinaria, séptica, que por infiltración se propaga al tejido celular de la base pelviana. En la pelvi celulitis predominan los fenómenos inflamatorios sobre los peritoneales; en el flegmon parietal los signos físicos de empastamiento, edema, se extienden al hipogastrio, flanco y región crural. Todo esto es muy natural porque el proceso está más cerca de la superficie que los intraperitoneales. Existe una supuración parietal prolongada y es la que se colecta debajo de la fascia iliaca, esto pronto se conoce por las modificaciones en la actitud del miembro. Los padecimientos de la pared están en el hueso, en el músculo psoas, en el tejido conjuntivo subperitoneal, o en los vasos y ganglios. Por lo general tienen base ancha, son adherentes a la pared, de límites imprecisos, los dolores irradian hacia abajo, el aparato digestivo permanece indiferente, no así el aparato genital y el funcionamiento del miembro inferior. Uno de los padecimientos parietales más frecuentes es el flegmon leñoso, que viene de la pèlvis cuyo tejido celular extraperitoneal se infectó. Si el tumor de la fosa iliaca es líquido y reducible, será un absceso tuberculoso de un mal de Pott, si el tumor es pulsátil y con soplos y trastornos en la circulación de los miembros inferiores se piensa en un aneurisma; si son pequeños tumores múltiples, se piensa en algo ganglionar linfádénico o canceroso; si es voluminoso y duro, en un osteosarcoma del iliaco; si hay antecedentes de osteomielitis en un absceso subaponeurotico del psoas.

## FOSA ILIACA IZQUIERDA

El òrgano que domina la clínica de la fosa iliaca izquierda es la sigmoide. Las entidades clínicas de la región son las que nacen la ese iliaca; los procesos que se desarrollan en la pa-

zan y se hacen clínicamente cavitarias. Una sigmoiditis pura que ha creado plastrón y adherencias, calentándose producirá cuadro agudo. Los ganglios pelvianos en el espesor del tejido celular al infectarse dan un adeno flegmon distinto del sigmoideo. Las osteomielitis del iliaco invaden el lóculo del psoas dando un cuadro de falsa coxalgia.

La clínica de los padecimientos crónicos de la fosa iliaca izquierda cavitarios y parietales, infecciosos y neoplásicos, sean de tipo tumor o difusos, es una repetición de los del lado derecho; substituyendo el ciego por la sigmoide e incluyendo el recto con su patología se tendrá formada la clínica de la fosa iliaca izquierda.

---

### CAPITULO III

## **Padecimientos Pelvianos más frecuentes que pueden dar cuadro ginecológico.**

### AFECCIONES DEL ESQUELETO.

#### FRACTURAS.

Hay dos clases de fractura de la pelvis de interés variable, las fracturas aisladas y las fracturas del cinturón pélvico. A nosotros solo nos interesan estas últimas.

**FRACTURAS DEL CINTURON PELVICO:** El anillo de la pelvis no cede más que a traumatismos considerables, aplastamiento por un carruaje, caída desde un sitio elevado; muy frecuentes en el adulto son muy raras en el niño a causa de la elasticidad de la pelvis. Hirtl cita el notable caso de una niña sobre cuya pelvis pasó la rueda de un carruaje sin fracturarla.

**ANATOMIA PATOLOGICA:** El tipo esencial de estas fracturas es la doble fractura vertical de Malgaine, formada por la combinación de dos fracturas; una es anterior, interesa casi siempre la rama horizontal del pubis y la rama isquio púbica ascendente; la otra es posterior y se produce sobre la articulación sacro iliaca. Adopta diversas formas; unas veces es una disyunción de dicha articulación; otras es una rotura del sacro por su borde lateral o siguiendo los agujeros sacros, que es línea débil de resistencia; en otras ocasiones es la fractura del ala posterior del hueso iliaco. A estas variedades se las llama combinadas, porque rompen el cinturón pélvico en un plano vertical por fuera de los puntos de resistencia del pubis y sacro.

La forma anatómica de fractura depende de las condiciones de

resistencia de la pelvis. El sentido de la fuerza es variable. I.—Presión sagital que obra de delante a atrás o viceversa. II.—Presión trasversal de fuera a dentro. III.—Presión diagonal según un diámetro oblicuo de la pelvis. IV.—Presión vertical de arriba abajo.

En el primer caso el arco púbico se rompe en su punto débil, los ligamentos anteriores sacro iliacos ceden y se produce la disyunción de la articulación sacro iliaca, o el arrancamiento de una parte del ala del sacro. En el segundo caso el anillo pélvico sufre una rectificación forzada, el pubis se rompe como en la anterior, los ligamentos sacro iliacos posteriores ceden y arrancan una porción del ala iliaca; es el tipo clásico de doble fractura vertical. Una presión diagonal puede producir la misma cosa. En el último caso el pubis se rompe como siempre por sus ramas débiles, el fragmento iliaco empujado hacia arriba tira de los ligamentos sacro iliacos y arrancan toda la parte del sacro sobre la que se insertan.

Cualquiera que sea el mecanismo de estas fracturas se caracterizan siempre por ser púbica hacia delante y sacra hacia atrás siendo la lesión generalmente bilateral.

*Sintomatología:* En el caso de una fractura unilateral se observa un acortamiento del miembro, haciendo presión sobre la cresta iliaca se producen dolores en el pubis, en la rama isquio púbica y en el sacro, dolores que también aparecen al separar el muslo opuesto.

**COMPLICACIONES:** Cuando la cavidad es abierta se producen desgarros en los órganos contenidos en ella, de los cuales los más frecuentes son los de la vejiga, de la uretra, del útero y del recto; si la fractura es expuesta el derrame sanguíneo se colecciona en los fondos de saco, y si posteriormente se infecta, la infección es llevada a la cavidad, y los focos de supuración se localizan en los puntos declives o bien en el espacio pelvi rectal superior. El tacto rectal y vaginal serán muy valiosos en caso de que se sospeche una complicación pelviana aun cuando solo se aprecien signos físicos no debe omitirse.

## PADECIMIENTOS NEOPLASICOS.

### SARCOMAS.

Clínicamente hay que distinguir dos clases de tumores óseos de la pelvis. I.—Tumores de desarrollo extrapélvico; y II.—Tumores de desarrollo intrapélvico. Los segundos son los más importantes en patología por las compresiones que determinan en las vísceras de la cavidad. Estos son de diagnóstico más difícil que los extrapélvicos.

Su comienzo se revela por trastornos funcionales, principalmente compresiones viscerales, nerviosas y alteraciones del estado general.

Las compresiones viscerales más frecuentes son: las de la vejiga que se acompaña de desviación, y que trae disuria y retención de orina. Algunas exostosis han ulcerado la vejiga; esta complicación la cita Féré en las mujeres viejas por exostosis retropubianas.

Las compresiones del recto las revelan el estreñimiento, el tenesmo y en algunos casos la obstrucción.

Las de los nervios, producen fenómenos sensitivos, motores y tróficos. Entre los primeros tenemos las neuralgias, de las cuales la del ciático es una de las más frecuentes. Las parálisis son más raras; sin embargo, Berge cita un caso de parálisis del nervio crural por mixo-condroma implantado en la fosa iliaca interna que descendía hasta la pelvis.

Los trastornos medulares son tardíos, y son el resultado de la propagación del sarcoma del sacro a las últimas vértebras lumbares.

En la mujer los tumores pelvianos son causa grave de distocia.

Cuando el tumor está en la excavación pélvica, la palpación abdominal no lo revela; es necesario practicar el tacto rectal o vaginal acompañado de la palpación abdominal.

Los sarcomas del hueso pueden manifestarse por una tumefacción difusa de todo el hueso de apariencia inflamatoria; se piensa en una osteitis iliaca, y el dato de un traumatismo anterior parece dar el diagnóstico; pero en realidad se trata de un osteo-sarcoma que el traumatismo ha revelado. Cuando el tumor alcanza cierto volumen se puede confundir con una adenopatía; entonces hay que investigar cuidadosamente si hay una afección de la vejiga o del recto. Así un fibro-sarcoma de la pelvis puede confundirse con un fibroma uterino; un encondroma iliaco con un quiste multilocular del ovario; fibromas periósticos con tumores prostáticos, vesicales y rectales.

Diagnosticado el tumor ¿Cuál es su naturaleza? La marcha rápida y su repercusión sobre el estado general, no deja lugar a dudas.

El sarcoma es de los tumores pélvicos uno de los más frecuentes. Se revela generalmente por dolores precoces muy intensos y rebeldes; algunos meses después aparece el tumor en el punto primitivamente doloroso que impide caminar al enfermo. El sarcoma es de superficie lobulada de consistencia dura, aunque algunas veces se siente elástico y hasta fluctuante; nunca se pediculiza, crece rápidamente y dá el máximo de compresiones pelvianas.

La palpación del hueso iliaco revela en un punto las alteraciones

características del sarcoma. Los ganglios linfáticos se infectan tardíamente puede haber fiebre. La piel resiste mucho tiempo a la distensión y está surcada por grandes venas dilatadas. Las metastasis se hacen generalmente en el pulmón.

El sarcoma puede ser confundido con las osteitis, el quiste hídrico, los abscesos fríos y la coxalgia.

Hay autores que atribuyen gran importancia a dos datos: el embarazo y el traumatismo. Todo tumor que sobreviene después de estos dos procesos sería un sarcoma.

## PADECIMIENTOS INFECCIOSOS.

### OSTEOMIELITIS.

Steinhan admite que todo proceso agudo de los huesos de la pelvis es de naturaleza piógena; mientras que los crónicos son de naturaleza tuberculosa y más si proceden de las articulaciones.

La osteomielitis de la pelvis es rara. Se presenta en el hueso iliaco y en el sacro. La localización principal en el hueso iliaco sería en la fosa iliaca externa, en la fosa iliaca interna o en la cresta. El comienzo es insidioso, pues los síntomas locales son poco aparentes, y solo el dolor profundo, limitado y acompañado de fenómenos generales agudos nos hacen pensar en el padecimiento. Poco después se traduce por un absceso extra o intra-pélvico que adquiere grandes dimensiones en las partes blandas.

La imagen clínica se presenta o como una enfermedad aguda grave, con síntomas locales intrapélvicos o intra-abdominales; o como una enfermedad local en la cual predominan los síntomas de foco.

Las colecciones purulentas pueden correrse hacia la articulación coxo-femoral, sacroiliaca, o hacia la cavidad pélvica. Del pubis pueden ganar la región crural, la pared abdominal o el espacio prevesical. Cuando la colección purulenta se vierte en la pelvis, generalmente se localiza en el fondo de saco de Douglas; el enfermo se queja de dolor profundo con síntomas rectales y vesicales; si en mujer lo primero que se piensa es que sea ginecológica; pero la fiereza de los dolores sin ninguna relación con las reglas, los puntos dolorosos óseos, la punción cuando hay absceso, o el hemocultivo cuando no existe absceso visible, la coexistencia de fistulas por donde escurre un pus con los caracteres de huesoso nos ayudarán al diagnóstico.

El proceso es grave por las complicaciones viscerales, arteriovenosas y sépticas que provoca.

de orina por lo tanto al explorar al enfermo se le hará orinar previamente. Los de las fosas iliacas pueden confundirse con las hernias, con un mal de Pott.

La evolución es variable, los hay que curan espontáneamente; otros son tan graves que pueden matar al enfermo en unas cuantas horas; los más dejan una fistula muy rebelde a la cicatrización.

## PADECIMIENTOS GANGLIONARES, EN PARTICULAR DE LOS GANGLIOS ILIACOS. ADENITIS PIOGENAS.

La adenitis piógena es la adenitis supurada, consecutiva casi siempre a una infección microbiana. Esta inoculación tiene lugar por lo general por vía sanguínea o linfática; el tejido reticulado de los ganglios se comporta como un verdadero filtro en el cual se detienen los microorganismos embolizados por los leucocitos; sin embargo, el ganglio no es simplemente un órgano de detención o de parada de las bacterias, sino que por sus células mononucleares y endoteliales ejerce sobre los microorganismos una acción fagocitaria, los engloba y muchas veces los destruye. El ganglio no solo es un centro de fagocitosis y de protección, es también un lugar de producción de leucocitos que pasan a la vía linfática y a la circulación general.

La infección como hemos visto llega a los ganglios por dos mecanismos distintos. La primera fase de una adenitis supurada es la adenitis congestiva o inflamatoria; unas veces el ganglio inflamado se halla unido a la inoculación inicial por una cadena de linfáticos infectados, es pues consecutiva a una linfangitis; otras veces la infección se hace a distancia, el ganglio se infecta por embolia sin que las vías intermedias estén interesadas.

Todas las lesiones de la mucosa del recto, vejiga, útero, ciego, apéndice, y en general todas las infecciones de los órganos pélvicos traen una repercusión sobre los ganglios iliacos; que son a donde van a parar los linfáticos eferentes del punto infectado.

El ganglio infectado puede presentar dos fases: El infarto, y la supuración; son formas de la reacción del ganglio a la infección. Un ganglio infartado es duro, voluminoso y sembrado de puntos hemorrágicos en su superficie; la acción protectora del ganglio respecto a los microbios o a sus toxinas ha sido demostrada experimentalmente. Los microbios que permanecen cierto tiempo en el ganglio, pierden en parte su virulencia. En algunos casos siendo un lugar de refugio para los microbios puede ser el punto de partida de reinfecciones ulteriores.

## PADECIMIENTOS MUSCULARES.

### ABSCEOS DE LA PARED.

Casi siempre son consecutivos a infecciones generales; si antiguamente se les creía de naturaleza idiopática era porque no se sabía buscar la relación entre el foco visceral y el absceso de la pared.

Es muy difícil precisar su etiología, y así se ha visto achacarse un absceso de la fosa iliaca derecha a tuberculosis del ciego, a apendicitis, al mal de Pott, etc.; cuando en realidad se trataba de un absceso comunicante al ileon en el que se encontraban varios cálculos biliares detenidos.

El sitio de elección de estos procesos es: I.—La piel y el tejido celular subcutáneo. II.—La vaina aponeurótica de los rectos; III.—Al nivel de las fosas iliacas. IV.—En el ombligo; y V.—En el espacio para-vesical de Retzius. Los primeros son consecutivos a infecciones de la piel o del tejido celular subcutáneo. Los segundos provienen de traumatismos o son localizaciones de una infección general, como los que se ven en la fibra tifoidea. Los de las fosas iliacas se deben casi siempre a infecciones de los huesos o de los órganos pélvicos: osteomielitis, osteitis vertebrales o iliacas, anexitis, psoriasis, etc. Los del espacio paravesical son de origen urinario casi siempre.

*Anatomía patológica:* El pus tiene caracteres variables según el lugar de donde procede; es amarillo, espeso y bien ligado el de una infección cutánea o generalizada; si viene de una viscera hueca es seroso, muy fétido, con gases, materias fecales, orina o bilis según de donde procede. La cavidad que forma el absceso está rodeada de una zona indurada e infiltrada, la mayoría de las veces comunica con una fístula.

*Sintomatología:* Además de la propia de todo flegmon sea agudo o crónico, existe la de la región enferma en particular. En los de los rectos, el enfermo está inmóvil, con los muslos en flexión, sobre la pelvis, hay a menudo retención de orina. Los de la fosa iliaca se revelan por un abultamiento en la región inguino-crural o por encima del arco de Poupart, el muslo está en flexión y rotación interna por contractura del psoas. Los paravesicales dan un abultamiento en la región suprapúbica, edema escrotal y en la mucosa del recto; se acompañan de tenesmo rectal y vesical y algunas veces de piuria. No habrá que confundir los abscesos parietales con tumores sólidos de estas regiones; cuando el diagnóstico sea difícil habrá que puncionarlos. Los abscesos de los rectos parecen una vejiga llena

Si la adenitis supura, el ganglio se reblandece y se funde encerrado en su envoltura resistente, formándose el absceso. La capa celular circunvecina se empasta y la reacción de periadenitis borra la tumefacción circunscrita del ganglio.

*Síntomas:* por el tacto rectal o vaginal combinado con la palpación abdominal se siente un ganglio o grupo ganglionar hinchado y doloroso, son pequeños tumores duros que ruedan bajo el dedo mientras la periadenitis no los fija; cuando aparece la supuración el dolor y la tumefacción aumentan, la fiebre y los sudores indican la participación del estado general; el absceso ganglionar se abre por ulceración y el pus gana el espacio subperitoneal de la fosa iliaca y siguiendo los vasos iliacos sale en la cara anterior del muslo, en el recto o en la fosa isquio-rectal.

### ADENITIS TUBERCULOSA.

Por su frecuencia son las más importantes de las adenitis crónicas. Reviste dos formas: primera, la que se presenta en individuos con lesiones tuberculosas anteriores, y segunda, la que se presenta en un sujeto en apariencia sano. Tanto en uno como en otro hay tuberculosis, solo que en el segundo se trata de una forma latente. La infección bacilar de los ganglios se observa en todas las edades pero la juventud y la adolescencia son las más propicias. El bacilo de Koch llega al ganglio por dos vías, linfática y sanguínea; o bien atravesando las mucosas, invade directamente los ganglios como se ve frecuentemente en la tuberculosis intestinal. En nuestro caso es consecutiva a una bacilosis del ciego, del apéndice, de la vejiga, de los órganos genitales externos, del recto, de todos los procesos tuberculosos del hueso coxal, etc.

La adenitis tuberculosa iliaca se presenta bajo tres formas: I.—La hipertrófica pura. El ganglio está considerablemente aumentado de volumen, al corte aparece con el aspecto de linfadenoma, pero sin granulaciones. II.—Que puede ser llamada hipertrófica con granulaciones. El ganglio está aumentado de volumen, pero menos que en el caso anterior, y al corte se ve sembrado de granulaciones tuberculosas blanquecinas y semitransparentes. En la tercera forma los ganglios caseificados y reblandecidos se transforman en una bolsa de tejido fibroso llena de un líquido purulento verdoso que sale al exterior igual que en un absceso frío. Por lo general está infectada toda la cadena iliaca externa e hipogástrica, la periadenitis adhiere el ganglio a los órganos vecinos.

*Sintomatología:* Por el tacto rectal y el vaginal si se trata de una enferma, se perciben los ganglios del tamaño de un huevo de paloma o de gallina, indolorosos, móviles y perfectamente aislados,

esta forma corresponde a la hipertrófica pura pero es rara. Mas común es que se encuentren los ganglios adheridos, fijos, aumentados de volumen, duros y formando paquete. Al principio son indolores y duros pero después se reblandecen y supuran formándose el absceso frío ganglionar. El pus busca salida por los puntos menos resistentes, a través del espacio subperitoneal pasa a la región glútea, a la región inguinal o a la fosa isquiorectal, perforando los elevadores del ano; estableciéndose una fístula que da salida a un pus seroso, mal ligado, y con grumos caseosos. La fístula presenta los bordes regulares, violáceos y despegados.

El diagnóstico puede confundirlo con el linfadenoma, pero se tendrá presente que este no supura; el linfo sarcoma sí supura y se ulcera, pero la ulceración tiene un fondo vegetante que sangra con facilidad.

### ADENO-CARCINOMA.

El linfo-sarcoma o adeno-carcinoma es un tumor maligno de los ganglios con tendencia a crecer y a infiltrar los tejidos vecinos, formando tumores enormes lobulados, adheridos, que invaden la piel y la ulceran; son de consistencia blanda sonrosados al corte, sembrados de focos hemorrágicos y de puntos de necrosis. Como se ve sus caracteres anatómicos son esencialmente diferentes del linfadenoma.

Se le puede encontrar tanto en los jóvenes como en los adultos; al principio solo se ve una hipertrofia indolora de un solo ganglio que rápidamente aumenta de volumen y se adhiere a los órganos vecinos; es de consistencia blanda, de superficie abollada, engloba casi siempre los vasos y los nervios a esto se deben los dolores atroces que padecen estos enfermos. El examen de la sangre revela una cifra normal de leucocitos, acaso ligera polinucleosis debida a la infección secundaria del neoplasma.

La muerte sobreviene por hemorragia (por ulceración de los grandes vasos) ya por comprensión o invasión de los órganos indispensables para la vida; en caso de linfo-sarcoma de los ganglios iliacos por invasión del recto, vejiga, vasos iliacos e hipogástricos. La sintomatología se deriva de los órganos que sufren que en este caso son los de la cavidad pelviana.

### PADECIMIENTOS DE LOS VASOS.

#### TROMBO FLEBITIS DE LA ILIACA E HIPOGASTRICA.

El origen de todas las flebitis es la infección sea local o general. Toda intervención quirúrgica expone a flebitis. Son consecuti-

vas a infecciones generales como fiebre tifoidea, viruela, neumonía, reumatismo articular agudo, gripa, endocarditis infecciosa, infección puerperal, plenorragia, etc.; además se ven en el embarazo. Otras veces la infección es local; un forúnculo, un absceso, una fractura.

La alteración del endotelio vascular es la condición fundamental de la flebitis; Vidal y Vázquez lo demostraron experimentalmente; a la lesión endotelial sigue la formación del coágulo por infección microbiana. Sin embargo, las flebitis del embarazo, las traumáticas, las tóxicas que no se explican por la teoría infecciosa, pueden atribuirse a la lentitud de la circulación venosa por alteraciones endócrinas, pues es sabido el papel del hígado, de la hipófisis, del ovario en la circulación y coagulación de la sangre.

Una de las flebitis más comunes es la de las arterias iliacas; y es porque estos vasos drenan cavidades naturales abiertas al exterior que muchas veces están infectadas. En la pelvis tenemos recto, vías genitales, vías urinarias estas dos últimas, sobre todo, son el asiento de pululaciones microbianas, de aquí que cualquiera intervención o lesión produzcan flebitis profunda. Esta lesión venosa puede correrse a distancia invadiendo la hipogástrica y las iliacas primitivas interesando las esferas vesical, genital, rectal y abdominal; generalización que se debe a la disposición de los plexos y a sus anastomosis. Así se explica la repercusión sobre el peritoneo, los signos abdominales y la sintomatología pélvica de las flebitis de la pequeña pelvis.

*Sintomatología:* En la tromboflebitis de la pelvis menor los síntomas son frustrados; desde un punto de vista general se reducen a la taquicardia con o sin elevación de la temperatura, edema del pubis y de los órganos genitales externos, timpanismo, disuria y retención de orina; en el recto hay tenesmo y dolor al defecar. Síntomas genitales: en la mujer hay leucorrea más o menos abundante, por tacto vaginal se descubre el útero inmóvil, empastamiento de los ligamentos anchos, a veces se perciben los cordones venosos indurados, trombosados, dolorosos e inmóviles. Una de las particularidades de esta flebitis estriba en el contraste que hay entre una expresión clínica propia y su tendencia a ocasionar embolias pulmonares que felizmente, rara vez son mortales.

## PADECIMIENTOS DEL PERITONEO.

### TUBERCULOSIS CON DERRAME ENQUISTADO EN EL FONDO DE DOUGLAS.

El peritoneo que tapiza toda la cavidad abdominal y recubre las

vísceras es atacado por los microbios y sus toxinas, llevados por la vía sanguínea, por propagación o perforación de los órganos vecinos. La serosa reacciona ante la agresión por su acción; bactericida y anti-tóxica. El epiplón desempeña en esta defensa un papel muy activo; obra sobre los venenos directamente por su epitelio e indirectamente por intermedio del hígado al cual aboca la porción epiploica del sistema porta; además posee propiedades plásticas gracias a las cuales localiza la infección rodeando el foco de adherencias, se adhiere a las vísceras que están por perforarse reforzando así sus paredes. Por eso en cirugía abdominal se procura protegerlo lo mejor que se pueda.

A Spencer Wells en 1862 se debe el conocimiento del primer caso de peritonitis tuberculosa. Su etiología es debida a la localización del bacilo de Koch en la serosa; es una manifestación local de un padecimiento general. La infección llega al peritoneo por vía sanguínea, por los linfáticos o por contigüidad de tejidos infectados. En el primer caso el microbio que está en un foco pulmonar, pleural, articular, intestinal, etc., pasa a la sangre que lo lleva al peritoneo donde se fija; en otras ocasiones los vasos blancos son los vectores. Se han podido seguir desde un folículo tuberculoso del intestino hasta un ganglio mesentérico, los vasos linfáticos dilatados y llevando en su interior numerosos bacilos.

Las lesiones de reacción del peritoneo son variables según la cantidad de bacilos, su virulencia y su toxicidad. La primera formación que se constituye es el folículo tuberculoso que es una aglomeración de células epitelioides al rededor de un bacilo, y que a su vez están rodeadas de una gran cantidad de leucocitos. La reunión de varios folículos forma la granulación gris y la reunión de varias granulaciones el tubérculo. Este puede evolucionar en tres formas: I.—Quedar en estado de granulación gris y determinar la trasudación de un exudado sero-fibrinoso. II.—Sufrir el reblandecimiento caseoso y dar origen a un absceso y III.—Evolucionar hacia la esclerosis de curación por la producción de adherencias ya secas o que coexisten con una ascitis enquistada. En nuestro caso nos interesa la forma ascítica con derrame enquistado en el fondo de Douglas.

*Sintomatología:* Se trata de un enfermo que enflaquece, pierde fuerzas, tiene trastornos digestivos con alternativas de diarrea y estreñimiento, presenta febrículas por las tardes pero que muchas veces son irregulares, sudores nocturnos abundantes y leucocitosis. La exploración física nos da dolor en la cavidad pélvica, profundo y localizado, contractura de defensa de la pared. La formación del pus es lenta e insidiosa. Cuando la colección está constituida el vientre se ve aumentado de volumen (vientre en obús) este aumento es tar-

dío, porque siendo profundo el absceso los planos de la pared permanecen largo tiempo sin elevación aparente; hay macidez en la región dolorosa; la fluctuación es poco clara porque la oleada es debilitada por las adherencias. El derrame sólo se percibe estando sentado el enfermo.

Al tacto vaginal o rectal se percibe un empastamiento del fondo de Douglas, indoloro, y renitente en algunos casos.

Coexistiendo con las lesiones, tuberculosas peritoneales hay también lesiones pleurales de igual naturaleza.

El diagnóstico en este caso es fácil, porque las lesiones pulmonares son claras.

### HEMATOCELES ASEPTICOS E INFECTADOS

El hematocele o hemoperitoneo es el derrame de sangre en la cavidad peritoneal. Es un síndrome importante por su gravedad y la variabilidad de su fisonomía clínica. A los síntomas graves de choque se añaden los signos de hemorragia interna muy alarmantes; aparte de los síntomas propios de cada cuadro según es la etiología.

Son consecutivos a las heridas penetrantes o contusiones del abdomen que ocasionan desgarros en las vísceras macizas (hígado, bazo, riñón, mesenterio, epiplón) o por rotura de un aneurisma de la aorta abdominal. El más frecuente de los hematoceles es el producido por la rotura de un embarazo extra-uterino. Hay dos tipos anatómicos de hemoperitoneo: el hemoperitoneo difuso y el hemoperitoneo enquistado o hematocele propiamente dicho. Cada una de estas formas puede pasar a la supuración. En el primero la sangre llena la cavidad peritoneal y sobre todo la cavidad pélvica. Las asas intestinales sobrenadan en esta laguna de sangre. Estas grandes hemorragias terminan prontamente con la muerte. El hemoperitoneo enquistado o hematocele está limitado por adherencias peritoneales o viscerales. El derrame se enquista sobre todo en la cavidad pelviana, en la cavidad de los epiplones, o en el fondo vésico uterino. Entre el epiplón, las asas intestinales y el fondo del útero se forma una bóveda de adherencias, que limitan la colección sanguínea.

*Síntomas:* Por lo general se trata de una mujer joven que desde hace dos o tres meses tiene síntomas de embarazo, bruscamente es acometida de un dolor extremadamente violento en el bajo vientre, desfallece y cae en síncope, el pulso se hace filiforme, las extremidades se enfrían, las pupilas se dilatan y baja la temperatura; el dolor se difunde por todo el vientre que está aumentado de volumen con submacidez en las partes declives, alguna vez hay un empastamiento vago suprapúbico. En casos graves la paciente muere en colapso. Otras veces los síntomas se atenúan, el hematocele se enquis-

ta, el dolor y la defensa muscular se localizan en el punto donde se colecciona la sangre, cavidad pélvica lo más frecuente, aparece una tumefacción suprapúbica que llega a mayor o menor altura en las fosas iliacas; el tacto vaginal percibe el fondo de saco posterior distendido, renitente y depresible, el cuello está rechazado hacia el pubis. El hematocele puede reabsorberse espontáneamente pero dejando adherencias molestas como en el caso de hematocele retrouterino. Puede también infectarse y supurar.

La supuración es la complicación más frecuente en los hematoceles enquistados que no se reabsorben. Se debe a diversas causas. La infección puede proceder del órgano que se haya roto, más comúnmente es de origen intestinal, pues estando las paredes paralizadas es más fácil el paso de los microorganismos, huéspedes normales del intestino; esto no excluye la asociación microbiana que es muy común.

La infección se traduce por escalofríos, fiebre, vómitos, aumento del dolor, aumento del empastamiento regional. En suma, su evolución y su pronóstico son de una pelviperitonitis aguda, tributaria de la intervención inmediata.

## ABSCESOS INTRAPERITONALES BAJOS EN EL DOUGLAS

Consecutivos como regla general a una apendicitis, a una perforación del intestino en situación baja, a una anexitis, a una tuberculosis del peritoneo, a un hematocele infectado.

La primera fase de estos abscesos es la reacción peritoneal de tipo plástico, que se manifiesta en las primeras horas bajo la forma de un exudado serofibrinoso alrededor del órgano enfermo, que más adelante se rodea de falsas membranas que llenan la pelvis menor, se infiltran entre los órganos de la cavidad, los inmovilizan y ascendiendo hacia la cavidad abdominal los únen al epiplón y a las masas intestinales. Poco a poco las neomembranas circunscriben cavidades en las que se enquista la serosidad, en ocasiones alguna de estas cavidades tomando un desarrollo considerable ocupa por sí sola el fondo de saco de Douglas.

La supuración se constituye en algunos días: consiste en un derrame purulento del fondo de saco de Douglas, después se extiende y si es abundante engloba todos los órganos pélvicos. La pared del absceso está formada por las falsas membranas tanto más gruesas cuanto más antiguo es el absceso.

*Sintomatología:* Los fenómenos locales son poco aparentes, las molestias que el enfermo acusa son más bien profundas: los fenó-

menos generales se acentúan, la fiebre, los escalofríos, los sudores, la frecuencia del pulso: a menudo hay retención de orina con tenesmo rectal.

La exploración física da: resistencia parietal en toda la región subumbilical, en una de las fosas iliacas se percibe un empastamiento profundo y mal limitado. En este momento el tacto rectal o vaginal es imposible por el dolor que despierta; cuatro o cinco días después se produce una mejoría en el estado general, el tacto rectal o vaginal nos proporciona mejores datos, se percibe una masa pastosa y lisa que llena todo el fondo de saco de Douglas, y que cuando es muy voluminosa rechaza el útero hacia delante y la pared anterior del recto hacia atrás. En los días siguientes se reblandece y el dedo percibe la fluctuación. El tacto rectal muy doloroso por la rectitis permite comprobar lo mismo; combinándolo con la palpación abdominal se puede limitar el tamaño del absceso. En este momento si no se evacúa el pus puede venirse una piohemia; el estado general se agrava, el absceso va emergiendo hacia la pelvis y en este instante la colección purulenta a gran tensión, se abre y puede verterse en el recto, en la vejiga, en la vagina, en el intestino delgado o en la cavidad peritoneal.

### EQUINOCOCOCIS PERITONEAL PELVIANA

Es la infección de la serosa producida por la tenia equinococcus. La forma quística es la más frecuente. Los quistes hidatídicos son tumores benignos del peritoneo, son múltiples y casi siempre consecutivos a los quistes del hígado; su volumen varía desde el de una avellana hasta los que contienen varios litros de líquido; se presentan aislados o agrupados en forma de rosarios o en masas. Los sitios de elección son el gran epiplón, la excavación pélvica sobre todo el fondo de Douglas, el mesocolon, etc. Sea cual fuere su sitio están cubiertos por la serosa y alojados en el tejido celular subperitoneal que les forma su membrana de envoltura; a medida que van creciendo van rechazando el peritoneo y acaban por penetrar en la cavidad abdominal y quedan como tumores más o menos pediculados. El peritoneo reacciona en distintas formas, al principio está despulido y vascularizado, después cuando los quistes van creciendo se forman membranas que aglutinan entre sí los órganos. La evolución es variable, pueden transformarse por reabsorción del líquido en una masa caseosa, o bien calcificarse; lo más frecuente es la ruptura, la supuración es rara. Su pronóstico es muy grave.

La forma pseudo-tuberculosa está representada por pequeñas granulaciones diseminadas en toda la serosa o condensadas en la cavidad pelviana, su número es considerable y su contenido es un lí-

quido transparente o blanco amarillento, su volumen varía desde el de un grano de mijo hasta el de un guisante. Estas granulaciones contienen en su interior un escolex, un fragmento de cutícula o de gancho, o una vesícula equinocócica en actividad.

*Sintomatología:* Los de la cavidad pelviana dan síntomas funcionales acentuados porque comprimen órganos fijos en una cavidad inextensible, hay dolores en el bajo vientre con irradiaciones al ombligo y a los muslos que van aumentando de intensidad a medida que el quiste crece y se adhiere a los órganos vecinos y los comprime. El estreñimiento es uno de los primeros en aparecer y pronto se hace tenaz y rebelde; hay polaquiuria con dolor al orinar y sensación de peso en el perineo; bruscamente puede venir retención de orina con infección concomitante. En la mujer los dolores pélvicos son muy intensos, se acompañan de trastornos menstruales, dismenorrea, a veces amenorrea; puede determinar desviaciones uterinas y prolapso; cuando se sitúan muy abajo rechazan el útero hacia arriba y el cuello se borra. Se abren generalmente en la cavidad uterina dando salida a los hidátides por la vagina, en la vejiga o en el recto. Pueden ser causa grave de distocia durante el parto. La terminación habitual de la equinococosis es la muerte por compresión de órganos vitales, o por desarrollo simultáneo de quistes en el pulmón o en el cerebro. Los de la cavidad pelviana se descubren en ocasión de un parto difícil, de una oclusión intestinal, de trastornos uterinos, de una retención de orina, etc. La exploración del vientre da pocos datos; el tacto vaginal y el rectal son más valiosos. El diagnóstico en ocasiones es difícil, se pueden confundir con un fibroma de la matriz, con un quiste del ovario, con un embarazo extrauterino.

Los antecedentes y los exámenes de laboratorio (eosinofilia sanguínea y desviación del complemento) son los que ayudarán al diagnóstico.

## PADECIMIENTOS CECO APENDICULARES.

### TIFLITIS.

Con el nombre de tiflitis se designa la inflamación del ciego propiamente dicho. Pueden ser primitivas y secundarias; estas últimas en la mayoría de los casos, a una apendicitis aguda o crónica con periapendicitis, a una adenitis prececal, en general a todas las inflamaciones pericecales; cuando el ciego ocupa una posición baja las anexitis son el principal origen.

Desde el punto de vista anatomopatológico se conocen dos grandes grupos. La tiflitis aguda perforante o no, y la tiflitis crónica que da tumores ileo cecales de tipo inflamatorio. La primera casi

siempre es perforante, la ulceración radica en la cara externa del ciego que presenta en todo el rededor una zona infiltrada; la consecuencia de estas perforaciones es una peritonitis generalizada o no. En muchas ocasiones el apéndice se encuentra indemne lo que demuestra que son lesiones puramente cecales. Las tiflitis crónicas tienen como secuela adherencias que engloban el meso y forman cavidades en cuyo interior puede formarse un absceso que es susceptible de reactivación y cuando esto sucede se abre en el intestino delgado, en el grueso, o al exterior. Las consecuencias tardías son las estrecheces o tumores inflamatorios del segmento ileo cecal que por lo general provocan una oclusión crónica incompleta y que erróneamente se diagnostican como tuberculosis o cáncer del ciego. Cuando la supuración escurre a la cavidad pélvica da una sintomatología de compresión o de infección de los órganos contenidos en esta cavidad y que están en contacto con el absceso.

## TUBERCULOSIS

Al nivel del ciego y del colon la tuberculosis reviste una forma especial que merece un estudio aparte.

Las causas de la bacilosis del ciego son muy oscuras, sólo un hecho capital ha sido demostrado por Pilliet y Hartman: la tuberculosis del intestino grueso es a menudo primitiva. La llegada del bacilo se hace por dos vías: sanguínea y digestiva. La ingestión se efectúa por la toma de leche contaminada, deglución de esputos, de polvos bacilíferos, etc. El microbio se deposita en la mucosa del ciego favorecido por la estasis cecal que produce una irritación crónica de la mucosa. La tuberculosis evoluciona in situ, y en un período más tardío se difunde, formando focos a distancia o generalizándose seguir una marcha rápida.

El segmento ileo cecal es el sitio de elección de la tuberculosis del intestino grueso y son cuatro las formas que reviste: I.—Forma úlcero-caseosa, perforante y destructiva. II.—Ulceración simple perforante y estenosante. III.—Forma fibro-adiposa hipertrófica. IV.—Forma fibrosa primitiva estenosante.

La primera forma está constituida por focos caseosos múltiples submucosas que se abren en el intestino y evolucionan en el interior de la pared. Todo el segmento está rodeado de una peritonitis crónica fibrosa que contiene espacios llenos de pus y que engloba el ileon, ciego, y apéndice; la perforación del ciego es muy frecuente y el absceso que se forma puede abrirse al nivel del ombligo, región lumbar, región inguinal, intestino delgado, colon o fosa iliaca derecha.

La ulceración simple radica con frecuencia en la válvula ileo-cecal, lo más o menudo perfora el intestino causando una peritonitis generalizada mortal.

La forma hipertrófica fibro-adiposa es esencialmente crónica y da origen a un verdadero tumor cecal de superficie irregular, alargado en el sentido del colon ascendente, movable. Jaboulay cree que el peso del ciego hipetrofiado trae un alargamiento del meso que es lo que le da una movilidad anormal. La lesión característica de esta forma es la esclerolipomatosis peri-cecal que envuelve al ciego y al colon como en una vaina; la pared del intestino está engrosada y rechina al corte, la mucosa se hipertrofia, toma un aspecto poliposo y se ve llena de pliegues y de bridas, el apéndice participa a veces de estas lesiones; el peritoneo está lleno de granulaciones. A la larga estas lesiones causan estenosis.

*Sintomatología:* principia con alternativas de estreñimiento y diarrea de tipo colítico, crisis dolorosas de tipo peritoneal, posteriormente aparece un tumor en la fosa iliaca derecha o en la cavidad pelviana si el ciego está bajo, de forma alargada, de superficie lisa pero con salientes y depresiones, indoloro y muy movable. Los trastornos funcionales que determina en los órganos pelvianos son por compresión o por invasión; en la mujer puede dar incluso un cuadro ginecológico. En el intestino produce estenosis que muchas veces terminan en oclusión.

## CANCER DEL CIEGO

El cáncer del segmento ileo-cecal comprende el 24% de los cánceres del colon. La etiología como para todos los cánceres es desconocida, lo que sí puede decirse es que es más común en la mujer. La forma encefaloidea es la más frecuente; su punto de partida es la válvula ileo-cecal y avanza tanto al colon como al ileon. Son tumores voluminosos de tipo anular, movibles al principio, fijos después de que invaden el meso. La mucosa está cubierta de vegetaciones en forma de coliflor, muy sangrantes, que en ocasiones se ulceran llegando a perforar el ciego. Los grandes tumores se acompañan de lipomatosis, el meso y el tejido periganglionar están infiltrados de grasa y retraídos, retracción que se debe a linfangitis cancerosa y en virtud de ella el tumor se adhiere a las vísceras vecinas o a la pared abdominal. El segmento de intestino suprayacente al tumor está dilatado, no por invasión sino por edema inflamatorio. El segmento subyacente está considerablemente retraído.

*Sintomatología:* Lo primero que se presenta son crisis de oclusiones cólicas incompletas. Dolor en la fosa iliaca derecha, espontáneo y fijo, al principio es una sensación de peso o de molestia, después verdaderamente insufrible; se acompaña de otro dolor, tipo retortijón, debido a trastornos funcionales del colon. Estreñimiento que dura hasta ocho días con detención completa de materias y de gases, alza ligera de la temperatura y pulso frecuente, que desaparece al producirse una evacuación líquida y negrusca. Estas crisis al principio muy alejadas unas de otras van acercándose más y más hasta que viene un ileo agudo en el que se necesita intervenir de urgencia. La sintomatología pélvica es igual a la del padecimiento anterior sólo que aquí la caquexia tóxica tan intensa que presenta el enfermo se tendrá muy en cuenta.

## INVAGINACION

La invaginación consiste en la introducción de una porción de intestino en la porción que le sigue o que le precede, a la manera de un dedo de guante parcialmente vuelto al revés.

Puede producirse en el intestino delgado o en el grueso y el segmento ileo-cecal con la válvula es el sitio de elección. La válvula de Bauhin tiene un papel de la mayor importancia según se deje forzar o no.

Se presenta generalmente en los niños en la primera y segunda infancia, sobre todo en los de 4 a 8 meses y es debida a la enterocolitis crónica con espasmos, tan común en esta edad por defectos en la alimentación. Sea cual fuere la causa, la invaginación es siempre consecutiva a un espasmo localizado del intestino, que hace penetrar el segmento disminuido de calibre en la porción cuyo calibre es normal o dilatado. La frecuencia al nivel del segmento ileo-cecal se explica por el hecho de que la válvula de Bauhin por lo reducido de su abertura y la rigidez de sus bordes necesita a cada momento de las poderosas contracciones del ileon para abrirse.

Hay cuatro grandes variedades: la ileo-cólica; la ileo-cecal; la cólica y la invaginación del intestino delgado en sí mismo. Según el sentido de la penetración, es ascendente o retrógrada y descendente o progresiva. Generalmente se compone de tres cilindros, pero puede haber de cinco y de siete; de los tres cilindros el externo es la vaina o envoltura, los dos restantes medio e interno forman el segmento invaginado; la extremidad libre de éste se llama cabeza, y collar o cuello al rodete formado por la vaina en el punto donde se refleja para formar el segmento invaginado; el mesenterio se en-

cuentra comprendido entre el segundo y tercero cilindros y en este punto se hace la compresión vascular.

La longitud de la invaginación es variable. Las lesiones consisten en congestión, edema, infiltración sanguínea y ulceraciones que pueden llegar a la perforación. Cuando las lesiones son poco pronunciadas puede ser reducible; pero cuando la gangrena ha hecho su aparición es imposible. Jhon Gay ha dicho con mucho acierto: La invaginación es una hernia entérica, al principio simple y reductible, luego complicada y estrangulada. La evolución normal de una invaginación es la gangrena y la eliminación; el surco de eliminación se forma en el cuello y aquí también se forman adherencias peritoneales que protegen la cavidad abdominal de la caída del segmento necrosado, y del contenido intestinal; favoreciendo, la continuidad del intestino, que si bien es cierto, es una curación natural, trae graves complicaciones pues siempre termina en estrecheces.

*Sintomatología:* Se consideran dos formas, la aguda y la crónica. En la primera los síntomas son los de una oclusión intestinal verdadera y los primeros en aparecer son el tumor y la melena. El tumor es cilíndrico, en forma de embutido, más o menos profundo, movable en la fosa iliaca derecha o izquierda y en este caso desciende en la pelvis y es fácil tocarlo por el tacto rectal. Las heces son mucosidades sanguinolentas acompañadas de pujo. La invaginación crónica es una oclusión intestinal crónica cuya sintomatología consiste en trastornos digestivos y cólicos de pseudo oclusión; evoluciona por crisis sucesivas con intervalos de reposo completo, el enfermo se desnutre y generalmente termina en una estrangulación aguda con peritonitis generalizada.

## APENDICITIS DE TIPO PELVIANO AGUDAS Y CRONICAS

Se comprende desde luego que para que haya una apendicitis de este tipo se necesita que la situación del ciego sea más baja que la normal o que el apéndice por su longitud llegue hasta el fondo pelviano, o que la peritonitis que engendró su infección esté localizada en el Douglas.

La apendicitis es producida por infección y los agentes de ella son los microbios que pululan en el intestino; colibacilo, enterococo, asociados al estreptococo y al neumococo. La propagación se hace por vía sanguínea, por vía linfática o por contigüidad como se ve en las apendicitis consecutivas a procesos útero-anexiales: en las que siguen a infecciones generales, gripa, sarampión, amigdalitis, parotiditis, etc.

Las lesiones se localizan en la mucosa, y el tejido adenoideo submucoso, siendo la principal la foliculitis. Según la virulencia del microbio; las lesiones pueden ser desde una simple inflamación hasta una perforación por gangrena; y esta diversidad de lesiones da la diversidad de formas. El peritoneo participa también de la infección del apéndice y según es la gravedad del ataque es la manera de reaccionar de la serosa. Cuando la contaminación es poco intensa hay lugar a que se formen falsas membranas que aglutinando las vísceras y el epiplón a la pared circunscriben la infección; este foco puede llegar a la resolución, pero no es lo común, pues generalmente supura o queda en forma latente que da origen a numerosas recaídas. Cuando la infección es masiva la consecuencia es una peritonitis generalizada rápidamente mortal. El sitio del absceso depende desde luego de la situación del apéndice, la cual es variable; y la expresión clínica y su evolución dependen de ella. Estando localizado por lo general el absceso al rededor de la punta del apéndice, y pudiendo estar éste, según las orientaciones del órgano bastante excéntrico con relación al punto de Mc Burney.

*Sintomatología:* En la apendicitis de tipo pelviano los fenómenos generales son claros pero los síntomas locales son oscuros si no es que faltan. El punto doloroso está más abajo que el punto de Mc Burney, localizado más bien en la línea media, con irradiaciones al muslo y a la vejiga; hay síntomas vesicales, dolor al orinar, poliuria; y síntomas rectales, tenesmo y dolor al defecar, moco en las evacuaciones. (El tacto rectal permite reconocer en caso de absceso una tumefacción que abomba en la cara anterior del recto, renitente, depresible y muy dolorosa. En la mujer el tacto vaginal nos hace ver el útero rechazado hacia delante, el cuello está por detrás del pubis).

El estado general es grave desde el principio o después de algunos días. Escalofrío y elevación de la temperatura son dos signos ciertos de supuración; otros síntomas se añaden a éstos como lengua seca, hipo, sudores, disociación entre el pulso y la temperatura. El absceso si no se interviene, puede abrirse en la cavidad peritoneal, en el ciego, en el recto, cuando esto sucede una evacuación purulenta con estrías sanguíneas determina la sedación de los síntomas.

**APENDICITIS CRONICA:** Sigue a menudo a una apendicitis aguda cuya terminación ha sido una curación aparente. Otras veces sigue desde el principio una marcha crónica, de recaídas, quedando reducida a trastornos secundarios que la enfermedad ha dejado en órganos lejanos; es el caso de ciertos enfermos hepáticos, dispépti-

cos, pseudo-tuberculosos. El enfermo se queja de un dolor intermitente, poco intenso, más bien una molestia localizada a la fosa iliaca derecha o profundamente en la cavidad pélvica, que se exagera con la marcha, el ejercicio, en ocasión de una comida abundante, etc.; la palidez y la fatiga acompañan a esta molestia; en la mujer hay exacerbaciones dolorosas durante las reglas. Coexiste a menudo con una ovaritis escleroquistica.

Las lesiones son las mismas que en la forma aguda excepto las del peritoneo que en este caso han tenido tiempo de transformarse en adherencias fibrosas y resistentes, bridas gruesas que únen el apéndice a la fosa iliaca, al ciego, al epiplón, al recto y que engloban los órganos produciendo estiramientos dolorosos que pueden voltearlos y dislocarlos. En la mujer las adherencias de una apendicitis crónica pelviana producen dislocaciones del útero que pueden llegar hasta la retroversión. Son las retrodesviaciones esenciales o primitivas que se observan en una mujer nulípara, no infectada, y aún en las vírgenes.

## PADECIMIENTOS DE LA SIGMOIDE.

### SIGMOIDITIS.

Las causas más frecuentes de infección del segmento ileo pélvico son: el estreñimiento crónico por la irritación continua de la mucosa y las pequeñas ulceraciones que son puerta abierta a la infección (colibacilar, tuberculosa) la disposición particular del asa omega propicia para la estasis fecal; los repliegues diverticulares de la mucosa que a veces son verdaderas hernias a través de la capa muscular.

Como en la apendicitis se observan formas agudas simples, formas con perisigmoiditis, lo más común adhesiva ya sea plástica o supurada; y la forma crónica.

*Síntomas:* un estreñimiento habitual, con evacuación dolorosa con membranas y flemas, presenta un dolor intenso en la fosa iliaca izquierda, con detención de materias fecales, con fiebre, pulso pequeño y frecuente, vómitos que en algunas ocasiones son negruzcos. El vientre está abultado, hay contractura muscular y la palpación de la ese iliaca la percibe dura y contraída. Esta sigmoiditis aguda puede resolverse o transformarse en un absceso perisigmoideo. Según que el foco infectado esté en la cara peritoneal o en la cara meso cólica, el sitio de localización del absceso variará y su sintomatología también. El absceso en el primer caso puede desarrollarse hacia delante y arriba formando una tumefacción en la pared antero lateral del abdomen en su parte superior; hacia delante y abajo por

encima del arco crural. En el segundo caso hacia atrás entre las dos láminas del meso; o en el tejido celular retrosigmoideo y entonces la tumefacción es por la región lumbar.

En los casos de evolución rápida con dolor, fiebre, tumefacción palpable en la fosa iliaca izquierda o en la región lumbar, tumefacción cuyo polo inferior se puede tocar por el recto o la vagina el diagnóstico de supuración es fácil; pero otras veces en que el absceso es profundo y se abre en la pelvis poniéndose en contacto con los ovarios y los ligamentos anchos, incluso puede dar origen a un flegmón de estos mismos ligamentos, la sintomatología será ginecológica y el diagnóstico difícil si no se investiga cuidadosamente la evolución y los antecedentes. Y lo que decimos en cuanto a síntomas ginecológicos de la sigmoiditis puede atribuirse al cáncer y a la tuberculosis del colon ileo pélvico.



## CAPITULO IV

# Casos Clínicos

### CASO N°. 1

*Nombre:* M. H. O.

*Edad:* 26 años.

*Estado civil:* casada.

*Lugar de origen:* Durango, Dgo.

*Ocupación:* labores domésticas.

*Hospital de Jesús:* Cuarto 12. Dpto. de Pensionistas.

*Antecedentes hereditarios:* sin importancia, sólo es digno de mencionarse que una hermana presentó un cuadro patológico igual al que actualmente padece la enferma.

*Antecedentes patológicos:* de pequeña padeció las fiebres eruptivas propias de la infancia. Antecedentes bacilares y específicos negativos.

*Antecedentes no patológicos:* sin importancia.

*Padecimiento actual:* desde hace tres años empezó a sentirse enferma, se inició su padecimiento con dolor continuo, en el bajo vientre, no muy intenso, con irradiaciones a la región lumbar y al sacro, se exacerbaba con el esfuerzo, se acompañó algunos meses después de cierta molestia en la fosa iliaca derecha, como sensación de peso, y cuando hacía un ejercicio más o menos fuerte sentía piquetes en este mismo lugar, y una gran fatiga en las piernas que le impedía tenerse en pie por algún tiempo; todas estas molestias se exacerbaban ostensiblemente durante las reglas. Además, desde que se iniciaron los fenómenos en la fosa iliaca derecha, hubo estreñimiento, durando hasta cuatro días sin obrar, disuria y tenesmo rectal. Hace un año poco más o menos tuvo un cólico con todos los caracteres del apendicular, que le duró varias horas, con exacerbaciones a ratos, al cabo de este tiempo se le quitó, y aparentemente quedó bien;

pero con la molestia en la fosa iliaca derecha que anteriormente sentía y los dolores en forma de piquetes en ocasión de algún ejercicio y durante las reglas que eran muy dolorosas y se acompañaban de gran meteorismo. El cólico volvió a repetir hace una semana con iguales caracteres, pero esta vez se acompañó de fiebre que llegó a 37.8.

*Aparato digestivo:* mal sabor de boca, estado nauseoso casi continuo, agrios inmediatamente después de las comidas, sensación de llenura gástrica aun tomando poco alimento, estreñimiento que a veces alterna con despeñes de falsa diarrea, tenesmo rectal que la molesta mucho.

*Aparato respiratorio:* normal.

*Aparato renal:* disuria que apareció pocos meses después de empezar a estar enferma.

*Aparato genital:* comenzó a menstruar a los 14 años y desde la primera vez las reglas fueron muy dolorosas, venían cada 26 ó 28 días, duraban 4, y eran escasas. Se casó a los 20 años, y desde entonces los fenómenos dolorosos de sus menstruos se acentuaron, al grado de tener que guardar cama dos días al mes. Nunca se ha embarazado.

*Sistema nervioso:* insomnios e hiperexcitabilidad.

*Síntomas generales:* ha perdido 6 kilos desde que está enferma.

## EXPLORACION FISICA

Es una enferma pálida, anémica, delgada. Su actitud es libremente escogida.

La exploración del vientre da los siguientes datos: es un vientre deprimido, de paredes delgadas; dolor en la fosa iliaca derecha localizado en el punto de Mc Burney; dolor supra púbico, profundo en la cavidad pelviana que irradia al sacro. Los demás puntos dolorosos abdominales fueron negativos.

*Exploración ginecológica:* por el tacto vaginal pudimos apreciar el fondo de saco posterior ocupado por un bulto que pudo identificarse como el fondo del útero; el cuello estaba hacia delante detrás del pubis; combinando la palpación abdominal, el cuerpo del útero faltaba en su sitio normal. Además se notaba cierto empastamiento del fondo de Douglas que disminuía la movilidad del órgano. El tacto rectal nos dió la percepción de un tumor saliente en la cara anterior del recto.

*Diagnóstico:* Dismenorrea esencial. Apendicitis crónica y Retroversión uterina.

Se operó la enferma el día 6 de Mayo del presente año, previas

pruebas preoperatorias que fueron normales. Se encontró el apéndice más largo que lo normal, ligeramente congestionado y con numerosas adherencias a los órganos vecinos. La matriz se encontró en retroversión y rodeada de numerosas adherencias que llenaban el fondo de Douglas y la fijaban en esa situación, eran blandas pues con la mano se despegaron; la matriz era de tamaño normal, las trompas estaban sanas, los pabellones también, el ostium estaba abierto; el ovario derecho tenía un quiste.

*Diagnóstico operatorio:* Apendicitis crónica y Retroversión uterina consecutiva probablemente a derrame organizado en el Douglas de origen apendicular.

Se le practicó una apendicectomía y una ligamentopexia. La evolución fué normal y se dió de alta a la enferma 12 días después.

#### CASO N°. 2

*Nombre:* D. S. J.

*Edad:* 36 años.

*Ocupación:* labores domésticas.

*Lugar de origen:* Veracruz.

*Hospital Juárez:* cama 14 de la sala 6.

*Antecedentes hereditarios:* su padre era un alcohólico inveterado, murió loco. Su madre vive y aparentemente es sana. Fueron 6 hermanos, dos de los cuales murieron pequeños, no sabe de qué.

*Antecedentes patológicos:* de pequeña padeció las enfermedades que en nuestro medio son comunes a la infancia; amigdalitis de repetición; disentería a la edad de 20 años que ha repetido 4 ó 5 veces. Antecedentes bacilares y específicos negativos.

*Antecedentes no patológicos:* fuma moderadamente, acostumbra comer platillos muy condimentados y de vez en cuando toma algunas copas de aguardiente de caña.

*Padecimiento actual:* en Mayo del año pasado bruscamente le dió un dolor en el epigastrio, muy intenso con irradiaciones a la espalda, se acompañó de vómitos mucosos los primeros, después biliosos, y detención de materias fecales y de gases; con temperatura de 37.5 dos días estuvo encamada y se le trató con Sedol, hielo en el vientre y Eupaverina. Se sospechó litiasis biliar y por este lado se le trató. Se mejoró mucho; tan sólo le quedó estreñimiento muy marcado y ligero estado nauseoso. A los dos meses de esta remisión volvió a presentarse el dolor con los mismos caracteres pero menos intenso. En Septiembre nueva crisis, pero esta vez el dolor fué intensísimo, no cedió con la morfina, la temperatura ascendió a 40, y el cuadro clínico era de una oclusión intestinal con vientre agudo. Se

operó de urgencia con diagnóstico de vientre agudo por vesícula flegmonosa. Hay que hacer notar que desde el primer cólico hubo disuria.

*Aparato digestivo:* ligero estado nauseoso, meteorismo por las tardes y la constipación ya dicha.

*Aparato respiratorio:* tos seca quintosa pocos meses después de empezar a estar enferma.

*Aparato urinario:* disuria, las pocas gotas de orina eran muy oscuras de color.

*Aparato genital:* empezaron sus reglas a los trece años, siendo completamente regulares en aparición, duración y cantidad. Un mes después del primer dolor abdominal en ocasión de las reglas sentía dolor en los puntos ováricos y abombamiento del vientre, estos fenómenos desaparecían con las reglas; posteriormente a la primera operación (pues hay que decir que la operaron dos veces), se hicieron continuos con irradiaciones al sacro y a las ingles, se exacerban cuando trabaja mucho o recibe algún enfriamiento; las reglas se han vuelto muy dolorosas y además tiene pequeñas pérdidas sanguíneas fuera del periodo menstrual.

*Sistema nervioso:* insomnios muy rebeldes, cambios en el carácter y en su psiquismo, se ha vuelto muy apática y melancólica.

*Síntomas generales:* pérdida de peso, palidez y gran astenia.

## EXPLORACION FISICA

Es una enferma pálida, delgada, avejentada y muy nerviosa.

La exploración del vientre nos da los siguientes datos: abombamiento generalizado, defensa muscular en todo el lado derecho pero buscándola repetidamente parecía localizarse en la fosa iliaca derecha; el punto de Mc Burney era doloroso pero menos que el punto vesicular; el tacto rectal no se hizo; por el vaginal sólo se encontró el fondo de saco derecho doloroso.

*Presión arterial:* Mx. 110. Mn. 65.

*Temperatura:* 40.

*Pulso:* 100.

Se operó la enferma de urgencia con diagnóstico de vientre agudo por vesícula flegmonosa. Se hizo la incisión para vesícula y se encontró el peritoneo congestionado, esas intestinales dilatadas y con contenido líquido, la vesícula estaba sana sólo participaba de la reacción peritoneal; se bajó entonces la incisión hasta el pubis buscando apéndice, y se encontró éste supurado, hundido en la cavidad pélvica, la punta estaba en el fondo de saco de Douglas, todo estaba rodeado de adherencias que lo fijaban a las paredes de la pelvis; se

quitó con termo y se cerró el vientre a muerte. La evolución fué mala con parálisis intestinal, vómitos y fiebre. Al mes salió del hospital. Dos meses más tarde en ocasión de las reglas los dolores ováricos fueron muy intensos, y a partir de esta fecha continuos, exacerbándose al menor ejercicio y haciéndole la vida verdaderamente intolerable. La volvieron a operar en Enero de este año con diagnóstico de adherencias; se encontraron los ovarios dislocados y caídos en el fondo de Douglas, estaban aumentados de volumen y congestionados, las adherencias envolvían el útero pero sin que éste pareciera estar afecto, los ovarios que eran los que presentaban el máximo de lesiones y la vejiga, los fondos de saco vésico uterino y el ya tantas veces citado de Douglas estaban prácticamente desaparecidos, todo era un magma de adherencias. En vista de la repercusión que sobre el estado general tenía esta complicación se optó por hacerle una histerectomía total, la que se le practicó, siguiendo una evolución más o menos buena aunque con ligeras molestias por parte del intestino, se meteoriza, hay a menudo retortijones.

### CASO N.º 3

*Nombre:* G. F. L.

*Edad:* 20 años.

*Estado civil:* soltera.

*Ocupación:* labores domésticas.

*Lugar de origen:* Toluca.

*Hospital General:* cama 18 del Pabellón 26.

*Antecedentes hereditarios:* sus padres eran alcohólicos y murieron dejándola muy pequeña, desde entonces vivió al lado de su abuela que padecía del pulmón.

*Antecedentes patológicos:* enteritis muy frecuentes en la primera infancia, otitis medias, escrófulas, amigdalitis de repetición, toses y catarrros frecuentes.

*Antecedentes no patológicos:* siempre ha vivido en habitaciones oscuras y mal ventiladas.

*Padecimiento actual:* hace año y medio principió a sentirse asténica, apareciendo febrícula por las tardes que se le quitaba en la madrugada, y era seguida de sudores. Progresivamente fué perdiendo el apetito y bajando de peso. Notó que en las ingles, en el cuello y en las axilas le aparecieron unas bolitas que poco a poco fueron creciendo hasta quedar del tamaño de una nuez, duras, movibles, ruedan bajo el dedo y son indoloras. Hace tres meses la enferma que anteriormente era bien reglada, empezó a notar trastornos en su período menstrual consistentes en disminución del líquido catame-

nial, alteraciones en su periodicidad, con dolores y además la aparición de un flujo leucorreico.

*Aparato digestivo*: anorexia para toda clase de alimentos, diarreas muy frecuentes alternando con períodos de estreñimiento.

*Aparato respiratorio*: tos húmeda, con expectoración purulenta, dolor en la espalda.

*Aparato urinario*: nada importante.

*Aparato genital*: comenzó a menstruar a los 13 años, siempre han sido sus reglas escasas, venían cada 28 días y le duraban dos. Actualmente como se dijo anteriormente, son irregulares en su aparición y muy dolorosas, los dolores pélvicos son continuos y con irradiaciones a las ingles.

*Sistema nervioso*: insomnios y astenia muy marcada.

*Síntomas generales*: ha perdido 12 kilos desde que empezó a estar enferma.

## EXPLORACION FISICA

Es una enferma completamente desnutrida, muy anémica, que se encuentra encamada.

*Cabeza*: conjuntivas y encías muy pálidas; lengua saburral.

*Cuello*: ganglios infartados, del tamaño que nos dijo la enferma, escalonados a lo largo de las regiones carotideas, unos están ya fijos, adheridos a las capas subyacentes, y otros ruedan bajo los dedos.

*Tórax*: muy adelgazado, con salientes huesosas muy marcadas, el esternón está deprimido y los omoplatos muy salientes y separados. Síndrome de condensación pulmonar en el vértice izquierdo. Ganglios en las axilas con los mismos caracteres que los del cuello.

*Abdomen*: vientre abombado, asas intestinales meteorizadas, en las regiones inguinales numerosos ganglios con los mismos caracteres que los anteriores. Como no se pudo practicar el tacto vaginal, por tratarse de una virgen, se hizo el tacto rectal para investigar lo que hubiera de ginecológico, y se encontraron los siguientes datos: ganglios presacros e hipogástricos en iguales condiciones que los anteriores, matriz en retroversión ocupando el fondo de saco de Douglas, está fija y el cuello no se toca; además se siente cierto empastamiento del fondo de saco posterior.

*Diagnóstico*: Adenitis tuberculosa secundaria a una tuberculosis pulmonar que ha engendrado un cuadro ginecológico sin substratum anatómico.

## CAPITULO V

# CONCLUSIONES

1°.—En general puede decirse que hay síndromes ginecológicos cuya causa no reside en el aparato genital mismo.

2°.—La razón de los cuadros ginecológicos falsos estriba en la contigüidad con órganos pélvicos enfermos, que son los que principalmente hemos tratado en este trabajo y que son más frecuentes de lo que pudiera creerse.

3°.—Cuando se estudie una enferma con síntomas ginecológicos, lo primero que se ocurre es que sea una ginecológica verdadera; pero también hay que pensar sistemáticamente que puede tener origen extraño, pues procediendo así se evitará cometer graves errores de diagnóstico.

4°.—Las causas extragenitales que pueden engendrar cuadros ginecológicos residen ya en el aparato digestivo (ciego, apéndice, sigmoide, recto, peritoneo); ya en el esqueleto de la pelvis, en el sistema ganglionar, etc.

5°.—Toda esta doctrina forma el capítulo de las falsas ginecológicas que en rigor biológicamente no lo son, pero clínicamente sí.

6°.—El diagnóstico correcto, como bien se advierte, tiene gran importancia pronóstica y terapéutica.

---

## BIBLIOGRAFIA

TESTUT JACOB.--Anatomie Topographique.

FORGUE.—Manual de Patología Externa.

BEGOUIN.—Patología Quirúrgica.

SERGEANT.—Aparato Digestivo.

GONZALO CASTAÑEDA.—Clínica Quirúrgica.

CIRUGIA Y CIRUJANOS.—Junio de 1935.