

81-94-nº 6

Ca 2580

D. Manuel Vincent

5315410834

nº = 115

Absceso de la cavidad

preperitoneal

(Julio del 1872)



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315410834

Carta de

Amigos:

Nada tiene de particular, que cuando se
poco conocida la region anatómica donde tiene
en asiento la afeccion de que voy á ocuparme,
se halla confundida, y se confunde todavía, á
esta última con algunas otras. Lo que demuestra
que el flemón de la cavidad preperitoneal (así
llamada por un médico de Francia, que fué el
primero que la describió, y cuyo nombre no se
cuerdo por ser mi memoria bastante infiel) tiene
en aspecto purísimo, y necesario este carácter

6 18912722

Excmo Sr

Señores:

Nada tiene de particular, que siendo tan poco conocida la region anatómica donde tiene su asiento la afeccion de que voy á ocuparme, se halla confundida, y se confunde todavía, á esta última con algunas otras. Espero demostrar que el plemon de la cavidad preperitoneal (así llamada por un médico de Suecia, que fué el primero que la describió, y cuyo nombre no recuerdo por ser mi memoria bastante infiel) tiene un aspecto propio, haciéndole acreedor este carac-

ter, á ocupar un puesto separado en las obras de patología quirúrgica.

Se ha hablado de la cavidad ante-vesical, situada entre la vejiga de la orina y la sínfisis pubiana, pero poco ó nada se ha dicho, al ménos, así lo creo, de la cavidad peri-vesical, comprendida entre la vejiga y la pared abdominal, y precisamente este espacio es el que aquellos ocupan cuando se distiende, y donde tienen su asiento los flemones que son objeto de este tema.

Creo necesario copiar los apuntes que conservo de la descripción que, después de un profundo estudio de la parte, dió el médico á quien anteriormente me refiero. Dicen así:

"1.º La fascia transversalis de Cooper, que forma una capa céculo-fibrosa aplicada á la cara interna de los músculos transversos, se confunde con el borde inferior de la pared posterior de la vaina incompleta de los músculos rectos, y esta fusión de fibras corresponde á la línea semicircular de Douglas."

2

"2.º La fascia transversalis y la aponeurosis de los músculos transversos, no terminan, pues, en la línea semicircular de Douglas; lo que sucede, es, que estas dos aponeurosis se confunden en una sola hoja ó lámina fibrosa y cubren las partes de peritoneo que, empezando en las líneas de Douglas, bajan hasta la sínfisis pubiana formando el estuche del músculo recto. Por lo tanto, la línea semicircular de Douglas no es lo que su nombre quiere indicar, no es una línea, no es el borde que termina la hoja posterior de la aponeurosis de los músculos transversos, sino el borde de un repliegue de la pared posterior del estuche del músculo recto del abdomen."

"3.º Queda un espacio ó cavidad en el espesor de la pared anterior del vientre, en cuyo espacio, que ha recibido el nombre de cavidad preperitoneal, se coloca la vejiga de la orina cuando se halla en estado de repleción."

"4.º La hoja fibrosa que partiendo de las líneas de Douglas se dirige al peritoneo, no vá, al descender, ni á la sínfisis pubiana, ni al ligamento

to de Poupart, sino que por detrás de la vejiga de la orina marcha a la cavidad pelviana para identificarse allí con la fascia pelvina!"

"5.º Las líneas semicirculares de Douglas se dirigen hacia abajo formando arcos, se unen a la fascia transversalis de Cooper, que acompaña a las fibras de los músculos transversos hasta cerca del borde externo del estuche del músculo recto, y se insertan por su extremidad inferior en el borde externo del tendón del músculo recto."

"6.º De esta disposición, resulta una abertura de bordes fibrosos que representa la entrada de la cavidad preperitoneal. Cuando la vejiga de la orina se dilata, lo hace en esta cavidad, cuyas paredes, anterior y posterior, se separan una de otra. La pared anterior, está formada entonces por la extremidad inferior de los músculos rectos y la parte anterior de su estuche, y la pared posterior, la forma el peritoneo, que está recubierto por las aponeurosis que se han confundido por detrás con las líneas semicirculares de Douglas; la pared lateral está formada por

los repliegues de Douglas y sus prolongaciones en arco!"

"7.º En esta cavidad hay un tejido conjuntivo que por su flexibilidad y laxitud, no opone obstáculos algunos a la subida y al descenso de la vejiga de la orina, cuando se llena o se vacía, respectivamente!"

"8.º Para poder apreciar en conjunto todos estos detalles, hay que separar los músculos oblicuos externos e internos, de modo que solo quede un borde de su aponeurosis antes de su entrada en el estuche de los músculos rectos. Después, se abren las veínas de los músculos rectos por medio de dos incisiones longitudinales que comprendan entre sí la línea alba, se apartan los músculos, con medios apropiados se ponen en tensión las líneas semicirculares de Douglas y sus prolongaciones en arco, y se hace presión sobre el peritoneo y la cubierta fibro-celular, lo cual permite a la vejiga de la orina, llena de líquido o de aire, subir a la cavidad preperitoneal!"

"9.º La línea alba, a partir del ombligo ya

no forma tabique ó septo fibroso para separar uno de otro los músculos rectos, como sucede por encima del ombligo, sino que solo presenta un haz delgado de tejido conjuntivo que separa incompletamente dichos músculos y vá á unirse al tejido conjuntivo que tapiza la cavidad preperitoneal!

Después veremos las consecuencias de este último dato anatómico.

Para completar en cierto modo lo que acabamos de exponer, juzgo oportuno transcribir de mis apuntes el siguiente párrafo, por más que, entre su contenido y las anteriormente citadas, no haya completa conformidad. Dice así:

"Si se preparara con cuidado la lámina u hoja aponeurotica formada por la hoja posterior de la aponeurosis del músculo pequeño oblicuo y la del transversa, se ve que dicha hoja aponeurotica, la formada por estas dos últimas, presenta en su parte infra-umbilical fibras arciformes horizontales, á las que, si queremos, se las puede dar el nombre de arcada de Douglas; pero al

mismo tiempo se observa que dicha aponeurosis no tiene, en rigor, borde inferior, sino que se adelgaza gradualmente, se hace celulosa, y acaba por confundirse con el tejido infra-peritoneal!

Y el autor de las anteriores líneas, refiriéndose al que describió la cavidad preperitoneal, añade: Ha' dado una descripción algo diferente de la extremidad inferior de esta lámina fibrosa: Según él, el arco de Douglas se divide en dos hojas; una de ellas, anterior, continúa descendiendo por detrás de los músculos rectos, insertándose en el púbis, desde la espina hasta la sínfisis; la otra hoja, posterior, se dirige hacia abajo, rodea á la vejiga de la orina por detrás y por los lados, sigue prolongándose, se continúa con la aponeurosis próstato-perineal (lámina celulofibrosa comprendida en la región del periné) y lateralmente vá á parar á los ligamentos púbis-prostáticos; por detrás, dicha hoja posterior está separada del peritoneo por la fascia propia, de la que se distingue fácilmente por su aspecto y por la dirección y consistencia de

sus fibras!" En otro lugar, refiriéndose también al médico de Suecia dice: "Sin duda alguno, ha visto lo que describe, pero tengo la seguridad de que si ha podido distinguir esas dos hojas, ha sido debido a que ha dado con excepciones, pues ordinariamente no se encuentra ahí más que una sencilla capa celulosa que insensiblemente acaba por confundirse con el tejido infra-peritoneal."

Temo ser demasiado molesto, y por esta razón paso por alto la opinión de otros autores, porque, en definitiva, lo que más nos importa, es saber que delante de la vejiga de la orina, en la porción desprovista de peritoneo, hay una cavidad virtual, que puede hacerse real, bajo la influencia de diversos estados patológicos. Que la fascia transversalis tenga dos hojas o que tenga una sola; que el tejido infra-peritoneal, propiamente dicho, merezca o no una descripción especial bajo el nombre de fascia propia, lo cierto es

que á aquel médico se debe el mérito de haber llamado la atención sobre una disposición anatómica, cuyas consecuencias prácticas son de tanta importancia.

Terminada la parte de anatomía topográfica, pasaremos á ocuparnos de la

Anatomía patológica. En el tripgastro, es donde con más frecuencia se presentan los flemones abdominales anteriores. Con el nombre de hidropesía enquistada del peritoneo, se designaban antiguamente infinitas de lesiones, desde los flemones de la pared anterior y los de las fosas iliacas, hasta las peritonitis parciales, los quistes hidatídicos y los ováricos; sin embargo, algunos autores daban ese nombre á las inflamaciones de la fascia propia, que era crónica ó aguda, correspondiendo esta última forma al flemon abdominal. Los flemones abdominales, y particularmente los tripgástricos, pueden dividirse en superficiales

y profundos, correspondiendo a' la primera categoría las inflamaciones supurativas de la piel y las del tejido celular subcutáneo, y a' la segunda, las que aparecen en el espesor de la capa muscular o' en el tejido celular infra-peritoneal, siendo muy difícil en la práctica averiguar en cual de estas dos capas está el punto de partida del flemón profundo. Me es sumamente difícil, y mejor diría, imposible, ocuparme de la anatomía patológica de los tumores que motivan esta disertación, porque no he encontrado en parte alguna descripciones de estas autopsias, ni me ha' cabido la suerte de hacerlas. No obstante, es fácil comprender que la inflamación del tejido celular contenido en la cavidad preperitoneal puede propagarse a' las partes vecinas; los músculos rectos pueden ser destruidos en su parte inferior, y el pus, atravesando la

capa celular subcutánea, llegar a' la piel, destruirlo, y abrirse el absceso espontáneamente por encima de la sínfisis del pubis, en cuyo caso, la línea alba desaparece en este punto, deja de existir entre los dos músculos rectos; el peritoneo puede interesarse, ser perforado, y progresando la inflamación, llegar a' los intestinos, produciendo, ya su adherencia a' las paredes del tumor, ya la ulceración y destrucción de una parte de la pared intestinal, abriéndose paso el pus, a' veces, a' través de las paredes del recto. De lo que antes indiqué, se deduce que la anatomía patológica que fundo es por completo hipotética, pues carezco de datos; pero creo fundada mi hipótesis, me parece que reúne todas las condiciones que una buena lógica exige para estos principios supuestos. Pasaré a' ocuparme de lo que influye no poco en el pronóstico, como veremos al tratar de él. Me

refiero á la

Etiología. Dejando á un lado las contusiones y demás causas externas capaces de producir flemones en la cavidad preperitoneal, me limitaré á las internas. Desde luego, podemos asegurar que aquí desempeñan un papel importantísimo las afecciones de los órganos contenidos en la cavidad pelviana. Las afecciones de la vejiga de la orina, de la próstata, del recto de los intestinos delgado y del útero, tienen, en determinadas ocasiones, que ejercer su influencia. Es evidente, que las lesiones graves del tubo digestivo, por ejemplo, las perforaciones, y la presencia de ciertos tumores del abdomen, pueden producir la inflamación del tejido celular de la cavidad preperitoneal. Los estados generales que se manifiestan por tendencia á la producción de

7
pus en diferentes partes de la economía, también pueden determinar su acción en esa cavidad. Creo innecesario citar entre las causas, los flemones de las partes contiguas, por ejemplo, los de las fosas ilíacas. En apoyo de algo de lo que he dicho sobre las causas, puedo citar á Niemeyer. Dicho autor, hablando de las terminaciones de la cistitis crónica, dice que esta enfermedad puede ser causa de abscesos en el contorno de la vejiga de la orina. Hay más; la pericistitis de que hablo, en realidad, no es la inflamación del tejido celular contenido en la cavidad preperitoneal, que, si termina por supuración, constituye el flemon perivesical? Para terminar lo relativo á la etiología, debo decir que, en bastantes ocasiones, estos abscesos aparecen espontáneamente, ó hablando con propiedad, aparecen sin causa apreciable. No creo que la edad tenga una

grande influencia en la producción de estos
flemones, pero no diré lo mismo refiriéndome
al sexo, pues todos sabemos lo frecuente
que es en las mujeres una clase de afecciones
que les es propio, las afecciones del
útero.

Dada una ligera idea de la anatomía topográfica,
de la anatomía patológica, y de
la etiología, cederemos el puesto á la

Sintomatología. De los pocos casos que
he observado, no porqué juzgue que esta afección
sea rara, pues ya tiene notar al principio
que muchas veces se confunde con otras,
y nada tiene de particular que yo haya
participado más de una vez de dicha
confusión, puedo deducir: que la afección empieza
unas veces con los síntomas de una
peritonitis parcial, apareciendo después los
que son propios de aquella; en otras ocasio-

8
nes, la afección presenta desde un principio su
propio carácter, aparece con sus síntomas propios,
como son; dolor localizado, desarreglos en la
micción, tumor prevesical &c. &c.; y por fin, puede
iniciarse con la aparición de una obstrucción
intestinal. Sea uno u otro el modo
que tenga de aparecer la afección, podemos
observar después, los siguientes caracteres: Dolor
vivo, lancinante, que aumenta á la presión,
que se irradia á la manera de los cólicos, y
que tiene su asiento en la región hipogástrica,
encima de la sínfisis pubiana. A este dolor,
se une, un movimiento febril más ó menos
pronunciado, y desarreglos digestivos que,
unas veces no pasan de los límites de un
simple trastorno gástrico (cefalalgia, anorexia,
náuseas, vómitos biliosos &c. &c.) pero que en
ocasiones se aproximan á la peritonitis. Al
mismo tiempo que el dolor, aparece otro

síntoma muy importante, principalmente bajo el punto de vista del diagnóstico, cual es la retención de orina; ¿Cómo nos explicamos esta retención? Con bastante frecuencia va acompañada de dolor, y esta circunstancia podría hacernos equivocar en el diagnóstico, o, cuando ménos, introducir en nuestro ánimo la duda; podría hacernos sospechar una cistitis del cuello, pero nuestra perplejidad o nuestro extravío desaparecerían para ceder el puesto a la certeza, inmediatamente después de interrogar al enfermo y de practicar en él el cateterismo. En efecto; el paciente, en la mayoría de los casos, no nos refiere desarreglos funcionales anteriores al que presentamos; si hubiera cistitis del cuello, o al explorar con la sonda quedaría ésta detenida al nivel de las partes inflamadas, o bien,

9
al ser introducida, el enfermo acusaría grandes dolores en las partes profundas del conducto uretral. Pero nada de lo que acabo de mencionar, sucede, excepción hecha de los casos en que pudiera coexistir dicha cistitis. Tampoco creo que la retención de orina sea debida a causa mecánica, a la compresión que puede ejercer en la vejiga el tumor prevesical, y la razón en que me apoyo es decisiva, ¿por qué ignora el sitio ocupa el tumor? El sitio que el tumor ocupa está por encima y por delante de la vejiga de la orina; por lo tanto, no puede hacer presión más que sobre la parte superior y anterior del receptáculo urinario, el cuello queda siempre libre. Es más, lejos de producir dificultad, lejos de oponer obstáculo alguno a la libre emisión del líquido renal, lo que puede ocasionar es deseo frecuente de expelerlo, y en apoyo de esto último, podemos

recordar lo que sucede cuando se dilata el útero durante el embarazo. Sabemos que a veces, a consecuencia de ciertas operaciones, como las que se practican en el intestino recto para las fístulas y para los tumores hemorroidales, sobreviene una retención de orina por acción refleja; lo mismo acontece a consecuencia de diversas afecciones de los diferentes órganos contenidos en la pelvis; por lo tanto, por razón de contigüidad, es posible que la inflamación del tejido celular perivisceral, obre de ese modo; por acción refleja, es del mismo modo que me explico la retención de orina, y de lo que, para terminar lo que con relación a ella se me ocurre, diré que, en la mayoría de los casos, es completa. En cuanto al tumor que se forma en el hipogástrico, presenta caracteres que varían según la época de su evolución en que se

10
halla cuando lo sometamos a nuestro examen; al principio, está mal limitado, hay evidencia de la pared abdominal, sobrevienen los síntomas propios de toda inflamación, y va precedido de ese dolor lancinante, que aumenta a la presión y se irradia a la manera de los cólicos, y de la retención de orina, de cuyos otros síntomas nos hemos ocupado poco há. El tumor tiene su asiento en la región hipogástrica y aparece sobre la sínfisis pubiana y en la línea media, extendiéndose en general, subrayo esta palabra porque es un dato para un diagnóstico diferencial, lo mismo por ambos lados. Su forma viene a ser la de una vejiga distendida por la orina, esto es, oblonga, de convexidad superior, perdiéndose inferiormente por detrás de la sínfisis del pubis. Por medio de la palpación, se perciben bastante bien sus límites, no es movable, ocupa siem-

que el mismo lugar aunque el enfermo va-
rie de actitud. Con relación a su consistencia,
diré que unas veces es duro, y en ocasiones
es blando. Si queremos hacer uso de otro
medio que tenemos para nuestras investiga-
ciones, que es la percusión, percibiremos, en
la generalidad de los casos, un sonido mate;
pudiéndose atribuir la sonoridad, en los pocos
casos en que apreciamos su existencia, a
la formación de gases. Por último, y ya ve-
remos despues el valor que tienen en ciertos
diagnósticos por exclusión, el Facto vaginal
y el rectal nos dan la sensación de una
vejiga muy distendida. No creo haber omi-
tido nada de fundamental en este cuadro
sintomatológico, y en caso de equivocarme,
espero subsanar mis faltas al tratar del
diagnóstico. Voy, pues, por terminado el estudio
de los síntomas, para decir algo que no de-

11
be olvidarse nunca en el tratamiento, pues-
to que es tanta su importancia, que de
su omisión depende muchas veces un des-
enlace funesto. Me refiero a la
Marcha, Duración y Terminaciones, es-
tas últimas, muy particularmente. Como he-
mos visto al tratar de la sintomatología,
el flemón de la curvatura preperitoneal no
aparece siempre del mismo modo; unas
veces, se presenta francamente, aparece con
sus caracteres propios; otras, hace sospechar
una peritonitis parcial o general; en fin,
hay ocasiones en que reviste la forma de
una obstrucción intestinal. En el primer
caso, cuando se presenta con sus caracteres
propios, el síntoma inicial es un dolor mo-
derado, localizado a la región hipogástrica
y acompañado, tal vez, de fiebre. Este pri-
mer síntoma, casi siempre va acompañado

do de desarreglos en la micción. A veces, al mismo tiempo que el dolor, se puede percibir, explorando con cuidado, la presencia del tumor hipogástrico; pero en otras ocasiones, se pasan días y aun meses sin que sea posible percibirle. Por último, el tumor puede, ó ser único, y este es el caso más favorable, ó ir acompañado de otros que, de formación anterior ó posterior á la suya, aparecen en sus inmediaciones. En los otros dos casos, esto es, cuando hace sospechar una peritonitis, ó cuando reviste la forma de una obstrucción intestinal, los síntomas generales aparecen con más violencia, el dolor se extiende más y va acompañado de escalofríos, fiebre, náuseas, vómitos y constipación, cuyo último síntoma se manifiesta más cuando la afección reviste en su principio la forma de una obstrucción intestinal;

12
este estado puede durar hasta una semana, viniendo después un período de calma, durante el cual, aparece el tumor con sus caracteres propios. Expongo ya el curso de la afección, que puede durar desde uno ó dos meses hasta un año, y á veces más, voy á hablar de las diferentes

Terminaciones. Por resolución, por induración, ó por supuración, puede terminarse la afección que nos ocupa. Es evidente, que el modo de terminarse que más se adapta á nuestros deseos, tanto bajo el punto de vista de sus resultados, cuanto bajo el de su duración, es el primero de los tres que hemos indicado, y cuando tiene lugar, disminuyen considerablemente los síntomas, desaparecen poco á poco la hensión y el dolor del vientre, sucediendo esto último también con el tumor hipogástrico, que podemos comprobar por medio de la palpación abdominal y de los tactos sa-

ginal y rectal. Cuando el tumor termina por supuración, queda bastante tiempo bajo la forma de una masa dura, y con los demás síntomas, sucede lo mismo que en el caso anterior, esto es, van desapareciendo. La supuración, es el modo de terminar más desgraciado, tanto por su duración cuanto por sus resultados, y cuando tiene lugar, la fluctuación se hace apreciable, y los demás síntomas, ó conservan su intensidad, ó se exasperan. Si intervinimos a tiempo, si damos salida al pus, podemos esperar la curación, que será rápida cuando el tumor es simple, pero lenta é incierta si el tumor comunica con otras colecciones purulentas formadas, ya en las paredes abdominales, ya en la cavidad de la pelvis, pues sobrevienen fistulas C. & Si la presencia del pus para desapercibida para nosotros, el foco purulento

10
se abre espontáneamente, ó en la piel, ó en la cavidad del peritoneo, ó en el interior de cualquier órgano grueso que esté próximo. Cuando el derrame ó salida del pus vá a tener lugar por fuera, aparece edema en la region hipogástrica, la piel de esta parte palidece, la fluctuación se hace cada vez más superficial, y por último, el absceso se abre espontáneamente, ya inmediatamente por encima de la sínfisis pubiana, entre esta y el ombligo, ya en el ombligo mismo, en cuyo caso parece que el pus, para llegar a este punto, marcha a lo largo del uraco; la fistula que resulta de la abertura de este absceso, es de larga duración, pero acaba por curarse. Si el absceso se abre en la vejiga de la orina, el líquido urinario sale ora mezclado con pus; si la abertura tiene lugar en el intestino recto, el pus acompañará a las materias fecales. Finalmente, entre

las terminaciones por supuración, la más funesta es la que tiene lugar cuando la abertura del foco purulento se hace en el peritoneo; en este desgraciadísimo caso, los síntomas adquieren una violencia extrema, se repiten con muchísima frecuencia los vómitos, el dolor se hace intolerable, debilitase exageradamente el pulso, la cara expresa la ansiedad, en una palabra, aparecen los síntomas de una peritonitis por perforación, y el enfermo, después de desaparecer el tumor, cuyo contenido se vierte en la cavidad peritoneal, sucumbe. Hemos llegado al

Diagnóstico. Podríamos establecer el diagnóstico diferencial entre el absceso prevesical y todos los tumores hipogástricos primitivos y consecutivos, pero esto sería abusar de la elasticidad del tenro que estamos tratando, sin la ventaja de contribuir a aclararlo.

Me limitaré, por lo tanto, a hablar de los relativos a los tumores enquistados, a la

14
hidropesía enquistada del peritoneo, peritonitis, tumores causados por la distensión de la vejiga de la orina, sin ocasionar nada de lo que se refiere a la esatitis, embarazo &c. &c. Aquí debo hacer mención de un caso de cálculo vesical, cuyo tamaño no era tan grande, que daba lugar a un tumor hipogástrico perfectamente apreciable por la palpación; y creo inútil decir que su confusión con un absceso prevesical es completamente imposible, toda vez, que el conocimiento de los desarreglos anteriores de la micción, las orinas sedimentosas, los deseos frecuentes de orinar, la interrupción brusca del curso de orina, el dolor en la extremidad del glande, y la sensación de cuerpo extraño suministrada por la sonda, no dan conocimiento de la verdad. Veamos ahora las diferencias que

Existen entre la afección que nos ocupa
y la hidropesía enquistada del perito-
neo, pues si a primera vista pueden con-
fundirse ambas, en la mayoría de los
casos, fijando un poco la atención, se dis-
tinguen perfectamente. La hidropesía en-
quistada del peritoneo, solo se ha observado
en las mugeres; puede ocupar cualquier
sitio de la pared abdominal, sin dolor,
sin cambio de coloración en la piel; su
evolución puede durar algunos años; el
estado general no se altera hasta que
el quiste, comprimiendo vasos y vísceras,
produce trastornos circulatorios y funcio-
nales; el tumor progresa en todos sentidos,
lo mismo hacia arriba que hacia abajo.

En el absceso prevesical no ocurre nada
de esto; no es propio de la muger, tam-

15
bien se presenta en el hombre; tiene su
asiento fijo en el hipogastrio, detrás del
pubis; va acompañado de tensión y dolor
en el vientre, de desarreglos urinarios, en
una palabra, su marcha es, en ciertos mo-
dos, aguda; su evolución es bastante rápida;
el tumor está bien limitado, forma promi-
nencia en la línea media, sobre el pubis,
con convexidad superior, y se pierde por
detrás de la sínfisis pubiana. Podría ser
algo dudoso este diagnóstico diferencial
cuando el tumor enquistado, situado de-
lante, cerca de la cavidad preperitoneal,
fuera asiento de una inflamación; pero
aun en este caso, comprobando la pre-
existencia del tumor y su pasada indolencia,
examinando cuidadosamente los lími-
tes del tumor cuando los fenómenos in-
flamatorios decrecieran, y practicando los
táctos rectal y vaginal, que nos darían

sensación de vejiga llena en el caso de ser un absceso prevesical, y resultado negativo si era un quiste, desaparecerían nuestras dudas. Respecto al diagnóstico diferencial entre el absceso preperitoneal y la peritonitis general, diremos que, si bien es cierto que ambas afecciones tienen síntomas comunes, estos síntomas son más pronunciados en la peritonitis, el dolor está más localizado en el caso de flegmon preperitoneal, y por último, la marcha de las dos afecciones, las distingue bastante bien. Pero el diagnóstico diferencial entre el citado absceso y la peritonitis parcial ofrece grandes dificultades, es tanto más difícil, cuanto que, en muchas ocasiones, la segunda afección precede ó acompaña a la primera. Lo único que podrá darnos alguna luz en este caso, será la marcha y el sitio de la peritonitis, pues si es

ta localizada en el estómago, hígado &c. &c. simulará una gastritis, una hepatitis &c.; pero si lo está en la vejiga de la orina, podrá producir fenómenos parecidos á los que proceden del absceso prevesical, y entonces habrá que explorar para ver si existe un tumor, y cuales son sus caracteres. La distinción entre el absceso prevesical y la distensión de la vejiga por la orina, es sumamente sencilla. Basta, para distinguir ambas afecciones, con practicar el cateterismo, pues está fuera de toda duda que, si es un absceso, el tumor persistirá después de hecha la evacuación de la orina, desapareciendo, por el contrario, en el caso de distensión de la vejiga. No hace mucho he leído la descripción de un caso en el que, con el nombre de flegmon infra-umbilical, se quiere designar una variedad de flegmon profundo de la pared

anterior del abdomen, que consiste en un tumor inflamatorio, bien circunscrito, situado en la línea media y simétrico, de forma semi-elíptico, correspondiendo su base al ombligo y situándose su otro extremo hacia abajo, pero sin llegar nunca hasta el pubis. Este tumor puede aparecer de un modo brusco o de un modo lento; en los casos agudos, hay dolor vivo, sensibilidad exagerada en la región, fiebre, algunas veces vómitos, orina escasa &c. siendo, por lo común, bastante moderados estos accidentes generales. El tumor aparece algunos días después de los trastornos anteriormente mencionados. Algunas veces, el aumento de volumen se aprecia con facilidad y se presenta como una tumefacción ocular, ancha, poco prominente. Por medio de la palpación, se comprueba que el tumor empieza por arriba, al nivel mismo del ombligo, prolongándose

16
más o menos hacia abajo, pero sin llegar nunca al ~~pubis~~; su base, se puede representar por medio de una línea horizontal que pase por el ombligo; crece de arriba hacia abajo. La percusión da sonido mate. En los casos agudos, los dolores aumentan con la tos, con la respiración, en fin, al menor movimiento. Termina siempre por supuración; no es exclusivo de ninguna edad ni de sexo alguno. Ahora que sabemos los caracteres que tiene el flegmon infra-umbilical, esponjamos qué tiene de común con el p^{er}itonéal, y qué tiene de semejante. Ambos pueden reconocer iguales causas; los dos están situados entre el ombligo y el pubis, en la línea media; tienen bordes redondeados, apreciables a la vista y palpación, y dan la idea de una vejiga distendida; producen accidentes locales y generales parecidos. Esto es lo que tienen de común; veamos ahora los caracteres que sirven para diferenciarlos. El flegmon infra-umbilical, se presenta siempre inme-

Diariamente debajo del ombligo, en la línea media, es simétrico, forma una semielipse, cuya base corresponde arriba, y puede representarse por medio de una línea horizontal que pase por el ombligo, no llegando nunca al púbis su otra extremidad; el tumor crece de arriba abajo; y por último, dada su situación, el tacto vaginal y el rectal, nos tienen que dar resultados negativos. El flemón prevesical, ordinariamente, pero no siempre, se presenta en la línea media; no siempre es simétrico, puede dirigirse más á un lado que á otro; su base, en vez de hallarse arriba, corresponde abajo y detrás del púbis; la otra extremidad del tumor se dirige hacia el ombligo, al cual toca en algunas ocasiones; por lo tanto, la parte convexa del tumor tiene una disposición completamente opuesta á la del flegmón infra-umbilical, pues en este corresponde á la parte inferior. Además, el absceso de la cavidad ~~de~~ preperitoneal no crece de arriba abajo, sino al contrario; el tacto vaginal y el rectal, nos dan, según

17
expusimos en páginas anteriores, resultados positivos. Finalmente, los síntomas generales son más marcados, y el pronóstico mucho más grave, que en el flemón infra-umbilical. Me he ocupado con bastante extensión del diagnóstico, por creer que este es el punto capital, y porque esa era mi intención al elegir este tema. A fin de no hacerme demasiado difuso, trataré con brevedad del pronóstico, haciendo lo mismo con el tratamiento, puesto que nada de particular ofrecen, y terminaré con un resumen de todo lo expuesto para poder apreciar bien el conjunto.

Pronóstico. El pronóstico depende principalmente de la marcha de la enfermedad. Cuando el modo que la afección toma para terminarse es la resolución, ó la induración, el enfermo, aun cuando queda algo predispuesto, puede, no obstante, considerarse curado. No ocurre lo mismo si termina por supuración, á escepcion del caso en que la colección purulenta efectúa su salida al exterior á través de la pared abdominal. Si el foco purulento se

abre en un órgano hueco, el pronóstico no es ya tan favorable como en el caso anterior, pues dejando á un lado otros desórdenes que produce, quedan fistulas más ó menos incoercidas, más ó menos susceptibles de curación. Pero cuando el pronóstico es fatal, es cuando el absceso se abre en la cavidad del peritoneo, ocasionando una peritonitis por perforación, cuyos síntomas y cuyos resultados desconocen, sin duda alguna, los que en el tratamiento no procuran desde un principio, haciendo cuanto esfuerzos les sean posibles, que la inflamación, en vez de terminarse por supuración, lo haga por induración, ó por resolución. Fácil es comprender, y por eso no insisto sobre este punto, la influencia que en el pronóstico tiene la causa que da lugar á que la afección se determine; no es menester esforzarse mucho para comprender que, el pronóstico de la afección, cuando depende ó está bajo la influencia de esos estados generales que se manifiestan por tendencia á la producción de

18
pus en diversas partes de la economía, es mucho más grave que cuando la causa del absceso de la cavidad preperitoneal, es una causa externa, por ejemplo, una contusión.

Tratamiento. El tratamiento debe dirigirse á las causas, y al tumor; pero no nos ocuparemos del primero, por no ser ese nuestro objeto. El tratamiento que se dirige al tumor, debe ser el siguiente: Durante el periodo inflamatorio, debe ordenarse el reposo; prescribiéndose la dieta, casi, ó mejor dieta absoluta; se emplearán los emolientes, las fricciones de mercurio y belladona, los antiplogísticos, haciendo uso de cataplasmas emolientes después de la aplicación de sanguijuelas. Si sobrevienen síntomas de peritonitis, debe hacerse aplicación de hielo al tumor, y al mismo tiempo deben administrarse los catometanos. Pero, según indiqué al ocuparme del pronóstico, lo mejor que puede hacerse es procurar la resolución, ó, cuando menos, la induración del tejido celular inflamado; pero si nuestras tentativas salen frustradas, si á pesar de todos los esfuerzos ima-

gimables, aparece la fluctuacion, esto es, si el tumor supura, inmediatamente dilataremos el absceso con objeto de evitar que el pus se dirija en otro sentido y se vierte en algun órgano nuevo o en la cavidad del peritoneo. Si hay otras colecciones purulentas, practicaremos contra-aberturas. Despues de hacerse la dilatacion del absceso, se pondrán tubos de drainage y se harán lociones, por lo ménos dos veces al dia, con líquidos antisépticos. El propósito debe consistir en hilas empapadas en agua fenicada, planchuela agujereada &c. y por último, un vendaje de cuerpo. Al mismo tiempo, se reanimará al enfermo, se levantarán sus fuerzas de la prostracion en que se hallan, con los tónicos, con alimentacion reparadora, pero graduada. De todo lo expuesto en las páginas precedentes, deducimos estas

Conclusiones

1.º Entre la pared anterior del abdomen y el peritoneo, hay una cavidad, limitada: ante-

riormente, por los músculos rectos, cubiertos de una capa delgada de tejido celular; por detrás por el peritoneo y la fascia transversalis; arriba por la piera por el repliegue de Douglas; por abajo, termina por detrás de la linfa, pubiana, en la parte superior de la vejiga urinaria, considerando a esta en el estado de replecion; lateralmente, está limitada por los arcos del repliegue de Douglas. Esta cavidad, se llama preperitoneal.

2.º La cavidad anteriormente descrita, puede ser asiento de diversos estados patológicos, y particularmente de flemones, q.º tienen caracteres especiales.

3.º La existencia de estos flemones, casi siempre va unida a la de estados congestivos o inflamatorios del intesto o enalguiosa de los órganos contenidos en el abdomen o en la pelvis pequeña, y son dependientes de influencias locales o generales. No siempre es apreciable la cause, y entonces el flemon es, en cierto modo, primitivo.

4.º Los síntomas, al principio, son los de una retencion de orina, o los de una obstruccion intestinal, acompañados de un dolor en el hipo-gastro, que se irradia en forma de cólicos. Poco despues aparece un tumor hipo-gástrico en la

