

## FLEBITIS PÉLVICAS POST-OPERATORIAS <sup>(1)</sup>

por el doctor

**J. DUCUING**

Profesor de la Facultad de Medicina de Toulouse, cirujano en jefe de los Hospitales

Si bien muy frecuentes, como veremos en el capítulo de la etiología, las flebitis pélvicas post-operatorias, son aún insuficientemente conocidas.

Los cirujanos sólo conocen de estas flebitis la embolia y especialmente la mortal y consideran la lesión venosa como prácticamente latente.

Los tocólogos conocen mejor las flebitis pélvicas, pero tan sólo aquellas que se localizan en los pedículos uterinos superiores e inferiores; ignoran por completo las formas vesicales; por otra parte, no las han estudiado más que después de partos simples o complicados.

Creemos ser los primeros en haber hecho un estudio de conjunto de las flebitis pélvicas post-operatorias y especialmente haber individualizado de un modo exacto las formas vesicales y véstico-prostáticas, las de pequeños edemas localizados sobre el pubis y los grandes labios, etc..., etc... Hemos descrito todas estas formas en un capítulo especial de la obra que editamos en casa Masson sobre "Las trombosis, las flebitis y las embolias post-operatorias". Tenemos el placer de presentarlas hoy a nuestros colegas de Barcelona y damos las gracias al doctor CORACHÁN por habernos proporcionado esta ocasión.

### I. — DEFINICION

Las flebitis pélvicas son las que atacan en totalidad o en parte las venas de la pequeña pelvis a consecuencia de una intervención quirúrgica local o de proximidad. Se traducen, ya por una embolia que no deja sospechar nada, ya por los signos generales más o menos discretos, ya por signos locales en las partes blandas de las paredes de la pelvis y de los órganos genitales externos, ya por trastornos pélvicos vesicales o rectales, ya por la combinación de estos diferentes signos.

### II. — ALGUNAS NOCIONES ANATOMICAS

Estas nociones son absolutamente indispensables para la buena comprensión de la etiología, de la patogenia, de la anatomía patológica, de la clínica, y, finalmente, de las complicaciones de las flebitis pélvicas post-operatorias.

Nos contentaremos con presentar una serie de esquemas sin acompañarlos de texto alguno, ya que creemos

que su sencillez y la leyenda que las acompañan son tan explícitos como una larga descripción.

### III. — ANATOMIA PATOLOGICA

#### 1.º Asiento

Las flebitis pélvicas pueden tener su asiento en cualquier punto de las venas de la pequeña pelvis, pero existen unas localizaciones más frecuentes que otras. Estas localizaciones "aisladas" son, preciso es confesarlo, a menudo teóricas, a causa de las numerosas comunicaciones entre las venas de la pequeña pelvis; no obstante se puede conservar su descripción ya que por una parte ha sido posible en algunas autopsias y en algunas operaciones comprobar flebitis verdaderamente localizadas, y por otra, desde el punto de vista clínico, estas localizaciones corresponden, aunque no sean absolutamente puras, a síndromes bastante precisos.

#### A — *Las flebitis vesicales o véstico-prostáticas.*

Atacan al plexo de SANTORINI y a las grandes venas que conducen a este plexo o que emanan de él. Estas son: las venas vesicales anteriores, las venas del clítoris o las de la verga para las venas aferentes; las venas vesicales laterales y las venas pudendas externas para las venas eferentes.

En el hombre el gran plexo peri-prostático y especialmente las partes laterales de este plexo ricamente desarrolladas, como lo muestra la figura 6, pueden ser atacadas.

Cuando el plexo de SANTORINI es atacado, los afluentes desbordan. Hay entonces éxtasis edematosa y circulación colateral de la proximidad.

#### B — *Flebitis uterinas y útero-ováricas.*

Estas flebitis existen con una gran precisión cuando el útero persiste después de la operación, pero pueden también producirse cuando el útero ha sido extraído; asientan en este caso ya a nivel de los fondos de saco de las venas uterinas, ya al de los fondos de saco de las venas útero-ováricas (parte alta de los plexos pampiniformes).

Estudiemos aquellos casos en que el útero existe aún, ya que es entonces que se puede hacer la descripción más precisa.

#### a) *Flebitis peri-uterinas.*

Atacan al plexo útero-vaginal (figura 3), este gran plexo triangular cuya cima corresponde a las venas uterinas, a la base de las venas látero-uterinas y látero-vaginales, al ángulo superior de las venas tubo-ováricas (origen del plexo pampiniforme), al ángulo inferior de las venas vaginales.

(1) Conferencia dada en el Hospital de S. Pablo en el Servicio del Dr. CORACHÁN, el día 28 de octubre de 1929.

b) *Flebitis del pedículo inferior* (flebitis de las venas uterinas).

Dichas flebitis atacan a las venas uterinas (figuras 1 y 3) que son los satélites de la arteria del mismo nombre y que se precipitan en el tronco hipogástrico. Existen con relación a la arteria, dos grupos de venas: uno es anterior, otro posterior y ambos grupos se comunican; son atacados desde la región del istmo uterino

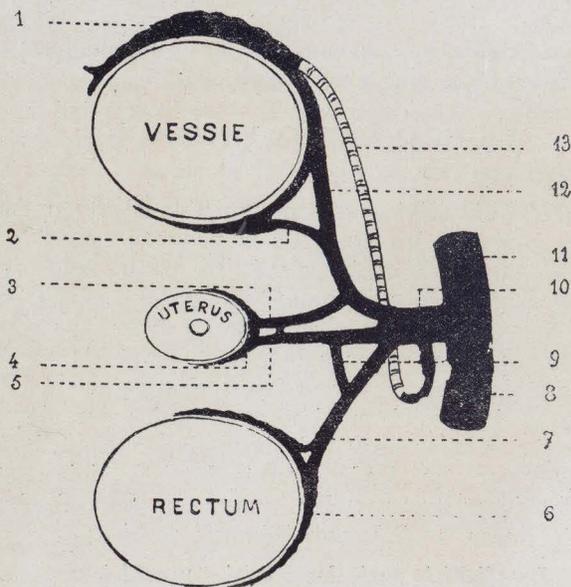


Fig. 1

Esquema muy simplificado de la circulación venosa pélvica en la mujer.

1. Plexo de SANTORINI.—2. Venas vesicales posteriores.—3. Venas uterinas anteriores de FARABEUF.—4. Plexo peri-uterino.—5. Venas uterinas posteriores.—6. Plexo perirectal.—7. Venas hemorroidales medianas.—8. Vena íliaca primitiva.—9. Anastomosis de las venas uterinas posteriores y de las venas hemorroidales medianas.—10. Vena hipogástrica.—11. Vena íliaca externa.—12. Venas vesicales laterales.—13. Venas pudendas internas pasando (punteado) por el espacio íleo-rectal y acodándose alrededor de la espina ciática para lanzarse en la vena hipogástrica.

hasta el nivel del hipogastrio. Esta misma vena hipogástrica está más o menos trombosada y algunas veces el coágulo remonta hasta el nivel de su abocamiento en la vena íliaca externa; puede hasta prolongarse en ésta y en la íliaca primitiva, descendiendo en el primer caso hacia la vena femoral, remontando en el segundo a mayor o menor altura hacia la vena cava.

c) *Flebitis del pedículo superior* (flebitis útero-ováricas, flebitis del plexo pampiniforme).

Estas flebitis empiezan en el ángulo superior del útero, continuándose en el círculo venoso útero-ovárico en el interior del meso-salpix y prolongándose algunas veces hacia todo el plexo pampiniforme hasta el nivel de la vena cava a la derecha, y de la vena renal a la derecha (figura 3).

d) *Flebitis de ambos pedículos.*

Atacan al pedículo inferior y al pedículo superior, ya de un solo lado, ya de ambos.

C — *Flebitis rectales y peri-rectales.*

Atacan al plexo rectal y a las venas que de él emanan, es decir, las venas hemorroidales inferiores, me-

dianas y superiores (figs. 1, 2, 4, 5). Por estas últimas que son en definitiva venas cólicas izquierdas inferiores (mesentéricas inferiores), pueden ocasionar flebitis del sistema porta. De ello hablaremos luego.

D — *Flebitis extendidas o propagadas.*

a) *Flebitis pélvicas totales.*

Es raro, como ya lo hemos dicho, que las flebitis pélvicas estén netamente localizadas tal como acabamos de presentarlas. Habitualmente, sobrepasan las localizaciones descritas y a causa de las numerosas anastomosis pélvicas, pueden llegar a atacar toda la circulación venosa de la pequeña pelvis y aun sobrepasarla, dando origen a los tipos siguientes:

b) *Flebitis pelvi-crurales.*

Son aquellas que se extienden hacia la región crural. Van habitualmente de las venas íliacas a las venas femorales, pero pueden llegar a las regiones crurales por medio de las anastomosis posteriores entre las venas de la pelvis y las del sistema femoral (isquiáticas glúteas).

c) *Flebitis pelvi-abdominales* (flebitis portocavas).

Estas flebitis, por las hemorroidales superiores atacan al sistema porta. Dan origen a flebitis de los arcos y troncos mesentéricos. Se traducen clínicamente por nuevos síndromes pelvi-abdominales que hemos descrito en nuestro libro.

2.º *Tipo anátomo-patológico de la flebitis pélvica.*

a) *Tipo adhesivo.*

Es el tipo más frecuente como en lo referente a las flebitis de los miembros inferiores. El coágulo sanguíneo se adhiere a las paredes venosas, se organiza, se reabsorbe más o menos. Sin embargo, no supura.

b) *Tipo supurado.*

Lo mismo que para las flebitis de los miembros inferiores, el coágulo en lugar de organizarse puede reblandecerse y supurar. Estas flebitis supuradas constituyen flemones pélvicos. Existen, y nosotros los hemos visto, flemones de la base del ligamento ancho, flemones de la parte móvil del ligamento ancho, flemones perivesicales y periprostáticos.

#### IV. — ETIOLOGIA

1.º *Frecuencia.*

a) *Frecuencia absoluta.* — No sé exactamente cuál es la frecuencia absoluta de las flebitis pélvicas, en relación con las operaciones practicadas sobre la pequeña pelvis, los órganos genitales externos y el periné.

b) *Frecuencia relativa con las otras flebitis post-operatorias.* — Son infinitamente más frecuentes que las flebitis crurales y de la pierna.

En el numeroso grupo de las flebitis pelvi-abdominales que trato de separar desde hace algunos años, no pude hasta hace algún tiempo diferenciar netamente las flebitis pélvicas y las flebitis abdominales puras, pero el grupo "pelvi-abdominal" es mucho más frecuente que el de las flebitis "crurales y de la pierna" aisladas. He aquí una estadística personal tomada de nuestro trabajo que justifica lo que acabo de mencionar:

Sobre 225 flebitis post-operatorias:

140, o sean 62,2 % se traducen por una sintomatología pelvi-abdominal aislada.

40, o sean 17,7 % se traducen por una sintomatología pelvi-abdominal y erural aislada.

45, o sean 20 % se traducen por una sintomatología que indica el ataque aislado de las venas profundas del miembro inferior.

6, o sean 2,6 % se traducen en una sintomatología localizada en la safena interna.

6, o sean 2,6 % se traducen en una sintomatología que indica el ataque en varios puntos del sistema venoso superficial (flebitis de focos múltiples).

4, o sean 1,7 % se traducen por una sintomatología que indica el ataque de las venas de los miembros superiores.

2, o sean 0,85 % se traducen por una sintomatología indicando el ataque de las venas de la cabeza y del cuello.

Como puede verse, lo que caracteriza esencialmente esta estadística, es la predominancia considerable de las flebitis de localización "pelvi-abdominal aislada" (62,2 %) y la asociación frecuente de las flebitis pelvi-abdominales con las de los miembros inferiores (17,7 %).

2.º Operaciones que dan lugar a las flebitis.

Todas las operaciones, graves o ligeras, supuradas o no, de la pelvis y los órganos que encierra, son susceptibles de acompañarse de flebitis, y estas complicaciones aparecen tanto después de las intervenciones hechas por el abdomen como después de las que se ejecutan por la vagina, por el periné o por el recto.

A — Operaciones en los órganos pélvicos por vía alta.

A nivel del útero, pueden acompañarse de flebitis: un Wertheim por cáncer del cuello, una histerectomía total por cáncer del cuerpo, una histerectomía sub-total por fibroma.

Al nivel de los anejos, una salpinguectomía por salpingitis sub-aguda o crónica, una extirpación de un quiste del ovario pueden aun dar lugar a lesiones venosas.

Finalmente, en lo que se refiere a la vejiga, las cistostomías y las extirpaciones de tumores, benignos o no, las prostatectomías, para el recto y el asa sigmoidea, las exéresis de toda clase pueden ir seguidas de flebitis pélvicas.

De todas estas intervenciones, el Wertheim, las histerectomías por fibromas y las prostatectomías marchan a la cabeza de las que predisponen a las flebitis.

B — Operaciones perineales.

La extirpación de un tumor de los grandes labios, una colpoperineorrafia, la exéresis de hemorroides, una amputación del recto, una histerectomía vaginal, un curetaje y aun la extirpación de un simple pólipo de cuerpo pueden ser la causa de una flebitis.

C — Operaciones abdominales de proximidad.

Algunas operaciones alejadas de la pelvis, pueden, aunque raramente, ir acompañadas de flebitis pélvica, y son: las apendicectomías, las resecciones intestinales, las operaciones en el hígado y en las vías biliares. En

todas estas eventualidades, la flebitis ataca directamente a las venas de la pequeña pelvis, es decir, las del sistema cava; pero creemos que en un cierto número de casos el ataque de las venas pélvicas se hace por las anastomosis porto-cavas y tiene como origen una flebitis de las venas mesentéricas.

3.º Causas predisponentes.

a) Que dependen del cirujano.

Las maniobras sépticas, las maniobras brutales, la

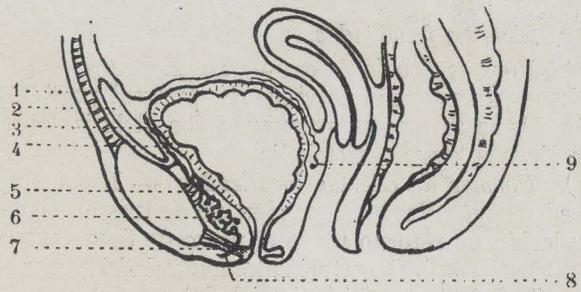


Fig. 2

Corte antero-posterior mostrando la circulación pélvica en la mujer.

1. Fascia transversalis.—2. Cavidad de RETZIUS.—3. Aponurosis pre-vesical.—4. Venas vesicales anteriores.—5. Ligamentos pubo-vesicales.—6. Espacio pubo-vesical y plexo SANTORINI.—7. Aponurosis perineal mediana.—8. Venas dorsales del clítoris.—9. Venas vesicales posteriores.

prolongada duración del acto operatorio, la posición de Trendelenburg prolongada, las ligaduras venosas defectuosas que dejan fondos de saco demasiado largos en los que se estanca la sangre, predisponen también a las flebitis post-operatorias. El abandonar la cama tardíamente o la inmovilización demasiado completa en la misma, deben también tenerse en cuenta.

b) Que dependen del enfermo.

La edad es un factor muy importante. Las flebitis post-operatorias pélvicas se ven especialmente en las personas de cierta edad, pero también existen excepciones. Los jóvenes también tienen flebitis. Hemos tenido de ello varios ejemplos y en particular, el de una niña de 12 años, operada por un quiste del ovario torsionado que ocasionó una flebitis pélvica con edema del pubis, de los grandes labios y pequeño movimiento del pulso y de la temperatura.

Las alteraciones anteriores del sistema venoso, las lesiones cardíacas, los estados anémicos, las hemorragias repetidas, son también causas predisponentes.

c) Que dependen de las lesiones en sí.

Los tumores muy vascularizados como ciertos fibromas de pedículos venosos muy voluminosos, los tumores incluidos en el ligamento ancho, se ven a menudo en el origen de las flebitis post-operatorias pélvicas.

V. — CLINICA

1.º Formas latentes.

Bruscamente aparece una embolia después de las operaciones. Estas flebitis toman el nombre de "flebitis latentes embolígenas" por el hecho de que los signos venosos locales pasan casi siempre desapercibidos y que la embolia parece ser la única manifestación clínica. En

realidad, si se observa bien, se encuentran algunas veces pequeños movimientos febriles, ligeras aceleraciones del pulso que tiene gran valor en ausencia de todo otro factor que pueda explicarlo. A este respecto hagamos notar que el pulso de MALHER no es una regla; el tacto vaginal puede indicar pequeños dolores en los fondos de saco de la vagina y sobre las paredes laterales de la pelvis (venas uterinas, abanico hipogástrico); la palpación en la fosa ilíaca y en el flanco puede denunciar un dolor retro-erural e ilíaco o para-apendicular (venas ilíacas y plexo pampiniforme).

## 2.º Formas frustradas.

a) *Formas febriculares.* — La fiebre y el pulso traducen un pequeño movimiento anormal post-operatorio. Estas formas se parecen a las flebitis latentes embolígenas, con poca embolia.

b) *Formas de edemas localizados.* — Estos pequeños edemas localizados dependen, ya de trastornos de la circulación de retorno hacia el plexo de SANTORINI, ya de una reacción inflamatoria alrededor de las venas atacadas de flebitis (periflebitis aislada).

Los edemas se localizan en los diferentes puntos siguientes: Pubis: es redondo, se pierde el contacto óseo; grandes labios: uno o ambos labios toman la forma de un gran anillo; escroto: está aumentado de volumen; tembloroso, gelatinoso; verga: es edematosa, el prepucio está tumefacto, existe fimosis.

c) *Formas de pequeños trastornos vesicales o rectales.*

Debemos señalar la disuria, los deseos frecuentes y penosos de orinar, el tenesmo rectal.

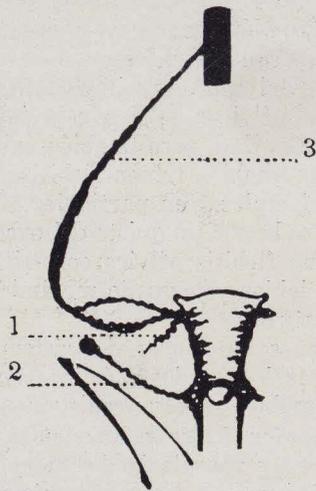


Fig. 3

Esquema mostrando el plexo útero-vaginal, los pedículos uterinos superiores y los pedículos uterinos inferiores.

1. Las venas del ligamento redondo (pequeñísima corriente venosa hacia la obturadora).—2. El pedículo uterino inferior que se lanza en la vena hipogástrica.—3. El pedículo útero-ovárico (pedículo uterino superior).

d) *Formas de pequeños dolores provocados por la palpación.*

Estos son retro-erurales, especialmente del lado izquierdo (lado más a menudo atacado), son también subpubianos, por último, están localizados en las fosas ilíacas

y en el flanco siguiendo el trayecto de los plexos pampiniformes. Algunas veces pueden hacer sospechar un dolor apendicular.

## e) Formas de circulación colateral.

Se pueden encontrar en la pared abdominal, en el pubis, en la raíz del muslo, grandes dilataciones venosas como manifestación casi única de una flebitis pélvica frusta, traduciendo la dificultad circulatoria regional.

## 3.º Formas útero-pélvicas.

Hay primeramente toda una serie de signos comunes generales, y algunos signos comunes uterinos, por supuesto cuando el útero existe: útero grande, blando, sangrante, supurado; hay finalmente signos particulares de cada forma. Sobre éstos insistiré.

a) *Formas bajas (flebitis de los pedículos inferiores).*

El tacto revela un dolor en el fondo de saco lateral derecho o izquierdo. La mucosa es relativamente elástica, pero debajo de ella se siente una induración dolorosa que se prolonga bajo la forma de cordón más o menos difuso, sobre las paredes laterales de la pelvis hacia la escotadura ciática. La movilidad uterina está un poco disminuída. Estos signos han sido perfectamente precisados por JEANNIN desde 1912, en una lección sobre las flebitis puerperales (las flebitis útero-pélvicas de las parturientas. — *París Médical*, 1912-13).

b) *Formas altas (flebitis de los pedículos superiores).*

En este caso es el cuerno uterino el que es doloroso. Este cuerno se continúa por un cordón duro que se prolonga en la fosa ilíaca y en el flanco, de un lado o de ambos, hasta el nivel de la región umbilical, siguiendo el trayecto de los plexos pampiniformes.

## c) Formas totales.

Se traducen por la combinación de los diferentes signos clínicos que acabamos de enumerar. Estos signos pueden tener su asiento en un solo lado o en ambos a la vez.

## 4.º Formas vesicales.

Siempre encontramos los signos generales propios de todas las flebitis, pélvicas o no: fiebre más o menos elevada, pero no constante, y pulso acelerado. Sólo describiremos los síntomas particulares de estas formas vesicales.

## a) Forma disúrica.

El enfermo orina mal, tiene frecuentes micciones, un poco de tenesmo vesical, el final de la micción es a menudo doloroso y algunas veces la evacuación vesical es incompleta, se saca orina al sondar a los enfermos. Esta forma es la exageración de la forma discreta descrita más arriba.

## b) Forma de retención.

Es la forma más clara y más interesante. Los resultados post-operatorios son buenos; el enfermo ha orinado, ha hecho sus evacuaciones, etc..., etc..., luego hacia el 4.º ó 5.º día, tiene algunas dificultades para orinar y, finalmente ya no orina. Esta retención es continua o intermitente. Su duración total es muy variable, hemos visto algunas durar varias semanas.

c) *Forma de incontinencia.*

Es la misma que la precedente; en realidad se trata de falsa incontinencia por rebosamiento.

5.º *Formas rectales.*

Estas formas son aun menos conocidas que las precedentes. Es difícil precisar exactamente su sintomatología; creemos no obstante, que ciertas hemorroides postoperatorias, ciertos estados de tenesmo que se acompañan al tacto de una sensación de canal ano-rectal, caliente, edematoso o acartonado; al mismo tiempo que doloroso, traducen estas flebitis especiales.

6.º *Formas pélvicas combinadas.*

Son la combinación de todas las formas que hemos descrito con predominancia de tal o cual síndrome.

VI — EVOLUCION

1.º *La flebitis queda localizada* sobre una parte de las venas de la pequeña pelvis. Esto es raro desde el punto de vista anatómo-patológico, pero puede verse, como ya lo hemos dicho, desde el punto de vista clínico, ya que hemos descrito estas formas netamente localizadas (formas vesicales o útero-ováricas).

2.º *La flebitis se propaga, se exterioriza fuera de la pelvis.*

a) *Sobre el sistema porta.* — Esta propagación se efectúa por las anastomosis porto-cavas y da lugar a un síndrome pelvi-abdominal. A los trastornos pélvicos se añaden la hinchazón abdominal post-operatoria, tardía, seca o húmeda con diarrea y sangre. Hemos descrito ampliamente estos síndromes abdominales post-operatorios en nuestro libro sobre las flebitis.

b) *Sobre el sistema cava.* — Son las flebitis pelvocrurales. Estos síndromes son muy frecuentes. Todo el mundo opina que en la mayoría de los casos las flebitis crurales van precedidas de una flebitis pélvica, pero no se ha dado bastante importancia al tiempo pélvico de estas flebitis exteriorizadas. Se sabe también que cuando una flebitis crural "bascula" lo hace pasando por el sistema venoso de la pelvis, pero el tiempo pélvico no interesa a los autores más que desde el punto de vista patogénico.

La asociación de signos de una flegmatia alba dolens con los signos uterinos vesicales o rectales traduce la combinación de las lesiones venosas pelvi-crurales.

VII — COMPLICACIONES

1.º *Las que están ligadas a los trastornos de los receptáculos y especialmente a la defectuosa evacuación de la vejiga.*

Estos trastornos necesitan sondajes repetidos; y pueden originar una cistitis o una infección ascendente del riñón.

2.º *Las verdaderas complicaciones de las flebitis,* son:

a) *Las supuraciones.* — Estas transformaciones supuradas dan lugar a flemones localizados (flemones del ligamento ancho, flemones peri-prostáticos) y a veces,

pero muy raramente, a séptico-pioemias en todos sus aspectos parecidas a las que describen los tocólogos.

b) *Las embolias.* — Producen muertes súbitas, rápidas, neumopatías de tipo neumónico y bronco-neumónico, simples pequeños nódulos congestivos y aun manifestaciones clínicas que sólo se traducen por una simple punta de costado, o por un pequeño esputo hemoptoico, que deben sin embargo, relacionarse con un infarto. Cuando no son mortales, pueden repetirse varias veces; los signos pélvicos no existen o son casi nulos.

3.º *Secuelas.*

Creemos que existen secuelas pélvicas. Estos trastornos nos llaman la atención desde hace poco tiempo. Hemos publicado la observación de una mujer que, habiendo tenido una flebitis pélvica post-operatoria grave, muy mejorada por una estancia en Barbotan, presentaba como secuelas, varices sub-pubianas y dolores pélvicos y lumbares que desaparecían cuando la enferma se acostaba y cuando andaba, pero que volvían regularmente cada vez que estaba de pie e inmóvil.

VIII — PRONOSTICO

Es serio por las inmovilizaciones que acarrearán estas flebitis y por la posibilidad de los accidentes de decúbito que pueden tener por resultado. Es grave, y aun a veces gravísimo por las embolias que pueden sobrevenir sin que sea posible prevenirlas.

IX — DIAGNOSTICO

Estudiaremos sucesivamente las diferentes formas de

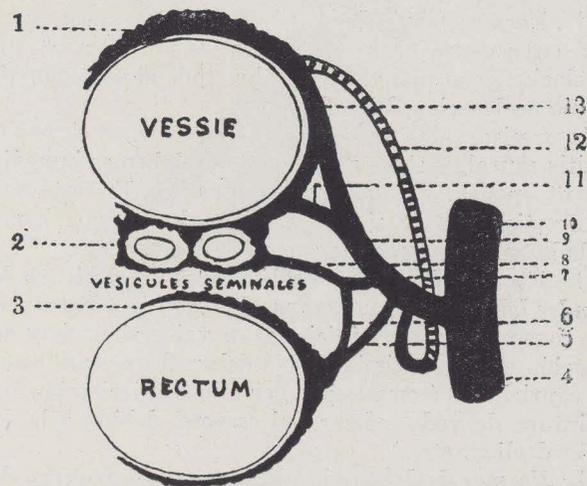


Fig. 4

La circulación pélvica en el hombre (esquema).

1. Plexo perivesical.—2. Plexo perivesicular.—3. Plexo perirectal.—4. Vena iliaca primitiva.—5. Venas hemorroidales medianas.—6. Anastomosis entre las venas vesículo-deferenciales y las venas hemorroidales medianas.—7. Pedículo vesico-genital.—8. Venas vesículo-diferenciales.—9. Pedículo vesical.—10. Vena iliaca externa.—11. Vena vesical posterior.—12. Vena pudenda interna.—13. Vena vesical lateral.

flebitis pélvicas, insistiendo sobre el diagnóstico de las más importantes.

1.º *Formas latentes.*

Ya hemos dicho que la embolia traducía más a menu-

do esta forma. Es preciso, pues, ante todo, establecer el diagnóstico de embolia; es fácil en la mayoría de los casos y no insisto sobre el mismo. Hecho el diagnóstico, es preciso relacionar la embolia con su verdadera causa; para ello se deben examinar los miembros inferiores

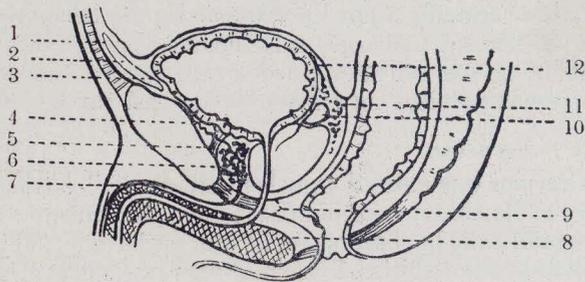


Fig. 5

Corte antero posterior mostrando la circulación venosa pélvica en el hombre.

1. Fascia transversalis.—2. Cavidad de RETZIUS.—3. Fascia prevesical.—4. Venas vesicales anteriores.—5. Ligamentos pubo-vesicales.—6. El plexo de SANTORINI.—7. Venas dorsales profundas de la verga.—8. Cuerpo cavernoso.—9. Aponeurosis perineal mediana.—10. Vesículas seminales.—11. Plexo venoso vesículo-deferencial.—12. Venas vesicales posteriores.

con el mayor cuidado de modo que se descubran los signos de una flebitis crural y de la pierna ligera que pasaría desapercibida. Siendo este examen negativo se debe buscar atentamente uno de los pequeños signos pélvicos de los que ya hemos hablado: disuria, dolor retro-crural, edema del pubis o de los grandes labios, etcétera, etcétera.

2.º *Diagnóstico de las formas frustradas.*

a) *Formas febriculares.* — Toda fiebre post-operatoria cuya causa no se encuentra, es muy posible que se relacione con una flebitis, sobre todo si se acompaña de una aceleración del pulso.

Es preciso, pues, buscar los más pequeños signos de flebitis crural, y si no se encuentran debemos inmediatamente pensar en una flebitis pélvica. En este caso la investigación de signos pélvicos de los que hemos hablado aclara a menudo nuestro diagnóstico.

b) *Formas de edema localizado en el pubis, en los grandes labios, en la verga, en el escroto.* — Estos edemas tienen, a nuestro juicio, gran valor si no hay supuración en la proximidad. No deben darse explicaciones caprichosas (compresión por apósito, irritación por la tintura de yodo, edema del escroto, debido a la posición declive, etc...).

c) *Formas de dolores localizados.* — El pequeño dolor retro-crural es un signo importante ya que frecuentemente al mismo tiempo que el abanico hipogástrico, las venas ilíacas externas están más o menos atacadas.

d) *Formas de trastornos vesicales.* — Debe saberse interpretar en favor de una flebitis pélvica discreta los pequeños trastornos urinarios que no llegan sin embargo a la retención completa (tenesmo, disuria, evacuación incompleta).

3.º *Formas útero-pélvicas.*

Se comprueban en estas formas: una elevación de temperatura, una aceleración del pulso, además de algo,

alrededor del útero. Es preciso eliminar: una retención intra uterina de restos placentarios después de curetaje; una salpingitis después de la misma operación (caso más frecuente) o después de cualquier otra operación pélvica; un flemón del ligamento ancho aparecido en las mismas condiciones.

Se tendrán en cuenta los signos proporcionados por el tacto vaginal o rectal. La presencia de un cordón doloroso en el ligamento ancho, cuando la mucosa de la cúpula vaginal queda relativamente elástica, la comprobación de un cuerno uterino doloroso que se prolonga por un cordón percibiéndose en la fosa ilíaca y en el flanco, todos los signos que ya hemos señalado en el capítulo de la clínica, nos ayudan a establecer el diagnóstico de flebitis útero-pélvica.

Este es mucho más difícil de establecer cuando no hay útero, pero debemos acostumbrarnos a la idea de que pueden existir flebitis pélvicas que asienten ya en los fondos de saco de las venas uterinas, ya en los plexos pampiniformes, después de una histerectomía.

Finalmente, en un caso muy interesante, hemos tenido que eliminar el diagnóstico de apendicitis por el que habíamos sido llamados. Se trataba en realidad de un dolor espontáneo y provocado que tenía su asiento en la fosa ilíaca derecha sobre el trayecto de las venas útero-ováricas.

4.º *Formas vesicales.*

Estudiaremos especialmente la forma de retención completa, que es la más interesante. Es el diagnóstico de una retención post-operatoria tardía de la orina. Afirmamos que una retención tardía que no da a conocer su valor (compresión, hematoma, colección supurada), es debida casi infaliblemente a una flebitis pélvica.

Las retenciones de "pereza", de "decúbito", no existen prácticamente, la retención post-operatoria "refleja" es inmediata, la retención "anestésica" raquídea o no, no es nunca tardía.

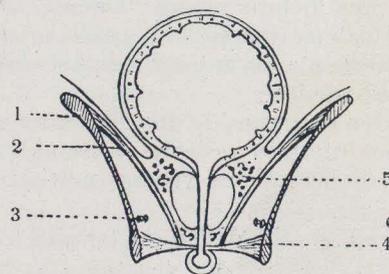


Fig. 6

Corte frontal mostrando los plexos latero-prostáticos.

1. Pared ósea de la pelvis.—2. Erector del ano.—3. Venas pudendas internas.—4. Aponeurosis mediana.—5. Plexo látero-prostático.

5.º *Formas rectales.*

Hay tenesmo, hemorroides. Es preciso eliminar la compresión por calas, por un hematoma, por una colección supurada. Es relativamente fácil, el recto no es en estos casos caliente, ni doloroso ni acartonado.

XI — TRATAMIENTO

Nada tan difícil como concebir un tratamiento lógico de la flebitis, cualquiera que sea, por otra parte, su asiento. Para concebirlo bien, debería conocerse exactamente la patogenia de esta afección. Se sabe que los

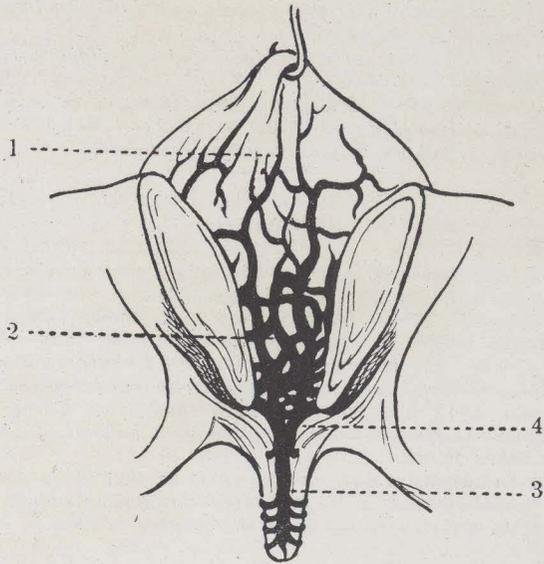


Fig. 7

El Plexo de SANTORINI, según FARABEUF, modificado. (La sínfisis púbica ha sido reseca).

1. Venas vesicales anteriores.—2. Plexo de SANTORINI.—3. Venas profundas clitoridianas.—4. Venas pudendas internas.

trastornos circulatorios, las modificaciones cualitativas de la sangre y las alteraciones de las paredes venosas intervienen en esta patogenia, pero en presencia de un caso determinado, es casi siempre imposible decir cuál es el factor que lo determina; debe admitirse además, que el mecanismo de una flebitis es siempre complejo.

1.º Tratamiento profiláctico.

a) Cuidados pre-operatorios.

Tres precauciones nos interesan particularmente:

Es preciso, primeramente, evacuar y desinfectar el intestino, evitando los purgantes demasiado fuertes. En los días que preceden a la operación damos pequeñas cantidades de aceite de ricino. Si tenemos prisa, hacemos administrar una irrigación.

Luego es preciso ocuparse de mantener el corazón en buen estado. Desde hace más de un año hemos tomado la costumbre de dar cardiotónicos. Recetamos digitalina durante los 6 u 8 días que preceden a la operación. Proseguimos la administración durante los días siguientes hasta 50 gotas. No estamos seguros, sin embargo, de los buenos resultados de tal práctica.

En cuanto a la vacunación pre-operatoria es acaso un excelente medio de evitar las flebitis post-operatorias y lo hemos probado en numerosos casos con buenos resultados a nuestro parecer, pero este procedimiento terapéutico presenta tales dificultades prácticas de ejecución, que su aplicación es a menudo irrealizable. Precisa casi un mes para hacer una vacunación eficaz.

b) Precauciones operatorias.

Debemos evitar la brutalidad en los actos operatorios, la compresión venosa por los campos intestinales o los separadores. Al hacer las ligaduras venosas debemos evitar dejar los pedículos y los fondos de saco largos en los que puede estancarse la sangre. No se debe prolongar indefinidamente la posición de Trendelenburg.

c) Cuidados post-operatorios.

Se deben ejecutar movimientos respiratorios desde las primeras horas que siguen a la operación. Se debe aconsejar que se abandone pronto el lecho, totalmente o en parte, según el estado del corazón y la importancia de la operación.

Se debe obtener una evacuación desde el tercer o cuarto día por medio de laxantes ligeros o por irrigación.

2.º Tratamiento curativo.

a) El tratamiento clásico. — La inmovilización será casi íntegra, como si se tratase de flebitis de los miembros inferiores.

b) Las sanguijuelas. — Numerosos trabajos hechos por nosotros y por nuestros asistentes desde hace varios años nos permiten pensar que no tienen ninguna acción. Estos trabajos están detalladamente expuestos en nuestro libro.

c) Los pequeños cuidados. — Es preciso sondar con mucha limpieza a los enfermos cuando tienen retención.

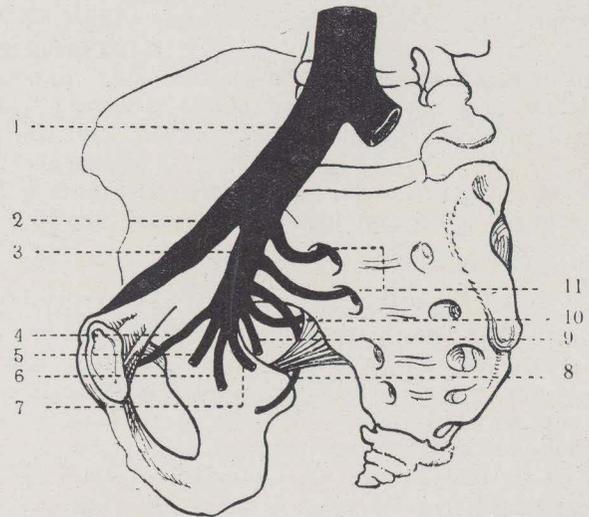


Fig. 8

El abanico hipogástrico en la mujer. (Inspirado de un esquema de GRÉGOIRE.)

Las venas están representadas por un solo tronco, siendo así que en realidad hay a menudo dos o tres.

1. Vena ilíaca primitiva.—2. Vena ilíaca externa.—3. Vena hipogástrica.—4. Vena obturadora.—5. Vena vesical mediana.—6. Vena uterina.—7. Vena hemorroidal mediana.—8. Vena pudenda interna.—9. Vena isquiática.—10. Vena glútea.—11. Venas sacras laterales (5 constituyen el mango del abanico hipogástrico; 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11, constituyen las ramas).

No se deben hacer grandes lavados vesicales, ni inyección de glicerina boratada, ya que no se debe dilatar ni hacer contraer la vejiga.

Se deben dar laxantes repetidos, y vigilar los tegumentos para evitar las escaras,

3.º *La movilización — El levantarse de la cama.*

Estos importantes actos tendrán lugar después de las flebitis ordinarias y con muchas precauciones. No se hará nada de eso si la temperatura y el pulso no son normales desde ocho días antes por lo menos. Los movimientos se harán muy progresivamente y bajo el control constante de un termómetro.

## CONCLUSIONES

Al lado de las flebitis post-operatorias crurales y de la pierna, bien conocidas, existen formas larvadas y formas camufladas. Entre estas flebitis, las formas pélvicas son las más interesantes. Son excesivamente frecuentes, mucho más, probablemente, que las formas crurales y de la pierna. Las formas pélvicas se caracterizan esencialmente por síndromes intestinales, vesicales, uterinos y peri-uterinos, que se deben saber relacionar con su verdadera causa.

Su pronóstico es grave, ya que son embolígenas, tanto como las demás flebitis.

Su tratamiento también es tan importante como el de estas últimas; la inmovilización es su base y no se consentirá el levantarse de la cama como no sea con la más extremada prudencia.

## RESUMÉ

*A coté des phlébites post-opératoires cruro-jambières bien connues il existe des formes larvées et des formes camouflées. Parmi ces phlébites, les formes pelviennes sont les plus intéressantes. Elles sont excessivement fréquentes, beaucoup plus probablement que les formes cruro-jambières, elles se caractérisent essentiellement par des syndromes intestinaux vésicaux, utérins et péri-utérins qu'il faut savoir rattacher à leur vraie cause.*

*Leur pronostic est grave car elles sont emboligènes autant que les autres phlébites.*

*Leur traitement est donc aussi important que celui de ces dernières; l'immobilisation en est la base et le lever ne doit être consenti qu'avec la plus extrême prudence.*

## SUMMARY

*Along with the well know leg and crural post-operative flebitis, there are camouflated and larved forms. Among these flebitis, pelvic forms are the most interesting. They are exceedingly frequent, probably much more so than crural and leg ones. Pelvic forms are essentially characterized by intestinal, vesical, uterine and peri-uterine syndromes which we should know how to relate with their true cause.*

*Prognosis is serious since they are emboligenous, as much as the other flebitis.*

*Their treatment is also as important as that of the latter ones; immobilization is its basis and the getting out of bed will not be allowed unless with the greatest prudence.*