

TRACTAMENT DE LES GRANS LESIONS INFLAMATORIES ANEXIALS I DE LES SEVES COMPLICACIONS

pel Dr. SOLER JULIA

Ajudant del servei de Ginecologia a l'Hospital de la Santa Creu
Ginecòleg de l'Hospital Francès

Sigui la que es vulgui la causa originària d'un procés perimetro-anexític, podem dividir la seva evolució en dues fases: una *aguda*, comú a tots els casos i una altra que, segons l'evolució del procés podrem dir-li de *resolució* quan el curs sumament favorable de les lesions tingui tendència vers ella, o bé fase *crònica* quan les lesions resultants del procés flogòsic no desapareguin del tot, donant per tant lloc a que la pacient pateixi una sèrie de trastorns que difícilment arriben a desaparèixer.

En la primera fase, o millor dit, en el període agut d'un procés flogòsic de la baixa pelvis en la dona, observem totes les gradacions en quant a extensió de la flogosi, anant a voltes amb ella aparellada la gravetat del cas. És en aqueixes circumstàncies que la dona es queixa sempre de dolor en el baix ventre, amb irradiacions a la regió lumbar i a les cuixes; tenesme vesical i rectal; amb freqüència, cefalea i malestar general; segons la gravetat i extensió de la flogosi, hi ha temperatura alta, pelvi-peritonitis i també peritonitis difusa. La palpació del ventre resulta dolorosa i la palpació i el tacte vaginal combinats ultra de la dolor, posen de manifest la salpingitis més o menys intensa i la inflamació perisalpingítica i del teixit cel·lular.

En aquest moment la primera indicació a complir sempre

és instituir el repòs al llit junt amb el tractament apropiat per a calmar els dolors i disminuir la inflamació. Estan indicades les irrigacions vaginals calentes i abundants donades sens pressió, lo qual s'obté fàcilment col·locant l'irrigador a molt poca altura del nivell del llit, o bé tancant molt la clau a l'objecte de què el líquid surti sens força. Totes les substàncies conegudes com a resolutives o descongestionants: l'ietiol, tigenol, iodur potàssic, glicerina, etc., aplicades a la vagina ja en supositoris, i també fent sa columnització amb gassa impregnada d'aqueixes substàncies contribuiran poderosament a alleujar a la malalta. L'aplicació de bufetes de gel al ventre, o del termòfor elèctric, són mitjans de greu vàlua que no deuen oblidar-se. Si amb tot això no calmen els dolors, deu recorre's a les injeccions de morfina junt amb altres estimulants si el cor ho requereix.

La medicació interna és la més insegura, i no obstant sempre deuran assajar-se els medicaments coneguts en ginecologia per tenir sobre els genitals una acció electiva: ergotina, viburnum, piscidia, hamamelis, etc. La dieta de llet és el millor aliment en aqueixos casos, no descuidant mai el que la malalta vagi de ventre cada dia.

Durant aqueix període en el que tots els nostres esforços van dirigits a obtenir el major grau de repòs possible, qualsevulla intervenció, per petita que sigui, està contraindicada; un raspat en aqueixes condicions resulta sempre abusi i perjudicial, una colpotomia és també inadequada ja que a més de resultar quasi sempre incompletament evacuant, pot donar lloc a una fistula entre l'abcés aneural i la vagina, el qual després resulta gravatiu per a l'operació abdominal. Tingui's present que em refereixo en aquest treball a les lesions inflamatòries aneural i per tant no als abscessos del teixit cel·lular de la baixa pelvis, abscessos de formació ràpida i que indubtablement deuen tractar-se per colpotomia ja que amb ella curen gairebé sempre de mode definitiu.

Aquesta fase aguda qual duració varia segons multitud de causes, però que per regla general no passa dels quinze dies, és d'una gravetat gran, puix si els fenòmens inflamatoris no queden limitats a la baixa pelvis, en estendre's per tota la serosa donen lloc a la peritonitis difusa aguda, afecció sempre gravíssima i que la pràctica ha demostrat que quan és d'origen infectiu aneural, l'operació cura molt poques, per no dir cap malalta. En canvi, amb el tractament que acabo d'exposar, a voltes s'obté el

que es facin adherències en la part inferior i comenci a desaparèixer poc a poc la peritonitis o peritonisme segons els casos, continuant sa evolució les lesions anexials, però ja dins uns límits més reduïts i menys perillosos per a la malalta.

La intervenció en aquest estat deuria consistir en laparotomia per a extirpar els anexes que considerem focus o punt de sortida de la infecció; però com que aquesta ja s'ha extès no la localitzarem extirpant aquells, ans al contrari pot ésser que amb l'operació interrompem la producció d'adherències que possiblement començaven a constituir-se; si a més considerem que pel fet operatori en si minvem defenses a la malalta, amb facilitat comprendrem que en aquestes condicions si alguna es cura, és *a pesar* de l'operació.

Si la infecció no s'ha extès al gran peritoneu, tampoc és aquest moment oportú per a operar, puix el mateix per via abdominal com si pretenem alguna intervenció per via vaginal, ens exposem a la difusió de la flogosi amb totes ses greus conseqüències. Sols la colpotosmia és operació que sàviament portada a cap no pot agreujar la situació de moment, però com he dit, són aquests casos en els que no hi ha ocasió de practicar-la puix la supuració en les trompes quasi mai s'acumula tan ràpidament en quantitat suficient per a formar relleu en la vagina i prestar-se a ésser evaquada per allí. Els que han pogut observar alguns casos d'aquesta naturalesa saben que millor s'obren espontàniament per la bufeta, recte o altre porció del budell. Quan tan ràpidament es forma un abscess voluminos que fent relleu per la vagina pugui incindir-se, sempre deurà pensar-se que és degut a supuració del teixit cel·lular de la baixa pelvis i no a salpingitis supurada, que no obstant pot també existir junt amb aquell; per tant, en aquests casos la colpotosmia no fa més que alleujar una mica la situació, no resoldre-la com passa quant sols i exclusivament es tracta del flemó pelvià; la supuració intratubàrica continuarà sa evolució. Si la quantitat de pus és poca, hi ha la possibilitat de que amb el repòs i tractament apropiat arribi a reabsorbir-se, poc a poc vagin també desapareixent les infiltracions degudes a perisalpingitis i amb la desaparició dels símptomes subjectius la malalta es cregui curada i fins en realitat ho estigui. No obstant, els casos tan afortunats són desgraciadament els menys; acostuma les més de les vegades a succeir que passat un temps i per una causa difícil d'esbrinar però gairebé sempre d'origen congestiu, recidiva la malaltia, reapa.

reixen els dolors, la temperatura i el malestar general. En ocórrer això crec que el ginecòleg no deu transigir més, farà un bé a la malalta tractant-la degudament fins que desaparegui l'agudització i estigui en condicions per a procedir a l'operació que consistirà en l'extirpació dels anexes.

Al costat d'aquests casos relativament benignes hi ha els que per causes múltiples segueixen des del primer moment un curs greu. La inflamació i infecció no es mantenen dins els límits exposats en els casos anteriors, sinó que desenrotllant-se envaeixen tots els orgues de la baixa pelvis, son teixit cel·lular i també el peritoneu i en sa marxa invasora ataquen la gran cavitat peritoneal donant lloc a un quadro del qual moren moltes malaltes i que per ésser ben conegut i estar millor descrit en totes les obres no he de entretenir-me en descriure.

Si logrem amb els mitjans posats en pràctica que la malalta no mori, passat el temps de gran agudització s'acostuma a trobar el següent: abultament del ventre, més marcat cap a la part baixa, contractura dels muscles abdominals i per tant defensa en fer la palpació; dolor al tacte vaginal, sobre tot en els fons laterals i posterior, que trobarem ocupats i donant la sensació de semifluctuació; l'úter quasi sempre està fixe en posició que varia segons diverses causes; per regla general hi ha temperatura i pols freqüent.

És molt difícil que arribades les coses a tal extrem pugui la pacient curar-se radicalment sens operació; encara que a voltes amb repòs i calor s'obtenen grans millories i modernament la termopenetració està donant grans resultats, no obstant, deu esperar-se en intervenir, com deia abans, a que les temperatures hagin desaparegut, deu procurar-se *operar en fret* amb el doble fi de facilitar l'acte quirúrgic, ja que sens dubte resulta menys perillós desfer adherències de teixits la inflamació dels quals hagi desaparegut a tenir que fer-ho quan estan en plena flogosi, i que la virulència dels microbis del pus sigui poca o cap, amb el que donem a la malalta més garantia de curació, puix en aquestes circumstàncies no és possible assegurar l'extirpació dels anexes sens que es rompin o buidin el seu contingut que si no és virulent té pocs perills.

Hi han alguns casos en els quals malgrat la bona voluntat del ginecòleg, transcorren dies i dies i la malalta segueix amb temperatures que van poc a poc agotant-la. Davant un cas d'aquesta naturalesa i passat un temps prudencial (uns trenta

dies) sens que vegem cap tendència a millorar, crec devem decidir-nos a intervenir, ja que esperar més seria amb tota seguretat deixar morir la malalta de septicèmia o piohèmia degudes a l'absorció del pus de les trompes.

Naturalment que en aquestes condicions resulta l'acte operatori de molta gravetat i sols devem decidir-nos quan tinguem el convenciment de que no operant, no treient el focus sèptic d'absorció, la pacient deu quasi forçosament sucumbir.

En aquests casos té per a mi gran importància la manera de portar a cap l'operació i sobre tot la manera d'acabar-la. He dit abans i repeteixo que la colpotomia no la crec indicada ja que els focus de supuració són múltiples i en poc o en res s'alleuja a la pacient buidant-hi un; sols si amb la salpingitis supurada hi ha abscessos del teixit cel·lular la practicarem per a donar sortida al pus i amb això, facilitar-nos després, als pocs dies, l'operació radical.

La manera més pràctica i segura d'extirpar els focus supurats i també la que a pesar d'ésser sumament greu dóna més garanties, és procedir per laparotomia mitja.

Fa ja alguns anys vaig aprendre del Dr. A. Esquerdo el procediment que segueixo en aquests casos, que tinc per molt bo i amb el que he salvat moltes malaltes.

Després dels preparatius corrents i de rigor en tota laparotomia poso a la pacient en posició de Trendelenburg bastant accentuada. Incindides pell i aponeurosis i separats els muscles rectes, inspecciono el peritoneu per a fer-me càrrec de si ha contret adherències amb els budells, el que amb freqüència té lloc en aquestos casos. Procuro desfer-les en extensió suficient per a permetre el pas de l'índex, que introdueixo després de tallat el peritoneu i vaig desfent fins a obtenir l'espai que crec necessari. Tot seguit amb gasses o compreses de fil, aïllo la part superior i laterals si és possible. Vaig després en busca de la bufeta que quasi sempre juntada a l'epíploon o als budells cobreix tots els òrgans de la baixa pelvis. Lliure aquella i aïllat amb compreses i del millor mode possible el camp on anem a operar, moltes vegades és precís orientar-se anant en busca de l'úter, ja que de no fer-ho així ens exposaríem a produir estrips i perforacions i alguna vegada a extirpacions incompletes; tal és el magma en què estan úter, trompes, ovaris, budells, etc. En els casos d'aquesta naturalesa, en els que la supuració i flogosi han sigut, i son de gran intensitat és precís saber en

operar los si hi ha hagut perforacions i en quin orgue han tingut lloc a l'objecte de separar-les si és possible o al menys de no engrandir l'orifici. He dit ja que alguns d'aquests casos milloren i altres pocs curen, per buidar-se la col·lecció purulenta en la bufeta o en algun budell, doncs bé, és necessari haver fet diagnòstic del lloc precís on s'ha fet la perforació per així en extirpar la trompa o ovari arribar allí, procedir de manera que no es faci més gros el forat establert o no torni a obrir-se si s'havia tancat. Per això el millor és no volguer desfer les adherències amb els dits sinó amb les estisores i deixant un tros de teixit si és que el forat s'havia tancat. En el cas de fistula establerta el millor és procurar que les vores quedin avivades, i si el forat està a la bufeta suturar-lo amb catgut deixant després sonda permanent. Si la perforació és intestinal quasi sempre resulta inútil i és perdre el temps voler suturar-la, puix les males condicions del teixit fan que el budell s'estripi en passar l'agulla, i per altra part les adherències i falta de flexibilitat fan que resulti impossible practicar les sutures necessàries amb la perfecció deguda per a assegurar l'èxit. Si la perforació és d'un tamany regular deu procurar-se deixar les coses de manera que és faciliti l'oclusió, per això es recomana aproximar les vores de la fistula per una sutura amb catgut fort i de reabsorció el més tardana possible, agafant en massa tot un costat de budell i fent el mateix a l'altra banda apretant el punt de manera que sens estripar el budell s'aproximin les seves vores. Amb això no tanquem la fistula puix una sutura així practicada de cap manera tenim la pretensió de què oclueixi perfectament, però sí ajudem a la naturalesa mantenint acostades les vores que s'han d'unir per formació de teixit de cicatriu i retracció del ja existent. Segons el lloc de la perforació és possible fixar per mitjà de punts solts un tros d'epíloon per sobre la sutura que havem practicat en el budell; això ajuda de manera positiva a la més ràpida oclusió de la fistula. Les perforacions, les adherències i la supuració són les complicacions de major importància i que amb més freqüència trobem en operar els casos de què estem tractant, complicacions que ja existeixen abans de l'acte operatori i que tractem del mode que he exposat. Però a més, és indispensable no oblidar-se de l'apèndix, puix en molts casos per sa situació i també per sa llargada es troba adherit als anexes drets i alguna encara que rara vegada als de la banda esquerra (recordo haver intervingut un cas que això succeïa).

De no tenir present aquesta contingència s'exposaria l'operador a estripar-lo i potser a seccionar-lo sens fer-ne esment, el que és possible donat el magma d'adherències i desplaçaments que hi ha, deixant com és natural una perforació per on sortirien excrements. Aquesta greu complicació, evitable amb sols recordar sa possibilitat i operant en conseqüència, deu a tota costa prevenir-se mitjançant l'extirpació.

Les complicacions inherents a l'acte operatori com, perforacions intestinals ocorregudes en desfer adherències, lesions d'urèter, etc., les tractem de manera corrent i apropiada a cada cas, no essent necessari el que m'entretingui en exposar-les.

Ja en aqueix punt arribem a la part principal i objecte de la comunicació, o sigui la manera d'acabar aquestes intervencions. L'assumpte és molt discutit, i sens ànim de criticar als que no opinen com jo diré que els bons resultats obtinguts han fet que tingui un criteri bastant ferm, si bé estic disposat a modificar-lo el dia que es trobi una manera de procedir que se'm mostri superior.

Després d'extirpats uns anexes supurats que moltes vegades s'obren escampant-se el pus ja en el moment d'extirpar-los, o en desfer adherències, o en separar-los de l'orgue amb el que s'havien fistulitzat, i després deixat una perforació intestinal o d'haver-la tancat parcialment, o de no poder assegurar el que secundàriament es produirà en eliminar-se un tros de budell en males condicions de vitalitat, és indubtable que deu procurar-se aïllar i drenar tota la porció de baixa pelvis on han ocorregut tan greus accidents. Amb aquest fi hi ha partidaris de deixar un taponament amb tela o gassa posat de manera que aïlli tot l'antre pèlvic en el que s'ha operat de la gran cavitat abdominal, fent-lo sortir per la part inferior de la ferida incompletament suturada. Als tres o quatre dies es retiren les gasses o teles i es col·loca un gros tub pel que es fa passar cada dia una quantitat d'aigua bòrica a l'objecte de rentar la cavitat pelviana. Si es tracta d'un cas amb fístula recomanen donar un enema tots els dies per evitar la retenció de escibals que, com és natural, contribuiria a sostenir la fístula ja que no tenint el pas lliure els excrements deurién sortir per ella.

Aquest procediment té per mi l'inconvenient de no assegurar la completa sortida de secrecions i excrements ja que essent desigual i fent recons el fons de la pelvis, es quasi impossible que el tub pugui donar sortida a ço que es retingui pels diferents

recons, el qual sens dubte no sols pot retrassar la curació sinó que és possible doni lloc algunes vegades a elevacions de temperatura per retenció; a més, durant tot el temps que tardi la fistula en tancar-se la malalta està molestada per la sortida de excrements per la ferida abdominal. A tot això deu afegir-s'hi el que quedi una eventraci  que deur  més tard operar-se, i encara que aix  tingui una importància secundària comparat amb l'haver salvat la vida, deixa d'ésser tan secundària si podem també salvar-la i evitar la segona operació, de la que he vist morir a una senyora en mans de un molt expert cirurgià que l'havia operat i salvat de la greu lesió primera seguint el procediment exposat, i la va perdre en operar-li l'eventraci . Se'm dir  que és un cas aïllat i que en cap manera pot sentar doctrina; és veritat, i ho comprenc, mes el resultat és que si aquella senyora no hagués tingut l'eventraci  encara viuria, o no s'hauria mort d'una segona operació conseqüència de la primera.

La meua manera de procedir en els casos d'aquesta naturalesa consisteix en practicar sempre histerectomia ja de moment, és a dir, a l'objecte de facilitar-me l'extirpació dels anexes, ja després d'extirpats, quan, suposant que no existeixi cap lesió uterina, podia donar-se la operació per acabada, i la practico precisament per a procedir d' gu l manera que ho fan els partidaris del procediment exposat, però establint el desaiguament per la vagina. Col'loco les gasses de la mateixa manera, en els llocs que convingui per a obtenir les adherències a lladores de la baixa pelvis amb el recte de la cavitat abdominal, però amb la diferència de fer-les sortir per la vagina en lloc de fer-ho per l'extrem inferior de la ferida abdominal. Aix  té per mi els aventatges no sols de permetre la total sutura de la ferida, sinó la de drenar per la part baixa, condició per tot-hom coneguda com a molt important a l'objecte d'evitar retencions i totes ses dolentes conseqüències. Adem s, com ja he dit, en casos de fistula intestinal l'excrement queda desviat cap a la vagina i surt per ella, el que a pesar d'ésser molest ho és molt menys que quan surt per l'abdomen. Del tercer al quart dia poden retirar-se les gasses per estar ja constituïdes les adherències. essent necessari el donar dues irrigacions vaginals al dia a l'objecte d'anar netejant la cavitat, i en casos de fistula intestinal un enema per a mantenir el recte lliure d'escibals.

Adem s del taponament, i per iniciativa del Dr. Esquerdo,

quasi sempre poso un tub amb forats laterals, que des de l'extrem inferior de la ferida, o d'un costat del baix ventre, surti per la vagina. Això té l'aventatge de poder rentar la cavitat molt bé i humiteja les gasses si en estirar-les es nota resistència, indicadora de que han contret adherències. En els casos en els quals es deixa tub, pot moltes vegades prescindir-se de les irrigacions vaginals i substituir-les pel rentat pel tub. Aquest quasi sempre pot retirar-se als deu o dotze dies, però si encara hi ha alguna secreció i a l'objecte de deixar tancat el petit forat abdominal pel que passa el tub, recorro a la maniobra de sostenir-lo mitjançant una crin que, després d'atravessar son extrem, fixo a un fiador (trosset de tub prim) que el sosté al ventre, donant al crin la llargada que crec necessària per a que aquell quedi posat en el sentit de l'eix de la vagina, el qual té el gran avantatge de que continua drenant la cavitat pelviana i és possible continuar rentant-la tenint tancada la ferida abdominal. Per a retirar-lo basta tallar el crin i estirar per la vulva.

Dec advertir, i ho recomano molt, que aquesta manera de procedir la reservo únicament i exclusiva per als casos complicats de què estem tractant, puix en les simples salpingitis supurades més o menys antigues, amb relatives adherències i sense complicacions de fistula em limito com és natural a l'extirpació dels anexes, tancant després el ventre del tot o deixant un drenatge lateral per tub de goma, si hi ha hagut una mica de vessament de pus no sèptic, o algun traspuament hemorràgic degut al desprendiment d'adherències.

De lo dit s'en desprèn que el tractament de les grans lesions inflamatòries anexionals demana molta cura i molta paciència per part del ginecòleg. Les precipitacions i el no saber esperar són causa de què es perdin malalties que tractades simptomàticament, sense alarmar-se per les temperatures, la peritonitis i els dolors, esperant el moment oportú per a intervenir-les, probablement es salvarien. Clar està que no es salvarien ni es salven totes, puix es tracta de casos dels més complicats de la ginecopatia, però adhuc així no oblidem que la malalta que resisteix els primers dies de difusió de la peritonitis, és malalta que per regla general no mor, donant temps a què amb la remissió dels símptomes es posi en millors condicions per a la operació radical, i per altra part la que s'opera en ple període àlgid d'infecció quasi amb seguretat es mor, per les raons exposades ja.

Per tant, i per a acabar, em permeto recomanar en el tractament de les grans lesions inflammatòries anexials, molta prudència!

Discussió: Dr. Guillem Ribas.

Com que l'enunciat de la comunicació no crec que faci referència exclusivament al tractament quirúrgic, permeteu-me que digui quelcom sobre el tractament conservador en dites lesions. No fa molts anys, quan una malalta amb lesions anexials després d'estar sotmesa a les irrigacions calentes, suppositoris, fonents, no millorava, era malalta que estava destinada a sotmetre's a una intervenció si volia veure's lliure de les seves molèsties. En el moment actual no succeeix, puix disposem d'un mitjà com és la termo-penetració que resol en la majoria de casos dites lesions i en els casos que no les cura, les millora tant, que la malalta trobant-se bé refusa la intervenció. No és el meu objecte contar aquí la manera com obra dit mitjà terapèutic, puix això ja fou objecte d'una comunicació que vaig presentar al II Congrés de Metges de Llengua Catalana.

Quan existeix una gran supuració anexial, la termo-penetració la millora però no la cura. El que generalment es fa és practicar la *colpotomia* i després fer aplicacions de termo-penetració: És precisament en aquests casos en els quals podem dir que va millor la termo-penetració. A profit d'aquesta, veurem desaparèixer la pelvicol·lulitis, els engruiximents de la trompa i ovari i adquirir l'úter la seva mobilitat normal.

De manera que és un mitjà que val la pena que es tingui en compte i que s'hauria d'aplicar a totes les malaltes amb inflamació anexial, abans de recórrer a una intervenció; tenint la seguretat de què a la majoria de les malaltes les hi estalviariem els perills de què sempre va acompanyada una extirpació anexial.

Discussió: Dr. E. Ribas Ribas

No devem operar mai una supuració anexial fins que desapareguin els fenòmens d'agudeses. Esperem en general un mes i mig. L'examen de la sang practicat varies vegades durant l'agudeses del procés i repetit després pot orientar-nos. La taxa leucocitària junt amb la desaparició clínica dels símptomes

d'agudesia delirant deu dir-nos per l'oportunitat de la intervenció.

Hem dit que no devem operar mai en els estats aguts i aquesta afirmació tan crua no fóra exacta. Ens referim a l'operació radical que no deu practicar-se mai, però la gravetat del procés pot obligar-nos a una operació vital: la colpotosmia que deu ésser executada tan prompte sigui necessària i practicable.

Quan els símptomes aquests hagin desaparegut i es practiqui l'operació radical devem ésser rigoristes amb la tècnica. Aquesta deu ésser curosa i ràpida i en els casos greus amb adherències pèlviques és preferible incidir l'úter per la part mitja fins al coll (Faure) i després lateralment a dreta i esquerra incidir-lo supravaginalment, tan sols així podem ràpidament estirpar de baix a dalt i de dins a fora els anexes.

No fem rentats de cap mena ni durant l'operació ni terminada; sequem bé les superfícies cruentes procurant que no quedin coàguls ni recons. Tanquem, en general supravaginalment el coll de l'úter prèvia cauterització ígnea del conducte cervical i procedim tot seguit a la peritonització de la baixa pelvis; en algunes hem recobert les superfícies cruentes amb un ampli penjoll d'epíloon, en altres amb la Siliaca. Si no s'ha vessat pus i la peritonització ha sigut completa tanquem completament l'abdomen o tot lo més deixem un petit tub, però excepcionalment. Si hi ha hagut vessament de pus per haver-se romput una col·lecció purulenta en despèndre-la de les adherències o bé la peritonització no ens ha deixat satisfets, deixem un extens taponament-drenatge Mickulicz.

Mai en les supuracions anexials obrim la vagina. Sempre practiquem histerectomia abdominal supravaginal. Fins fa quatre anys practicàvem la histerectomia abdominal total deixant oberta la vagina, però ens vam convèncer que era un mal procediment puix moltes vegades els exudats i pus anexials han perdut llur virulència i fàcilment els gèrmens de la vagina poden infectar les superfícies cruentes apart de què el drenatge vaginal no suma beneficis als obtinguts amb el taponament abdominal Mickulicz. No obstant, si en el curs postoperatori es presenten complicacions infectives supuracions de les superfícies cruentes subperitoneals (avui més rares que quan deixàvem drenatge vaginal) no dubtarem un moment en obrir la vagina pel fons de sac de Douglas o bé introduir un tub prèvia dilatació per l'orifici vaginal del coll del miomyó uterí.

Devem usar sempre catgut i operar sempre amb guants de goma que devem canviar una volta extirpades les col·leccions purulentes i procedir a la peritonització.

En resum: les supuracions pelvianes anxials deuen operar-se quan l'agudesa ha desaparegut; la tècnica de l'operació ha d'ésser ràpida i curosa, no deu obrir-se mai la vagina; no deuen fer-se rentats del Mickulicz sense abusar del mateix; no obstant, és preferible un drenage Mickuhez no necessari que deixar d'usar-lo en un cas que es necessiti.

Discussió: Dr. Fargas.

Considero la comunicació del Dr. Soler tan important, que mereixeria més els honors d'una ponència que els d'una senzilla comunicació, puix donat l'estat actual de la terapèutica ginecològica, caldria discutir aquí l'oportunitat de cada indicació i els camins a seguir per a resoldre aqueixos casos que són els que realment posen de manifest el temperament d'un ginecòleg, fent relluir no sols les seves condicions de clínic, sinó també les de cirurgia.

Limitant-me a la comunicació del Dr. Soler Julià, dec coincidir amb ell, en fer notar les grans dificultats tècniques que en el moment operatori presenten determinats casos, en els quals les lesions inflamatòries comprenen tots els òrgans de la petita pelvis i que sols una gran habilitat pot fer-ne sortir airosos, no sent possible en molts casos subjectar-se a cap de les moltes i utilíssimes tècniques preconitzades, tenint molts cops d'improvitzar certs *trucs* per a facilitar l'operació.

He vist amb satisfacció que els senyors que han intervingut anteriorment, posen per condició indispensable l'apirèxia de les malaltes abans de sotmetre-les a la intervenció quirúrgica. Jo no puc més que refermar aqueix criteri, sostingut des de fa molts anys, per l'iniciador de l'escola ginecològica catalana.

No puc acceptar el criteri del Dr. Soler, de descartar en absolut la colpotoomia, utilitzant-la sols per inflamacions supurades del teixit conjuntiu de la petita pelvis. Jo crec que la colpotoomia, perfectament indicada en els casos anteriors, pot i deu utilitzar-se en molts altres casos que unes vegades procurant el buidament d'una trompa supurada, facilitarà una operació posterior més radical, posant la malalta en millors condicions, i altres vegades la colpotoomia, ajudada dels mitjans físics de que avui disposem, pot resoldre algun cas força complicat.

Arribat el moment operatori, s'ha de procurar, un cop extirpades les lesions corresponents, fer una peritonització de la pelvis i superfícies cruentes, el més perfecta possible i deixar un bon drenatge abdominal pel procediment de Mikulicz, que té molts avantatges, tenint sempre en compte que els petits inconvenients que pugui tenir posteriorment l'haver deixat un drenatge, no són res davant el valuós servei que ens presta els primers dies post-operatoris.

Sempre preferiré poder dir: «aqueix cas hagués pogut passar sense drenatge», a no tenir que pensar: «llàstima de no haver posat drenatge».

D'un quant temps ençà utilitzo en tots el casos on hi ha hagut vessaments de pus o col·leccions quístiques inflamatòries, el rentat peritoneal amb èter, havent-ne observat els millors resultats.