á cuyo alrededor se amontonan el pus y las falsas membranas. Si bien se publicó alguna que otra observación suelta (1) para demostrar esta proposición, todas, empero, pasaron desapercibidas.

En la actualidad, hay tendencia á volver á la doctrina de ARAN. Sin embargo, todavía no se afirma de una manera bastante categórica, á mi entender, que éste es el único medio que puede y debe explicar la inmensa mayoría de las inflamaciones peri-uterinas. Los autores más recientes (2) todavía siguen conservando una descripción separada para la parametritis y la perimetritis, á las cuales algunos añaden todavía la ádeno-linfitis, lo cual hace que el lector desorientado se pierda en un mar de sutilezas de un diagnóstico ilusorio. Por mi parte soy partidario decidido de la doctrina de ARAN. Los hechos que he observado me demuestran, que la gran mayoría de las inflamaciones *peri-* y *para*-uterinas sólo son salpingitis y peri-salpingitis (3). No quiero decir con esto que no intervengan también en parte los linfáticos, pero el papel que éstos desempeñan depende á su vez de la inflamación que sufrió antes la mucosa del útero, como también de la de la prolongación de ésta en el oviducto. Ahora bien, en este caso como en los demás, no es el fenómeno supeditado sino el primordial el que debe imponer su nombre á la enfermedad.

Anatomía patológica

Anatomía patológica.—Por orden sucesivo describiré las diversas formas anatómicas que puede afectar la inflamación alrededor del útero y de sus anejos, comenzando por la más atenuada y llegando sucesivamente á las formas que van aumentando en gravedad. Estos tipos clínicos son: 1.° La **peri-metro-salpingitis serosa**; 2.° El **absceso pélvico**; 3.° El **flemón del ligamento ancho**; 4.° La **celulitis pélvica difusa**.

Peri-metro-salpingitis serosa

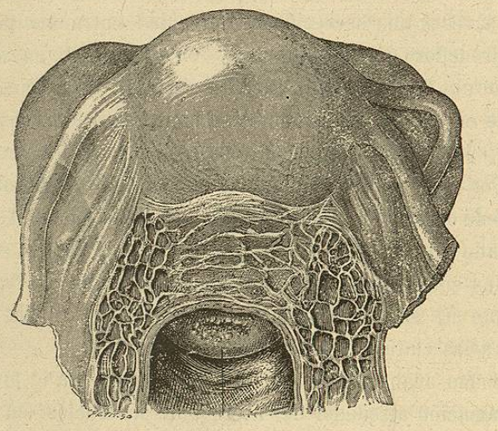
I. **Peri-metro-salpingitis serosa.**—Esta lesión, que no se nos presenta en las autopsias, se puede muy distintamente reconocer en el curso de ciertas operaciones. Así, en dos diversas ocasiones he podido observar una infiltración edematosa del alón del ligamento ancho, alrededor de una trompa afecta de salpingitis purulenta. A la palpación bimanual y antes de practicarse la laparotomía, acusaba esta infiltración la sensación de un tumor bastante voluminoso, que erróneamente hubiera podido atribuirse á la trompa misma. Es indudable que también la linfangitis juega un papel importante en este **edema**

(1) M. BOUVERET. *Annal. de Gyn.*, 1875, t. IV, p. 427.—C. DAROLLES. *Ibid.*, t. VI, p. 419.
(2) A. MARTIN. *Traité clin. des Maladies des femmes*, trad. al francés, París, 1889.
(3) Véase sobre esta materia, J. W. TAYLOR. *Clinical lecture on Pyo-salpinx, with remarks on the old faith and the new, regarding Parametritis (Lancet*, 1889, t. II, p. 581).

Núcleos de edema

agudo, dando origen á **núcleos inflamatorios**. Prueba de ello es el infarto que en ocasiones se produce en los ganglios inguinales, que comunican con los linfáticos de la superficie del útero por un vaso pequeño que sigue el trayecto del ligamento redondo (fig. 2, 9).

Estos edemas duros pueden invadir, sin duda, el tejido celular laxo que rodea el oviducto, bajo la influencia de una exacerbación aguda de la salpingitis que les sirve de núcleo. Puede también acontecer, que una efusión de moco-pus ó de sangre procedente de la mucosa inflamada intervenga de cuando en cuando á producir una



C

FIG. 18.—Peri-metro-salpingitis serosa (edema inflamatorio)
C. Cuello del útero, visto á través de una abertura practicada en la pared de la vagina

irritación en el fondo de saco de DOUGLAS, en cual espacio con mucha frecuencia los anejos forman prolapso (L.-TAIT). Sea como fuere, no se puede negar que puede presentarse un edema inflamatorio intermitente alrededor de los anejos enfermos. Así lo ha demostrado la observación directa, y asimismo autoriza la inducción á invocarlo, según DE SINÉTY, en los casos en que á los lados del útero vemos aparecer y desaparecer en algunos días masas voluminosas, como han tenido ocasión de comprobarlo todos los clínicos. De esta misma manera es como una caries dentaria provoca una tumefacción voluminosa de la mejilla, que á las cuarenta y ocho horas puede ya haber desaparecido, sin dejar á menudo ningún rastro apreciable (1). Al

(1) DE SINÉTY. *Traité prat. de Gyn.*, 2.ª edic., París 1884, p. 817.—*Des Inflammations qui se développent au voisinage de l'utérus, considerées surtout dans leur forme bénigne. (Progrès méd.*, 1882, p. 591 y 611).

lado de esta peri-salpingitis serosa hay que colocar la perimetritis también serosa. Casos hay, en efecto, en que el edema inflamatorio se produce en la base del ligamento ancho, alrededor de los grandes troncos linfáticos procedentes del cuello uterino (fig. 3). Particularmente tiene esto lugar, después de ciertas operaciones en este órgano (operación de SCHRŒDER, de EMMET, etc.), si éstas no han sido perfectamente asépticas.

Junto con el edema inflamatorio del tejido conjuntivo sub-peritoneal, que anatómicamente se puede comparar con el *edema experimental* producido por el procedimiento de RANVIER, se presenta á veces una secreción de serosidad entre las falsas membranas alrededor de los anejos y en particular en el fondo de saco de DOUGLAS, formando **colecciones serosas**. Las punciones capilares, que en estas circunstancias se han practicado con un fin terapéutico, han demostrado con toda evidencia la frecuencia de este hecho. Por otra parte, también se ha podido comprobar que lo mismo puede ocurrir en el curso de ciertas laparotomías. A. DORAN (1) ha publicado un caso curioso en que, después de abierto el abdomen, se tomó una colección serosa de esta naturaleza por un sarcoma del ovario, que no se osó extirpar; la desaparición rápida del tumor demostró á las claras su naturaleza (2).

Colecciones serosas

Tal como acabamos de describirlo se presenta el primer grado de la inflamación alrededor del útero y de sus anejos; en la inmensa mayoría de los casos corresponde á un tipo clínico muy bien definido, al de las exacerbaciones agudas efímeras en las inflamaciones de las trompas. También se refieren probablemente al mismo tipo las parametritis circunscritas y larvadas, que se han invocado para explicar el relajamiento ó la retracción de los ligamentos del útero (SCHULTZE).

La **peri-metro-salpingitis supurada** presenta dos tipos clínicos muy diferentes. Uno de ellos corresponde á las últimas fases de la pelvi-peritonitis de los autores, del mismo modo como la salpingitis y el pío-sálpinx corresponden á las primeras fases: es el **absceso pélvico**. El otro, el **flemón de los ligamentos anchos**, se caracteriza por un modo de extensión particular de la supuración, determinado por ciertas circunstancias etiológicas.

Peri-metro-salpingitis supurada

(1) ALBAN DORAN. *Anterior serous Perimetritis simulating ovarian Sarcoma, when explored by abdominal section. Recovery with disappearance of the Cyst (Trans. of the obst. Soc.*, Londres, 1889, t. XXXI, p. 217, é *Ibid.*, 6 mayo 1891).

(2) Estas colecciones serosas pueden supurar y entonces constituyen bolsas adventicias alrededor de los anejos enfermos, en las que éstos quedan á veces enteramente disimulados; son las lesiones que desde BERNUTZ se han descrito con el nombre de *pelvi-peritonitis*.

II. **Abscesos pélvicos.**—Es preciso no interpretar esta expresión en el sentido que se le ha dado hasta no hace mucho. En efecto, los pío-sálpinx voluminosos que forman grandes bolsas purulentas, adherentes en una gran parte de su superficie á la pelvis menor, han sido tomados durante mucho tiempo por colecciones de pelvi-peritonitis enquistada ó por abscesos desarrollados debajo de la hoja peritoneal y clasificados erróneamente como *abscesos pélvicos* (1). Sólo con dificultad se puede demostrar su verdadero origen, porque supone un descortezamiento del saco tubario, que difícilmente hubieran osado practicar los primeros operadores que fueron á buscar el pus en la cavidad abdominal, aunque les hubiera parecido posible este descortezamiento. Cuando al abrir el vientre se descubre la presencia de una bolsa quística igual ó superior al volumen de los dos puños, circunscrita por adherencias en todos sus lados, que por su parte posterior parece formar un todo con el fondo de saco de DOUGLAS que llena por entero, y que lateralmente se halla soldada á la pelvis y por su parte superior al epiploón y hasta al intestino, esmuy natural creer que se trata de un *absceso,* que ó bien se ha formado en el tejido sub-peritoneal (parametritis), ó bien en el peritoneo que figura entabicado por falsas membranas (pelvi-peritonitis); y sin embargo, en los más de los casos se trata entonces de un *quiste tubar purulento,* el cual, libre al principio, pasa luego á soldarse por un trabajo ulterior. Para asegurarnos de que esto ha tenido lugar, después de vaciar el contenido de la bolsa por medio de la aspiración, trataremos de descortezarla, y terminado este trabajo, que en ocasiones resulta muy laborioso, la presencia de un quiste provisto de un pedículo interno, insertado en el cuerno del útero, nos hará reconocer que se trataba efectivamente de una trompa dilatada.

Abscesos pélvicos

La mayor parte de los presuntos *abscesos pélvicos,* contra los cuales, hasta hace muy pocos años, L.-TAIT, HEGAR, TERRILLON, etc., han ido practicando la laparotomía y la incisión, sin probar de extirparlos totalmente, no eran más que pío-sálpinx adherentes, que hoy día debemos procurar combatir por medio de la ablación total (2). Su historia clínica y operatoria no es de este lugar, sino que pertenece al capítulo de los pío-sálpinx, donde me reservo tratar de ellos.

(1) Como tipo de descripción para los abscesos pélvicos he tomado la variedad más frecuente. Esto no significa empero que no reconozca también otros orígenes de colecciones purulentas de la pelvis menor, como injustamente se me ha hecho decir (RECLUS. *Loc. cit.*).

(2) Tal es, en particular, el caso de las observaciones publicadas por O. TERRILLON. *Ouverture des Abcès intra-péritonéaux et profonds du bassin par la Laparotomie (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1887, p. 367).

Entre estas colecciones enquistadas queda, empero, cierto número de casos, en que la fusión con las partes contiguas es de tal suerte, que la ablación total fuera imposible ó demasiado peligrosa. Justo es que estos casos reciban una denominación especial, y así se puede conservar para ellos el nombre de **abscesos pélvicos**, pero con la bien entendida especificación que este nombre se reserva únicamente para las *colecciones purulentas no enucleables*. De este modo el valor de esta denominación es más bien quirúrgico que anatómico. Efectivamente, en la autopsia resulta que en estos casos avanzados suele ser imposible formarse una idea exacta de la naturaleza de la pared del absceso, y á veces no hay modo de determinar si se trata del peritoneo, de una falsa membrana ó de la pared de la trompa dilatada (1).

Por igual razón hay que clasificar entre los abscesos pélvicos ciertos quistes incluídos en el ligamento ancho, ciertos hematoceles que, habiendo supurado y transformádose en colección purulenta, es decir, en abscesos, se han adherido por todos sus lados y de un modo indisoluble á las partes blandas ó duras de la pelvis. Entre los casos de abscesos pélvicos que cita L.-Tait (2), curados por la laparotomía y la incisión, figura uno que dicho autor atribuye á un embarazo extra-peritoneal intra-ligamentario. En el pus sólo se descubrieron restos de placenta, pero ningún vestigio de feto.

Tenemos, pues, que si los pío-sálpinx excesivamente adherentes constituyen la gran mayoría de los abscesos pélvicos, por excepción tendrán estos últimos otra localización.

Ciertos casos hay, empero, en que los anejos enfermos, pero poco voluminosos, constituyen el punto de partida de un gran absceso pélvico, cuya cavidad está circunscrita por falsas membranas y

(1) Son numerosos los ejemplos de interpretación difícil que en este concepto se han presentado á los operadores. Alph. Guérin (*Leçons clin. sur les Maladies des org. génitaux internes de la femme*, París, 1878, p. 358) refiere que tuvo ocasión de asistir á la autopsia de una mujer muerta en el servicio clínico de Nonat á consecuencia de una afección que este último había calificado de *flemón peri-uterino*, mientras que él demostró que la causa de muerte había sido una *pelvi-peritonitis*. Esto le demuestra «que la pelvi-peritonitis es positivamente la lesión que Nonat había referido á la inflamación del tejido celular peri-uterino.» Pero A. Guérin se olvida en este caso de hacer mención del estado de los ovarios y de las trompas.—Goudeau y Moulonguet (*Bull. de la Soc. anat.*, 27 abril 1887) hicieron la demostración de una preparación característica en este punto de vista. Se trataba de un pío-sálpinx que sobrevino fuera del estado puerperal y dió lugar á todos los síntomas clásicos de la pelvi-peritonitis de Bernutz. En la autopsia se halló que la pelvis menor estaba llena de una masa voluminosa que subía hasta cerca del ombligo y que estaba cubierta por los intestinos íntimamente adheridos á la misma. El útero se hallaba repelido á la izquierda por un tumor fluctuante, grande como ambos puños, de paredes espesas, lleno de pus y formado por dos bolsas que comunicaban entre sí. Se hallaba adosado al útero y parecía haberse desarrollado á costa de la trompa y del ovario derecho, del cual fué imposible descubrir vestigio alguno.

(2) L.-Tait. *Pathological importance of the broad ligaments* (*Edinb. med. Journ.*, agosto 1889, t. XXXV, p. 97).

asas intestinales aglutinadas. Estos son particularmente los casos en que, en la denominación de la enfermedad, se ha pretendido conceder la mayor parte á la inflamación del peritoneo, calificándola de *pelvi-peritonitis*, no haciendo caso alguno de la oóforo-salpingitis inicial.

Finalmente, en casos excepcionales he observado colecciones purulentas bastante remotas de pío-sálpinx, probablemente desarrolladas alrededor de los vasos linfáticos infectados á distancia por la lesión útero-tubar; pero siempre se puede comprobar la existencia de esta lesión primordial (1).

Fístulas

La íntima adherencia de un pío-sálpinx á las paredes pélvicas ó á los órganos contenidos en la pelvis menor constituye el primer paso hacia la abertura espontánea. Ésta tiende á producirse en el recto; después de una primera evacuación que por un momento ha ensanchado la bolsa quística, sobreviene otra, y de esta manera muy pronto pasa á ser, si no permanente, cuando menos regularmente intermitente la comunicación entre la bolsa y el intestino. También pueden presentarse estas **fístulas** por el lado del fondo de saco vaginal, bien que con menos frecuencia. Finalmente, si el desarrollo del absceso ha tenido lugar poco después del parto, en el tiempo en que los anejos levantados por la ascensión del útero grávido muestran tendencia á inclinarse hacia adelante, la supuración puede abrirse paso en la cámara anterior de la pelvis menor, y, después de haberse difundido por la cavidad pre-vesical de Retzius, infiltrarse hacia el pliegue de la ingle ó del ombligo (2).

Estos **abscesos pélvicos fistulosos** constituyen una variedad de las más importantes. Á un período lejano de su desarrollo inicial, se reducen á senos de poca extensión, pero muy tortuosos, que penetran y minan el tejido de induración crónica, cuya curación resulta entonces excesivamente difícil (3).

(1) En otras palabras, si en las lesiones complejas que dan lugar á los abscesos pélvicos hay siempre, ora pelvi-peritonitis, ora linfangitis, ora celulitis, es necesario reconocer que estos elementos mórbidos sólo son secundarios; por este motivo, desde el punto de vista nosológico he creído deber colocarlos en segundo término y dar á la enfermedad el nombre más comprensivo de *peri-metro-salpingitis*, que á la vez sirve de guía al clínico y al operador. Los abscesos pélvicos que constituyen una *especie* de este *género* se deben más especialmente á la *peri-oóforo-salpingitis*, mientras que los flemones del ligamento ancho, segunda especie de las supuraciones pélvicas, suelen ser generalmente consecutivos á una infección uterina, á una *perimetritis*.

(2) Bernutz (*Arch. de Tocol.*, 1874, t. I, p. 486) cita dos casos de supuración peri-uterina abierta en la región umbilical; las enfermas murieron.—Alph. Guérin (*Loc. cit.*, p. 283) cita un caso de una fístula umbilical que después de haber persistido durante mucho tiempo, curó después de otro embarazo; según parece se trataba en este caso de un flemón del ligamento ancho, que se manifestó á los pocos días después del parto.

(3) Trélat (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 26 dic. 1888, p. 1035) los ha señalado de una manera muy clara con el nombre de «casos complejos que se juntan más ó menos directamente á las salpingitis y á las pelvi-peritonitis antiguas.» Propone se les dé el nombre de *celulitis pélvica*, que yo he reservado para otra especie.—Wiedow (3.er Con-

Klob (1) ha llamado la atención sobre la frecuencia de la degeneración grasienta de las fibras musculares del útero en las cercanías de las supuraciones pélvicas. También se me ha presentado algunas veces esta degeneración: sobre todo se da á conocer cuando se intenta descortezar un saco adherente á este órgano, que entonces se desgarra con mucha facilidad.

Residuos

En el límite de los abscesos pélvicos existen á menudo cúmulos indurados, formados por infiltración y proliferación del tejido conjuntivo, que se extienden más ó menos lejos de dichos abscesos. Después de la evacuación de éstos pueden continuar subsistiendo, y en este caso constituyen **residuos** que tardan mucho á disiparse. También el epiploón puede presentar masas leñosas de epiploitis crónica. Todas esas lesiones desaparecen muy pronto, después de evacuado el foco purulento.

Flemones del ligamento ancho

III. El **flemón del ligamento ancho** suele presentarse después de un parto reciente, cuando el tejido celular del repliegue seroso ha sido extendido y relajado, y cuando sus venas convertidas en varicosas son asiento de trombosis ó llegan hasta á presentar rupturas por las cuales puede extravasarse la sangre en derrames más ó menos copiosos. Este estado anatómico es muy á propósito para favorecer la invasión rápida de la supuración en masa. Pero, ¿cuál es el verdadero punto de partida? ¿Se verifica la infección por las trompas inflamadas que ocupan el borde superior del repliegue ó por una verdadera peri-linfangitis de los grandes troncos que costean el ligamento ancho? Igual probabilidad reunen ambos procesos, que por lo demás también pueden coexistir; lo esencial en estos casos es no perder de vista el estado anatómico precedente ni la intensidad de la infección, porque uno y otra pueden hacer que la lesión revista de buenas á primeras un carácter especial, es á saber, el de un *flemón* con tendencia á la difusión, que es muy distinto de un *absceso* circunscrito (2).

greso de ginecól. alem. Friburgo, 1889, en *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 30, p. 520) establece también una categoría especial para los abscesos fistulosos.

Se ha señalado la abertura de pío sálpinx y de abscesos pélvicos en la vejiga; creo que el caso de Aug. Reverdin (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1888, p. 1016) no es probatorio y que la lesión vesical pudo ser producida con el trocar y no por perforación espontánea. Las observaciones de Mundé (*Amer. Journ. of Obstetr.*, feb. 1886, p. 113 y sig.) demuestran con cuanta facilidad se produce esta herida. En cuanto á la abertura de las supuraciones pélvicas en la escotadura ciática y en el triángulo de J.-L. Petit en la región lumbar, creo que más bien debe referirse á abscesos de la fosa ilíaca por peritiflitis ó á abscesos peri-nefríticos, que á supuraciones procedentes de los órganos genitales. Con frecuencia se han cometido confusiones en este sentido.

(1) Klob. *Wien. med. Wochenschr.*, 1862, n.os 48 y 49 y *Pathol. Anat. der weibl. Sexualorgane*, 1868.

(2) P. Delbet (*Des Suppurations pelviennes chez la femme*, Paris, 1891, p. 152 y sig.)

Son contados los documentos anatómicos concretos que la ciencia posee sobre esta afección. En una autopsia publicada por Lewers (1) se señalan datos interesantes: las dos hojas del peritoneo estaban separadas por una exudación abundante, que partiendo del borde inferior de la trompa se extendía hasta la base del ligamento por la parte inferior y hasta la pared pélvica por la exterior. La trompa se hallaba atraída por debajo de la superficie convexa de esta tumefacción; el autor no incluye ningún detalle sobre el estado anatómico de la trompa, y parece que no se ocupó de investigarlo, pero señala, sí, de un modo expreso un pequeño absceso en el espesor del ovario, haciendo notar que su superficie estaba adherida por exudaciones recientes á la superficie del ligamento ancho. De esto se puede deducir con gran probabilidad que la trompa se hallaba enferma, y de todos modos el ligamento ancho pudo haber sido infectado por el ovario supurado. Al corte, el ligamento ancho presentaba un tejido areolar como el de una gran esponja, con las cavidades llenas de líquido sero-sanguinolento. En otra autopsia á la cual asistió Carter (2), el corte del ligamento ancho evocaba la idea de una inyección intersticial de materia plástica, separando los elementos normales unos de otros y manteniendo dilatadas las venas é inmovilizados y abiertos los linfáticos. En fin, Delbet (3) ha publicado la autopsia de una mujer que había parido tres semanas antes, en la que descubrió en la base de los ligamentos anchos una cavidad purulenta que contenía unos 100 gramos de pus, cruzada por bridas espesas, formadas por vasos arteriales y venosos. Una inyección hecha en la arteria hipogástrica demostró que estos vasos eran las ramas viscerales de la ilíaca interna.

La infiltración inflamatoria se propaga hacia afuera muy fácilmente, por debajo del peritoneo, á lo largo del psoas ilíaco, alcanzando hasta la espina ilíaca ántero-superior, en cuyo lugar se desborda en el panículo adiposo sub-cutáneo á través de puntos débiles de la capa musculo-aponeurótica, orificios vasculares y canales nerviosos. Luego que la bolsa purulenta llega á ponerse en contacto

divide los flemones del ligamento ancho en *flemones de la vaina hipogástrica* y en *flemones del ligamento ancho propiamente dichos*. Los primeros, que son los más frecuentes, tienen su asiento en el tejido celular, que se halla atravesado por las ramas intrapélvicas de la ilíaca interna y por los linfáticos del cuello y de la porción superior de la vagina. Los segundos, más raros, se presentan en la región del ligamento ancho, que está atravesada por la arteria útero-ovárica y por los linfáticos del fondo del útero, de la trompa y del ovario.

(1) Arthur H. Lewers. *Note on the post-mortem appearances of the broad ligament* (*Trans. of the obst. Soc. of London*, 1888, t. XXX, p. 7).

(2) Carter. *Ibid.*, p. 9.

(3) P. Delbet. *Loc. cit.*, p 156 y sig.

con las paredes abdominales, se suelda con ellas, y desde este momento produce la sensación de una placa ó de una *chapa* resistente (1). Después de la infiltración suele seguir la supuración, pero á veces ésta última puede faltar; entonces el proceso se detiene y el flemón se resuelve, dejando sólo como residuos suyos masas celulares induradas. En estas circunstancias he observado un fenómeno curioso y poco conocido, que se presenta mucho tiempo después que los fenómenos de inflamación peri-uterina parecen haberse disipado por completo: cuando ya todo parece terminado, preséntanse los síntomas de un foco más ó menos lejano del punto de origen, hacia la fosa ilíaca, en la vaina del psoas y hasta en el tejido celular peri-nefrítico. Parece que en dichos puntos han quedado vestigios, residuos sépticos que sólo evolucionan más tarde, cuando ya ha desaparecido todo punto de trabazón con el primer punto de partida. Es probable que los linfáticos jueguen un papel capital en la formación de estos **abscesos tardíos**, análogos á los que vemos producirse en las regiones en que ha evolucionado una linfangitis, muchos días después de la desaparición de esta última.

Abscesos residuales tardíos

Celulitis pélvica difusa

IV. **Celulitis pélvica difusa.**—En los casos precedentes la infección séptica resultaba más ó menos localizada y su desenlace consistía en lesiones que se mantenían á alguna distancia, sin traspasar ciertos límites. No siempre, empero, se presenta este curso, sino que, como consecuencia de ciertos envenenamientos puerpurales, la infiltración se extiende rápidamente por todo el tejido celular pélvico á guisa de erisipela maligna: por esta razón VIRCHOW (2) le aplicó el nombre de *erisipela maligna puerperal*. Los tejidos se han vuelto edematosos y presentan un color lívido, los linfáticos están repletos de micrococos, las venas contienen coágulos ó pus; estos casos son casi fatalmente mortales. Aquí no cabe abrigar duda alguna acerca el papel capital de los linfáticos; se tiene á la vista una verdadera linfangitis séptica que, habiendo partido de la herida uterina, arrolla todo cuanto forma el envoltorio del aparato genital. Para este tipo clínico he propuesto reservar el nombre de **celulitis pélvica difusa** (3).

(1) O. TERRILLON (*Arch. de Tocol.*, 1889, p. 170) ha probado por observaciones demostrativas que la chapa abdominal se produce cuando los anejos inflamados llegan á ponerse en contacto con la pared abdominal; en algunos casos el contacto no es inmediato, sino que se verifica por intermediación de masas inflamatorias periféricas, aglutinadas alrededor del epiploón.—Este hecho había ya sido señalado por POLK. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1887, t. XX, p. 631.

(2) VIRCHOW. *Arch. f. path. Anat.*, 1862, Bd. XXIII, p. 415.

(3) ALEX. J. C. SKENE (*Pelvic Cellulitis* en *The Brooklyn med. Journ.*, enero 1889, t. III, p. 1) confunde bajo el nombre de celulitis pélvica, como también otros varios autores, lo que yo llamo absceso pélvico y lo que designo como celulitis pélvica difusa.

Etiología general

Etiología general.—No considero oportuno repetir lo ya antes expuesto respecto la etiología de las inflamaciones de las trompas y que tiene exacta aplicación al caso actual. En efecto, todas ó casi todas las inflamaciones peri-uterinas representan únicamente la extensión de un foco tubo-ovárico, con excepción de la celulitis pélvica difusa que forma clase aparte. Bastará, pues, señalar las circunstancias etiológicas propias de cada una de las diversas categorías que he establecido.

Los **núcleos de edema inflamatorio** se manifiestan en el curso de todas las formas de inflamación aguda ó crónica de las trompas (1).

Los **abscesos pélvicos** se observan después de los pío-sálpinx ó después de la supuración de un quiste ovárico incluído ó de un foco de hematocele pélvico en las inmediaciones de una trompa inflamada. La formación es favorecida por la dilación ó contemporización excesiva, como asimismo por las exploraciones muy prolongadas y demasiado violentas.

Veamos ahora si los **flemones del ligamento ancho** se presentan fuera del estado puerperal, del cual ya he puesto de relieve la influencia predisponente. BERNUTZ admite que por cada veinte casos hay que referir diez y siete al estado puerperal. FRARIER (2), en un trabajo que llamó mucho la atención, pretendía que fuera de esta etiología restringida nunca se presentaba el flemón del ligamento ancho. DELBET (3) es de parecer que los flemones del ligamento ancho ocurren con más frecuencia *fuera* del puerperio que *durante* el mismo. En una y otra de estas dos opiniones reina exceso de exclusivismo. Es muy cierto, que la infección del útero por operaciones sépticas parece haber acarreado los mismos accidentes que el puerperio; pero estos casos son raros, y constituyen siempre la señal de una infección que ha tenido lugar por haberse infringido las reglas que actualmente deben observarse en toda operación. Estas condiciones patogénicas suelen presentarse todavía con harta frecuencia después de ciertos partos ó abortos, y de ahí resulta que el estado puerperal sea la causa más común de los flemones del ligamento ancho.

(1) La salpingitis inicial, punto de partida de los accidentes, ha pasado desapercibida las más veces. Como prueba de ello basta citar el excelente cuadro clínico trazado por DE SINÉTY (*Loc. cit.*, p. 815), en el que, con el nombre de *inflamación circum-uterina propiamente dicha*, describe perfectamente los síntomas de la salpingitis catarral, sin exceptuar los cólicos salpíngicos, que, después de señalarlos de un modo especial, atribuye «al estreñimiento tan frecuente en estas condiciones, y á la presencia de gas en el intestino.»

(2) FRARIER. *Étude sur le Phlegmon du ligament large.* Tesis de París, 1886.

(3) DELBET. *Loc. cit.*, p. 204.