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.

Por último, también en las citadas condiciones puede aparecer la **celulitis pélvica difusa**, es decir, en un parto ó en una operación cualquiera en las vías genitales, ejecutada en condiciones excepcionales de septicidad; esta afección se puede muy bien comparar con la celulitis que, antes de la introducción de la antisepsis, se desarrollaba á consecuencia de graves operaciones en la vejiga ó en el recto.

Síntomas y diagnóstico

Síntomas y diagnóstico.—I. **Peri-metro-salpingitis serosa.**—Los síntomas de la inflamación propagada alrededor de las trompas y del útero en su forma más benigna, son los que he indicado sumariamente en el capítulo de las salpingitis con el nombre de **exhalaciones agudas.** Varios autores han hecho una buena descripción de estos síntomas, pero los han señalado con nombres diferentes. Peter (1) y Guéneau de Mussy (2) los describen, se olvidan empero de especificar su localización con exactitud. Martineau (3) los refiere á la adenitis peri-uterina. Courty (4) admite también el origen linfangítico. Mundé, en América, y A. Martin, en Alemania, lo aceptan asimismo. Cantin (5) ha publicado un excelente trabajo en defensa de esta opinión.

Además de los signos de la **salpingitis concomitante**, hay otros que son propios de la inflamación circunvecina, á saber: las mujeres se quejan de recrudecimiento en sus achaques habituales; sin embargo, es muy raro que se presente un **estado febril** marcado, manifestándose únicamente cierto embarazo gástrico. Con el tacto se descubre mayor grado de sensibilidad en los fondos de saco, y en algunos casos hay puntos determinados que, cada vez que el dedo los palpa de nuevo, producen un **dolor** muy vivo que arranca acerbas quejas á la mujer. En algunos casos toda la región afecta acusa un estado de **pastosidad** general, particularmente cuando ya ha habido antes ataques parecidos ó más intensos, de los cuales se conservan todavía adherencias que han *anquilosado* el útero: en los casos de esta naturaleza puede suceder que en el momento de una simple exhalación aguda, los signos obtenidos por el tacto revistan cierto carácter aparente de gravedad, que de ningún modo debe aterrorizar al clínico experimentado; por otra parte la benignidad de los síntomas generales evitará que se establezca un pronóstico exagerado.

(1) Peter. Notas á la traducción de Bennett. *Traité prat. de l'Inflammation de l'utérus*, p. 259.
(2) N. Guéneau de Mussy. *Clin. méd.*, t. I, p. 474.
(3) Martineau. *Leçons clin. sur les Mal. de l'utérus*, París, 1880, p. 779.
(4) Courty. *Annal. de Gyn.*, 1881, t. XV, p. 242.
(5) Cantin. *Des Lymphangites péri-utérines non puerpérales.* Tesis de París, 1889.

Núcleos de edema inflamatorio

En efecto, la hinchazón pastosa se resuelve al cabo de algunos días y aparecen en su lugar tumores independientes del útero, soliendo además este órgano recobrar su entera movilidad. Por lo general existen muchos **núcleos** en los fondos de saco posterior y laterales. Según ya lo hizo notar por vez primera Guéneau de Mussy, estos núcleos acusan la sensación de ganglios redondeados, más ó menos sensibles al tacto (1). Estos tumores cambian de un modo tan rápido, que si no se lleva nota exacta del resultado de las exploraciones cotidianas, es muy fácil creer que en la exploración anterior se ha sido víctima de una ilusión (de Sinéty).

Diagnóstico diferencial entre peri-metro salpingitis serosa y: cuerpo fibroso

En algunos casos se nota durante mucho tiempo la persistencia de ciertos núcleos muy duros y leñosos, los cuales, por su consistencia y forma, se parecen más ó menos á **fibromas** (Guéneau de Mussy). Sin embargo es fácil distinguirlos de estos últimos por la falta de conexiones íntimas con el útero y por la ausencia de dilatación de la cavidad del órgano. El **prolapso del ovario** es más voluminoso y forma un tumor aislado, que al ser comprimido provoca un dolor especial, nauseoso, sincopal. El tumor formado por un pequeño **quiste del ovario** ó por un **quiste del ligamento ancho** presenta carácter enteramente diferente: es elástico ó fluctuante, perfectamente lateral y único, el tacto á solas no puede apreciarlo, siendo únicamente accesible á la palpación bimanual. También como simple mención he de recordar los **escíbalos**, los cuales sólo podrán inducir á error al observador poco atento que descuidare el tacto rectal.

Prolapso del ovario

Quistes del ovario

Escíbalos

El examen con el espéculo no ofrece ningún dato.

La marcha de estos núcleos edematosos y de estas colecciones serosas de la peri-salpingitis es caprichosa é intermitente; estas formaciones constituyen uno de los elementos de las inflamaciones de repetición de los anejos, que ya han sido descritas en el capítulo de las salpingitis; muestran gran tendencia á la recidiva, pero nunca llegan á supurar.

Abscesos pélvicos

II. **Abscesos pélvicos.**—Con este nombre, que parece que debería únicamente designar que las colecciones purulentas á que se refiere deben estar situadas en la pelvis menor, se quiere significar algo más que esto, pues por sólo este título todos los pío-

(1) Martineau. (*Leçons clin. sur les Mal. de l'utérus*, p. 779), guiado por las ideas teóricas que inspiraban su nosología, pretendía que con el tacto podía reconocer claramente los regueros linfáticos formados por los vasos enfermos, en forma de cordones duros y resistentes, y describía los caracteres de la ádeno-linfitis, como relacionados con la índole de la afección uterina: en la metritis escrofulosa debían ser, según él, los ganglios voluminosos, indolentes y numerosos; en la metritis artrítica pequeños y múltiples, etc.

sálpinx deberían también entrar á formar parte de esta clase de abscesos. Quirúrgicamente se quiere dar á entender con la denominación de absceso pélvico, que la colección que forma no se halla libre ni independiente, ni es susceptible tampoco de ser enucleada, pediculizada, ni extirpada, sino que la colección es *pelvi-parietal*, es decir, soldada á la pelvis que le sirve de pared. Estos abscesos han sido descritos á la vez bajo los nombres de pelvi-peritonitis y de parametritis supuradas; también se han comprendido erróneamente, bajo el nombre de abscesos pélvicos, los flemones del ligamento ancho, los cuales constituyen un tipo clínico enteramente distinto.

Clínicamente los abscesos pélvicos suelen formar las últimas fases de la evolución de los pío-sálpinx, no existiendo demarcación que los separe en el aspecto sintomatológico. Sin embargo, á veces sobrevienen fenómenos agudos que marcan el paso de la supuración de las trompas y de los ovarios de la forma circunscrita (pío-sálpinx, abscesos del ovario), á la forma difusa. Cuando hay derrame de pus en el peritoneo de la pelvis menor, ó cuando simplemente hay inflamación periférica viva, puede presentarse súbitamente un **dolor** agudo, sincopal y acompañado de fenómenos análogos á los de la peritonitis: escalofríos, vómitos, hinchazón del vientre, cara encogida, pulso filiforme. Al propio tiempo la **fiebre**, que hasta este momento no se había hecho sentir, ó que todo lo más se podía apenas apreciar mediante una atentísima exploración termométrica, entra en este caso á manifestarse, afectando con preferencia el tipo remitente, con exasperaciones vespertinas. Además, también sobrevienen **desórdenes de contigüidad** por parte del recto y de la vejiga: estreñimiento, disuria, tenesmos rectal y vesical. Por último, cuando el absceso forma relieve por el lado del recto (1), puede quedar completamente obstruída la expulsión de las materias fecales.

Hay que observar grandes precauciones al verificar el tacto y la palpación bi-manual. Con esta exploración se debe demostrar que el útero está fijo, enclavado en la pelvis menor y como aprisionado

(1) Constituye un epifenómeno curioso de las supuraciones pélvicas la producción de una pleuritis diafragmática que, al decir de los autores, es harto frecuente. POTAIN (*Assoc. franç. pour l'avanc. des Sciences*, Ruán, 1883) ha hecho notar que las simples fluxiones ó irritaciones de los ovarios y las peri-ováricas pueden repercutir en las pleuras por una especie de contra-golpe (acción nerviosa refleja).— A. LASNE (*Pleurésie diaphragmatique et Pelvi-péritonite*, Tesis de París, 1887) ha estudiado de nuevo esta materia y admite que la pleuritis debe atribuirse en tales casos á la propagación de la inflamación del peritoneo pélvico al peritoneo diafragmático por los vasos linfaticos, y más especialmente por los que acompañan los vasos tubo-ováricos y que van á terminar en los pilares del diafragma. En general la pleuritis suele ser diafragmática seca y muy poco intensa.

en esta masa fundida de materia plástica, la cual no es más que el edema inflamatorio intenso, que ha infiltrado la totalidad del tejido celular contiguo. Al cabo de unos cuantos días este edema decrece y desenmascara, por decirlo así, el relieve del absceso, que se halla separado entonces del cuello uterino por un surco más deprimible. Este **tumor** es liso, regular y difícil de limitar por su lado superior; causa al dedo una sensación de calor y acusa á veces latidos arteriales debidos á la dilatación de los vasos; rara vez se logra percibir en él fluctuación, atendida la induración de la vagina, de consistencia de cartón en algunos casos, y gracias también al espesor muy marcado de los tejidos infiltrados, que se interponen entre el dedo y el foco purulento, con frecuencia muy pequeño, aunque envuelto en fuerte ganga. Como carácter importante no debemos olvidar la inmovilidad del útero y la del tumor; uno y otro parecen solidarios y estar soldados; por la palpación bi-manual se descubre también que el tumor está adherido á las paredes de la pelvis. Cuando el tumor radica en el fondo de saco posterior, como suele regularmente acontecer; el útero se halla desviado en sentido contrario y el cuello está aplastado contra el pubis; pero también el tumor puede formar prominencia hacia los lados, y finalmente en casos muy raros el embutimiento predomina por la cara de delante, entre el útero y la vejiga.

Con el tacto rectal se obtienen preciosos datos complementarios acerca las conexiones del tumor. El examen con el espéculo es inútil.

En este momento puede presentarse un período de **remisión** bastante franca que puede durar bastante tiempo, gracias á la formación de adherencias protectoras que limitan enteramente el foco. Empero, no bien vuelven á manifestarse tendencias á la **evacuación**, los dolores lancinantes se exacerban y sube de punto la fiebre. Cuando la evacuación tiende á verificarse por el fondo de saco posterior, inmediatamente se nota en la vagina una placa indurada; mientras que si se verifica por el recto, se traduce por pesadez perineal y tenesmo rectal de los más molestos.

Á menudo la abertura del absceso en el recto, en la vagina ó, más rara vez, en el tejido celular pre-vesical, suele ir precedida de una crisis muy grave, después de la cual sigue remisión, pero la duración de ésta es muy breve. Unas veces, la evacuación no se verifica bien y se producen síntomas de reabsorción química, otras, la evacuación es total, pero el absceso vuelve á llenarse inmediata-

mente, ó bien se vacía en períodos irregulares con igual séquito de trastornos generales. La enferma cae en un estado de debilidad y de hectiquez semejante al que describí al tratar de los pío-sálpinx fistulosos. Desde este momento, ambas afecciones se confunden del todo en clínica y sólo es cuestión de medicina operatoria el establecer la diferencia que arrojan las conexiones del foco (enucleable en un caso, en otro imposible de descortezar). Son raros los casos de curación de la enferma después de haberse evacuado el absceso, y aun entonces subsisten en lo sucesivo **fístulas** interminables.

Se han citado algunos casos de muerte rápida por abertura del absceso en el peritoneo. Este desenlace ha de ser excesivamente raro, porque con la superposición que forman las falsas membranas el foco queda circunscrito.

El absceso pélvico puede ser **tuberculoso**, lo mismo que el pío-sálpinx de que deriva; en este caso suele haber otros signos de tuberculosis por parte de los pulmones.

Diagnóstico diferencial entre el absceso pélvico y: pio-sálpinx

El **diagnóstico** diferencial entre el absceso pélvico y el **pío-sálpinx** es fácil de establecer, cuando todavía existe movilidad en la colección quística y pediculada de las trompas, en cambio resulta casi imposible, cuando este tumor quístico está adherido en gran extensión y cuando se ha vuelto fistuloso; únicamente con el estudio de los síntomas generales y de los conmemorativos se podrá sospechar que la inflamación se ha hecho más difusa, quedando reservada á la laparotomía la decisión del diagnóstico. El **flemón del ligamento ancho** forma un tumor lateral, situado de canto al lado del útero; aparece rápidamente después de un parto. El **hematocele pélvico** presenta fluctuación libre en su comienzo y únicamente causa fenómenos febriles cuando supura y se transforma en absceso pélvico.

Flemón del ligamento ancho

Hematocele pélvico

Flemón del ligamento ancho

III. **Flemón del ligamento ancho.**—Aunque entre los autores extranjeros suele comunmente designarse esta afección con el nombre de *parametritis*, creo que debemos poner especial empeño en conservar la antigua denominación, bajo la cual en Francia se hicieron de ella descripciones que han pasado á ser clásicas, y con tanto mayor motivo debemos guardarla, cuanto este término conviene en definitiva de un modo bastante exacto al sitio principal, sino inicial, de las lesiones.

Este estado suele presentarse al final del primer septenario de un aborto que ha pasado á ser séptico en virtud de condiciones especiales (epidemia, maniobras llevadas á efecto con insuficiencia de precauciones, etc.). La señal de la irrupción puede ser un

intenso **escalofrío**, pero otras veces el fenómeno inicial consiste en un **dolor local**, que radicando en la región de los lomos, se irradia en el muslo. La pérdida de apetito y la agripnia, sudores copiosos, ligeros escalofríos erráticos, una **fiebre** de carácter remitente y la profunda alteración del semblante anuncian que la supuración se inicia; una vez se ha completado, puede seguirse un estado de relativa calma que sólo representa una tregua falaz. Si en este período inicial se ha hecho la exploración por medio del tacto, únicamente se habrá notado un estado de **pastosidad general** de los fondos de saco, con predominio de la tumefacción hacia un lado, é inmovilización del útero. Otro examen ulterior, auxiliado de la palpación bi-manual, hace descubrir que la pastosidad se ha localizado en una **masa lateral**, la cual formando cuerpo con el útero lo afirma á la pared pélvica, y que sube hasta el estrecho superior, como si el ligamento ancho se hubiese solidificado. Generalmente una prolongación en forma de media-luna rodea el cuello del útero, quedando separada de él por un surco. El útero se halla repelido hacia el lado sano y está en látero-versión, que suele ser muy marcada.

Alguna que otra vez, en este período se produce la **resolución**, y en este caso la enfermedad termina con la reabsorción de los productos plásticos y la retracción inodular del ligamento ancho. Esta terminación, empero, cuenta como una de las más raras excepciones. Lo que generalmente acontece es, que después de una breve remisión, vuelven á presentarse los escalofríos con sudores profusos y diarrea, y se altera más y más el estado general, ofreciendo un cuadro manifiesto de la **infección séptica.** En este período puede sucumbir la enferma. Pero sucede con mucha más frecuencia que el pus se abre brecha hacia el exterior, si el cirujano no ha tenido la precaución de prevenir los esfuerzos de la naturaleza. Extendiéndose la infiltración purulenta hacia los límites del ligamento ancho, no sólo llega á alcanzarlos, sino que continuando aún más allá de ellos, se dirige hacia la vagina y á los lados de la pelvis; el fondo de saco vaginal se vuelve más grueso y más duro y acaba por producir al dedo explorador la sensación que se ha descrito con el nombre de **vagina de cartón.** Por otra parte, en la región hacia adentro de la espina ilíaca ántero-superior ó un poco más hacia abajo, precisamente encima del triángulo de Scarpa, aparece, separada de este triángulo por la arcada crural, una induración en forma de placa ó de **chapa**, que constituye la señal de la invasión del tejido celular subcutáneo. En este período el tumor ya ha pasado á menudo los

límites de la pelvis para ir á desbordar en la fosa ilíaca. La placa continúa extendiéndose, se reblandece en su centro, se tiñe de encarnado y el pus, que es verdoso y muy espeso, se escapa en cantidades enormes é inverosímiles por un orificio á menudo muy pequeño. Igual abertura puede formarse en la **vagina**, y, rara vez, en el **recto** ó el **ciego**, ó hasta en la **vejiga**. Las **peritonitis** mortales deben más bien atribuirse á la extensión de la inflamación que á la abertura del flemón en la gran cavidad serosa.

La abertura puede quedar **fistulosa**, dar salida á cantidades de pus que van disminuyendo más y más, y finalmente cerrarse después de un tiempo á menudo muy largo; con frecuencia sucumben en este período las enfermas en **hectiquez**, si el cirujano no ataja el proceso con una ancha abertura, el desagüe y la desinfección del foco en que la supuración encharcada se va corrompiendo.

Diagnóstico diferencial entre flemón del ligamento ancho y: absceso pelvico

Absceso de la fosa ilíaca

El **diagnóstico** únicamente puede dar lugar á dudas, en el comienzo, cuando todavía se ignora si la supuración será circunscrita y se limitará á un **absceso pélvico**, ó al final, cuando habiendo traspasado la pelvis ha transformado el flemón del ligamento ancho en un verdadero **absceso de la fosa ilíaca**. Tendremos, pues, que recurrir al estudio de la marcha que observa la lesión para establecer un juicio exacto; este curso es, con todo, muy característico, y evita toda confusión con una **peritiflitis**, un **absceso osifluente**, y sobre todo con un **cáncer del hueso ilíaco** de marcha galopante.

Peritiflitis Absceso osifluente

Cáncer del hueso ilíaco

Celulitis difusa pélvica

IV. La **celulitis difusa pélvica** no es más que la manifestación local de un estado general septicémico, que basta por sí sólo para atraer la atención del clínico; siendo así, no hay necesidad de dedicarle un estudio especial. Bastará que señale la rapidez extrema de la extensión, que se ha comparado con la de la erisipela; la tendencia á la mortificación del tejido celular, que puede determinar el enfisema; la ulceración de vasos á veces importantes, motivando copiosas hemorragias (1), y la marcha fatal de la afección.

Pronóstico

Pronóstico.—Es esencialmente distinto, según sean las formas y los grados de la inflamación peri-metro-salpíngica. La falta de esta distinción es causa de que los autores difieran muchísimo en la determinación del pronóstico.

La **peri-metro-salpingitis serosa** comparte el pronóstico de la lesión de las trompas á la cual se refiere. También presenta su **marcha**

(1) M. Duncan (*Trans. of the obstetr. Soc.*, Londres, 1887, p. 191) ha comunicado tres casos de abertura de grandes vasos y hasta de los vasos iliacos en la celulitis pélvica.

crónica de repetición, pero no amenaza la vida; durante largo tiempo tiene más bien el carácter de achaque que de enfermedad.

El **absceso pélvico** es más grave; puede determinar la **muerte** por **peritonitis** aguda, por **septicemia** rápida ó por **hectiquez** lenta. También puede tener una marcha caprichosa, con períodos de intensidad **reforzada**, como la ha descrito muy bien Gosselin (1). Empero, es evidente que este cirujano, lo mismo que sus contemporáneos, confundía, bajo el nombre de flemón peri-uterino, las salpingitis catarrales con edema inflamatorio y los pío-sálpinx.

Cuando la enferma no se ha visto acosada por accidentes agudos y cuando la lesión ha llegado, por reabsorción ó por evacuación espontánea del foco, á lo que se puede llamar su curación natural, no por esto dejan de presentarse incesantes trastornos de la salud, tanto á consecuencia de las **lesiones crónicas** de la trompa, como por efecto de las adherencias anormales, de las retracciones ligamentosas y de las dislocaciones del útero y del ovario. Sænger hace notar de un modo expreso que los uréteres son mucho más accesibles á la palpación en las mujeres que han sufrido inflamaciones peri-uterinas, lo cual parece indicar que sus paredes se han engrosado en virtud del trabajo inflamatorio contiguo. Hasta se citan accidentes de pielo-nefritis causadas por la retracción cicatricial procedente de un absceso pélvico (2).

Freund (3) ha descrito con el nombre de *parametritis crónica atrófica* ó *atrofiante* una enfermedad espontánea, que es preciso no confundir, dice, con la atrofia consecutiva á un absceso pélvico, curado por la reabsorción espontánea y la esclerosis consecutiva de los tejidos afectos por la inflamación. Como quiera que sea, los efectos pueden ser análogos. Bajo la influencia de esta retracción, quedan los vasos comprimidos y el resultado es una atrofia de todo el canal genital con menopausia anticipada. Sænger ha observado que el uréter era más accesible al tacto y más voluminoso y más duro en el lado en que antiguamente hubo parametritis; este hecho puede ser causado por la inflamación de las partes inmediatas y por una especie de **ureteritis** parenquimatosa consecutiva.

(1) Gosselin. *Clin. de la Charité*, t. III, p. 56.—Véase, por ejemplo, el capítulo referente á una *metritis hemorrágica con coincidencia de flemón peri-uterino*, donde el diagnóstico de pío-sálpinx con peri-metro-salpingitis no puede ser más evidente.

(2) L. Broun. *Pyelitis and an acute suppurative Nephritis caused by compression of the ureter from cicatricial mass, the result of a pelvic abscess (Med. Record*, New-York, 1889, t. I, p. 285).

(3) W. A. Freund. Reunión de Naturalistas y Médicos de Innsbruck (*Monatschr. f. Geburtsh.*, 1869, Bd. XXXIV, p. 380); y *Gynæk. Klinik*, Estrasburgo, 1885, «(*Das Bindegewebe*, etc.).»