

petida, se adquiere la certidumbre de que la mujer no tiene un embarazo uterino normal, procederá al cateterismo uterino. Si por este medio llega á reconocer que el aumento de volumen no está producido por su espesamiento de las paredes uterinas, si ha podido eliminar toda idea de aumento de volumen por la acumulacion de un líquido, que si existiera correria á lo largo de la sonda; en fin, si esta puede penetrar hasta el fondo del órgano rodeando el cuerpo extraño, estará completamente indicada la dilatacion del cuello y suscitara contracciones uterinas, con objeto de desembarazar el útero lo mas pronto posible (1).»

En un caso observado por Pajot, una mujer de veinte años, embarazada por segunda vez, de tres meses y medio, presentaba un volumen del vientre que correspondia á un embarazo de nueve meses, habia tambien edemas de las extremidades inferiores, dolores abdominales, disnea, adelgazamiento y continua agitacion. En el vientre se notaba oscura fluctuacion. Se piensa primero en la existencia de un *quistel ovario*; pero el cuello, modificado con un embarazo de ocho meses de una múltipara, indicó bien pronto que la coleccion de líquido estaba en el útero. Los accidentes de disnea aumentaron. Penetrada una sonda en el útero dió salida á una sangre venosa pura y en gran cantidad. Dos gramos de cornezuelo de centeno, administrados en seis dosis, provocaron la expulsion de cuatro masas hidáticas. La enferma sucumbió. No se pudo hacer la autopsia (2).

La *fisómetra* se distingue de las molas, en que no hay resonancia abdominal; el tumor es además mucho mas pesado cuando existe una mola. En cuanto á la *hidrómetra* el diagnóstico es mas difícil; sin embargo, el acúmulo de líquido forma un tumor mas considerable en esta última, y puede percibirse la fluctuacion. (Fl. Churchill).

§ V.—Tratamiento.

Se atenderá por los medios apropiados, á cohibir las hemorragias que se producen á veces en una época poco lejana del principio.

«Si el tumor correspondiese á un embarazo de siete meses, se introducirá la mano en el útero y se extraerá la mola, pero si corresponde á una época menos avanzada, se correria el riesgo de hacer mas mal interviniendo, que abandonando la enfermedad á sí misma.» (Fl. Churchill).

Si sobreviene una hemorragia en el momento en que comienzan

(1) P. C. Huguier, *De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin*. Paris, 1865, página 143 y 145.

(2) Dépaül, *Cas de môle hydatiforme, expulsé á plusieurs reprises pendant les derniers temps de la vie* (*Comptes rendus des séances de la Soc. de biologie*, 1.^a série, t. V, p. 168, año 1853).

las contracciones expulsivas, se irán desprendiendo las masas hidáticas con la mano, y se procederá en lo demás como con un parto ordinario.

ARTÍCULO XVI.

HIDRÓMETRA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *hidrómetra* es una enfermedad sumamente rara.

Se da el nombre de *hidrómetra* á toda coleccion de líquido retenida en la cavidad uterina fuera del estado de preñez, y hasta á la superabundancia del fluido amniótico en las embarazadas; pero estas denominaciones son impropias, porque no es posible considerar como hidropesías á las colecciones de mucosidades, de pus ó de sangre alterada, y la superabundancia del líquido amniótico debe estudiarse por separado bajo el nombre de *hidroamnios* que le ha dado Dugés. Solo, pues, debemos ocuparnos en este artículo de la *hidrómetra* en el estado de vacuidad del útero.

§ II.—Causas.

Se sabe muy poco acerca de las causas de la *hidrómetra*, pues aunque se ha hablado de la *debilidad de la constitucion*, de la *menorragia*, etc., no es posible dar la menor importancia á las opiniones de los autores respecto á este punto. Lo que resulta de mas positivo del corto número de observaciones que poseemos, es que para formarse la *hidrómetra*, se necesita *por una parte* cierta irritacion de las paredes del útero, bien sea *ocasionada* por una *afeccion orgánica* (cáncer, úlceras), ó bien por una *violencia exterior* (golpes, caídas), ó bien desarrollada *espontáneamente*, y *por otra* la oclusion del cuello del útero por un *moco espeso* y concreto, por una *cicatriz* que ha estrechado su abertura, ó por una *adherencia de los labios*, ó por una *anteflexion* (Kiwisch). Estas circunstancias deben necesariamente reunirse pocas veces: hé aquí la razon porqué la *hidrómetra* es una enfermedad tan rara.

Hemos visto en la *metritis interna* que la cavidad del útero se encuentra aumentada. Aran atribuye este resultado á la retencion de los líquidos segregados en el útero, y cuyo flujo se dificulta por la estrechez del orificio superior de la cavidad cervical. Es menester, pues, añadir esta causa á las precedentes.

§ III.—Síntomas.

La hidrómtra se forma casi siempre de un modo lento, y ocasiona poco ó ningun dolor; las enfermas se quejan únicamente de una sensación de plenitud y *peso* considerable en la pélvis y hácia el ano, y sienten también algunas *tiranteces* en los lomos y en las ingles.

En el hipogástrio se halla un *tumor*, tanto mas voluminoso y que sube á tanta mayor altura, cuanto mas antigua es la afección. Este tumor presenta la misma figura que el de la fisómtra, pero da á la *percusión* un sonido á macizo que contrastando con el sonido claro de los intestinos que se percibe á su alrededor, sirve para dar á conocer el asiento de la enfermedad. No siempre es muy fácil producir la *fluctuación*, sobre todo cuando el útero se halla alterado; pero en algunos casos es, por el contrario, muy fácil apreciar este signo.

Por el *tacto vaginal* se reconoce que el cuello del útero ha ascendido á la pélvis, y que el cuerpo está distendido y *pesado*. Por el *tacto rectal* todavía se notan mejor estos dos signos.

Cuando la hidrómtra es simple, sin lesiones del útero, no se observan síntomas generales; en el caso contrario se deben atribuir estos síntomas á lesiones mas ó menos graves.

§ IV.—Curso, duración, terminación.

El *curso* de la enfermedad es por lo comun continuo; sin embargo, el doctor Browne ha referido un ejemplo (1), que prueba que la enfermedad puede consistir en retenciones y evacuaciones *alternativas* de serosidades abundantes.

La *duración* es variable; pero por lo comun es bastante larga, y puede igualar á la del embarazo y aun excederla, lo cual ha dado origen repetidas veces á errores semejantes á los que hemos indicado al hablar de la *fisómtra*.

La *terminación* es favorable si la enfermedad es una hidrómtra simple, y así á veces de repente, sea en el estado de quietud y por el simple efecto de las contracciones del útero, ó sea un movimiento brusco, especialmente para bajarse, el líquido acumulado sale á chorros y desaparece todo vestigio de la enfermedad. En algunos casos han precedido á la evacuación del líquido dolores que iban en aumento y expulsivos, semejantes á los del parto, lo cual ha contribuido á mantener hasta el fin á las enfermas en error. Cuando existe una lesión orgánica de la cual la hidrómtra es solo una consecuencia, no puede atribuirse á esta una gran parte en la terminación fatal.

(1) Itard, *Dictionnaire des sciences médicales*, 1818, t. XXII, p. 320.—Véase también Boivin et Dugés, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 251.

El *líquido evacuado* es seroso ó mucoso-seroso, no tiene color, ó es blanquecino é inodoro, si es una hidrómtra simple; pero cuando existe una lesión mas ó menos grave, se hallan, segun los casos, pus, sanies fétida, etc.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

El sonido á macizo del tumor impide que se le confunda con el que resulta de la *fisómtra*. No es posible equivocarse la hidrómtra con una *ascitis*, porque en esta el nivel del líquido, que se conoce por la percusión, sigue una línea curva con la concavidad superior, y los vacíos y las fosas ilíacas presentan un sonido á macizo, y porque haciendo variar de postura á la enferma se cambia el nivel del líquido.

La duración larga de la enfermedad, en el estado normal de la secreción y de la escresión de la orina, y como última prueba el catterismo, bastan para que se distinga la hidrómtra de la *retención de orina*.

§ VI.—Tratamiento.

La hidropesía simple de la matriz termina las mas veces favorablemente por la evacuación espontánea del líquido. Para favorecer esta evacuación se ha aconsejado reblandecer el cuello por medio de inyecciones, baños, etc.

Como por lo comun se verifica la expulsión del líquido durante un esfuerzo, en un movimiento brusco, en el acto de bajarse, etc., se han aconsejado (Monro, Astruc) los *estornutatorios*, los *vomitivos* y los *purgantes enérgicos*; pero la experiencia no ha demostrado que estos medios tengan la ventaja que se les ha supuesto, y al contrario, pudieran tener inconvenientes fáciles de concebir.

Si se trata de una *constricción del cuello del útero*, se debe recurrir á los calmantes, y principalmente á la *belladona*, en fricciones al cuello y al hipogástrio.

Si se halla *obstruida la abertura del cuello*, se procura *remover el obstáculo* con el dedo, por medio de un estilete, de una sonda ó á beneficio de inyecciones que lleguen hasta la abertura del hocico de tenca. Algunas veces se ha logrado así poner el conducto libre y procurar la evacuación del líquido; despues de lo cual se debe cuidar de que no se forme un nuevo obstáculo.

Si fuese un *pólipo* el que impidiese la salida del líquido, seria necesario extirparle; ó si hubiese una *contraindicación* á esta operación, introducir una *sonda plana* por entre el producto morbozo y las paredes uterinas hasta la colección serosa.

Si hay una *simple estrechez del cuello*, se le puede *dilatar* introduciendo en él un cono pequeño de *esponja preparada*, ó una sonda

de goma elástica armada con su estilete, á la cual se hace penetrar con precaucion.

Finalmente, *si hubiese oclusion completa del cuello* por adhesion de sus labios, y si la hidrómetra causase accidentes graves, se recurre á la *puncion*. Wirer hizo con buen éxito la *puncion hipogástrica*, y por ella la extraccion de mas de 26 kilogramos de un líquido espeso, negruzco y sanguinolento. Otros autores han propuesto la *puncion del cuello en el fondo de la vagina*; pero no se ha establecido bien la utilidad de esta operacion, y Cruveilhier cita un caso en que esta puncion ha ocasionado la muerte.

Cuando á beneficio de uno de los medios anteriores se consigue evacuar el líquido, es preciso hacer una *compresion* sobre el abdomen que impida que se reproduzca la coleccion, al mismo tiempo que se insiste en las inyecciones y en los baños. A veces hay necesidad de introducir diariamente la sonda en el cuello hasta la curacion completa, y hasta algunos médicos proponen dejarla permanente, al paso que otros temen producir una inflamacion grave del útero obrando de este modo.

ARTÍCULO XVII.

ROTURA DEL ÚTERO.

La rotura del útero casi nunca se efectúa mas que en el acto del parto, y así hay que recurrir principalmente á los *Tratados de obstetricia* para hallar grandes detalles acerca de este accidente temible.

§ I.—Causas.

Si existen vicios de *conformacion* de la pélvis que se opongan enérgicamente y por mucho tiempo á la salida del feto, las mujeres están expuestas á la rotura del órgano, y lo mismo sucede cuando el útero se halla *adelgazado* por una cantidad excesiva de agua que le distiende, por varios fetos, etc. En ciertas circunstancias sobreviene una inflamacion con *reblandecimiento* de una porcion mayor ó menor de las partes uterinas, y la parte reblandecida cede en una contraccion del órgano; otras veces el útero se halla alterado, *desorganizado* por una lesion crónica profunda, en una palabra, basta que por una causa cualquiera presenten las paredes del útero un punto débil para que el órgano ceda en este punto á la presion del feto que pasa á la cavidad del peritoneo.

En el *estado de vacuidad* del útero, es preciso que haya de antemano *distension del órgano por un líquido*, de la que se han citado tres ejemplos, de dos de los cuales la matriz se hallaba distendida por una coleccion sanguínea.

Una *violencia exterior* ha producido á veces el mismo efecto que

las contracciones uterinas de que acabamos de hablar, y esta causa puede obrar lo mismo en el estado de vacuidad que en el de preñez, bastando para que ocasione la rotura que el útero se halle muy distendido por un cuerpo sólido, y sobre todo por un líquido.

Lo que importa notar es que las roturas del útero espontáneas son raras en realidad. Las estadísticas de Clarke y Powel, de Simpson y de Lachapelle, y la mas reciente comunicada á Tardieu (1) por Wieland, demuestra en efecto esta gran rareza, y permiten deducir que en los casos en que el origen y la naturaleza de la lesion pueden ser sospechosos, el médico consultado debe mostrarse severo en sus apreciaciones, sobre todo si se trata de casos observados en una época muy lejana del término del embarazo.

«En una época avanzada de la vida, la estructura del cuello del útero se hace muy compacta, llegando á ponerse duro ó cartilaginoso. La cavidad se estrecha, y algunas veces se oblitera. En semejante caso, las mucosidades se acumulan y distienden la cavidad cervical, las paredes se adelgazan y se verifica en ellas una absorcion hasta llegar á producir una abertura que establece una comunicacion con el saco peritoneal (Duparcque). Lo mismo puede suceder en una edad menos avanzada, por ejemplo, á los treinta y ocho años (Guzzo de Nápoles (2)).

§ II.—Síntomas.

Los síntomas de esta rotura son los que ya hemos descrito repetidas veces al hablar de las rasgaduras de los demás órganos huecos, pasando al peritoneo el líquido que estos contienen. Sin embargo, hay algunas modificaciones que dependen ya de las circunstancias en que ocurre el accidente, y ya tambien de la extension de la solucion de continuidad que se verifica en la matriz.

Si la rotura ocurre durante el parto, puede ser demasiado pequeña para permitir el paso del feto al abdomen, ó puede, por el contrario, haberse efectuado este paso. En el *primer caso* hay alguna semejanza con lo que hemos dicho que sucede en las *roturas del bazo*; primeramente un *dolor intenso*, una *ansiedad suma* y una *sensacion de calor* que se esparce por todo el abdomen, y luego disminuye el dolor y aparecen síncope, horripilaciones, un sudor frio, y en una palabra, síntomas de una hemorragia interna que arrebatá á las enfermas sin dejar vestigios de inflamacion en el peritoneo. Sin embargo, si la hemorragia no fuese muy abundante, se puede desarrollar la peritonitis y causar pronto la muerte en medio de los dolores y de los demás síntomas que son propios de esta enfermedad.

Esta peritonitis sobreaguda aparece casi constantemente en el se-

(1) A. Tardieu, *Étude médico-légale sur l'avortement*. Paris, 1863, p. 64.

(2) Cité par Fl. Churchill, *loc. cit.*, p. 867.

gundo caso, es decir, cuando el feto ha pasado á la cavidad del peritoneo; entonces se anuncia el accidente por un *dolor dislacerante* acompañado á veces de un *crujido* que percibe la enferma y que *ha ocurrido repentinamente*; en seguida aparecen los fenómenos de hemorragia interna y de peritonitis, y puede sucumbir la mujer en pocas horas.

No obstante, se han citado cierto número de casos de curación. Si la rotura es poco extensa é incompleta, puede á veces detenerse la hemorragia, en cuyo caso es mucho mas fácil prevenir la peritonitis que cuando se ha derramado en el peritoneo un líquido acre é irritante, y la enferma se restablece despues de sufrir mas ó menos tiempo.

Se ha observado esta *terminacion* feliz hasta en casos en que el huevo habia pasado á la cavidad del peritoneo y calmados los primeros accidentes se observan los fenómenos de una preñez estrauterina, se forma un quiste y las enfermas pueden vivir así muchos años. En algunos casos raros hasta estos quistes se han vaciado en los intestinos y aun al exterior, y la enfermedad ha terminado por este medio de un modo favorable.

La rotura que se verifica *en el estado de vacuidad* parece mas grave que la que ocurre durante la preñez; á lo menos los casos de este género que se han citado terminaron por la muerte. Esto consiste segun todas las probabilidades, en que teniendo el líquido que se derrama en el peritoneo cualidades irritantes, análogos al que se vierte por las perforaciones intestinales, ha producido mas fácilmente la *peritonitis sobreaguda*, tan frecuentemente mortal.

§ III.—Lesiones anatómicas.

Despues de la muerte se ha hallado el útero dividido irregularmente en una extension muy variable. Los bordes de la solucion están dislacerados, ordinariamente negruzcos, infiltrados de sangre, cubiertos de materia purulenta cuando la mujer ha vivido algun tiempo, y por lo comun reblandecidos ó presentando las alteraciones propias de la gangrena, del cáncer, etc. En el peritoneo se encuentra un derrame de sangre á veces sumamente considerable, y por lo general una parte del agua del amnios y el feto. Se hallan tambien vestigios de inflamacion peritoneal (supuracion, falsas membranas) cuando la enferma no ha sucumbido con tanta rapidez que no haya habido tiempo para desarrollarse la peritonitis.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

Si la rotura es incompleta, se sospecha su existencia por la aparicion repentina de los dolores y el estado de ansiedad de la enferma; pero estos signos no pueden dar una certidumbre completa. Si la he-

morragia es muy considerable, los resultados de la percusion, unidos á los síntomas propios de la hemorragia interna vendrán á ilustrar al médico.

Cuando la rotura es completa, hay tambien que hacer una distincion; ó bien el contenido de la matriz pasa al peritoneo, ó solo se ha derramado una corta cantidad de líquido, permaneciendo el feto y sus anejos en la cavidad uterina. En este último caso, el diagnóstico es tan poco seguro como en aquellos en que la rotura es incompleta, y hay que fijar con expecialidad la atencion en la aparicion repentina de los accidentes.

Cuando el feto ha pasado á la cavidad uterina, el diagnóstico ya no es dudoso: la region hipogástrica se deprime, y se halla, por el contrario, en el abdomen un tumor que por su figura se reconoce que es el feto. En estos casos puede ser útil el tacto rectal.

La presion de la region hipogástrica y el sonido á macizo que existe en los vacíos, sirven, con los síntomas que ya quedan descritos, para dar á conocer el paso del líquido del útero al peritoneo á consecuencia de la rotura de este órgano fuera del estado de preñez.

El pronóstico debe ser sumamente grave, y que los casos de curacion que antes de ahora hemos citado no son mas que felices excepciones.

§ V.—Tratamiento.

Si es una rotura incompleta que determina una hemorragia intensa, el tratamiento en un principio debe ser el que se emplea contra todas las hemorragias abundantes (quietud, frio, etc.), luego conviene *acelerar el parto* por los medios que no describiremos aquí, y por último, es preciso combatir los síntomas de la peritonitis desde que aparecen.

Los mismos medios deben dirigirse contra la rotura completa, ya sea que el feto haya quedado en la cavidad uterina ó ya que haya pasado al peritoneo; pero este último caso presenta algunas particularidades que conviene indicar. Cuando el *paso del feto* á la cavidad del peritoneo es incompleto, hé aqui cómo debe procederse segun P. Dubois (1). «El *forceps*, si la cabeza ha quedado en el útero y no está demasiado alta, y la *extraccion por los piés*, si es la extremidad pelviana la que se presenta, ó si la cabeza no es aun accesible. Si estuviesen los piés en la cavidad del peritoneo, no deberia temerse ir á buscarlos al través de la abertura con tal que se proceda con mucha prudencia y suavidad en esta maniobra, debiendo, para penetrar con mas facilidad, ensanchar la herida del útero por medio de un *desbridamiento* bien dirigido.» Si el feto ha pasado en su tota-

(1) P. Dubois, *Dictionnaire de médecine*, art. *UTÉRUS (Rupture de l')*, t. XXX, página 329.

lidad á la cavidad del peritoneo, esta circunstancia «no excluye absolutamente, dice Dubois, la introduccion de la mano por la solucion de continuidad; pero para esto seria preciso que fuese ancha y que el órgano estuviese incompletamente retraido. Solo las roturas del cuello ofrecen condiciones favorables, pues las del cuerpo son diferentes bajo este punto de vista, y si el feto hubiese caido completamente en el vientre, muerto ó vivo, deberia extraerse, segun lo que dejamos dicho antes de ahora, por la operacion de la gastrotonia.»

ARTÍCULO XVIII.

NEURALGIA DEL ÚTERO.

§ I.—Historia.

Esta enfermedad casi completamente desconocida hasta ahora, y que ordinariamente se tomaba por una metritis, una dismenorrea, etc., empieza á ser mucho mejor estudiada desde que la hemos indicado y dado á conocer sus verdaderos caracteres (1): esta es la enfermedad de que se han ocupado Malgaigne (2), Beau (3), y Marrotte (4), que han dado nueva luz á su historia, y contra la que se han dirigido tambien varios tratamientos especiales, tales como las fuentes y vejigatorios á los lomos, y la cauterizacion de esta region hecha con el hierro enrojecido, y aun la introduccion del cauterio enrojecido al blanco á la profundidad de 4 á 5 centímetros ejecutada con éxito por Jobert, de Lamballe (5).

La existencia de la histeralgia no es hoy dudosa, y solo quedan algunos puntos oscuros en su historia. Chomel (6) consideraba como muy comunes los dolores uterinos sin lesiones. Scanzoni, por el contrario, considera la neuralgia uterina como rara, y dice solo ha observado tres casos. Becquerel dice que se desarrolla á consecuencia de las afecciones uterinas mas diversas, pero segun Nonat, puede temerse que aquel autor haya considerado como histeralgias los dolores de las metritis. Aran (7) no parece conceder gran importancia á los dolores nevrálgicos, puesto que solo los indica sumariamente.

(1) Valleix, *Traité des névralgies*, et *Bulletin général de thérapeutique*, Enero de 1847.

(2) Malgaigne, *Revue médico-chirurgicale*, 1848.

(3) Beau, *Les névralgies lombo-abdominales considérées comme symptômes des affections de l'utérus*, par Axenfeld (*Union médicale*, Abril 1850).

(4) Marrotte, *De quelques épiphénomènes des névralgies lombo-sacrées pouvant simuler des affections idiopathiques de l'utérus* (*Arch. génér. de méd.*, Abril y Mayo de 1860).

(5) Jobert (de Lamballe) *Gazette des hôpitaux*, Junio 1853.

(6) Chomel, *Dictionnaire en 30 vol.*, art. UTERUS.

(7) Aran, *loc. cit.*, véanse páginas 113, 145 y 146.

Nonat, por el contrario (1), insiste con razon, y distingue primero la histeralgia primitiva y secundaria, la idiopática y la sintomática. La histeralgia primitiva es la que el dolor nervioso comienza en el útero para propagarse de aquí á las diversas regiones del cuerpo. La histeralgia secundaria se manifiesta consecutivamente á una neuralgia desarrollada sobre otro punto del organismo; Nonat acepta y asocia las diferentes opiniones de Valleix y de Bassereau (2). Para el primero la neuralgia uterina tiene un punto de partida en la periferia, esto es, en una neuralgia lumbo-abdominal; siendo el punto doloroso del útero una manifestacion de esta nevrose. Para Bassereau, sucede lo contrario: «No he encontrado, dice este autor, entre los casos observados por mí, sino un solo aparato orgánico cuyo estado morboso pueda considerarse como el punto de partida evidente de la neuralgia intercostal; quiero hablar del útero y de sus anejos.» Creemos prudente adoptar una y otra opinion.

La histeralgia idiopática sobreviene á veces, segun Malgaigne y Nonat, en jóvenes vírgenes de diez y seis á veinte años, pero mas generalmente en las que ya han tenido relaciones sexuales, y durante todo el período genital. Las causas ocasionales son en estos casos las circunstancias de excitacion directa é indirectas, tales como la equitacion; el traqueteo de un carruaje, el fregado de los suelos, etc. La histeralgia sintomática se desarrolla á consecuencia de todas las alteraciones materiales del útero y de sus anejos. Nonat reconoce como causas principales la metritis interma y el flemon peri-uterino.

§ II.—Síntomas.

La afeccion nevrálgica que nos ocupa se caracteriza, segun Nonat: 1.º por un dolor sordo, gravativo, que generalmente es continuo, ó que á lo menos persiste durante mucho tiempo; 2.º por un dolor muy intenso, agudo, rápido, intermitente, que presenta caracteres variables, unas veces tenebrante, otras pungitivo, pero lo mas frecuente lancinante; las enfermas le comparan á una mordedura, desgarradura ó punzada violenta instantánea, etc. Estas formas de dolor existen ya aisladamente, ya simultáneas, ó bien alternan en sus manifestaciones. Estos dolores pueden ser generales ó parciales, existe con mucha frecuencia un punto doloroso al lado izquierdo del cuello (Malgaigne); hemos tenido ocasion de comprobar la realidad y frecuencia de este hecho que Nonat no cree constante.

Los dolores agudos se producen por las causas mas diversas y con frecuencia á horas casi fijas. Determinan turgencia sanguínea caracterizada por calor en la vagina, secrecion mucosa abundante, modi-

(1) Nonat, *loc. cit.*, p. 393.

(2) Bassereau, *Essai sur la névralgie intercostale, considérée comme symptôme de quelques affections viscérales*, thèse. Paris, 1840, in-4.