

IV. *Torsion*.—Nuevos hechos de torsion y estrangulacion observados en el cadáver, convencieron á Rokitanski de la frecuencia de esta alteracion del pedículo. Se favorece por la longitud de este, por el volumen del tumor, la ausencia de adherencias, ciertas actitudes del cuerpo, las sacudidas impresas al abdómen, los esfuerzos, etc. Si su reproduccion es fatalmente seguida de síntomas de peritonitis y fenómenos de estrangulacion mortales; en muchos casos los resultados son mucho mas favorables. Este último resultado depende de una atrofia ó de una metamorfosis del tumor, sea una seccion mas ó menos completa de su pedículo, que Rokitansky (1) aconseja provocar con un objeto terapéutico. Bajo el punto de vista de la fisiología patológica de estas torsiones del pedículo de los quistes del ovario, hoy bien demostradas, Klob (2) deduce de algunas observaciones, que dependen de la *replecion de la vejiga*; circunstancia etiológica sobre la que deberá dirigirse la atencion del médico práctico.

### ARTÍCULO III.

#### DEGENERACIONES DIVERSAS.

Las lesiones de que vamos á ocuparnos, aunque muy interesantes bajo otros conceptos, solo tienen para el práctico una importancia muy secundaria, por cuya razon haremos únicamente una rápida enumeracion de ellas.

Se han hallado en los ovarios la *degeneracion cancerosa*, cuyos síntomas no parece que se diferencian sensiblemente, á lo menos segun los hechos que conocemos, de los quistes multiloculares, *tubérculos*, la *melanosis*, la *osificacion*, la *cartilaginificacion*, las *producciones calcáreas* y los *cuerpos fibrosos*. Durante la vida se puede sospechar por su consistencia que existen los tumores huesosos ó cartilagosos; pero las mas veces no es posible llegar en la formacion del diagnóstico á mas que conocer que hay tumor del ovario, y solo en la autopsia se llega á saber su naturaleza.

### CAPÍTULO VI.

#### Inflamaciones y tumores inflamatorios de las fosas ilíacas y de la pélvis menor (3).

Las fosas ilíacas y la pélvis menor, además de los órganos de la generacion, sus anejos y algunas porciones del tubo intestinal, cu-

(1) Rokitansky, *Soc. de méd. de Vienne*, 1865.

(2) Klob, *Oesterr. Zeitsch.*, n.º 18, 1865.

(3) Este capítulo constituye un apéndice á los libros VII, VIII y X.

yas diversas lesiones se han estudiado precedentemente, contienen sea en su contorno, ya entre sí (tejido celular), sea en la superficie de algunas de sus partes (peritoneo) tejidos que primitiva ó secundariamente pueden ser asiento de inflamaciones agudas ó crónicas, siendo una de las terminaciones mas importantes que hay que considerar la supuracion. Si en gran número de casos, bajo el punto de vista de la patología general, esta inflamacion de los tejidos circunvecinos, en vez de estudiarse aparte se han referido á afecciones de las que solo suelen ser un resultado. Sin embargo, en la práctica la misma diversidad de las causas y el predominio ulterior de un estado primitivamente secundario, le merecen una descripcion particular, que se ha indicado ya al tratar de los estados patológicos á los que se refiere. Por igual razon, por ejemplo, ha sido objeto el edema de la glotis de una descripcion particular en uno de los libros precedentes. Tendremos que dar á conocer ciertos casos en la inflamacion de que vamos á tratar, discutidos á la verdad, pero no por esta razon menos interesantes en que la inflamacion de la atmósfera celulosa ha parecido constituir toda la enfermedad.

Describiremos la enfermedad sucesivamente; 1.º, alrededor del ciego y del apéndice ileocecal (*peritiflitis*); 2.º, alrededor del útero y de los ligamentos anchos (*inflamacion circum-uterina*); despues, en razon de su importancia, estudiaremos en un artículo especial las colecciones purulentas que pueden depender de algunas inflamaciones y de estados patológicos lejanos. Este artículo se consagrará á los *abscesos de las fosas ilíacas internas* y á ciertas variedades de *abscesos circum-uterinos*.

### ARTÍCULO PRIMERO.

#### PERITIFLITIS.

##### § I.—Definicion.

Se da el nombre de *peritiflitis* á una inflamacion parcial, aguda ó crónica, del tejido celular y de la porcion del peritoneo que rodea al colon ascendente ó le mantiene unido á la *fascia ilíaca*.

##### § II.—Causas.

Si en cierto número de casos, á consecuencia de una lesion del ciego ó de su apéndice, sobreviene una peritonitis generalizada, y accidentes agudos que determinan casi fatalmente la muerte (1),

(1) Véase tomo IV, artículo PERITONITIS AGUDA, p. 438 y 441.—Véase tambien Maisonneuve, citado por Bodart, *Des perforations du cæcum et de l'appendice ileo-cæcal* (tesis de Paris, 1844).

existen además casos (hoy algo numerosos), en los que la inflamación del tejido celular, y aun del peritoneo, se contiene en los límites de la región, sea en estado agudo, sea en el crónico. El desarrollo de la enfermedad local es lento en estas circunstancias, ó bien los síntomas generales han estado ausentes ó menos graves, y la enfermedad ó permanece oscura ó atribuida á cualquier causa hipotética.

En la mayoría de los casos, es una *lesion del apéndice ileo-cecal*, la que parece haber dado origen á la peritífítis; esta lesion del apéndice vermiforme es por lo comun producida por la presencia de *cuerpos extraños* (Wegeler (1), Malespine, Merling, Ilif (2), tales como *clavos, alfileres, cerdas de cepillos de los dientes, etc.*, *huesos de ciertas frutas, judias, concreciones aisladas ó múltiples* (3), ó simplemente *calcáreas, fosfáticas, compuestas de colecterina* (4), otras *formadas de capas salinas cuyo núcleo es una bola de materias fecales* (5), ó simplemente constituidas de *materias fecales endurecidas* (Merling). En estos diversos casos, cualquiera que haya sido la naturaleza del cuerpo extraño, hay casi siempre *perforacion ó ulceracion* del apéndice vermiforme. Sin embargo, en los tísicos la inflamacion circunvecina por via de continuidad, reconoce con frecuencia por causa la presencia de *pequeños tubérculos amarillentos*, depositados debajo de la membrana mucosa ó en su superficie como placas de sustancia caseosa (6). En fin, en un caso habia existido previamente *un absceso que habia disecado el apéndice ileo-cecal* (7).

Las *ulceraciones del ciego*, producidas, bien *por una degeneracion cancerosa*, bien *por una inflamacion* (8); las perforaciones que se determinan á veces por la *tifítis simple* (9), bien por las *ascárides lum-*

(1) Wegeler, *Hist. ent. malig. et. sign. calcul. concrementi* (Journal de méd. de Corvisart, t. XXVIII).

(2) Fred. Merling, tesis sobre la anatomía patológica del apéndice vermiforme, sostenida en Heidelberg en 1836 (*l'Expérience* de 23 de Febrero, 1838).—Ilif, *London med. and surg. Journal*, Abril, 1822.—Véase tambien Louyer-Villermay (*Archives génér. de médecine*, 1.ª série, t. II).—Merling, *Journal général de médecine*, 1827.—Favre, tesis inaugural, Paris, 1851.—Forget, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1853.—Hensch, (*Klinik der Unterleibs Krankheiten*, Berlin).

(3) *Descriptive catalogue of the anatomic Museum of the Boston Society for medic. improv.*, 1848, p. 152 y 153. El apéndice vermiforme contenia en esta pieza 513 cálculos formados de fosfato de cal y de magnesia.

(4) J. Copland, Apéndice á la traduccion inglesa de la *Fisiología* de Richerand, 1829.

(5) E. Leudet, *Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur l'ulcération et la perforation de l'appendice ileo-cæcal* (*Archives gén. de méd.*, 1859, t. II, p. 133).

(6) Albers, *Archiv. für physiolog. Heilkund.* an X.—Habershon, *Observations on diseases of the alimentary canal*. London, 1857.—E. Leudet, *loc. cit.*, p. 135.—Bodart, *Bulletins de la Société anatomique*, año 1844, p. 199.—Simon, *Ibid.*, 1847, página 135.—Pasquet, *Ibid.*, 1848, p. 149.—Dufour, *Ibid.*, 1852, p. 212.

(7) E. Leudet, *loc. cit.*, p. 132.

(8) J. Burnes, *Westminster hospital Reports*, 1838.

(9) Albers, *Histoire de l'inflammation du cæcum* (*l'Expérience*, 1839).

*bricoides* (1), ó por el *acúmulo de materiales fecales endurecidos*, deben colocarse entre las causas de la peritífítis.

En algunos casos parece residir la causa en una *perforacion por gangrena*, sea del ciego, sea del apéndice ileo-cecal, sin que se haya podido encontrar una razon suficiente para explicar la gangrena (Merling). A veces tambien hay solamente una *separacion de una parte ó de la totalidad del apéndice* (Valleix).

En otras circunstancias ha parecido primitiva, y se ha referido al *reumatismo* (Niemeyer); alguna vez se ha presentado en los períodos avanzados del *tifus*, de la *septicemia*, de la *fiebre puerperal*, y se ha colocado entonces entre las inflamaciones llamadas metastásicas (2). En un caso de *fiebre tifoidea* hubo, además de la influencia general, una *hemorragia* limitada al apéndice vermiforme (3), y en otro comunicado á Grisolles (4) por Charcelay (de Tours), hubo una verdadera perforacion del apéndice vermiforme. En ciertos casos de *tifus*, Cless (5) ha encontrado bien una ulceracion, ó una perforacion; accidentes que, segun este autor, pueden igualmente ser determinados por la inflamacion diftérica simple de la mucosa ileo-cecal. En fin, se sabe que las fiebres eruptivas han sido consideradas como predisponentes á las soluciones de continuidad del apéndice vermiforme (Becquerel). E. Leudet ha presentado una prueba de ello en un ejemplo recogido en un sugeto afectado de sarampion (6).

### § III.—Síntomas.

En los casos en que la peritífítis, como es lo mas frecuente, resulta de las diversas lesiones del ciego ó del apéndice cecal que acabamos de referir, su existencia no se manifiesta en general sino por *síntomas precursores* muy bajos. Las enfermas se quejan de *malestar ligero con disminucion del apetito* y alguna sensibilidad en el bajo vientre, pero sin que se crean generalmente enfermas. Luego sobreviene de *pronto* un dolor vivo en la fosa iliaca derecha, este dolor no se irradia muy lejos, que obliga á la enferma á estarse quieta y á acostarse, la fisonomía se altera, el pulso se concentra, hay una viva ansiedad y bien pronto se manifiesta el *tumor inflamatorio*.

En los casos en que previamente existia una tifítis, desde que el tumor superficial que pertenece al ciego inflamado desaparece, se pre-

(1) Becquerel, citado por Bodart, *loc. cit.*

(2) Niemeyer, *Éléments de pathologie interne et de thérapeutique*, trad. franc. de Culmann y Ch. Sengel, t. II, p. 665, Paris, 1865.

(3) Lebert, *Hanbuch der praktischen Medicin*, 1858, t. I, p. 120.

(4) Grisolles, *Traité de pathologie interne*, t. IV, p. 348, 6.ª edicion.—Véase tambien: Buhl, (*Zeitschrift für ration. Med.*, t. IV, 1854; *Canstatt's Jahresh. für*, 1854, t. III, p. 255).—Bamberger, (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1853).

(5) Cless, *Medic. Corresp. Blatt des Wurtemb. Aerztl. Vereins*, 1857; *Canstatt's Jahresbericht*, 1853, t. III, p. 187.

(6) E. Leudet, *loc. cit.*, p. 136.

senta otro tumor más profundo igualmente doloroso y cubierto por el ciego que por contener gases da á la percusion un sonido claro. «La presión que el tumor ofrece sobre los troncos nerviosos provoca por lo común dolores ó una sensación de adormecimiento en la pierna correspondiente; al mismo tiempo se produce el edema por la compresión de los vasos venosos.»

«El producto de la exudación depositado por la peritífilitis puede absorberse terminando la enfermedad por resolución; si debe suceder esto, el tumor se hace más pequeño, los dolores menores y la enferma se restablece al poco tiempo.» Pero se verifica más frecuentemente que la inflamación, produce una mortificación difusa del tejido celular flogoseado, un pus icóro se reúne en focos, el tumor adquiere más desarrollo y acaba por constituir, con todas sus consecuencias, una de las formas más frecuentes, que estudiaremos más adelante en el artículo TUMORES INFLAMATORIOS DE LAS FOSAS ILÍACAS INTERNAS.

Esta marcha de la enfermedad, que pertenece sobre todo á la peritífilitis por lesión del ciego ó del apéndice vermiforme, es de todo punto idéntica en la peritífilitis reumática (Niemeyer); mientras que en la forma metastásica la muerte se produce por la influencia de la enfermedad general, aun antes de que las acumulaciones purulentas ni las perforaciones lleguen á producirse (1).

Así, para reasumir el encadenamiento de los fenómenos patológicos más ordinarios en la peritífilitis, hay casi siempre una lesión del ciego ó del apéndice vermiforme; esta lesión produce la inflamación de los tejidos inmediatos, y esta inflamación (que suponemos con intento circunscrita, como los hechos lo demuestran con más frecuencia), puede ser crónica y pasar desapercibida por mucho tiempo, ó bien, aun quedando limitada, presentar una agudeza considerable determinando la producción de una de las formas de *abscesos de la fosa iliaca interna*.

Pero si en unas circunstancias la resolución, en otras la supuración, son los dos modos más frecuentes de terminar la peritífilitis aguda, esta misma inflamación, dotada de menos agudeza y naciendo en circunstancias especiales, puede no llegar á los caracteres avanzados de la flegmasia, á saber, la tumefacción. De este modo en ausencia de adherencias peritoneales en las demás regiones, ni indicio de inflamación en las tunicas intestinales ó en los tejidos de otras vísceras abdominales, se puede reconocer aisladamente una adherencia del apéndice á los órganos inmediatos (hígado, epíplon). En semejante caso, «la analogía en anatomía patológica y la comparación con estas adherencias tan frecuentes de la vejiga biliar á los órganos inmediatos, sin indicios de lesiones actuales y graves de este receptáculo, no permiten suponer que en el apéndice, la inflamación no

(1) Niemeyer, *loc. cit.*, p. 666.

perforante pueda también propagarse por intermediación del interior al exterior y causar una peritonitis localizada?» (E. Leudet.)

#### § IV.—Diagnóstico.

¿Puede decirse de un modo preciso si la peritífilitis es debida á una perforación del ciego ó del apéndice vermiforme? Consultando los hechos, se ve bien pronto que no puede ser. La observación nos ha demostrado que la perforación del apéndice cecal puede verificarse en el tejido celular posperitoneal lo mismo que en la cavidad peritoneal, y por lo tanto no hay diferencias aplicables al diagnóstico. Hé aquí además, cómo suceden las cosas. El apéndice, primitivamente inflamado, contrae adherencias con el peritoneo que tapiza la fosa iliaca; la ulceración perfora, no solo las tunicas del apéndice, sino también la hoja peritoneal á que se adhiere este divertículo, y la materia que contiene cae en el tejido celular de la fosa iliaca (1). Esta perforación da lugar á los mismos fenómenos que la perforación del ciego. Sin embargo, resulta de las observaciones que poseemos, que la perforación ó la gangrena sobrevenida sin lesión anterior del ciego (apreciable por los medios de examen), tiene casi siempre por asiento el apéndice, y por lo tanto, cuando en un sujeto que solo ha presentado los ligeros síntomas indicados anteriormente, se ve aparecer el *dolor súbito que marca el principio del tumor inflamatorio*, con alteración del semblante, etc., pueden atribuirse los fenómenos á una perforación del apéndice. Este diagnóstico solo tiene una importancia muy secundaria, pues el conocimiento del sitio preciso en que el mal ha comenzado, no hace cambiar en nada la conducta del médico. Sin embargo, si es difícil referir siempre con exactitud los accidentes peritífílicos á una perforación del apéndice vermiforme, según E. Leudet (2), puede suponerse esta lesión cuando los accidentes de peritonitis parcial se observan en la fosa iliaca derecha, en individuos hasta entonces de buena salud, ó en el curso de una tisis ó de enteritis crónica.

#### § V.—Tratamiento.

Si se ha podido referir la existencia de la peritífilitis á una solución de continuidad del apéndice ileo-cecal, se deberán excluir los purgantes y enemas; el mejor tratamiento consistirá en el opio y la

(1) En un caso observado por Becquerel y citado por Bodart (*loc. cit.*), un niño de siete años murió súbitamente sin haber presentado antes sino fenómenos inflamatorios de mediana intensidad. En la autopsia se encontraron cinco ascárides lumbricoides colocados debajo del mesenterio abajo y á la derecha. El apéndice ileo-cecal presentaba en su extremo un orificio redondeado estrangulando por completo dos ascárides, de las que de una había salido un tercio y de la otra dos.

(2) E. Leudet, *loc. cit.*, p. 328.

belladona administrados á altas dosis. La enferma tomará bebidas poco copiosas, y tomará algunos baños templados (Leudet).

En algunos casos, el principio de la peritiflitis, si parece predominar la peritonitis, se aplicarán sanguijuelas sobre la region enferma, como al principio de la misma tiflitis, y si no basta una aplicacion, se repite, y á la par se aplicarán sobre la parte cataplasmas calientes emolientes. Si á pesar de este plan, se colecciona pus, se observará como diremos mas adelante (1).

## ARTÍCULO II.

### INFLAMACION CIRCUM-UTERINA:

#### § I.—Definicion, sinonimia.

Con el nombre de inflamacion *circum-uterina* describiremos el estado morbozo, que consiste en una *inflamacion aguda ó crónica extendida á la vez al tejido celular peri-uterino y á las hojas peritoneales, en cuyo espesor está comprendido el útero y sus anejos; inflamacion que, en los casos comunes, coincide con alteraciones diversas de estos mismos anejos.*

Esta inflamacion *circum-uterina*, que se ha descrito parcialmente con nombres diversos, segun se refiere á lesiones de tal ó cual elemento anatómico de mayor grado de importancia: *inflamacion del bajo vientre, inflamacion de los anejos del útero y del ligamento ancho, inflamacion del tejido celular pelviano (celulitis pelviana, flemon peri-uterino ó recto uterino) pelvi-peritonitis.*

Considerada en su mas lata expresion, la cuestion abraza, bajo el punto de vista clínico, una descripcion general del conjunto y algunos detalles particulares, necesarios para dar á conocer las formas en que predominan cada uno de los elementos patológicos. Existe, en efecto, cierto número de casos que Aran, sobre todo, se esfuerza en poner de relieve, en los que la inflamacion *circum-uterina* aparece lo mas manifiesta posible, siendo todos los elementos atacados á la par; en otros, por el contrario, el tejido celular *circum-uterino* es el que aparece exclusivamente inflamado, sea totalmente (*flemon circum-uterino generalizado*), sea en alguna de sus porciones, tal como la correspondiente á los ligamentos anchos (*flemon de los ligamentos anchos*) (2). En otras, por último, el papel principal parece pertenecer á la inflamacion del peritoneo y á sus consecuencias (*pelvi-peritonitis*).

(1) Véase el artículo TUMORES INFLAMATORIOS DE LAS FOSAS ILÍACAS INTERNAS.  
(2) La inflamacion de los ligamentos anchos se describirá aparte en un apéndice colocado al final de este artículo.

Comprendida así la inflamacion *circum-uterina*, segun la justa observacion de Aran, no debe confundirse ni con el *flemon del tejido celular de la fosa iliaca* (al que puede excepcionalmente dar lugar por via de propagacion), ni con la *inflamacion de la sinfisis sacro-iliaca* (con la que puede á veces coincidir), ni menos aun con el *flemon del tejido celular pelviano subperitoneal*, dependiente de los partos laboriosos, en los que el útero y sus dependencias pueden no participar de la inflamacion (Aran).

#### § II.—Descripcion sintomática.

1.º **Inflamacion circum-uterina general.**—A. *Forma aguda.*—La invasion en esta forma puede ser brusca (sobre todo despues de un parto ó un aborto reciente), ó bien haber precedido durante un tiempo mas ó menos largo (de algunos dias ó algunos meses), sea de mal-estar mal definido, sea de síntomas mas ó menos manifiestos dependientes de la inflamacion de los anejos del útero (pérdida del apetito, estreñimiento ó diarrea, dolores en el vientre, ocupando unas veces poco espacio en una de las fosas ilíacas, ocupando otras una mayor ó menor extension de la pélvis). Ya vaya precedida la invasion de estos síntomas, ya sea repentina, se marca casi siempre por un escalofrio de diversa intensidad, seguido de un calor mas ó menos intenso, sudores á veces muy abundantes, náuseas y vómitos (1). El dolor, que varia de intensidad, es siempre exacerbado por la presion (sobre todo al nivel del ligamento de Falopio), por los movimientos de la progresion, por la estacion vertical y por las relaciones sexuales. La sensibilidad del bajo vientre, la timpanizacion que se produce en algunos casos, la inmovilidad guardada por la enferma, en decúbito dorsal (los muslos doblados y aproximados al tronco), la alteracion del semblante, la pequeñez y concentracion del pulso, los vómitos biliosos, en algunos casos, son otros tantos fenómenos que se agrupan para caracterizar la existencia de una verdadera peritonitis. Bajo la influencia de un tratamiento apropiado y aun sin esta *circunstancia* (Aran), no tardan en calmarse los fenómenos mas graves; pero la enferma conserva una sensacion de plenitud, de embarazo, á veces de dolor en la mitad inferior del bajo vientre, localizándose mas especialmente á uno ú otro lado, presentando á la par una especie de exacerbacion, ó á veces verdaderos latidos. «La piel queda un poco caliente y generalmente húmeda, el pulso un poco frecuente y contraído; la lengua está sucia y cargada de una capa blanquecina; disminucion ó pérdida completa del apetito, sed intensa, y por la tarde casi siempre un poco de recrudescencia del movimiento febril (2).»

(1) F. A. Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1858, p. 687.  
(2) Aran, *loc. cit.*, p. 689.

La pared abdominal presenta renitencia difusa, en medio de la que se comienza muy pronto á sentir en la *profundidad de la pélvis* una especie de *tumor* (unas veces vago y mal circunscrito, otras bien limitado, de forma y dimensiones diversas, ovóideo, globuloso, ó de forma muy irregular; del tamaño de un huevo de paloma ó de pava, y otras veces como el puño del adulto), al nivel del cual la presión es mas dolorosa que en los demás puntos del vientre. Aquí terminamos la exposicion de los hechos presentada por Aran relativamente á la inflamacion periuterina aguda generalizada, en la idea de que los caracteres sintomáticos del tumor se estudiarán con mas provecho en las formas particulares de la afeccion, considerada bajo el punto de vista de su asiento anatómico.

**Inflamacion circum-uterina generalizada.**—B. *Forma crónica.*—Las diferencias que separan esta forma de la aguda no son grandes: signos locales y fenómenos reaccionales poco marcados. Los síntomas generales que ocupan el primer lugar indican un estado de languidez y deterioro de la economía, mas bien que una inflamacion de los órganos pelvianos (cara pálida, empañada, adelgazada, mirar triste; piel seca, á veces un poco caliente por la tarde; pulso débil, pequeño, contraído, pero bastante frecuente, palpitaciones cardíacas, opresión, cefalalgia persistente, dolores nevralgicos vagos), fenómenos histeriformes diversos). Estos diversos síntomas deben fijar la atencion, pero no pueden suministrar datos precisos; son en efecto de tal naturaleza que pueden hacer creer en una clorosis, ó en alguna de las formas de dispepsia; pero solo este resultado puede proporcionar.

La interrogacion de las enfermas sobre los fenómenos anteriores, y sobre todo la exploracion local, son las únicas vias de llegar á un diagnóstico, y precisar con la *mayor exactitud posible* cuáles son de los anejos del útero los puntos comprometidos ó los tejidos mas especialmente afectados (1). Pero independientemente de los caracteres particulares que pueden observarse en semejante caso, hay algunos que son comunes á todas las formas de inflamacion circum-uterina. Así casi siempre se encuentran algunos fenómenos de agudeza, que parecen marcar la invasion de la enfermedad; muchas semanas ó meses antes á consecuencia de un parto ó de un aborto ó por cualquier otra causa sobrevienen sin causa conocida accidentes de una intensidad media en general presentados en el vientre. Despues de algunos dias parecen calmarse los dolores, pero desde esta época experimenta la enferma una sensacion de peso, dificultad y embarazo en la pélvis y á veces calor interior y latidos. La marcha, la fatiga, las relaciones sexuales, aumentan siempre los accidentes.

(1) Mas adelante se describirán las diversas formas de inflamacion circum-uterina, con los caracteres sintomáticos presentados por los autores, como propios para reconocer el asiento de la lesion.

De tiempo en tiempo, y generalmente en la época de las reglas (que sufren variables modificaciones en su cantidad (1), calidad y duracion), se presentan dolores mas intensos en el abdomen; el vientre se tumefacta, se presentan náuseas, y aun vómitos; al mismo tiempo que el calor de la piel existen escalofrios erráticos; flujo blanco que aparece por la primera vez ó se hace mas abundante; irritacion manifiesta en las partes genitales con descamacion epitelica de la entrada de la vulva; las orinas son cenagosas y presentan alguna cantidad de moco (Aran).—En cuanto á las alteraciones presentadas en el aparato digestivo, tendremos ocasion mas adelante de ocuparnos de ellas con mas detalles; solo diremos que despues de apaciguarse los fenómenos de que hemos hablado, todo queda por lo comun en orden hasta que un nuevo recrudecimiento, sea en las alteraciones de la salud en general solamente, sea al mismo tiempo en los fenómenos abdominales, hace reclamar á la enferma su reconocimiento, sobre el cual insistiremos.

Un punto de la historia general de la inflamacion circum-uterina, sobre el que insistiremos una vez para todas, es que á los fenómenos continuos por los que traducimos su existencia, se unen otros accidentes, verdaderas exacerbaciones que coinciden con la fluxion menstrual, por lo general (Nonat) ó bien se presentan en intervalos menos regulares, bajo la influencia de diversas causas (*flemon crónico con expansiones inflamatorias* de Gosselin). En estas extensiones los fenómenos no difieren mucho de los observados en los períodos de mayor agudeza, solo que los síntomas de reaccion son algo menos pronunciados. Podian, sin embargo, hacer creer en algunos casos fenómenos mas graves que los que existen en realidad, pero su duracion, por lo comun corta (tres ó cuatro dias, rara vez mas de ocho), y su reaparicion generalmente ligada con una época menstrual, los antecedentes de la enferma, la existencia anterior de fenómenos análogos á los existentes en la actualidad son otros tantos datos que, unidos á la presencia en el abdomen ó en la pélvis de alteraciones de forma determinada, con desproporcion completamente en desacuerdo con el origen reciente de los accidentes, vienen á fijar definitivamente el diagnóstico relativamente á una *inflamacion circum-uterina crónica con exacerbaciones*. Estas especies de ataques que sobrevienen en el curso de la forma crónica, agravan sin disputa la situacion de las enfermas, pero mucho menos de lo que pudiera creerse, y es raro que las enfermas sucumban en su curso: Aran (2) ha visto algunas mujeres restablecerse completamente, al menos en

(1) Segun Letellier (*De la métrorrhagie symptomatique*, tesis inaugural, Paris, 1858, n.º 43), las hemorragias uterinas son frecuentes en las inflamaciones circum-uterinas.

(2) Los detalles anteriores están casi testualmente tomados de las *Lecciones clínicas* de Aran, p. 700.