

apariencia, despues de exacerbaciones que parecian poner en peligro su vida (1).

Independientemente de los síntomas precedentes, que ya en la forma aguda, y en la crónica, pueden encontrarse reunidos en mas ó menos números, hay otro orden de síntomas deducidos del exámen local de las partes enfermas, el cual debe fijar nuestra atencion, pues que de ciertos signos particulares, interpretados diversamente por los autores han servido ya por sí solos, ya reforzados por datos anatómico-patológicos, para autorizar la localizacion de los fenómenos inflamatorios, en ciertos tejidos ó en porciones de los anejos del útero.

Pero desde luego la inflamacion circum-uterina, considerada de un modo general (2), se demuestra á nuestros medios de observacion directa por síntomas locales de los que conviene exponer el conjunto independientemente de toda particularidad semiológica relativa á las variedades que vamos pronto á examinar.

El tumor circum-uterino, por lo general tardío en su manifestacion, con relacion á la duracion anterior de los síntomas á que parece unido, presenta al tacto los caracteres de los flemones, circunstancia que, como veremos, no deja de tener influencia sobre las interpretaciones relativas á la naturaleza del tejido que las forma. Con frecuencia, sobre todo en la forma crónica, cuando se presencian una de estas fases de recrudescencia, que tanto importa no olvidar, el tacto nos dará á conocer en la superficie vaginal de estos tumores y particularmente en su base, la existencia de uno ó varios vasos arteriales, siempre superficiales, cuyo volúmen variable puede llegar al de la radial. Su presencia, sobre la que insiste Nonat, atestigua la antigüedad de los tumores, en los que en general no aparecen sino despues del octavo mes. Tambien segun Nonat la presencia de un vaso voluminoso indica siempre, bajo el punto de vista del pronóstico, la existencia de un infarto mas ó menos rebelde difícil de curar, no solo porque la lesion es antigua, sino porque los vasos hipertrofiados les producen una nutricion muy activa (3).

(1) Véase Gallard, *Sur le phlegmon péri-utérin*, tésis, Paris, 1855.

(2) Limitados aquí á la descripcion de la inflamacion circum-uterina, propiamente dicha, trataremos mas adelante y aparte de los flemones de los ligamentos anchos, cuyo asiento anatómico no discutido, la marcha casi fatalmente progresiva sea hácia las paredes abdominales, sea hácia la fosa iliaca profunda, sirven para caracterizarlos. Todos saben distinguir su tumefaccion particular de la de los tumores que han recibido el nombre de infartos uterinos, de la metritis crónica parcial, de los flemones peri-uterinos propiamente dichos, de la pélvi-peritonitis. Pero como las diferencias marcadas por la patología no son absolutas en la clínica, al estudiar aparte, para la comodidad de la descripcion, los flemones de los ligamentos anchos, debemos desde ahora hacer notar que estos flemones, así como los de las fosas ilíacas, tienen sobre el peritoneo extensiones morbosas que hacen difícil establecer su preexistencia con relacion á la inflamacion peritoneal circum-uterina.

(3) Nonat, *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1860, p. 269 y 270.

Además de la existencia de los latidos que determinan estas arterias, latidos que se demuestran siempre que, segun la observacion de Bernutz (1), un estado morbozo de larga duracion determina una fluxion permanente en los vasos numerosos que existen en la base de los ligamentos anchos; la consistencia especial de los tumores inflamatorios circum-uterinos y sus formas merecen sobre todo la atencion á causa de su variedad. Precedidos por una sensacion de vaga resistencia, que la intensidad del dolor no permite apreciar bien; estos tumores son en general, al principio muy poco voluminosos, amoldados á la forma del fondo de saco vaginal, que su peso hace convexo inferiormente, presentando una especie de elasticidad análoga á la que se encuentra en las primeras fases de un flemon, ó mas raramente una falsa fluctuacion semejante á la que se observa en el contorno de los tumores blancos. Esta especie de elasticidad disminuye rápidamente, desapareciendo por completo, excepto en los casos en que la terminacion se verifica por supuracion, el tumor se indura entonces insensiblemente hasta el momento en que comience la resolucion, que tendria lugar á los quince dias ó tres semanas del principio de la afeccion, ú otras veces despues de una, dos ó mas recrudescencias inflamatorias (Bernutz).

En general estos tumores son al principio poco voluminosos, profundamente colocados en la pélvis, solo son accesibles al tacto vaginal, y no forman elevacion en las fosas ilíacas, que es solo el sitio de una sensacion penosa algun tanto vaga. Mas tarde, estos tumores, aumentados por un trabajo morbozo, y en particular á consecuencia de recrudescimientos inflamatorios numerosos, presentan por una parte en su superficie vaginal, especie de nudosidades mas ó menos distintas por la prominencia y mayor dureza, formando además en la region hipogástrica elevaciones mas ó menos considerables. Accesibles entonces por el tacto vaginal y la palpacion hipogástrica, que combinados pueden apreciar el espesor, la falta de fluctuacion y la resistencia á veces casi fibro-cartilaginosa de la induracion comprendida entre las dos manos exploradoras. Estos tumores, cuando son laterales, que es lo mas frecuente, asemejan formar una prolongacion lateral posterior del útero, al que se adhieren. Resulta de esta posicion que sobrepasan rara vez el límite superior de la escavacion pélviana, ó solo dos ó tres traveses de dedo, para hacer prominencia sobre la rama horizontal del púbis, pero dejando entre ella y esta cierto espacio. Este crecimiento del tumor es muy importante de señalar, pues que su permanencia intra-cavitaria sirve para diferenciarla de los tumores formados por el flemon del ligamento ancho que tienden, por el contrario, en su progreso á invadir lo que alcanzan por lo comun, el tejido celular de la fosa ilíaca, de tal modo que el

(1) Bernutz y E. Goupil, *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, t. II, página 211.

tumor que forma cuando sobrepasa la escavacion pelviana, comprenden un espesor mas ó menos grande de la misma pared abdominal (1).

En el momento de las recrudescencias que hemos indicado antes se encuentran por lo general un notable aumento del volumen del tumor peri-uterino, que consiste bien en la invasion de las partes circunvecinas de la region primitivamente afectada, bien por extension á la fosa iliaca opuesta que en esta circunstancia es asiento de dolores muy intensos. Importa no olvidar que al mismo tiempo se producen ciertas dislocaciones del útero, cuya sucesion y variedad sirve para distinguir los tumores inflamatorios peri-uterinos de los tumores fibrosos y de los quistes del ovario, que no son susceptibles de determinar modificaciones tan bruscas y tan frecuentemente renovadas.

Añadamos que cuando al cabo de algunos dias, la accion inflamatoria se mitiga, se ve como al principio moderarse los dolores, disminuir la fiebre y el tumor poco á poco, indurándose de nuevo y aun antes de la disminucion de la inflamacion, hasta una nueva recrudescencia. El número de estas es muy variable, dependiendo de una parte de la intensidad inicial de la inflamacion circum-uterina, y de otra de la afeccion del útero ó de sus anejos que la determina, y además de la idiosincrasia particular constitucional ó adquirida de la enferma. (Bernutz.)

En cierto número de casos, el tumor inflamatorio circum-uterino parece afectar con relacion al útero un sitio particular, sea detrás, sea delante de este órgano, y tomando en consideracion esta cuestion de sitio, independientemente de toda otra, se ha podido describir un *tumor inflamatorio retro-uterino*, y otro *ante-uterino*; variedades que, pudiendo encontrarse á veces reunidas, constituyen una tercera.

A. Tumor inflamatorio retro-uterino.—El síntoma que llama primero la atencion es el *dolor*. Este síntoma es constante. El *dolor espontáneo* es siempre considerable, y á veces excesivo. Se manifiesta por exacerbaciones violentas, que llegan á ser tales, que la mujer no puede guardar ninguna posicion, que se retuercen en la cama, lloran y prorrumpen en gritos. Este dolor es diversamente caracterizado por ellas; unas se quejan de una sensacion de quemadura, otras de latidos dolorosos, otras de violentas punzadas, etc. El *dolor provocado* no es menos constante: se produce por la presion en el hipogástrico, por la percusion, por el tacto vaginal, y sobre todo por el paso de las materias fecales en el intestino. Al defecar experimentan las enfermas dolores muy vivos hácia el sacro y el ano, la defecacion va generalmente señalada por esas exacerbaciones violentas anteriormente descritas.

Se producen *dolores expulsivos* en el recto. Las enfermas experi-

(1) Bernutz y E. Goupil, *loc. cit.*, p. 212.

mentan en el intestino, la sensacion de un cuerpo extraño que provoca contracciones, con frecuencia sin resultado, procedentes de dos causas diferentes: 1.º, por la presion del tumor inflamatorio sobre la pared anterior del recto; 2.º, por la propagacion de la inflamacion á las tunicas del intestino manifestada por la expulsion de una cantidad variable de moco, de que hablaremos despues. Estos dolores expulsivos, ya indicados en el *hematocele retro-uterino*, son mas marcados en la afeccion que nos ocupa y presentan algun rasgo característico.

El *tacto vaginal* da á conocer detrás del cuello del útero un tumor del que se separa un surco profundo. Cuando este tumor es muy considerable, puede borrar por completo el fondo de saco vaginal posterior, como hemos visto en un caso que terminó por supuracion.

Su volumen no pasa por lo general del de la mitad mas gruesa de un huevo de gallina, apareciendo un poco aplastado de delante atrás. En este caso, el ángulo situado entre él y el cuello del útero tiene casi la profundidad del saco vaginal posterior. Se percibe en su superficie pliegues trasversales de la vagina. Su consistencia es un poco blanda, sin fluctuacion; es inmóvil. El contacto del dedo en este punto es muy doloroso. Veremos mas adelante (1) que esta disposicion simula tambien la retroflexion que se ha considerado muchas veces como tal, por no haber efectuado una exploracion detenida.

El *tacto rectal* es muy doloroso; se puede evitar el practicarle en la mayoría de los casos. Por él se percibe un tumor aplanado de delante atrás y del que no se puede alcanzar la parte superior.

Cuando el tumor es mas voluminoso, la superficie es mas lisa, sin llegar á serlo como en el hematocele retro-uterino. Combinando el tacto vaginal y el rectal, se coge entre los dedos la parte inferior, y puede apreciarse el espesor del tabique retro vaginal, en el que se desarrolla. A veces en una época de la enfermedad se percibe una fluctuacion manifiesta.

Al mismo tiempo el tacto da á conocer en algunos casos el calor, el dolor, los latidos arteriales del cuello del útero; en una palabra, signos de inflamacion de esta parte. Si se combina con la palpacion hipogástrica, se asegura que el resto del tejido peri-uterino y los ligamentos anchos están normales y exentos de inflamacion.

La *exploracion por el espéculum* es muy dolorosa y las mas veces inútil; podrá dar á conocer los signos visibles de inflamacion de la vagina y del cuello, que los demás síntomas han dado suficientemente á conocer.

Los síntomas procedentes de las vias digestivas se limitan á la *inapetencia*, *repugnancia de los alimentos*, á veces *náuseas*, *sed* regular y *estreñimiento* pertinaz, con *dolores expulsivos*, de que ya nos

(1) Párrafo consagrado al *Diagnóstico*.

hemos ocupado; por el contrario, cuando la inflamacion ha invadido el recto considerablemente, hay *diarrea, pujos y excreciones mucosas* análogas á las de la disentería.

En dos casos se unieron á los síntomas anteriores *vómitos biliosos, náuseas continuas* y un poco de *salivacion*. La inflamacion se habia propagado al peritoneo inmediato, demostrándose por *dolores mucho mas intensos que los ordinarios*, que se extendian al hipogástrico, irradiándose á los vacíos (1).

Nada notable se observa en las *vías urinarias*, mientras no se propaga la inflamacion al tejido celular ante-uterino.

Casi siempre está el *pulso* medianamente acelerado; en dos casos en los que la inflamacion alcanzó el peritoneo inmediato, se elevó á 108 y 114, haciéndose débil y pequeño; en los demás no pasó de 90, y conservó su volumen ordinario.

La *cara* está siempre ansiosa, expresando el sufrimiento en el mayor grado en el momento de las exacerbaciones. En los casos en que se invade el peritoneo inmediato, se pone pálida, contraída, una expresion sumamente dolorosa.

El *decúbito* en general es dorsal, la cabeza bastante elevada para que el tronco esté un poco adelante. En las exacerbaciones, las enfermas cambian cada momento de posicion con la esperanza de encontrar alivio y sin hacer variadas y extrañas contorsiones.

Nunca hemos observado síntomas cerebrales.

Tales son los síntomas de esta afeccion. En los casos de *supuracion* los fenómenos cambian de naturaleza, y suelen disminuir rápidamente y aun desaparecen en algunos instantes en los casos en que el absceso se procura una via fácil al exterior.

B. Flemon ante-uterino.—Hemos observado esta inflamacion aislada en tres casos. Los síntomas particulares de esta especie son los siguientes: las enfermas experimentan un *dolor* hipogástrico agudo con exacerbaciones. El tacto vaginal da á conocer el fondo de saco posterior perfectamente libre y blando. En el anterior, por el contrario, se percibe, no un tumor circunscrito y redondeado como en la especie antecedente, sino una *tension* marcada, una resistencia insólita, resultante de la inflamacion. La disposicion apretada del tejido celular que une la pared vaginal á la vejiga y una porcion de su cuello explica esta diferencia. No se perciben lateralmente de un modo distinto los límites de esta existencia. La *presion* ejercida con la extremidad del dedo sobre la parte resistente, ocasiona el mas intenso dolor, lo mismo sucede cuando queriendo rechazar el cuello atrás se ejercen tracciones sobre este punto.

Un sistema constante y notable en el *dolor unido á las contracciones vexicales* durante la emision de la orina, de que las enfermas se quejan con intensidad. Al mismo tiempo sobreviene *necesidad fre-*

(1) Véase mas adelante § IV (*Anatomía patológica*).

cuente de orinar, que molesta mucho á las que debiendo resistirlas tienen que ceder por la irritacion vexical.

Todos los fenómenos descritos en la forma precedente, excepto los relativos al recto, pertenecen lo mismo á este. Los fenómenos peritoneales se presentan con mas facilidad en esta forma, tal vez por ser mas fácil la propagacion á la parte superior, cuyo tejido es mas flojo.

C. Inflamacion ante y retro-uterina reunidas.—Uniendo los síntomas propios á cada una de las formas antedichas en un grupo comun, se obtiene el cuadro sintomatológico de la enfermedad. Basta, pues, mencionarla.

En cuanto á los casos de inflamacion situada en las partes laterales del útero, como el tumor se dirige un poco atrás, hácia el recto, predominan los fenómenos de la segunda especie.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

Hemos indicado ya suficientemente el curso general de la inflamacion peri-uterina, al describir las formas aguda ó crónica de esta afeccion; pero añadiremos aun que en algunos casos, al cabo de diez y aun veinticuatro horas, los síntomas se reproducen con mayor violencia, lo cual se repite durante cuatro, seis, ocho dias, y á veces mas. Tal es, como se ve, una *intermitencia irregular* bien pronunciada. En algunos casos esta intermitencia se aproxima á la periodicidad hasta el punto de haber dado lugar á creer en una enfermedad francamente intermitente.

La *duracion* de la afeccion, cuando se determina por *resolucion*, es de ocho á diez dias por lo comun. Sin embargo, queda despues de este tiempo un punto de induracion todavia doloroso en el punto que habia ocupado la inflamacion, y las mujeres tienen aun necesidad de cuidados. Cuando la *inflamacion se termina por supuracion*, los síntomas dolorosos tienen una duracion algo mas larga, pues que pasan algunos dias antes que se forme la coleccion purulenta, despues la abertura del tumor natural ó artificial pone término de la enfermedad.

La *terminacion* de la enfermedad es variable; en el mayor número de los casos se verifica por *resolucion*; hemos visto en efecto, de 25 casos, establecerse la supuracion solo en 2 casos en la inflamacion retro-uterina, una vez en la variedad ante-uterina, y una vez en las dos variedades reunidas. En total 4 veces de 25. Este es un punto muy importante, pues prueba que la enfermedad ha sido muchas veces desconocida, pues que solo se ha estudiado bien en los casos en que se ha producido el absceso. Sin embargo, como hemos visto, no se encuentra menos caracterizada cuando debe terminar por *resolucion*.

Cuando se termina por *resolucion*, se ven disminuir los síntomas

generales, cuando despues cesan por completo. El tumor en la inflamacion retro-uterina y los tejidos resistentes en la variedad ante-uterina, se hacen mucho menos dolorosos; despues desaparece todo dolor, el tumor disminuye lentamente, limitándose á un punto elevado, y desaparece por completo ó queda por cierto tiempo un núcleo duro que se disipa despues. Los tejidos recobran su flexibilidad, pudiendo imprimirse movimientos al útero como en el estado normal.

Quando se establece la supuracion, hay signos como los ligeros escalofrios y malestar que la anuncian en ciertos casos, pero no en todos. Despues presentan los tejidos mas blandura, y una fluctuacion que no es evidente sino en la variedad retro-uterina, y solo cuando hace una eminencia muy considerable entre la pared vaginal y la rectal, despues el tumor se rompe y el pus fluye al exterior. En los casos que hemos observado, el pus salió constantemente por la vagina, cuando se trató de flemon retro-uterino. Sin embargo, se concibe que pueda abrirse el absceso en el recto. En este caso se observan fenómenos bien conocidos que tienen lugar cuando el pus de los flemones de la fosa iliaca toman esta via (1).

Quando la inflamacion está situada en la parte anterior del útero, el pus puede abrirse paso por la vagina ó por la vejiga.

En fin, se ven algunas inflamaciones propagarse á los ligamentos anchos, y entonces toma la afeccion algunos caracteres algun tanto deferentes (2).

§ IV.—Sitio anatómico y causas.

Sitio anatómico de la inflamacion circum-uterina.—La inflamacion circum-uterina, estudiada primero con el nombre vago de *infarto del útero*, fué considerada por la primera vez por Lisfranc (3) como un grupo de casos patológicos, al que tuvo el mérito de asignar caracteres fundamentales, llamando la atención sobre la existencia de los dolores pelvianos y de una tumefaccion en conexion con una parte del útero. Despues vienen las investigaciones sobre la naturaleza de esta afeccion, cuyo carácter realmente inflamatorio fué consagrado por la expresion de *metritis crónica parcial*. Pero si Lisfranc hacia *grosso modo*, indicado uno de los hechos fundamentales de la historia de las inflamaciones circum-uterinas, y si su naturaleza flegmática se habia puesto fuera de duda, no debia de tardar en hacerse un estudio mas completo de la cuestion, determinando importantes discusiones, destinadas á reconocer en este estado patológico, un predominio especial de las lesiones de un tejido comparadas con las del útero, de los que entran como elementos en la estructura de la region.

(1) Véase mas adelante, TUMORES INFLAMATORIOS DE LAS FOSAS ILÍACAS.

(2) Véase mas adelante, INFLAMACION DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS.

(3) Lisfranc, *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 646 y sig., Paris, 1842.

Se admitia generalmente la frecuencia de los tumores inflamatorios de los ligamentos anchos, y Nonat, en 1846, suministró, sobre las diferentes formas de esta afeccion, nociones mas claras y positivas, cuando distinguiendo en las afecciones de este género un elemento inflamatorio, del que no se habia hecho mencion hasta entonces, llegó poco á poco á considerarle como dominando la patologia peri-uterina. Entre el útero y el peritoneo que le reviste exteriormente, existe tejido celular que puede inflamarse. «La capa celular peri-uterina, bastante densa por encima de la insercion vaginal á la matriz, y al nivel de los fondos de saco peritoneales, se va adelgazando á medida que se va aproximando, conforme se aplica á la parte media y al fondo del órgano. Es de una estructura laminosa y no se infiltra nunca de grasa. Su estructura y poco espesor explican perfectamente porqué la inflamacion, en vez de producirse siempre con la forma aguda, con intensidad, y determinar con rapidez la formacion del pus, siga por lo comun una marcha lenta, progresiva, produciendo en vez de glóbulos purulentos, elementos plásticos, cuya acumulacion forma á la larga esas masas induradas que constituyen los *flemones peri-uterinos crónicos*.» Tal es, en resumen, la doctrina expuesta por Nonat (1).

Segun Bernutz y Goupil (2), han hecho observar que la delgada capa del tejido celular intermedio entre el tejido del útero y el peritoneo, que le recibe por su finura y tejido apretado, es difícil que puedan dar lugar á tumores inflamatorios como los descritos por Nonat. Hicieron notar asimismo en dos autopsias, en que el tumor inflamatorio que durante la vida habia presentado los signos característicos de los flemones peri-uterinos, no tenian por asiento el tejido celular en cuestion, sino que estaba constituido por las vísceras pelvianas reunidas entre sí por medio de adherencias peritoneales. En otros términos, no habia entonces un flemon peri-uterino, sino una peritonitis de la pélvis, ó, como dicen estos autores, una *pelvi-peritonitis*.

Para Bernutz y Goupil, á la inflamacion del peritoneo pelviano deben atribuirse las adherencias peritoneales tan comunes en el contorno de los órganos genitales, constituyendo una afeccion muy frecuente. La comparan á la inflamacion de la túnica vaginal en la orquitis, solo que si hay analogía en el trabajo morboso que se ejecuta, no la hay en la gravedad de sus consecuencias. La trasmision del proceso inflamatorio del útero inflamado al peritoneo inmediato, provoca un trabajo de exudacion plástica que, no solo por su extension determina numerosas simpatías, sino que tambien da lugar á la produccion de adherencias que unen al útero á los órganos inme-

(1) Nonat, *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1860.

(2) Bernutz y E. Goupil, *Recherches cliniques sur les phlegmons péri-utérins* (*Archives de médecine*, 1857), y *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, Paris, 1862, t. II.