

y no las partes laterales; no hay supuración, y los antecedentes no son los mismos.

»Un tumor del ovario ó de la trompa, un embarazo extra-uterino, una acumulacion de materiales en el intestino grueso, no pueden producir confusión á pesar de la identidad de sitio, en ausencia de todo síntoma inflamatorio y cuando los antecedentes y los síntomas son tan diferentes.

»Puede suceder que el médico no sea consultado sino cuando la inflamacion del ligamento ancho presente la forma crónica y es ya antiguo. En este caso todos los síntomas agudos pueden haber desaparecido, y las enfermas presentan todos los signos de una enfermedad crónica del útero, con alteracion de la menstruacion y exacerbaciones inflamatorias intermitentes. Pero el tacto encontrará en las partes laterales del útero los restos de un tumor flegmonoso; y los datos suministrados por la enferma vendrán en seguida del diagnóstico. Muchas veces estos han dado á conocer la enfermedad, aunque hayan desaparecido de la pelvis restos de inflamacion, quedando solo alguna sensibilidad en el punto afecto.» (J. H. Bennet.)

Añadiremos aun á los diversos elementos del diagnóstico (como los trazados por Bennet) los medios de distinguir los flemones de los ligamentos anchos y los pelvi-peritonitis. «Los pelvi-peritonitis sobrevienen generalmente, segun Bernutz, en los diez primeros dias que siguen al parto; el fenómeno inicial es un escalofrio muy marcado, al que acompaña un dolor muy vivo, agudo, que se aumenta por los movimientos y la presión. Así la exploracion del abdomen y el tacto vaginal suelen ser muy penosos. Hay sufrimiento y fiebre alta; en los casos graves hay náuseas, vómitos, diarrea, pero con mas frecuencia estreñimiento; despues el vientre aumenta poco á poco de volumen en la region hipogástrica y el tumor se forma en uno de los fondos vaginales. Hacia esta época, los síntomas generales disminuyen lentamente al menos que la peritonitis no se haga seropurulenta, en cuyo caso continúa la misma gravedad.—Los flemones de ligamento ancho no tienen la misma marcha sintomática, la invasion, despues del parto, es mas tardía (1). Si en algunos casos raros se ve aparecer la enfermedad antes del dia décimo, mas frecuentemente se observa en el décimotercero, décimosesto y aun en el vigésimonoeno, el momento en que las enfermas comienzan á sufrir. Hasta entonces aparecen de buena salud, ó aunque débiles, han podido indubidamente levantarse y entregarse á sus ocupaciones habituales. Experimentan primero una sensacion de peso en el bajo vientre, despues dolores sordos un poco mas vivos á intervalos, pero que no les obliga á guardar cama. Este dolor está, por lo general, fijo en el lado en que se desarrolla el flemon, irradiándose menos que el de la pelvi-

(1) Única circunstancia en la que se ha distinguido el diagnóstico, entre el flemon de los ligamentos anchos y de la pelvi-peritonitis.

peritonitis. La palpacion del vientre no es tan penosa que dificulte la exploracion detenida y demostrar pronto la tumefaccion difusa que ocupa uno de los lados de la region hipogástrica. Casi á la misma época aparecen escalofrios de mediana intensidad, irregulares, erráticos, inapetencia, rara vez náuseas y vómitos y diarrea, muy tenaz con mas frecuencia que el estreñimiento. Rara vez descienden los fenómenos generales, y entonces la mejoría es solo pasajera y el flemon casi siempre termina por supuración.» (P. Páris.)

Tales son los signos racionales por los que puede conocerse la naturaleza de la afeccion inflamatoria; el diagnóstico se hará mas fácil con el estudio de los signos sensibles antes estudiados, y que por la importancia del asunto los expondremos con las mismas palabras con que los resume P. Páris.

«Tan pronto como el líquido producido por la inflamacion de la serosa pelviana se enquista, forma un tumor apreciable por el tacto vaginal. No sucede lo mismo con todos los flemones del tejido del celular del ligamento ancho; unos, colocados cerca de su borde inferior, presentan desde luego, como los de la pelvi-peritonitis, un tumor sensible por la vagina; otros, colocados mas arriba, se desarrollan sobre todo hácia la pared abdominal ó hácia la fosa iliaca, no formando tumor vaginal sino en una época avanzada de su desarrollo. Mas tarde estas dos variedades tienden á confundirse por los progresos ulteriores de la inflamacion; es, pues, necesario estudiar las diferencias que presenta el tumor, segun que pueda reconocerse por la vagina, ó que sea apreciable por las paredes abdominales.

»El tumor producido por la peritonitis es al principio redondeado, haciendo prominencia en una ó en varias de las lagunas vaginales, haciéndolas cambiar de forma, haciéndolas convexas, y pronunciándose en el fondo de la vagina, rechaza el cuello del útero al lado opuesto y cambiando de forma el fondo contrario. Comprimido hácia el útero deja entre ambos un surco. No se percibe pastosidad en el momento de su formacion; bastante extenso, no está blando, sino resistente, solo cuando ha adquirido un volumen considerable es cuando se hace claramente fluctuante. Si se absorbe el líquido, disminuye, se endurece y se transforma en un núcleo redondeado ó bien en una brida prolongada que fija y desvia el útero.—No encontramos estos caracteres en el tumor producido por el flemon; desde el principio suele ser mas rápido que en las pelvi-peritonitis, es duro, sin surco de separacion que le aisle del útero, ó por el contrario, están separados por una especie de estrecho, segun que la inflamacion invade ó no este órgano. El tumor está formado por un núcleo muy denso y una zona pastosa mas ó menos ancha. La induracion no está situada solamente en el fondo vaginal; la pared de la vagina forma parte del tumor en variable extension, á veces bastante grande, de lo que resulta una elevacion hácia fuera de la pared vaginal que concurre con la inclinacion del cuello del lado del tumor á estudiar y aun ha-

cer desaparecer el fondo vaginal. Cuando se establece la supuración el núcleo se reblandece poco á poco del centro á la circunferencia, despues el tumor se hace fluctuante, aumenta y puede adquirir un volumen algo considerable para hacer desaparecer en medio de él el segmento próximo del cuello del útero.—El resumen, en el primer caso (1), *tumor redondeado, resistente, bien limitado, separado del útero por un surco*; en el segundo (2), *tumor denso rodeado de una zona pastosa que aumenta su volumen, altera su contorno, sea que forme cuerpo con el útero sea que esté completamente separado de él.*

»Es necesario estudiar los casos en que el tumor es apreciable por la exploración abdominal.

»Las *pelvi-peritonitis* graves dan lugar á un tumor bastante considerable que de la pelvis menor se eleva despues á la cavidad abdominal, á veces hasta el ombligo, siendo primero difuso y difícil de limitar. El sitio primitivo de estos tumores es sobre la línea media ó muy próximo á ella, mas tarde solamente es cuando se extiende á los costados hasta la fosa iliaca donde por lo comun solo hace una mediana prominencia. Las paredes abdominales que rechazan por delante de sí están blandas y se deslizan con facilidad sobre su superficie, es necesario para circunscribirlos deprimir fuertemente el abdomen á causa de su profunda situación; se puede á veces percibir delante de ellos, detrás de los púbis el útero rechazado adelante y al lado opuesto del tumor cuando se inclina á un lado. En fin, este tumor da sonido á macizo sobre todo á una percusión profunda, y la superficial puede producir una ligera sonoridad, si un asa intestinal se interpone entre el tumor y la pared abdominal. A menos que no adquiera un tumor considerable la fluctuación es difícilmente percibida; sintiéndose mejor, sea por la palpación combinada con el tacto vaginal, sea solo por este último.—No es de este modo como observamos las induraciones abdominales dependientes de los *flemones de los ligamentos anchos*. Desarrollándose la inflamación puede invadir especialmente el tejido celular situado detrás de los músculos abdominales, ó bien el de las fosas iliacas, produciendo en esta region un tumor casi siempre fácil de reconocer por su dureza, por la retracción del miembro inferior, el edema, etc. Cuando, lo que es frecuente, se propaga la inflamación á la pared abdominal, se observa por debajo del arco de Falopio una tumefacción que primero, unilateral, se extiende por dentro y adelante, para pasar al lado opuesto. El tejido celular se encuentra rígido, la induración se extiende entonces en forma aplastada y detrás de ella se puede, cuando el dolor se mitiga, rechazar un poco la pared abdominal situada por encima (Bernutz). Además, como los intestinos libres en el peritoneo han conservado su posición normal, es fácil por una percusión un poco pro-

(1) Tumor producido por pelvi-peritonitis.

(2) Tumor producido por su flemon del ligamento ancho.

funda explorar la sonoridad. En fin, cuando el pus se ha formado y reunido su colección, el sitio superficial de la fluctuación será el mejor medio de diagnóstico (1).»

§ VII.—Pronóstico.

La extensión de detalles relativamente al diagnóstico del flemon de los ligamentos anchos en que han entrado los autores, de los que hemos tomado las nociones que preceden, no son solo de pura curiosidad, y P. Páris, en particular, hace notar lo importante del diagnóstico diferencial entre este flemon y la peritonitis cuando se quieren establecer diferencias relativas al pronóstico. «La pelvi-peritonitis y el flemon del ligamento ancho son dos afecciones graves, pero de un modo diferente.

»La muerte es rara vez la consecuencia inmediata de la pelvi-peritonitis, sobre todo fuera del puerperio, pero deja en la pelvis una alteración que puede dar lugar al paso al estado agudo por diversas causas, produciendo fenómenos graves y la persistencia de los dolores y la alteración general de las funciones alterar profundamente su salud.

»Los *flemones de los ligamentos anchos*, por el contrario, pueden, por la intensidad de la reacción que provocan, la gran extensión que pueden adquirir, producir con rapidez una funesta terminación; pero cuando la enferma escapa de estos peligros, cuando se agota la supuración, la cura es definitiva, y no hay que temer recaídas.»

§ VIII.—Tratamiento.

El tratamiento del flemon de los ligamentos anchos, en su período de agudeza, debe consistir en el empleo de los antiflogísticos: sangrías locales y generales unidas á otros medios del mismo orden. Pero no debe nunca olvidarse que se trata de una afección que termina casi siempre por supuración, y que esta debe, como sucede por lo comun, durar mucho tiempo; no se debe debilitar demasiado la enferma.

Cuando se ha formado el pus, aun cree Bennet que es útil este tratamiento, y aun que puede provocar la absorción del líquido; pero esta opinión se pone en duda por muchos autores, y especialmente por Vidal de Cassis (2); así, siempre que el pus tenga tendencia á salir debe favorecerse por todos los medios.

Cuando el absceso forme tumor en la vagina se ha propuesto abrirle por esta vía, y este procedimiento, descrito ya por Pablo de Egina, se ha preconizado en nuestros días por Récamier. «Cuando

(1) P. Páris, tesis mencionada, p. 30 y 34.

(2) Vidal (de Cassis), *loc. cit.*, p. 423.

el tumor flegmonoso forma procidencia en la vagina, la fluctuacion es muy evidente, no dejando ninguna duda de su contacto inmediato con la vagina; no hay que dudar, es menester abrir el tumor; pero no siempre sucede asi; se percibe solo un tumor ó bien una fluctuacion oscura.» En tales condiciones, que son las mas frecuentes, seria, segun Bennet, una imprudencia practicar la incision vaginal, y por consecuencia los cirujanos deben rara vez encontrar ocasion de obrar con toda seguridad, resultando de aquí la conveniencia de esperar la perforacion espontánea de uno de los órganos huecos de la pelvis cuando el pus toma este camino. Sin embargo, aunque es cierto que algunas enfermas perecen despues de la abertura artificial de estos abscesos, no está demostrado que sea á causa de ella; podria tambien acriminarse á los destrozos producidos por las colecciones purulentas antes de su abertura, y además Velpeau ha demostrado en la clínica que la espectacion prolongada favoreció algunas veces estos destrozos (1).

Ya el pus salga al exterior espontánea ó artificialmente al través de la vagina, del recto, de las paredes abdominales ó de la vejiga (2), hay que limitarse á combatir los síntomas conforme se presenten y ayudar á la naturaleza en los esfuerzos que ejecuta para el restablecimiento, y á sostener por un tratamiento higiénico y médico conveniente las fuerzas de la enferma durante todo el tiempo en que se produce el trabajo de reparacion.

Es menester combatir las exacerbaciones que sobrevengan en las épocas menstruales durante los primeros meses, por algunas sanguijuelas y purgantes salinos. Mas tarde nos limitaremos á prescribir el reposo en la cama durante uno ó dos dias y aplicar cataplasmas al vientre. La diarrea que se produce por la abertura del absceso en el recto cesa á beneficio de enemas amiláceas ó laudanizadas. Se reemplaza con frecuencia por el estreñimiento, que hace necesarios enemas suaves laxantes ó de agua fria ó templada.

En la forma mas grave de la enfermedad, en la que se observa durante el estado puerperal, en que hay desórdenes por parte de la pelvis, suelen ser estos tan considerables, que la salud está profundamente alterada, y las enfermas caen en el marasmo mas profundo. En estos casos es menester sostener las fuerzas por medio de estimulantes poderosos, como el vino y la quina. Hay especialmente necesidad de este plan en los casos de perforacion abdominal. Desde que se percibe la fluctuacion al exterior de las paredes abdominales y que la piel comienza á enrojecerse, lo que conviene es abrir prontamente el absceso, bien con la lanceta, bien con la potasa cáustica, para dar salida al pus.

A pesar del estado grave y á veces desesperado en apariencia en

(1) P. Páris, tesis mencionada, p. 35.

(2) Véase anteriormente, §. V.

que se encuentran las mujeres que presentan inflamaciones del ligamento ancho y supuraciones consecutivas muy estensas, casi siempre se alcanza el restablecimiento merced á un tratamiento conveniente, pero (es menester decirlo) despues de pasar por sufrimientos muy prolongados (1).»

ARTÍCULO III.

TUMORES INFLAMATORIOS DE LAS FOSAS ILÍACAS INTERNAS (2).

§ I.—Causas.

1.º *Causas predisponentes.*—*Edad.*—Los tumores de que nos estamos ocupando aparecen con mas frecuencia (en mas de la mitad de los casos) en la edad de veinte á treinta años, á cuyo período sigue el de treinta á cuarenta (una cuarta parte), luego el de once á veinte, y por último el de cuarenta á sesenta.

Si se hace abstraccion del estado puerperal, el *sexo* tiene igualmente una influencia muy manifiesta, pues los tumores inflamatorios son en tales casos cuatro veces mas frecuentes *en el hombre* que en la mujer. Segun Grisolle no basta el estado puerperal para restablecer el equilibrio, porque comprendiendo todas las condiciones anteriormente indicadas, se observa la enfermedad cuarenta y seis veces en el hombre y solo veintisiete en la mujer. ¿Son suficientes estos datos estadísticos? Aun suponiendo que las observaciones se hubieren recogido con el mayor cuidado en un número dado de individuos, habria motivos para dudar, y mucho menos se podrá creer que está la cuestion resuelta si se considera que los abscesos de la pelvis en las paridas pueden pasar muchas veces desapercibidos, y que muchos de los autores de quienes se han tomado estas observaciones, solo han podido ver un número muy corto de mujeres en esta condicion. Por el contrario, los médicos que se hallaban en mejor posicion para observar y que han puesto sumo cuidado en la exploracion, han asegurado que estas afecciones se presentan particularmente á consecuencia del parto. Fauvel ha podido reunir en dos años en el Hôtel Dieu unos veinte casos de abscesos de la pelvis en mujeres, de los cuales un buen número hubieran podido pasar desapercibidos sin un

(1) Bennet, *Traité de l'inflammation de l'utérus*, trad. fran. de Aran, p. 400.

(2) Despues de haber, en el artículo precedente y en el apéndice, colocado á su continuacion, estudiado con el mayor cuidado, con todos sus detalles la *inflamacion circum-uterina*, de un modo general, y la *inflamacion de los ligamentos anchos*, en particular, nos resta tratar de ciertas *colecciones purulentas circum-uterinas*, de las que no hemos tratado. Sin embargo, en lugar de consagrar un artículo especial, creemos será mas útil, en vista de las conexiones que presentan estos tumores de la misma naturaleza situados en las fosas ilíacas internas, describirlos incidentalmente cuando se trate de cada uno de éstos.

examen de los más detenidos. En el artículo consagrado á los *flemones peri-uterinos* hemos citado ejemplos.

Segun los casos que ha reunido Grisolles, las *primerizas* están mas expuestas que las demás paridas á la afeccion que nos ocupa (1). Lo mismo que la *metritis pos-puerperal*, los flemones de las fosas ilíacas no se desarrollan sino algunos dias despues del parto (del tercio al décimo, y á veces mas tarde, segun Grisolles).

Estos tumores se han hallado más veces á la *derecha* que á la izquierda, lo cual depende sin duda de la influencia que ejerce el ciego en la enfermedad; porque si solo hubiéremos de considerar los tumores en las paridas, son mas comunes á la *izquierda* que á la derecha.

Segun algunos autores, el *estreñimiento* es una causa predisponente digna de llamar la atencion; ya hemos hablado antes de ahora de (2) lo que se ha dicho acerca de la irritacion producida en las paredes del ciego por la acumulacion de las materias fecales en este intestino.

2.º *Causas ocasionales*.—Se han citado casos en que un *golpe*, una *caida sobre el vientre* ó una *violencia exterior* cualquiera ha dado origen á los tumores inflamatorios de que estamos hablando (3).

La fatiga resultante de una marcha prolongada y penosa, y sobre todo por los violentos esfuerzos para poner recto el cuerpo fuertemente dirigido atrás; pudiendo obrar del mismo modo un tumor ilíaco hasta entonces indolente. (Grisolles.)

Un proyectil, penetrando en las inmediaciones del anillo inguinal, puede, en vez de penetrar en el peritoneo, quedar fuera de esta cavidad, y ascender siguiendo la direccion de la cresta ilíaca (Grisolles). En un caso observado por Juan Bell (4) en un hombre herido en duelo, calmados los primeros accidentes sobrevino una fiebre hética que hizo sucumbir el enfermo un año despues del accidente. En la autopsia se encontró que la *bala* estaba *engastada por debajo del músculo psoas, sobre la fosa ilíaca interna*, donde se encontraba rodeada de quistes purulentos. Los *cuerpos extraños introducidos en el estómago y llegados al intestino grueso* pueden fraguarse salida en el tejido celular inmediato, y su presencia puede determinar á veces inflamacion mas ó menos intensa (Grisolles.)

Se han admitido como causas ocasionales la *accion del frio*, los *excesos del régimen* ó de cualquiera otra especie, hallándose los enfermos bajo la influencia de las causas predisponentes que hemos indicado. Pero dista mucho de estar determinado de un modo riguroso el grado de accion de estas últimas causas. Por último, hay cierto número de casos en que no es posible descubrir causa ocasional, porque las violencias ejercidas en las maniobras del parto, la duracion

(1) Véase tambien Piotay, tesis de Paris, 1837, n.º 462.

(2) Véase el artículo PERITIFLITIS.

(3) Bourienne, *Journal de médecine*, t. XLIII, año 1775, obs. I y II.

(4) Juan Bell, *Traité des plaies*, trad. de Estor, p. 410.

larga de este trabajo, etc., mas bien se han admitido como una influencia muy probable, lo cual no se puede negar, que como puestas fuera de duda por la observacion.

3.º *Causas anatómicas*.—El tejido celular de las fosas ilíacas puede inflamarse consecutivamente á la *perforacion de una cavidad natural ó artificial que contenga liquido*, sea que se trate de un órgano hueco, sea que una coleccion liquida procedente de una region inmediata haya dado lugar al derrame. Antes de la perforacion se han podido observar los signos de una afeccion situada en la vejiga ó en una de las porciones del intestino, ó bien se ha demostrado la presencia de un absceso en los órganos pelvianos, de quistes ováricos, etc.; despues, *de pronto*, aparecen los síntomas que indicaremos mas adelante, y se constituye el tumor inflamatorio.

En otros casos es la *inflamacion de una de las partes inmediatas que se extiende al tejido celular de las fosas ilíacas*. En semejante caso la inflamacion primitiva (metritis, ovaritis, bubon, etc.) da lugar á síntomas bien conocidos, á los que vienen á unirse con *mas ó menos intensidad y rapidéz* los de la inflamacion del tejido celular inmediato. Grisolles (1) ha visto esta inflamacion suceder á la de los gánglios inguinales profundos; Velpeau, en el informe de Lebatard (2) ha visto sobrevenir consecutivamente á la inflamacion de la cápsula sinovial que tapiza la rama horizontal del púbis para facilitar el deslizamiento de los músculos psoas é ilíaco. La extension de la inflamacion de los riñones se ha indicado tambien como pudiendo comunicarse al tejido celular de la pelvis mayor (3). La metritis (4) y la inflamacion de los ligamentos anchos se ha citado tambien como causa; sin embargo, segun Grisolles, los casos de este género son muy raros, y nada autoriza á decir á los autores que los anejos del útero, y en particular los ligamentos anchos, son el punto de partida de los flemones ilíacos consecutivos al parto.

§ II.—Síntomas.

Formado ya el tumor inflamatorio, casi son los mismos todos los *síntomas* de las diversas especies, y solo el sitio es el que determina modificaciones importantes.

El *dolor* es ordinariamente intenso y aparece desde el principio; sin embargo, entre los hechos que refiere Grisolles, hay ocho en que este síntoma no ha aparecido hasta despues de uno ó mas dias, y cuatro en que no se ha presentado hasta mas tarde aun. El *dolor espontáneo* es variable en su intensidad; en algunos enfermos es solo sordo, gravativo, pero en la mayor parte se agregan á este dolor

(1) Grisolles, *Traité de pathologie interne*, t. I, p. 619, 9.ª edic. Paris, 1865.

(2) Lebatard, tesis de Paris, 1837, n.º 397.

(3) Téallier, *Journal général*, t. CVIII, obs. 3.

(4) Piotay, tesis de Paris, año 1837, n.º 462.

continuo otros lancinantes y pulsativos que se irradian á mayor ó menor distancia por el abdómen, el muslo correspondiente y el perineo. A veces no existe en estas partes mas que un simple entorpecimiento. Se ha observado con bastante frecuencia que los enfermos no referian el asiento del dolor al punto exacto que ocupaba el tumor inflamatorio, y así algunos acusan dolores en todo el vientre ó en el hipogástrico cuando la afeccion reside en la region inguinal.

Son todavía mas exactos los datos que ofrece el *dolor á la pression*. Por la palpacion se ocasiona un dolor intenso, por lo comun intolerable y que obliga al enfermo á quejarse en un punto de abdómen (la fosa iliaca derecha en los abscesos dependientes de las alteraciones del ciego y de su apéndice, y una de las dos fosas ilíacas ó un punto de hipogástrico en los demás). Este dolor se exagera considerablemente por los sacudimientos de la tos, los movimientos del tronco, y sobre todo los de la pierna, cuando el absceso ocupa la fosa iliaca, y así los enfermos tienen *medio doblada la extremidad inferior* del lado afectado, y temen mucho los movimientos de extension que se les quiere comunicar.

En los primeros tiempos de la enfermedad se halla en el punto que ocupa la inflamacion un tumor un poco duro, resistente, sin abolladuras, sin latidos y sin cambio de color en la piel. Este tumor tiene un volúmen muy variable, pero en general ocupa una gran extension y llena toda una fosa iliaca sin dejar intervalo entre él y el hueso ileon. En un caso dependiente de una perforacion del ciego, y para el que he sido llamado por Manec con otros médicos de la Saliterria (el enfermo estaba empleado en este establecimiento cuando yo visitaba en el mismo), hallamos toda la fosa iliaca derecha y el hipogástrico hasta la línea media ocupados por un tumor resistente tal como le acabo de describir. En otro caso que he observado en la Piedad en una parida, el tumor excedia mucho de esta línea media, y tenia por consiguiente un volúmen enorme.

Este tumor es casi siempre *inmóvil*, y en los casos en que se le pueden comunicar algunos movimientos, son muy limitados.

La *percusion* hecha con prudencia da un sonido á macizo en toda la extension del tumor, que contrasta por lo comun con el sonido timpanítico que presentan las partes inmediatas.

A veces la enfermedad, despues de haber durado un tiempo variable, pero que no es muy largo, se va disipando poco á poco. Entonces empieza el tumor por ser menos doloroso, en seguida disminuye de volúmen, y por último desaparece sin dejar vestigio ó quedando solo un pequeño núcleo duro é indolente que se disipa tambien al cabo de un tiempo mas ó menos largo.

Los *signos generales* que indican la *formacion del pus* no aparecen, ni con mucho, en todos los casos, ó á lo menos solo se han notado en una tercera parte de los enfermos, segun los hechos que ha reunido Grisolle. Estos síntomas son, como todos saben, *escalofríos*

irregulares, exacerbacion de la fiebre por las tardes, y *sudores generales* especialmente durante el sueño.

Pero lo comun es que no suceda esto, sino que *supure* el tumor, dando así origen á síntomas nuevos.

Los *signos locales* son el reblandecimiento del tumor, la *fluctuacion* y la *rubicundez* de la piel cuando el pus tiende á salir al exterior, y en el mismo caso una prominencia en punta de una de las partes del tumor. Algunas veces, como en un caso que he observado en 1846 en el anejo del Hôtel Dieu, se adelgaza la piel en distintos puntos y se forman elevaciones en varios sitios del tumor.

En cierto número de casos que todavía no es posible determinar, aparecen los signos locales de la supuracion *á la vez en el hipogástrico y en la vagina*; así, introduciendo el dedo en este conducto, se percibe una fluctuacion mas ó menos manifiesta, y á veces hasta una prominencia fluctuante que baja hasta la mitad de la vagina: he oido al doctor Barth citar un hecho de este género en la Sociedad médica de observacion. En otros casos, en vez de conservar su volúmen el tumor haciéndose fluctuante, se aplana mas ó menos pronto, y entonces se puede percibir tambien algunas veces la *fluctuacion en la vagina*. Estos nos indican cuán útil es hacer el *tacto vaginal* en todos los casos de tumor inflamatorio de la pélvis.

Segun Grisolle, tarda mas en formarse la supuracion en estos tumores que en los demás tumores inflamatorios que tienen su asiento en el tejido celular; pero creemos que solo debe entenderse esta asercion en el sentido en que tarda mas en hacerse apreciable la fluctuacion, lo cual se explica por la profundidad del absceso. Así en los casos en que hay una perforacion de un órgano que derrama un líquido séptico en el tejido celular circunvecino, no puede dudarse de que se forma muy pronto la supuracion, y sin embargo, en el caso que hemos citado mas arriba nunca apareció la fluctuacion de un modo sensible, como hemos podido convencernos, y en el que veremos mas adelante que no ha habido duda de la existencia de un absceso, á pesar de haberse curado el enfermo.

En otras circunstancias parece que la enfermedad quiere terminar por *resolucion*, pero el tumor solo se disipa de un modo imperfecto; queda todavía duro y un poco doloroso, permanece así por mucho tiempo, y concluye al fin por desaparecer rápidamente. He visto un caso de este género en el anejo del Hôtel Dieu: la enferma recién parida habia presentado todos los síntomas de una flegmasia de la fosa iliaca, y al cabo de algunas semanas calmó un poco el dolor, disminuyó el tumor y se puso muy duro sin haber presentado fluctuacion. La enferma permaneció así mas de tres meses sin poder levantarse, porque los movimientos de la extremidad inferior ocasionaban dolor en el punto afectado, y pasado este tiempo he observado de un dia á otro que el tumor habia disminuido en mas de un tercio de su volúmen, y que al mismo tiempo salia por la vagina un pus blanco, es-