

No son iguales los de la peri-salpingitis, que ofrece un período inicial caracterizado por condiciones opuestas á las anteriormente indicadas. Como la membrana serosa absorbe, habrá fenómenos generales, así sobreviene un escalofrío, y tras éste dolores intensos pungitivos de peritonitis localizada, que se agravan á la presión de las ropas y de la mano; acompañan á estos dolores: irradiaciones hacia el abdomen con un estado nauseoso, á veces vómitos, etc. El pulso es frecuente, llegando á latir 120 veces por minuto, y la temperatura alcanza 39° y hasta 40°. Al mismo tiempo, preséntanse hemorragias con mayor facilidad, sosteniéndose el cuadro más ó menos hasta su declinación.

El diagnóstico no presenta grandes dificultades, sobre todo en la forma de peri-salpingitis. Podemos añadir á los datos indicados, los que resultan del reconocimiento, y así en el período exudativo, encontraremos, mediante la palpación, un tumor en la fosa iliaca, y por el tacto vaginal hallamos la trompa aumentada de volumen, por los fondos de saco. En la endo-salpingitis, el reconocimiento sólo descubre tumor cuando la trompa es bastante voluminosa. El síntoma capital es que los fondos de saco laterales son excesivamente dolorosos á la presión.

El curso de la dolencia transcurre en unos quince días, de los cuales hay dos para el primer período, cinco ó seis para el segundo y seis ú ocho para el tercero; puede durar menos ó más, todo relacionado con el carácter de la infección. Alguna diferencia existe entre la salpingitis originada por los microbios vulgares y la producida por el gonococcus, pues en este último caso la dolencia dura más y pasa fácilmente al estado crónico, y nada diremos si la enfermedad se debe al bacilo de Koch, que siempre determina manifestaciones crónicas. El tipo de la dolencia, que termina por resolución suele ser de doce á quince días, y ya veremos lo que duran las formas crónicas y supurativas, al estudiar estas terminaciones de la salpingitis.

El pronóstico de la salpingitis aguda, por lo general, no ha de ser grave porque la terminación grave ó por supuración, se presenta raras veces y aun cuando aparece no es propia de la verdadera salpingitis. Respecto á las otras terminaciones, la llamada por resolución, conduce al restablecimiento de la enferma, y merece, por tanto, un pronóstico benigno, y la terminación por paso al estado crónico, no requiere pronóstico grave de momento. El pronóstico, pues, no ha de acentuarse, aunque el cuadro de la enfermedad se presente muy recargado.

Respecto al tratamiento, diremos que no puede cumplirse una indicación causal, y recordando las dificultades que hay para combatir una infección de la vagina que tenemos á la vista, compréndese sin esfuerzo que ocurra de esta manera. No pudiendo, pues, combatir el microbio virulento, nos reduciremos á oponernos á aquel orden de causas que favorecen el desarrollo de la infección, y así, la primera regla que importa guardar es la quietud ó reposo de la enferma, para que cambien las condiciones del terreno donde vegetan los agentes

patógenos, y luego cumplir varias indicaciones locales y generales, para impedir la evolución de la salpingitis, remediando además los síntomas que ésta determina. Con este objeto, tenemos varias medicaciones; en primer lugar, todas las aplicaciones tópicas sobre el abdomen que modifican la circulación de la pelvis, tales como el hielo y los revulsivos empleados en forma de cantáridas, tinctura de yodo ó bien emisiones sanguíneas locales, verificadas por medio de las sanguijuelas. También son útiles los tópicos vaginales, que modifican la circulación del aparato genital, como las irrigaciones calientes hasta donde pueda soportarlas la enferma (40°); lo mismo diremos de los supositorios vaginales que producen corriente dialítica y descongestionan el aparato genital. Debemos cumplir asimismo, indicaciones calmantes, y en este concepto, las pomadas laudanizadas ó de ictiol, aplicadas en el bajo vientre, son realmente eficaces. Además de las indicaciones locales, podemos cumplir otras generales más ó menos apremiantes, según los casos; la medicación astringente, representada por el *hidrastis canadensis* y el bisulfato de quinina, acelera el curso de la dolencia y lo hace favorable; los purgantes salinos, que disminuyen la congestión de todo el abdomen y por ende de la baja pelvis, están también indicados y muchas veces harán desaparecer los síntomas más alarmantes. No podremos dispensarnos, por lo general, de cumplir indicaciones calmantes, y con este objeto apuraremos la medicación de esta clase al interior, valiéndonos de la morfina y el bromuro potásico, que como todas las sales de potasio, modifica la circulación pelviana.

El mecanismo patogénico de la infección hará variar el tratamiento, y así, cuando la salpingitis es de origen vulgar, habiéndose propagado una infección á las trompas durante el período puerperal, ó nos hallemos en presencia de un proceso infectivo extemporáneo de carácter estreptocócico ó estofilocócico, es lícito esperar que la flogosis termine por resolución. En cambio, si la salpingitis es ocasionada por el gonococcus ó el bacilo tuberculoso, casi puede asegurarse que pasará al estado crónico; lo mismo diremos si la enfermedad se debe á alguna fiebre exantemática, cuyo agente productor será el mismo estreptococcus, dotado de especial virulencia. De este modo sabremos á qué atenernos respecto al tratamiento y á lo que éste puede darnos; no estamos desarmados frente á una infección, puesto que podemos cambiar las condiciones del terreno, haciendo que la infección no progrese y se localice en un punto lo más reducido posible.

Otra infección localizada, es la ovaritis, que también dividiremos en aguda y crónica. La primera, en el concepto etiológico, es enteramente igual á la salpingitis, pues por el mismo camino que llegan los agentes patógenos á la trompa, pueden alcanzar el ovario, ya que hay contigüidad entre estos órganos, con la diferencia de que á la trompa llegan más fácilmente los gérmenes infecciosos procedentes del aparato genésico, y al ovario alcanzan los que provienen de un estado general. Se comprende que así suceda, pues en la trompa hay continui-

dad de su mucosa con la del útero, y para que los microbios lleguen al ovario, es preciso que pasen antes por la trompa, por esto siempre que una ovaritis dependa de infecciones del útero, habrá salpingitis concomitante, sólo en casos raros en los cuales la infección llega por los linfáticos, respetando la trompa y sus alrededores, no encontraremos salpingitis. En cambio, en las infecciones generales, por tratarse de un órgano parenquimatoso, se comprende que pueden localizarse en él los microbios patógenos, con preferencia á la trompa, que es un órgano membranoso, por esto hay en la ovaritis un estado intermedio, la congestión, que no llega á ser aquella enfermedad, y que no tiene mucha importancia en la trompa, pero sí en el ovario. Así, pues, el mecanismo patogénico es igual para ambos órganos, si se exceptúan los casos últimamente referidos de congestiones ováricas, que, á diferencia de la ovaritis aguda, por obedecer casi siempre á un estado general, raras veces lo estudiaremos como un fenómeno agudo, sino que lo consideraremos como crónico.

Siendo la Etiología y Patogenia de la ovaritis, igual á la que ofrece la salpingitis, la Anatomía Patológica ofrecerá los caracteres de la inflamación, en todo órgano parenquimatoso. Dos formas tenemos que estudiar, según que las lesiones inflamatorias ataquen los elementos propios del órgano ó los del estroma conjuntivo, y así como en la Patología del hígado se estudia la hepatitis intersticial y la parenquimatosa, en la ovaritis estudiamos también estas dos modalidades. En la forma parenquimatosa, las lesiones recaen en los ovisacos y en las vesículas de Graaf, presentándose aquéllas con carácter algo distinto cuando radican en el tejido conjuntivo que se halla ya predispuesto á las lesiones agudas. En este proceso flogístico, pueden señalarse tres períodos: uno de hiperemia, en que el ovario aumenta de volumen; otro de exudación, en que el órgano aparece infiltrado de serosidad y sigue aumentando en su volumen; y finalmente, un período final, en que sobreviene la resolución ó quedan lesiones de naturaleza crónica, ó bien se forma un absceso. La ovaritis aguda que pasa al estado crónico, ofrece un carácter muy distinto, según sea parenquimatosa ó intersticial, aunque ambas pasen por los mismos períodos que hemos reseñado anteriormente. Dada la situación del ovario, ya se echa de ver que al inflamarse aquel órgano, han de sufrir más ó menos las regiones vecinas; por esto hay las peri-ovaritis, como hay peri-salpingitis, presentándose hiperemias y nódulos de exudación en la superficie del peritoneo, que enmascaran la enfermedad.

La Sintomatología de la ovaritis es algo parecida á la de la salpingitis, con algunas variaciones. Desde luego hay dolores intensivos y pungitivos, á diferencia de lo que ocurre en la salpingitis, y no presentan el carácter de cólicos como en esta última. El dolor de la trompa se irradia, pero todavía se irradia más el del ovario; de manera que este síntoma caracterízase en la ovaritis por ser más violento, espontáneo, no presentar la forma de crisis é irradiarse hacia los muslos. Otro fenómeno que distingue la ovaritis de la salpingitis, es la influencia que la primera ejerce en las congestiones del aparato genital; el ovario

inflamado produce congestiones uterinas, no por vía directa sino de una manera refleja, de aquí que en la ovaritis las metrorragias sean de corta duración, mientras que en la salpingitis éstas duran más, gracias á los fenómenos de compresión producidos por los exudados. Aparte de estos cambios, la Sintomatología es la misma, con la diferencia de que raras veces hay una ovaritis que no trascienda al estado general, puesto que si bien hay endo-salpingitis sin perisalpingitis, raras veces existe ovaritis sin peri-ovaritis.

El curso de la ovaritis es igual al de la salpingitis, quince días ó tres semanas bastan para terminar la enfermedad, advirtiendo que en el modo de concluir ésta, la diferenciaremos de la salpingitis. En efecto: así como en la inflamación de la trompa es raro que se forme pus, porque como el órgano es membranoso hay poco espacio para que se forme un absceso, en la ovaritis, en cambio, la supuración es mucho más frecuente, porque el órgano es parenquimatoso y ofrece sitio holgado para que se forme la colección purulenta, que, tratándose de la ovaritis aguda, tiende á desvanecerse porque no ha habido tiempo para que se formen lesiones de vecindad que la aislen y enquisten. De todas las supuraciones pelvianas, ninguna hay tan terrible como la que estudiamos, pues la vida de la enferma se halla gravemente amenazada, ya que el pus puede derramarse en el peritoneo, ocasionando la muerte en diez y ocho ó veinte horas. La rotura del absceso y la irrupción de su contenido en la serosa peritoneal, determinan una peritonitis rapidísima; el absceso fórmase en pocos días si la enfermedad es de curso veloz, y como no hay membranas consistentes que aislen el pus, éste va aumentando y llega un momento en que se abre camino á la manera de un absceso sub-cutáneo, derramándose y propagándose la infección á todo el peritoneo. No es raro ver que tras el cuadro de una ovaritis con todos sus caracteres y pasados algunos días, calmado el dolor y atenuados los principales síntomas, nos quedemos tranquilos, creyendo que todo ha terminado; pero se sostiene cierta frecuencia de pulso y cierta elevación térmica por la presencia del foco purulento, apareciendo de pronto la terrible complicación estudiada que lleva al sepulcro á la enferma.

El diagnóstico de la ovaritis presenta dificultades para precisarlo; ya hemos visto que los síntomas no eran muy acentuados, por esto recurriremos á la exploración clínica, que nos dará datos para reconocer que se trata de una ovaritis y no de una salpingitis. Ocurre en la ovaritis un fenómeno que sólo pasa en la salpingitis crónica; colocado el ovario en el ala posterior del ligamento ancho y sostenido allí por sus relaciones anatómicas, cuando aumenta de volumen y peso cae en el fondo de saco posterior. Este dato es de inapreciable valor para el diagnóstico, pues en ninguna otra enfermedad que no sea una ovaritis aguda, encontraremos el ovario aumentado de volumen, sensible á la presión, sólo encontraremos algo parecido en la salpingitis crónica. Este síntoma servirá sobre todo para determinar la supuración, pues tanto si la enfermedad termina por resolución, como si pasa al estado crónico, el órgano disminuye de volumen.

Cuando el ovario no cae en el fondo de saco de Douglas y no podemos tocarlo, el diagnóstico diferencial entre una salpingitis y una ovaritis es muchas veces imposible.

El tratamiento de la ovaritis aguda es exactamente igual al de la salpingitis aguda, que no hay para qué repetir; iguales medios é idénticas indicaciones locales y generales deben cumplirse en uno y otro caso. Sólo haremos una salvedad; al establecer el pronóstico de la salpingitis dijimos que, por lo general, no era grave, no podemos decir lo propio tratándose de una ovaritis, que puede terminar por supuración y concluir con la vida de la enferma en pocas horas; he aquí que el pronóstico haya de ser siempre de reserva. De esta diferencia pronóstica han de surgir indicaciones, é indicaciones perentorias, aplicando el principio antiguo de dar salida al pus donde quiera que exista, que tiene su indicación más adecuada en este caso, pues el ovario está flotando en la cavidad abdominal y al romperse el absceso no lo hará hacia la piel, ni hacia los órganos cavitarios, como la vejiga é intestinos, ya que no hay adherencias con estos órganos, sino en el peritoneo. De aquí la indicación quirúrgica en los casos de ovaritis supurada aguda, que será la laparotomía para extirpar el ovario que pone en peligro la vida de la enferma; esta indicación existe también en la ovaritis crónica, y yo creo que muchos casos de ésta que terminan fatalmente, lo deben á este mecanismo. Recordemos, pues, que en la ovaritis aguda supurada puede venir la peritonitis, para intervenir oportunamente.

Para terminar el estudio de la ovaritis, digamos que en más de la mitad de los casos, las lesiones no radicarán exclusivamente en la trompa, ni en el ovario, sino en ambos órganos á la vez, no habiendo salpingitis y ovaritis de carácter independiente, sino salpingitis-ovaritis de diferente naturaleza.

Lección LV

Pelvi-peritonitis generalizada aguda.—Etiología, patogenia, anatomía patológica, síntomas, diagnóstico, curso y formas, pronóstico y tratamiento.

Las enfermedades flogísticas del suelo de la pelvis, radican unas en el tejido celular y otras en el peritoneo pelviano, dando origen respectivamente á la pelvi-celulitis ó para-metritis y á la pelvi-peritonitis, por otro nombre perimetritis. Durante muchos años en que tardaron á conocerse bien estas especies morbosas, hubo muchas discusiones acerca de cual de las dos enfermedades mencionadas era la causante de las dolencias que luego estudiaremos, y los autores se mostraban unos en favor de la pelvi-celulitis, y otros se declaraban partidarios de la pelvi-peritonitis; los primeros excluyendo las infecciones ó flogosis localizada en el peritoneo, y los segundos rechazando casi en absoluto

las inflamaciones del tejido celular. Aun en la actualidad no hay acuerdo completo, pero de todas maneras, sabemos á qué atenernos, puesto que los estudios clínicos de estos últimos años han demostrado la improcedencia de aceptar exclusivamente una de las enfermedades apuntadas. Efectivamente, deben admitirse dos clases de inflamaciones, unas en que la parte principalmente afecta es la serosa, y otras en que aparece más dañado el tejido celular; claro está que, dada la vecindad de ambas partes cuando exista pelvi-peritonitis, habrá también pelvi-celulitis y vice-versa, ocurriendo lo propio que en la neumonía, la cual raras veces se presenta con caracteres de agudez extrema, sin que vaya acompañada de pleuresía. De todas maneras, los dos tipos nosológicos apuntados, pueden estudiarse separadamente, y así comenzaremos por la pelvi-peritonitis.

Esta enfermedad, llamada también peri-metritis y peri-metro-salpingitis (Pozzi), consiste en la inflamación ó infección del peritoneo pelviano. Respecto á la Etiología y Patogenia, podemos repetir lo dicho á propósito de las salpingitis y ovaritis, con la diferencia de que en las últimas, la infección se localiza en estos órganos, mientras que en la pelvi-peritonitis se difunden por toda la serosa pelviana; por esto, cuando hay pelvi-peritonitis existe también salpingitis, ovaritis, inflamación de la serosa que cubre el útero, así como de las que cubren la vejiga, el recto y el fondo de Douglas. Distinguese, pues, la pelvi-peritonitis de la salpingo-ovaritis por su generalización al fondo pelviano, así como se diferencia de la peritonitis generalizada, porque las lesiones sólo radican en el fondo de la pelvis. El mecanismo de la infección que estudiamos consistirá en la llegada de un microbio patógeno á la serosa pelviana por una ú otra vía, unida á varias circunstancias que favorecen el proceso infectivo.

Desde luego estudiaremos las lesiones que se encuentran en la pelvi-peritonitis aguda, única de la que hoy nos ocuparemos. Presenta ésta las lesiones iguales á las de la salpingo-ovaritis, iniciándose aquéllas por una hiperemia, cambio de color en la serosa y demás fenómenos propios del primer período, los cuales se sostienen hasta que llega la exudación, que puede ofrecer muchísimas variantes. Unas veces el período exudativo es más remiso, formándose pequeños exudados en la superficie de la serosa, ocasionando la llamada peritonitis adhesiva. No se forman grandes masas de edema, ni derrames serosos en gran cantidad, así vemos los intestinos delgados adheridos al fondo de Douglas ó á la cara anterior ó posterior del útero ó de los anexos del mismo. Todos los órganos que contactan en esta peritonitis, al llegar al segundo período contraen adherencias. En cambio, en otras formas, por cierto las más comunes, al llegar al segundo período hay en la pelvis grandes colecciones de derrame, que merecen el nombre de edema peritoneal, habiendo primeramente cierta hipersecreción de la serosa, que produce serosidad de un modo profuso, que por lo general no queda libre sino que se forman falsas membranas encargadas de contenerla, originándose así unos tumores de variado volumen y diversa topografía.

Unas veces dominan hacia un lado, según la intensidad de la peritonitis, otras hacia el opuesto, pero en general estos derrames enquistados, diríjense hacia el sitio de mayor declive y más holgado, cual es el fondo de Douglas, por esto en dicho punto véñse grandes cantidades de edema inflamatorio. Además de esta exudación, fórmanse adherencias diversas de unos órganos con otros. Viene, finalmente, el tercer período de la dolencia, durante el cual acaece lo propio que en la salpingo-ovaritis, reabsorbiéndose estos derrames, á veces con gran rapidez, sin dejar señal de su existencia, formándose bridas adhesivas de unos órganos con otros, ó bien resolviéndose del todo el proceso inflamatorio; ó bien la reabsorción cesa en un momento dado, y adquiere un curso crónico, presentando recidivas y recaídas que ocasionan la pelvi-peritonitis crónica; ó bien terminan por supuración, formándose colecciones purulentas únicas ó múltiples en el fondo de la pelvis, las cuales recaen principalmente en el fondo de Douglas.

Iniciase la enfermedad por un escalofrío ó varios, á los que sigue inmediatamente el dolor en el bajo vientre, con todo el carácter de peritonítico, se extiende á las regiones umbilical é hipogástrica. La sensación dolorosa es tan fuerte, que la enferma no puede tolerar las ropas de la cama, y así es natural que guarde un decúbito supino, y con las piernas encogidas para que las ropas de la cama no toquen el vientre. Aparte del dolor, preséntanse varios fenómenos locales como en la salpingo-ovaritis; hay una fuerte congestión de todo el aparato genital, apareciendo leucorrea y metrorragias, á veces abundantísimas, coincidiendo ó no con el período menstrual, y que obedecen á la enorme congestión que hemos indicado, como también á ciertos nódulos de edema que se colocan principalmente en el fondo de saco de Douglas, y detrás de los ligamentos anchos. De esta manera resultan comprimidos los plexos pampiniformes que aseguran la circulación de retorno; hay, por lo tanto, hiperemia pasiva que ocasiona y sostiene hemorragias profusas y duraderas, las cuales no dejan de alarmar. Ofrécense además síntomas por parte de los órganos vecinos, y así, alterándose la vejiga urinaria, hay tenesmo, micción dolorosa, todo lo cual se debe á una inflamación del peritoneo que recubre la vejiga. Ocurre asimismo un fenómeno que puede confundir el diagnóstico, y es la retención de orina producida por una parte, por la cistitis que hace que la mujer retarde cuanto pueda la micción, y por otra la paresia de la capa muscular de la vejiga, paresia que existe allí como en todo músculo inflamado, viniendo luego los fenómenos de compresión que interesan la uretra, la cual es empujada hacia arriba. Esta retención preséntase en la peritonitis en todas sus formas, con tal que revista cierta intensidad y origina graves errores de diagnóstico, porque frente al dolor y metrorragias, junto con un tumor duro (que tal efecto nos hace la vejiga) puede inducirnos á sospechar alguna neoplasia..... que luego desaparece como por encanto al cesar el período inflamatorio.

En el recto puede presentarse también tenesmo, y sobre todo defecación do-

lorosa, además de una pertinaz astringencia de vientre; hay verdadera dificultad mecánica para que los excrementos atraviesen la ampolla rectal en el sitio correspondiente al fondo de saco de Douglas, y el bolo fecal debe ejercer compresiones que despiertan vivos dolores. La obstrucción del recto por las masas edematosas, puede ser tan fuerte, que se ha llegado á confundir la pelvi-peritonitis con un caso de obstrucción intestinal.

En cuanto á fenómenos generales, reconoceremos una notable paresia del tubo digestivo, acompañada de meteorismo y quizás de vómitos que no ofrecerán el carácter de persistentes, como en la peritonitis generalizada, pero que molestan bastante. Pueden comprobarse además desórdenes de la calorificación; el pulso se hace frecuente, pequeño y adquiere el carácter de pulso peritonítico por su dureza y celeridad, que es de 130 y 150 por minuto; á todo esto desarróllase una elevación térmica que llega á 39° y 40°. Estos síntomas generales se sostienen durante todo el primer período y gran parte del segundo, á veces persisten mientras se resuelve la enfermedad.

Dados los síntomas anteriores, tanto locales como generales, se comprende que el diagnóstico diferencial no ofrecerá grandes dificultades, y sólo puede costarnos algo el conocer si además de la pelvi-peritonitis existe la enfermedad que la determinó y averiguar su naturaleza. Al cuadro sindrómico descrito, que casi basta por sí solo para diagnosticar la pelvi-peritonitis, pueden añadirse los datos que nos proporciona el reconocimiento, pero no podremos hacer grandes perfiles, porque sólo adquiriremos la convicción de que el bajo vientre, el hipogastrio y las fosas ilíacas son dolorosos, y más duros que en estado normal, quizás percutiendo descubriremos alguna zona mate, representada por los edemas, pero siempre encontraremos el gravísimo obstáculo del dolor, especialmente en los primeros períodos, provocado al solo contacto de las manos y que imposibilita casi la palpación y percusión del bajo vientre. Por medio del tacto hallaremos la parte más caliente y el útero inmóvil, gracias á las zonas de edema seroso que se forman á su alrededor. Sea como sea, el síntoma principal lo hallamos por la exploración de los fondos de saco que puede servirnos para diferenciar la pelvi-peritonitis de la pelvi-celulitis; en la primera el fondo de saco anterior está libre, y los laterales se presentan dolorosos pero libres también, pudiendo introducir nuestro dedo á todo alrededor del útero; no así en la pelvi-celulitis, y se comprende, pues el peritoneo no alcanza el fondo de saco anterior ni los laterales, en cambio, en el fondo de saco posterior percíbese un abultamiento que obstruye el recto y la vagina. Este tumor es fácil de descubrir, y se presenta doloroso, duro y constituyendo el síntoma más valioso. No nos quedarán dudas acerca de la enfermedad, pero podemos quedarnos más ó menos perplejos acerca de las demás que en determinados casos la acompañan, como también acerca de si la pelvi-peritonitis es idiopática ó sintomática. Un tumor en el ovario cuyo pedículo se tuerce, puede provocar la pelvi-peritonitis, siéndonos más difícil en este período dilucidar si allí existe un pequeño tumor. Encontra-

remos serias dificultades si la pelvi-peritonitis debe su origen á una salpingitis anterior ó á un embarazo tubárico; en una palabra, es tarea ardua desentrañar cuál sea la enfermedad que ha producido la pelvi-peritonitis. A veces, el caso es sencillo, como acontece cuando ha habido un aborto y estamos en el período puerperal; en cambio, en otras ocasiones resulta más complicado el problema, y no tenemos más recurso que esperar á que se desarrollen los síntomas y á que desaparezcan los edemas.

El curso y las complicaciones de la pelvi-peritonitis vienen casi incluidos en lo que acabo de decir. La pelvi-peritonitis aguda ofrece un curso variable según cual sea su naturaleza; la más típica dura de tres á cuatro semanas, comprendiendo el período hiperémico, tiempo breve porque el peritoneo pronto localiza y aísla la infección. El período exudativo comprende unos ocho ó quince días, al cabo de los cuales disminuyen los edemas, se reabsorben los exudados y viene el tercer período que comprende un tiempo próximamente igual al anterior, formando entre todos el cómputo de tres ó cuatro semanas ya indicado. Esto en los casos usuales, porque en otros, v. gr : en las pelvi-peritonitis adhesivas, el curso es algo distinto, caracterizándose por una mayor lentitud. La enfermedad que nos ocupa casi siempre será producida por un agente vulgar como el *estreptococcus*, *staphilococcus*, *bacterium coli*, ó por un agente específico, y en este último caso el más frecuente es el *gonococcus*, porque los demás gérmenes infectivos originan la pelvi-peritonitis crónica. Entre la pelvi-peritonitis vulgar y la gonorreica hay una enorme diferencia; en primer lugar, la pelvi-peritonitis aguda gonorreica es más frecuente que la vulgar, y raras veces desarrolla el cuadro local y general que hemos descrito. Preséntase, sí, el edema, pero se desarrolla lentamente y sin formar grandes masas; hay pocos fenómenos generales, raras veces hay dificultad en la defecación y retención de orina, pero es notable la persistencia de ciertos síntomas, principalmente el dolor. En la pelvi-peritonitis gonorreica y durante el segundo período, es muy fácil el tránsito al estado crónico, y no desaparece el dolor; si hemos de esperar que venga la resolución, tendremos más motivos en la vulgar que en la gonorreica. Las complicaciones de la pelvi peritonitis son las indicadas y aquí sólo llamaremos la atención acerca de la forma supurativa en que la enfermedad puede terminar algunas veces.

La pelvi-peritonitis seguirá un curso diferente según el modo como termine; cuando acaba por resolución franca, ceden los fenómenos locales, como el dolor y las metrorragias; desaparece la dificultad á la defecación y la paresia de la vagina, disminuyen también los fenómenos generales, apagándose los vómitos y la fiebre y regularizándose el pulso. Al tiempo que esto ocurre, desaparecen con rapidez las grandes masas de edema flogístico. Finalmente todo vuelve á su estado normal, quedando tan sólo alguna adherencia que disloca el aparato genital, dejando el útero fijado en anteflexión ó en retroflexión; la trompa, el ovario quedan clavados en el fondo de Douglas, con alteraciones del pabellón de

aquella, y de aquí la esterilidad consecutiva, único resto á veces de la dolencia. Si ésta pasa al estado crónico, los fenómenos remiten, pero no desaparecen, pues quedan siempre masas induradas que se conservan más ó menos dolorosas, de vez en cuando hay alguna recidiva, aumenta el dolor, se eleva la temperatura y aparece todo el cuadro que estudiaremos al tratar de la pelvi-peritonitis crónica. Pero si la enfermedad que nos ocupa, en vez de resolverse ó pasar al estado crónico termina por supuración, fórmase en el fondo de saco de Douglas una colección purulenta, que se enquista más ó menos por las falsas membranas que aislaron el edema, este enquistamiento salva á la enferma de los peligros de la difusión del pus con peritonitis consecutiva. Ya en marcha la formación del pus, apágase el proceso flogístico local, pudiéndose apreciar cómo se reabsorben las zonas de edema, quedando un punto que se limita más ó menos pero que cuando existe es algo doloroso. Desaparecen los fenómenos locales más culminantes, pero siempre permanece el tumor. Pero al mismo tiempo continúa la frecuencia del pulso, hay algunas elevaciones térmicas con recargos vespertinos y el diagnóstico queda confirmado si aparece alguna nueva ráfaga de inflamación local alrededor del foco purulento.

El tratamiento es igual que el de la salpingo-ovaritis, pero llevado al extremo: así emplearemos la medicación calmante, los revulsivos en el hipogastrio, cateterismo si existe retención de orina, quinina por sus preciosos efectos generales, bromuro potásico en los fenómenos muy acentuados y si el caso lo reclama, hasta inyecciones de morfina. Al igual que en la salpingo-ovaritis preséntanse en esta enfermedad indicaciones quirúrgicas cuando sobreviene la supuración: debe darse salida al pus del modo que estudiaremos en la pelvi-celutitis y pelvi-peritonitis crónicas; hagamos tan sólo un salvedad; una pelvi-peritonitis terminada por supuración es un hecho raro que el pus se difunda por el peritoneo, ya que el pus no está en un órgano inextensible, sino en una cavidad muy holgada. Al mismo tiempo en la pelvi-peritonitis el pus se enquista y queda separado del resto de la serosa peritoneal, de aquí que pocas veces haya un derrame de pus que se difunda por el peritoneo, el cual opone una valla resistente. Aunque no venga la supuración, puede estar indicada una intervención quirúrgica, con el fin de remediar los fenómenos compresivos ocasionados por nódulos de edema. Esta indicación quirúrgica, puede ser la colpotomía, incisión por la vagina que vaya al fondo de saco posterior y dé salida á la serosidad. En determinados casos debe hacerse la incisión abdominal. Conste, sin embargo, que muchas pelvi-peritonitis terminan favorablemente sin esta intervención.

Lección LVI

Pelvi-celulitis aguda.—Etiología y Patogenia.—Síntomas y diagnóstico.—Curso, complicaciones y formas; pronóstico y tratamiento.

La pelvi-celulitis, como su nombre indica, es la inflamación ó infección del tejido celular pelviano conocido también con la denominación de *parametrium*, y de aquí que la enfermedad se haya llamado para-metritis. Esta dolencia no es admitida por unos, al paso que otros la conceptúan muy frecuente; los primeros sostienen que toda inflamación pelviana asienta primitivamente en el peritoneo, mientras que los últimos afirman la mayor frecuencia de la pelvi-celulitis respecto á la pelvi-peritonitis. Hoy día sabemos ya á qué atenernos respecto á este punto, y conocemos que la pelvi-peritonitis es más común que la pelvi-celulitis, lo cual guarda relación con algunas consideraciones patogénicas de importancia. Ya sabemos que las infecciones propagadas por el aparato genital siguen dos vías; una por continuidad de tejido al través de la mucosa, y otra linfática que puede conducir los gérmenes infectivos á la serosa. Por este último mecanismo se produce la pelvi-celulitis, y se comprende, pues la infección puede localizarse muy bien en el estroma de tejido celular que rodea el útero y que existe sobre todo en el espesor de los ligamentos anchos. La pelvi-celulitis viene, pues, ligada con las ideas patogénicas expuestas; lo que resulta más discutible es la llamada pelvi-celulitis protopática, la localización *per se* de un proceso infectivo cualquiera en el tejido conjuntivo pelviano; la enfermedad que estudiamos depende de una infección que se propaga por los vasos linfáticos del aparato genital, y por esto es frecuente en ciertos estados. Indudablemente que muchas pelvi-celulitis preséntanse en el puerperio porque en el acto del parto se verifican traumatismos del cuello del útero y de la vulva, heridas que abren las boquillas linfáticas y por las cuales penetran los agentes sépticos; preséntanse además la pelvi-celulitis en las vulvitis ulceradas, aunque las úlceras sean pequeñas, en las metritis y otras lesiones que produzcan las circunstancias abonadas para que la infección se propague. Los traumatismos operatorios pueden favorecer asimismo la aparición de la pelvi-celulitis.

¿Puede comprenderse la localización de un proceso infectivo en el tejido celular pelviano sin puerta de entrada por las boquillas linfáticas? ¿Puede admitirse, en una palabra, la pelvi-celulitis protopática? Es difícil la demostración, pero si tenemos en cuenta lo que ocurre en estas infecciones, si recordamos que hay muchas partes cubiertas por tejido celular, presentándose allí una infección localizada como manifestación del *microbismo latente* (Verneuil), podemos aceptar la para-metritis protopática, advirtiendo que es rara y de difícil demostra-

tración. Otras veces la pelvi-celulitis obedece á una lesión primitiva de los anexos, como una salpingitis difundida al tejido celular pelviano; se comprende bien semejante hecho, pues si conforme sabemos, es frecuente la inflamación de la serosa que rodea la trompa, con sólo recordar que el meso-salpis es un sencillo repliegue peritoneal que contiene la trompa, pero que existe un sitio donde hay tejido conjuntivo y vasos linfáticos, comprenderemos que una infección de la trompa pueda propagarse por el meso salpis, respetando la cubierta peritoneal y siguiendo un camino inverso del que hemos descrito hasta ahora. Sea como sea, la pelvi celulitis presenta un caso distinto de pelvi-peritonitis, aunque muchas veces se confunden las dos enfermedades, como ocurre con la ovariitis y salpingitis.

Desde el punto de vista anátomo-patológico se comprende la dificultad de que exista una infección intensa de la serosa peritoneal que cubre el fondo de la pelvis sin que el tejido celular resulte dañado: cuando aparece pelvi-celulitis intensa encuéntrase asimismo lesiones de vecindad que no respetarán el peritoneo, que es el órgano más vecino. Así es que en la pelvi-celulitis aguda hay siempre pelvi-peritonitis, por lo cual se confunde muchas veces el cuadro sindrómico, pero así y todo la localización principal de la dolencia no se halla en el peritoneo que podrá ofrecernos lesiones consecutivas, sino en el tejido conjuntivo; y aun en donde existe en más abundancia es alrededor del cuello del útero, sitio de implantación de los ligamentos anchos y bordes del útero. En estos puntos, como en la reflexión de las tres hojas del ligamento ancho sobre los bordes del útero, habrá un hueco que será llenado por el tejido conjuntivo; entre el útero y la vejiga, como entre aquél y el recto, hállase también este tejido, el cual rodea también los ligamentos útero-sacros y rellena el espacio que hay entre las hojas del ligamento ancho. En tales partes encontraremos principalmente localizada la pelvi-celulitis.

Puede ofrecer esta afección dos tipos, tanto en el concepto anatómico como en el sintomático, uno generalizado y otro localizado. Este último es mucho más frecuente y casi diré que raras veces encontraremos la forma generalizada. La localización será más ó menos extensa, en una mitad de la pelvis, respetando la otra mitad en parte, lo cual se comprende, pues las puertas de entrada que existen para los linfáticos del lado derecho, es raro que existan también en el izquierdo; un traumatismo, un desgarro del cuello, será, por lo común, unilateral, el desgarro del periné casi nunca ocupa la línea media, y lo mismo diremos de la vulvo-vaginitis ulcerada. En la endo-metritis cervical las lesiones están más acentuadas en un lado que en otro, por esto la pelvi-celulitis ofrece casi siempre un carácter de localización.

Abarca la enfermedad tres periodos, uno de hiperemia, otro de exudación y otro terminal, en que todo se reabsorbe y desaparecen las lesiones anatómicas, ó bien pasan al estado crónico, apareciendo la pelvi-celutitis de este nombre, ó bien se forma una colección purulenta más ó menos abundante. En la forma ge-

neralizada, estas lesiones tienen grande extensión, pero los fenómenos anatómicos quedan enmascarados porque existe á la par pelvi-peritonitis, gracias á que cuando existe infección total del fondo de la pelvis, se afectan los anexos, y tanto es así, que á veces no puede establecerse un deslinde entre la infección del tejido conjuntivo y la de los anexos del útero. Cuando podamos establecer el diagnóstico, casi siempre nos hallaremos con una forma localizada, dominando las lesiones en uno ú otro lado y en algún sitio de los que tienen tejido conjuntivo. Lo más común es encontrar una pelvi-celulitis que reside en la unión de los ligamentos anchos con los bordes del útero, tocando el cuello de este órgano. Si está un poco más hacia afuera en el espesor del ligamento ancho, estará algo separado del útero, constituyendo lo que antes se llamaba *flemón del ligamento ancho*. Aunque raras veces, se comprende que la infección se localice entre la vejiga y el útero, formando el absceso ó flemón vésico-uterino. Si la localización se hace alrededor del cuello, tendremos el flemón ó absceso peri-uterino, y si el mal radica en la parte posterior, tendremos la para-metritis posterior. De todas estas formas, la que más supura es la existente en un sitio rico en tejido conjuntivo, ocasionando la para-metritis lateral del ligamento ancho; alrededor del cuello del útero y en el espesor del ligamento ancho, la supuración es un hecho común.

Los síntomas que determina la dolencia, son parecidos á los de la pelvi-peritonitis, tanto que entre los síntomas de una pelvi-celulitis intensa y los de una pelvi-peritonitis remisa, no se encuentra diferencia alguna. Es preciso que establezcamos diferencias entre ambas enfermedades; la pelvi-celulitis suele comenzar por un escalofrío que va seguido de fenómenos locales y generales, hay dolor en la baja pelvis difuso ó localizado hacia uno de los lados; este dolor ofrece carácter distinto del de la pelvi-peritonitis, pues ofrece un sello de continuidad muy acentuado y parece residir profundamente, no presentando nunca la intensidad que reviste en la pelvi-peritonitis. La enferma presenta una pierna encogida con frecuencia en vez de las dos. También se presenta en la pelvi-celulitis una elevación de temperatura y alteraciones en el pulso, que no llega á ser peritonítico, antes al contrario se presenta desplegado. Los vómitos, que son de rigor en la pelvi-peritonitis, faltan muchas veces si es que llegan á presentarse en la pelvi-celulitis. De todos modos, mejor que con los síntomas indicados, puede establecerse el diagnóstico diferencial entre ambas enfermedades por medio de la exploración.

La palpación del abdomen no da tantos datos como en la pelvi-peritonitis, pero mediante ella podemos alcanzar una induración profunda, el edema del tejido celular no adquiere las dimensiones que observamos en la pelvi-peritonitis, y á la palpación puede descubrirse algún dolor. No son tan claros los síntomas como en la pelvi-peritonitis. Por el tacto vaginal adquirimos los datos más importantes para conocer la enfermedad; así como en la pelvi-peritonitis, las zonas de edema hállanse principalmente en el fondo de saco de Douglas, en la

pelvi-celulitis la localización principal es hacia las partes laterales, viniendo luego la del fondo de saco de Douglas. Sea como sea, lo que da nota á la afección es la para-metritis lateral; los fondos de saco anterior y laterales estaban relativamente libres en la pelvi-peritonitis, no así en la pelvi-celulitis, donde encontramos una induración ó tumor al lado del cuello del útero, tumor al principio duro y doloroso, que luego se hace blando y se reabsorbe ó supura. Tales fenómenos extiéndense al fondo de saco de Douglas, y entonces diremos que la para-metritis lateral se ha hecho posterior; el tumor indicado puede alcanzar un volumen mayor ó menor, pero se descubre siempre. En el flemón del ligamento ancho también encontraremos un tumor profundamente situado en las partes laterales, entre las hojas de aquél. Practicando el reconocimiento, es bastante fácil diagnosticar; no he dicho, porque es fácil suponerlo, que existirán síntomas locales, como en la pelvi-peritonitis, leucorrea y metrorragias, lo cual se debe á la congestión y la compresión de las venas; los nódulos de edema en el ligamento ancho producirán tal efecto que pueden determinar una retención de orina y dificultades para la defecación. En resumen, es fácil establecer el diagnóstico entre la pelvi-celulitis y la pelvi-peritonitis, pues las dificultades que hay para el mismo existen en la forma crónica, que no forma, por ahora, nuestro objeto.

Indudablemente que la pelvi-celulitis puede confundirse con un fibroma, tumor del ovario ó hematocele, pero esto más bien ocurrirá en los casos crónicos. En las enfermedades que acabo de indicar, no existe el cuadro de la pelvi-celulitis aguda y éste bastará para asegurar el diagnóstico. Por lo que atañe al curso de la para-metritis, es parecido al de la pelvi-peritonitis; después de un período de invasión que durará más ó menos, aparece el de estado, cuya duración usual es de diez á veinte días, viniendo la resolución, si la cosa termina bien, reabsorbiéndose los edemas y pasando todo al estado normal. Sin embargo, es raro que no sufra cambios el tejido celular inflamado, y en este concepto lo más común es una retracción cicatricial que hace perder al tejido su carácter de liso y deslizable, haciendo que las mallas se unan entre sí convirtiéndose en bridas que retienen los órganos. Tales serán las transformaciones de esta clase, que en muchas enfermas podemos saber si existió una para-metritis, por las desviaciones laterales del cuello del útero y la falta de movilidad de este órgano; esto ocurre también en la para-metritis posterior, que ocasiona la retracción de los ligamentos útero-sacos y hace desviar el cuello hacia atrás, determinando una inmovilización del mismo y dejando en la mujer un dolor más ó menos persistente; las mujeres que se califican de «abiertas de riñones» han padecido la para-metritis posterior.

Es digno de tenerse en cuenta lo que ocurre cuando la para-metritis termina por supuración; el foco purulento presenta un curso especial que es necesario conocer, tanto en Ginecología como en Tocología. A pesar de la remisión de los fenómenos locales continúan los generales, sobre todo los febriles, persis-

tiendo un tumor que muchas veces deja de fluctuar. En la para-metritis lateral, el absceso formado al lado mismo del cuello del útero, después de haber supurado tiende á abrirse espontáneamente por buen camino, así son muchos los que curan espontáneamente, hecho que debemos tener presente en la práctica. Siempre que haya supuración deberemos establecer un pronóstico de reserva, pero podremos ser más ó menos afirmativos, según la localización del pus, ya que á veces el proceso se resolverá espontáneamente; el absceso agudo al lado del cuello, casi siempre termina por sí sólo, buscando el pus su salida hacia la vagina, y se comprende, pues hacia arriba tiene el espesor del ligamento ancho, mientras que hacia abajo encuentra sólo la pared vaginal que no ofrecerá más resistencia que la piel al pus de un absceso; fragna el pus su camino hacia la vagina y se expulsa por ésta. No deben olvidarse tales hechos, si no queremos encontrarnos chasqueados; lo que ocurre, pues, en la para-metritis lateral, no pasa tan fácilmente cuando se localiza en el espesor del ligamento ancho. Tales diferencias harán variar el curso del proceso de una manera notable.

Los trayectos seguidos por el pus son diversos, unas veces viene hacia atrás alrededor del recto, formando supuración peri-rectal, otras se dirige hacia el psoas, y no encontramos tumor aunque existe colección purulenta, otras lo hace en dirección á los lomos, donde acaba por abrirse. Afortunadamente, este camino no es el más común, y así las terminaciones más frecuentes, después de formado el pus, son hacia arriba y adelante, exceptuando los casos ya indicados, apareciendo en la región inguinal, y vemos en aquel punto una elevación ó tumorcito, por donde sale ó puede darse salida al pus. Digamos, para terminar, que en la pelvi-celulitis es raro el derrame de pus en el peritoneo, porque además de oponerse á ello la aponeurosis pelviana, fórmanse falsas membranas que oponen una barrera infranqueable á la propagación de la flogosis.

El pronóstico debe hacerse serio y supeditado á la localización del mal. En cuanto al tratamiento, se confunde con el de la pelvi-peritonitis, la medicación local depletiva y calmante, la general antitípica, la purgante y demás que hemos visto en aquella enfermedad, tiene aquí entera aplicación. Cuando la para-metritis es supurada, se presentan distintas indicaciones; en algunos casos podremos esperar tranquilamente la abertura espontánea del absceso, otras veces será aventurado esperar y propondremos una intervención, que, como quiera que pertenece más bien á la pelvi-celulitis crónica, la estudiaremos al tratar de esta última enfermedad.

Lección LVII

Salpingitis crónica.—Forma catarral, hipertrófica y quística.—Estudio detenido de dichas formas.

Consiste esta enfermedad, como su nombre lo indica, en una inflamación crónica de la trompa. Etiológicamente poco diremos, pues la causa que la motiva es igual á la de la salpingitis aguda y que ya explicamos al hablar de ésta: lo mismo diremos de la Patogenia. Unas veces la salpingitis es primitivamente aguda y después se hace crónica, pero en otras ocasiones se desarrolla ya formando un cuadro remiso que persiste y la enfermedad tiene el carácter crónico desde el primer momento; ocurre esto último cuando por las condiciones del agente infectivo, que es poco virulento, ó por las condiciones del terreno, que se oponen á los progresos de la infección, la enfermedad no despliega toda la intensidad de fenómenos que describimos al tratar de la forma aguda. Pero, aparte de esto, el gonococcus, con mayor frecuencia que los agentes vulgares *streptococci* y *staphilococci*, los microbios de infecciones generales, ciertas afecciones constitucionales, la tuberculosis, v. gr., pueden ocasionar la salpingitis crónica. Lo que nos llama sobre todo la atención es la forma anatómica de la dolencia; en este concepto puede dividirse en dos grupos, según sea ó no quística: son bien distintas ambas formas, como su nombre indica; la variedad no quística abarca dos tipos principales y hasta tres, según algunos autores. La primera forma de estas tres es catarral, la segunda es hipertrófica ó parenquimatosa y la tercera atrófica; al cabo y al fin estas formas no representarán más que distintas fases del mismo proceso. En la variedad quística la trompa se convierte en una bolsa llena de pus, constituyendo la púo-salpingitis, ó bien está llena de serosidad, formando la hidrosalpingitis, ó quizás de sangre y coágulos, originando la hemato-salpingitis. En la forma de salpingitis no quística podemos reconocer tres variedades que ya hemos indicado; en la variedad catarral, por otro nombre endosalpingitis crónica, las lesiones atacan sobre todo la mucosa del órgano, y aquí podemos estudiar mejor que en la salpingitis aguda cuáles son las alteraciones de esta mucosa, que se presenta aumentada de grosor, hipertrofiándose á veces la túnica muscular y todo el órgano, que en vez de aparecer como una tirita que se mueve fácilmente, ofrece cierta rigidez y serpentea hacia afuera ó se dobla hacia el pabellón. Además, los repliegues que forma la mucosa de la trompa, que se parecen algo á las circunvoluciones cerebrales, y que son numerosos en estado normal, estando perfectamente separados unos de otros, aunque guardando cierta relación de contigüidad, cuando existe salpingitis crónica aumentan de volumen, se descaman en su superficie y

adhieren entre sí, originando grandes cambios en el modo de ser de la trompa; el epitelio cilíndrico pierde las pestañas vibrátiles, la mucosa se descama y se hipertrofia, habiendo alteraciones en los canales de las franjas. Al mismo tiempo hay alteraciones profundas en los orificios de la trompa, que se estrechan: pero el de comunicación con el útero continúa permeable, como también el del pabellón, de manera que la trompa sigue siendo un conducto que va desde el útero al ovario. Encuéntrase asimismo una hipersecreción, que puede ser catarral ó purulenta, según el carácter de la endosalpingitis, iniciándose quizás por el carácter de la secreción, lo que ocurrirá más tarde en la salpingitis quística.

En la salpingitis parenquimatosa lo más característico es una gran hipertrofia de la capa muscular y tejido conjuntivo que forma el armazón del órgano; cuando tal ocurre la trompa está engrosada y dura, aumentada en longitud, serpentea hacia afuera, rodea el ovario, en ocasiones lo envuelve en sus sinuosidades. Esta hipertrofia lo mismo puede extenderse á todo el órgano que localizarse hacia su parte externa. Finalmente hay la forma atrófica aceptada por algunos autores. Como ya he enunciado, quizás todas estas formas no son más que grados del mismo proceso, bien puede ser que la catarral constituya el primero, viniendo representado el segundo por la hipertrofia del tejido conjuntivo, muscular y de la mucosa y el tercero por la esclerosis del órgano, que simula un cordón delgado, duro y muy adherente. De todas las lesiones las más importantes son las del pabellón, el cual se repliega y empieza á estrecharse por la superposición de las franjas.

Las formas quísticas se caracterizan por existir en la trompa una colección de líquido, y para que esto ocurra deben existir dos fenómenos muy importantes, consistentes en la obturación de ambos orificios de la trompa; el modo de obturarse el orificio interno de la trompa es muy sencillo, debiéndose al engrosamiento de los repliegues y al acodamiento del mismo órgano. En el primer caso, el proceso es muy sencillo: ya sabemos que en la salpingitis catarral la mucosa se descama y se pone edematosa, las franjas de un lado contactan con las de otro y ya no existe la luz de la trompa, sea por haberse adherido á las franjas, sea por simple contacto; como el orificio interno es inextensible, la obturación tiene que venir forzosamente; también puede ocurrir que no cabiendo la trompa en el espacio que normalmente debe de ocupar, se doble en su trayecto á la salida del útero. Cuando el pabellón se obtura, ocurren diversos fenómenos, notándose que la salpingitis no adquiere grandes vuelos si aquél no se ocluye por completo. El hecho ocurre por formarse alrededor del pabellón lesiones flogísticas de peri-salpingitis, que interesan el órgano, apelotonándose y ranversándose hacia dentro las franjas, y cerrándose al fin por completo las trompas. Otras veces el pabellón de la trompa abraza el ovario, y entonces ocurren peri-salpingitis y peri-ovaritis que unen las superficies peritoneales de la trompa y del ovario; se forman falsas membranas entre ambos órganos y el ovario se une al

pabellón, como un tapón en la extremidad externa de la trompa. El hecho primordial es la obturación de ambos orificios de la trompa, y una vez realizado éste, aparecerá la salpingitis quística, porque no pudiéndose eliminar los productos segregados, éstos se irán acumulando y distendiendo la cavidad de la trompa. Este órgano aumenta asimismo en longitud y ofrece grandes variedades de volumen; unas veces la trompa contiene más de un litro de líquido y otras tan sólo algunos gramos: comunmente la trompa quística contendrá unos 50 gramos de líquido purulento. Cítanse también tamaños extraordinarios que pueden contener hasta 5 litros de líquido. El contenido de estos quistes es variable, pudiendo ser pus, serosidad ó sangre, ocasionando la púo-salpingitis, la hidro-salpingitis y la hemato-salpingitis, respectivamente. No conocemos del todo la manera como la trompa se llena de estas substancias: hay quien cree que las dos primeras formas tienen una misma Patogenia, pudiendo transformarse una púo en hidro-salpingitis por esterilización del pus y muerte de los microbios y digestión de los glóbulos de pus. Otros autores sostienen diversa opinión, creyendo que la salpingitis es de buen principio serosa ó purulenta; yo casi me inclino á este modo de ver, pues en muchas formas diagnosticadas de púo-salpingitis todavía existió el pus á los cinco años; tampoco cuadra bien el pretendido hecho de la transformación del pus con las funciones de la trompa, que, conforme sabemos, no goza de propiedades absorbentes, sobre todo cuando se halla alterada como en nuestro caso. Sea como quiera, no hay motivo para desechar que la púo-salpingitis deriva de una secreción purulenta de la trompa, así como la hidro-salpingitis de una secreción serosa; al ocluirse ambos extremos de la trompa, acumulándose en este órgano sus secreciones, tendremos la forma quística. Debe advertirse que los grandes volúmenes de las trompas se hallan en las púo-salpingitis y no en las hidro-salpingitis, en las cuales nunca pasan de un tamaño mediano. Finalmente, la trompa puede llenarse de sangre, originando la hemato-salpingitis; se ha supuesto que la causa de esta afección debía hallarse en un desgarró de la mucosa con roturas vasculares y hemorragias consecutivas, pero si se tiene en cuenta lo raro de este fenómeno y lo frecuente de la enfermedad, se echa de ver la dificultad de admitir tal hipótesis. Por esto, después de varios estudios, se ha desechado aquella idea, creyéndose hoy que las hemato-salpingitis obedecen á embarazos tubáricos desconocidos; ocurre aquí un fenómeno obscuro, muere el producto de la concepción, constituyendo un verdadero aborto tubárico y aparecen hemorragias como las acaecidas en el aborto uterino. El producto de la concepción puede morir en la trompa antes de romperse dicho órgano, viniendo una hemorragia en la trompa que ocasiona el hemato-salpinx, tanto más cuanto que un proceso obligado es el cierre del pabellón, lo cual no se explica bien, pero se relaciona con el hecho de contener la trompa algo de anómalo. El orificio interno de la trompa se obtura de una manera indirecta, y se comprende que entonces, al morir el nuevo ser, habrá una hemorragia que fraguará el hemato-salpinx; esto se demuestra porque

aun cuando no se ha podido descubrir el embrión, se han visto trompas desprovistas de epitelio, encontrándose células conjuntivas propias de la verdadera caduca en el sitio donde estaba implantado el corion. En razón á estos fenómenos, algunos han generalizado diciendo que todo hemato-salpinx se debe á un embarazo extra-uterino; no puedo ocultar que hay autores que aceptan otras causas además del embarazo extra-uterino.

Los síntomas de la salpingitis crónica son de dos órdenes, locales y generales. Entre los primeros tenemos como más importante la dismenorrea, ó sea el dolor que acompaña á cada período menstrual y que se presenta más ó menos intenso, según los casos y la forma de la salpingitis, pero que por lo común no falta. Otras veces, el dolor ofrécese antes de este período, lo cual se debe á alguna complicación, y no sólo se presenta antes, sino que se acentúa en aquella época y persiste después de transcurrir aquélla. Este dolor localízase en las fosas ilíacas y es pungitivo, siendo de notar que si la salpingitis crónica es de ambos lados, preséntase aquel fenómeno más acentuado en uno de ellos, no siendo siempre el más doloroso aquel que está más lesionado. No todas las formas de salpingitis son igualmente dolorosas; una de las más acentuadas en este concepto, es la hipertrófica, pues al dilatarse las paredes de la trompa aparecen cólicos salpingianos durante el período menstrual. La endo-salpingitis es también dolorosa, y de entre las formas quísticas, la más indolora es la púo-salpingitis, mucho más que la hidro y la hemato-salpingitis; tanto es así que al hacerse dolorosa aquella forma, lo debe á alguna de las complicaciones que acompañan á tales enfermedades. Muchas veces se saca partido de la ausencia de dolor, para desechar el diagnóstico de una salpingitis crónica; no hay nada más erróneo, pues ya sabemos que el dolor puede faltar sin que la enfermedad pierda su carácter. Así la púo-salpingitis, por las alteraciones que produce, destruye los filetes nerviosos y desorganiza las paredes de la trompa, de tal manera que ésta no pueda contraerse y no aparecen, por tanto, cólicos salpingianos. Las alteraciones menstruales pueden servir asimismo para diagnosticar las salpingitis crónicas; estas alteraciones se refieren á la periodicidad del flujo y á su cantidad; respecto á la primera, observamos un adelanto, y por lo que toca á la segunda, advertimos un aumento; notemos de paso que estos fenómenos acaecen principalmente en los primeros períodos del mal. En cuanto éste se desarrolla más, estos trastornos no son tan acentuados, y no es raro ver enfermas que, después de largos períodos de desórdenes menstruales, acaban por adquirir una regularidad completa en esta función. Este fenómeno, que ocurre en la púo y en la hidro-salpingitis, no es común en la hemato-salpingitis, en la que estos trastornos menstruales suelen ser más duraderos y acentuados.

Otro síntoma local es la esterilidad; la enferma afecta de salpingitis crónica es estéril, y á poco que nos fijemos en las alteraciones de la trompa, comprenderemos que la esterilidad debe ser absoluta, ya que el óvulo no puede pasar por la trompa si el pabellón está obturado; sólo en algunas formas hipertrófi-

cas y catarrales puede realizarse la fecundación, y ya veremos más adelante que, gracias á la salpingitis, pueden ocurrir embarazos extra-uterinos. Además de estos fenómenos locales deben recogerse otros más ó menos acentuados, y entre éstos debemos contar la dispareunia ó coito doloroso, que nada tiene que ver con el vaginismo, y que consiste en la aparición de dolores durante la cópula, los cuales radican en la pelvis y que se acentúan en uno ú otro lado; el fenómeno se deberá á la congestión que existe durante el acto genésico, ó bien á un traumatismo que puede obrar sobre las trompas. Compruébanse también lesiones de vecindad; hay leucorrea porque coexiste alguna metritis; es una forma de salpingitis llamada *γ rofluente*, en que hay una hipersecreción de la mucosa, por haberse cerrado el pabellón y cuando hay cierta colección de líquido, sale al exterior en forma de leucorrea, precedida de cólicos intensos durante los períodos intermenstruales principalmente. Estas formas, sin embargo, son muy raras. Aparte de esto, la salpingitis de por sí, no producirá leucorrea; si la hay es porque, además de la enfermedad de la trompa, hay lesiones en los órganos vecinos, principalmente en el útero. No es infrecuente tampoco que como fenómenos reflejos haya alteraciones en la micción, que será dolorosa, ó se presentará tenesmo, como tampoco que la defecación ocasione dolores y vivas molestias; débese este fenómeno á que por la plenitud de la trompa, ésta cae hacia el fondo de Douglas, y al pasar el bolo fecal produce compresiones sobre estos puntos inflamados, apareciendo el dolor.

Los fenómenos generales varían según la forma de que se trata. Los tales fenómenos se presentan de una manera totalmente distinta en la púo-salpingitis de todas las demás formas. Gracias á la persistencia de los dolores, á las alteraciones generales de orden reflejo, que recaen principalmente sobre el sistema nervioso y que presentan carácter neurasteniforme é hysteriforme, y á los desórdenes digestivos, el estado general de la enferma se altera fácilmente. En la púo-salpingitis, el pus coleccionado intoxica el organismo y produce todos los fenómenos de una supuración crónica sostenida; en esta forma es muy común que la mujer se vea acometida de inapetencia manifiesta, recargos febriles, desórdenes menstruales, de modo que la enferma pasa diez ó doce días cada mes con ligeros recargos vespertinos é inapetencia, aún sin existir dolores. Así ocurre con mucha frecuencia en tales casos, diagnosticar un catarro gástrico propio del período menstrual. No se necesita un gran esfuerzo para comprender que la larga duración de todos estos fenómenos, acaban por poner á la enferma en malísimo estado.

Con estos síntomas estamos ya muy orientados para el diagnóstico, sobre todo si además de haber el cuadro que acabamos de indicar, nos enteramos de la historia de la enferma y averiguamos que su mal data de la época en que contrajo matrimonio, que entonces hubo fenómenos de irritación acompañados de leucorrea y dolores á cada período menstrual, hasta que se presentó el cuadro que ya hemos expuesto. En este caso, se trata de un contagio gonorreico que

ascendió al útero y llegó á las trompas, determinando la salpingitis crónica. Indudablemente que esto es lo más común, pues la gonorrea se contagia en muchos casos que parece extinguida, habiendo sólo una tendencia á la uretritis después de ciertos excesos, lo cual indica que la blenorragia no se ha curado aún. Otras veces se trata de una viruela ó un sarampión, después de los cuales la mujer quedó dismenorreica y padeció algún fenómeno general, febril. En ocasiones, todo arranca de un puerperio accidentado, que ocasionó los mismos fenómenos ya reseñados. Empero, todos estos datos no bastarán para el diagnóstico, que debe fundarse además en el examen local.

En las salpingitis que han engrosado mucho la trompa, el diagnóstico es fácil, pero, en cambio, es muy dificultoso si el órgano queda de escaso tamaño. La exploración que practicaremos será la combinada y el tacto vaginal. Por este medio reconoceremos el útero, que á veces estará inmóvil y otras será móvil, lo cual depende del volumen que haya alcanzado la trompa y las complicaciones de la enfermedad; este síntoma no es de gran valor diagnóstico. En el fondo de saco anterior nada encontraremos; en el posterior descúbrese una induración, que será la trompa misma ó el ovario; á veces, sin embargo, nada hallamos en esta región. Donde siempre encontramos algo, es en los fondos de saco laterales, los cuales al comprimirlos revelan la existencia de un tumor; en ocasiones, éste no se descubre, pero nunca dejan de despertarse dolores. Después, comprimiendo profundamente, podemos hallar algo de anormal, aunque fuerza es confesar que todas estas sensaciones son falaces, debiendo añadir al tacto vaginal, la exploración del abdomen; con la mano en el hipogastrio y un dedo en la vagina, reconoceremos las fosas ilíacas, donde se hallarán síntomas propios de la enfermedad que nos ocupa. Si no descubrimos nada por esta exploración, nos cabrá la duda de si hay ó no alguna enfermedad en los anexos, pero si descubrimos algo en estos órganos y se hacen asequibles, podemos asegurar que están profundamente enfermos, porque de ordinario es difícil encontrar los anexos, y particularmente la trompa, que nunca puede tactarse en estado sano, porque está reducida á una tirita muy delgada. Si encontramos, pues, el ovario y una tira grande y gruesa que va desde el borde del útero al ovario, no cabe duda respecto al diagnóstico. Tratándose de trompas que alcanzan gran tamaño, no es difícil diagnosticar; más erizado de obstáculos se presenta el caso de salpingitis catarral, ó bien de forma hipertrófica ó quística, que escapan á nuestra exploración y no encontramos el tumor. A veces escapan á nuestro examen trompas de regular volumen, en ocasiones más gruesas que el pulgar, y entonces, dudando acerca del diagnóstico, conviene no precipitarse á insistir en el reconocimiento é interrogatorio para asegurarnos de los síntomas, viniendo tal vez en este intervalo, una complicación flogística, que nos revelará la naturaleza del proceso; podremos equivocarnos acerca de si el tumor es de la trompa ó del ovario, pero de que existe no nos cabrá ninguna duda. También puede ocurrir que tratándose de una púo-salpingitis, no atinemos con su carác-

ter y entonces daremos un tiempo de espera. Otras veces por medio de la anestesia, haremos un reconocimiento detenido, que nos demostrará la existencia de una salpingitis quística.

Por lo que atañe á diagnóstico diferencial, expresaremos que la salpingitis crónica puede confundirse con la ovaritis, y tanto es así que muchas veces diagnosticaremos una salpingo-ovaritis, pues es imposible diferenciar ambas enfermedades. En cambio, respecto á lesiones del útero, en particular, ciertos fibromas, el diagnóstico en general resulta fácil, tanto por los datos que suministra la exploración, como por los antecedentes de la enferma; para diferenciar ambos casos, nos fundaremos principalmente en que en los fibromas uterinos, no dominan los fenómenos de los anexos, pues el tumor es tolerable; pero si junto con la neoplasia interna hay una hidro-salpingitis, salpingitis quística ú ovaritis del mismo carácter, es muy común diagnosticar el fibroma y pasar por alto la anexitis. Respecto á los quistes del ovario de pocas dimensiones, los papilomas, etc., el diagnóstico es tan difícil que recurriremos á la observación de la enferma durante un período más ó menos largo, y á sus antecedentes. Con las otras formas de inflamación del suelo de la pelvis, tampoco puede confundirse, pero la existencia del tumor á un lado, basta para orientarnos y además debe tenerse en cuenta que casi siempre la pelvi-peritonitis se debe á una anexitis pre-existente, que continúa siendo la lesión principal.

El curso de esta enfermedad es eminentemente crónico y parece que ésta no se cura ó que por lo menos no vuelven los órganos á su estado normal después de haberla padecido. Lo más que podemos esperar es la desaparición de los síntomas que acompañan las formas atrófica é hipertrófica, ó bien la falta de hipersecreción característica de la forma catarral ó el fin de las manifestaciones propias de la endo-salpingitis, pero la vuelta al estado normal es por demás difícil. La enfermedad es siempre larga y con tendencia exasperante á la cronicidad, pues persiste años y años agravándose á veces los síntomas que la acompañan. Las complicaciones son muchas; desde luego señalaremos una que tiene mucho valor, y es la peri-salpingitis, que consiste en la propagación del estado infectivo al peritoneo que rodea la trompa; preséntase este fenómeno en los períodos menstruales, pues la congestión que entonces existe aviva la infección, la cual se propaga por continuidad de tejido. Este es el fenómeno á que me referí cuando al hablar del diagnóstico dije que á veces debía darse tiempo al tiempo. Habrá enfermas que con todos los antecedentes de una salpingitis, no ofrecen datos apreciables por el examen clínico, pero al aparecer la dismenorrea hállanse exagerados los dolores y se presenta un tumor que después desaparece. Este fenómeno, que no es sino un ataque de peri-salpingitis, puede repetirse varios meses, y en este caso, podemos asegurar la existencia de una lesión crónica de la trompa. Todos estos hechos hacen que unas formas sean más dolorosas que otras; así la púo-salpingitis no ofrece este carácter, cuando se esteriliza el pus, pero en el período de formación es muy dolorosa, porque si hay

peri-salpingitis se desarrolla con mayor intensidad. Esta peri-salpingitis existirá á veces en la forma hemática y en la hidro-salpingitis. Muchas veces no para aquí la complicación, sino que se extiende al peritoneo pelviano y aparecen pelvi-peritonitis; algunos autores no aceptan las pelvi-peritonitis protopáticas y sí tan sólo la que es debida á una propagación de la infección que existe en los anexos, lo que indudablemente es una exageración.

No faltan casos en que la infección se propaga por todo el peritoneo ocasionando peritonitis generalizada, tras una infección del peritoneo de la pelvis ó consecutivamente á una rotura espontánea de la trompa, gracias á una congestión intensa que agudiza la dolencia. Estos fenómenos tan graves pueden ser salvadores, porque si la abertura se realiza hacia la vagina, previa adherencia, ó hacia el recto ó la vejiga, obsérvanse colecciones purulentas que tienden á curar espontáneamente. Ni en la salpingitis hemática, ni en la serosa, puede ocurrir este fenómeno, pero sí en la forma purulenta, donde gracias á las adherencias formadas, el pus se derrama en órganos que comunican con el exterior, y la enferma queda curada.

Digamos, finalmente, que no hay salpingitis crónica sin ovaritis, puesto que la inflamación de las trompas produce lesiones en los ovarios por vecindad. Se comprende también que en pos de las manifestaciones locales vienen otras de carácter general que pueden acabar con la vida de la enferma. Con esto queda hecho también el pronóstico; nunca una salpingitis, quística sobre todo, debe mirarse con ligereza, pero el pronóstico variará según la forma de que se trate, y al querer establecer el diagnóstico lo haremos entre las variedades de la salpingitis, pues la hipertrófica y la catarral merecen un pronóstico reservado por los grandes sufrimientos que ocasionan, pero raras veces terminan fatalmente y cabe esperar que al venir la menopausia desaparezcan las molestias. En cambio, la nota pronóstica tiene que acentuarse más en la forma quística purulenta en lo hemato-salpingitis y en la hidro-salpingitis, siendo esta última lo que merece un pronóstico más benigno, pues aunque hace sufrir más que las otras es menos expuesta á los graves accidentes y complicaciones que pueden sobrevenir en las demás formas. El pronóstico debe hacerse más serio en la hemato-salpingitis y puede equipararse al de la púc-salpingitis, que merece pronóstico grave por su curso, molestias y graves peligros á que expone, que pueden matar á la enferma muchas veces.

Lección LVIII

*Ovaritis crónica.—Distintas formas y variedades.—Importancia de dicha afec-
ción y de un detenido estudio de la misma.—Estudio completo.*

Consiste la ovaritis crónica, como su nombre lo indica, en una inflamación crónica de los ovarios; muchas veces ésta forma sigue á la aguda que ya cono-

ce mos, pero otras adquiere ya aquel carácter de buen principio. Cuando la enfermedad comienza ya siendo crónica, ofrece, por lo que atañe á su Etiología y Patogenia, dos grandes grupos, uno consecutivo á la propagación de flogosis de las trompas, y otro que podríamos llamar autóctono, porque en él la ovaritis se desarrolla independientemente de una lesión de la trompa, y obedece generalmente á un estado general ó á una infección aguda de todo el organismo que han dejado algunas lesiones en el ovario. Otras veces depende de aquellos estados que llamamos constitucionales, como la tuberculosis, que puede localizarse en el ovario; sea cual sea la causa, el mecanismo siempre es igual, consistiendo en la llegada de agentes infectantes al ovario que producen en él lesiones inflamatorias. Compréndese desde luego que, según la variedad sea hija de la propagación de una flogosis salpingiana, ú ofrezca un sello de autonomía, las lesiones flogísticas se localizarán de preferencia en uno ú otro sitio del ovario; en el primer caso el sitio atacado es la capa ovígena ó cortical, en el último las lesiones se extienden más, abarcando el órgano en conjunto, y determinando una ovaritis difusa en la que se ve dañado todo el bulbo del ovario, ó sea la zona que podemos llamar intersticial. De aquí que las lesiones de la ovaritis crónica sean muy variables, tanto por su carácter como por su localización, y sea difícil establecer acuerdo entre los autores, acerca de las alteraciones anatómicas, propias de la enfermedad que nos ocupa.

De todas maneras, podremos establecer una gran división: en unos casos el ovario estará hipertrofiado con lesiones preponderantes en el capa cortical, ó difusas, pero sin alteraciones quísticas, por lo menos de cierto volumen, mientras que en otras ocasiones el órgano tendrá quistes ó cavidades de volumen mayor ó menor. Por lo tanto, cabe perfectamente dividir la ovaritis en *quistica* y no *quistica*; en esta última estableceremos una división, según que las lesiones sean difusas ó se limiten á la capa cortical; en el primer caso tendremos la ovaritis difusa, en el segundo la cortical llamada también *ooforitis*. La difusa, la que ataca todo el estroma del ovario, presenta diferentes tipos según el momento en que se estudie la Anatomía Patológica de la afección, y según el predominio de las lesiones que haya en el ovario. Desde luego encontraremos un aumento de volumen del órgano que puede duplicarse y triplicarse; pero la forma se conserva y en la superficie existen las señales propias del ovario anormal; así como en estado fisiológico el órgano es liso, con pequeñas elevaciones y depresiones, simulando algo de lo que pasa en la corteza cerebral, en el caso que estudiamos, este aspecto se presenta exagerado, ofreciendo todavía más semejanza con la superficie del cerebro. También cambia la consistencia del ovario según las lesiones que dominan en la inflamación crónica de este órgano; unas veces se presenta más duro que en estado normal, otras es más blando que de ordinario, lo primero ocurre cuando la ovaritis es difusa y las lesiones recaen de preferencia en el tejido conjuntivo. En este caso la dureza del órgano es tan característica, que ha motivado que la enfermedad recibiera el nombre de *cirro-*

sis ó esclerosis del ovario, y al cortar éste encontramos que rechina. Otras veces se forman verdaderos quistes, aunque de escaso tamaño, que se localizan en la periferia del ovario hacia la capa ovígena, y además aparecen lesiones en el bulbo, lo cual la diferencia de la forma anterior. Esta última forma ha sido denominada *micro-quística* por algunos autores. Estas dos variedades, cirrótica y micro-quística, son las más comunes, pero como ya sabemos cuál es el proceso inflamatorio en estos casos, no hemos de extrañar que se describan diferentes formas de ovaritis, todas de mucho interés, según ciertos autores, pero que en mi concepto sólo constituyen diversos períodos de una misma enfermedad. Según el tiempo en que la estudiemos, encontramos el órgano mayor ó menor; si la ovaritis es difusa y cirrosa ó esclerósica, vendrá un momento en que el ovario disminuirá de volumen. Este fenómeno, que algunos consideran común á todas las ovaritis, se presenta en ciertos casos de un modo preferente; tanto es así, que para algunos la ovaritis atrófica sólo es la variante de la ovaritis difusa, pero con su proceso de evolución mucho más rápido. Aunque etiológica y patogénicamente la afección es la misma, hay ciertas formas en que la tendencia á la atrofia es tan marcada, que bien puede hacerse de ellas una mención especial; esto se observa en Clínica con relativa frecuencia.

Hay, por fin, una forma localizada á la capa ovígena, en cuyo caso el ovario se presenta con la degeneración micro-quística ya indicada, con la diferencia de que no existe hipertrofia de tejido conjuntivo, ó sea que en el bulbo del ovario no hay alteraciones. Obsérvanse en estos casos unos quistes de escasas proporciones rellenos de serosidad, del tamaño de un grano de mijo ó de arroz, que cubren la superficie ovárica dándole un aspecto granular; resulta este hecho de una salpingitis anterior ó de ciertos estados cuya Patogenia no es bien conocida. Resumiendo diremos que las alteraciones anatómicas pueden ofrecer formas difusas ó circunscritas; que en las primeras encontramos la ovaritis esclerósica con predominio total del tejido conjuntivo y uniformidad en las lesiones ováricas, ó hipertrofia del tejido conjuntivo acompañada de alteraciones quísticas de la capa ovígena, ó bien atrofia más ó menos completa del órgano; mientras que entre las formas localizadas sólo contaremos la degeneración micro-quística de la capa ovígena.

La forma quística presenta tres variedades, una en que la cavidad ó cavidades que se fragan están llenas de sangre, ocasionando la hemato-ovaritis quística ú ovaritis quística hemática; otra en la que aparecen repletas de serosidad, formando la hidro-ovaritis ú ovaritis quística serosa, y finalmente una tercera en que la cavidad ó cavidades contienen pus, dando origen á la púo-ovaritis ú ovaritis quística purulenta. Estas tres variedades se presentan frecuentemente unas veces acompañando á la salpingitis, otras como nota independiente; lo más común es encontrar la forma purulenta ó la serosa, pues la hemática es más rara. Cuando la afección aparece de una manera espontánea, la forma que más comunmente se halla es la hemática, formando lo que se llama aplopejía

del ovario. El aspecto que el ovario presenta es muy distinto del que hemos descrito en el caso anterior; el volumen puede aumentar mucho hasta adquirir el de medio puño, lo cual no debe inducirnos á pensar en un quiste de ovario, pues la afección que estudiamos no tiene nada de neoplásica. La forma del órgano puede hallarse asimismo muy alterada, tanto si el quiste es único como si hay multiplicidad de ellos; si el quiste es único, existe una sola cavidad de volumen mayor ó menor, como suele ocurrir en la variedad púo-quística; si los quistes son múltiples encuéntranse dos, seis, ocho cavidades mayores ó menores, debiendo advertir que el número de estas cavidades patológicas es mayor en la ovaritis serosa que en la purulenta. Dado el número y las dimensiones de estos quistes, se comprende que el ovario pueda deformarse por completo. Estas cavidades se desarrollan casi siempre en la capa ovígena, sea que se trate de un forma serosa ó hemática; localízanse estas lesiones en la capa cortical, porque al fin y al cabo son hijas de una ovaritis que comenzó siendo micro-quística y que llegó á producir las alteraciones que estudiamos. Iniciada ya la degeneración que hemos apuntado, las cavidades patológicas pueden ir creciendo, adquiriendo distinto volumen; por esto se comprende que las lesiones, si son serosas, tengan su asiento en la capa ovígena, si son hemáticas también en el mismo sitio (de aquí que los autores ingleses llamen *ooforitis* á esta forma). Normalmente ocurre con cierta periodicidad la puesta ovular, ocurriendo una hemorragia que no tiene trascendencia al romperse la vesícula de Graaf; ahora bien, hasta que llega este momento, hasta que la vesícula de Graaf se rompe ó bien vuelve á cicatrizar, el coágulo crece formando una cavidad sanguínea ó bien varias vesículas maduran y se forma una sola colección; por esto, obedeciendo á tal principio, encontramos las lesiones en la periferia del ovario. La apoplejía del órgano no se realiza á veces por este mecanismo sino que radica en el bulbo del ovario, en la zona conjuntiva y entonces aparece la hemorragia intersticial cual puede presentarse en cualquier otro sitio de nuestro organismo, lo que hay, es que esta apoplejía no llega, por lo común, á formar cavidad.

La ovaritis purulenta es hija de una infección general que se localiza en el ovario ó depende de una infección de los genitales, que llega á aquel órgano por la trompa ó por la vía linfática, atacando en el primer caso, antes la capa cortical y en el segundo afectará primitivamente la zona intersticial. Puede la infección aparecer en el bulbo ó en la periferia del órgano, formándose, en este caso, distintas cavidades que supuran y acaban por destruir los tabiques que la separan hasta formar una sola. Aquí podemos repetir la que dijimos de la salpingitis acerca de la coexistencia de las formas, y así encontraremos ovaritis hemáticas con varios quistes serosos ó bien con un quiste purulento simple que ofrece pocas alteraciones de vecindad; pero lo común es que éstas aparezcan y así habrá peri-ovaritis ó inflamación de la serosa que rodea el ovario, el cual se halla empotrado en tejido de nueva formación que lo envuelve por completo. Importa tener presente que así como la ovaritis es duradera, la peri-ovaritis ofrece un carácter pasajero.