hematocele extra-peritoneal (1) es menos exacto que el de **hematoma** (2), sin embargo, es el que ha quedado sancionado por el uso.

Hematocele pélvico intra-peritoneal

Sinonimia

Sinonimia.—*Hematocele retro-uterino* (Nélaton), *peri-uterino* (Gallard), *pélvico* (Mac-Clintock), *peri-histérico* (Trousseau), *uterino* (Bernutz), *circum-uterino* (de Sinéty); tales son las múltiples denominaciones que han sido aplicadas sucesivamente á esta afección. He optado por el nombre de **hematocele pélvico**, por ser éste el más comprensivo y el que mejor corresponde al conjunto de los hechos; fuerza es, sin embargo, confesar que el escogido por Nélaton (3), (**hematocele retro-uterino**), se aplica á la variedad clínica que con más frecuencia se presenta.

Reseña histórica

Reseña histórica.—Con justicia se atribuye á Nélaton el honor de haber sido el primero que inscribió esta enfermedad en el cuadro nosológico con la descripción magistral que ya desde un principio hizo de la misma. Sin el menor intento de mermar en nada el mérito del citado autor, no podemos pasar por alto las nociones de Ruysch sobre el paso de la sangre al peritoneo, de Bourdon (4) sobre los signos físicos de los tumores hemáticos que su maestro Récamier (5) había ya indicado de un modo vago, y de Velpeau (6), quien parece haber hecho ya el diagnóstico de esta lesión, sin pronunciarse, empero acerca de su asiento. Sobre todo merecen particular mención los trabajos de Bernutz (7), que con sagacidad había bosquejado buen número de los rasgos con los cuales Nélaton debía más tarde componer su cuadro. Por último, merecen también citarse los importantes trabajos de Huguier, Puech, A. Voisin, Trousseau, Laugier, Gallard,

(1) Huguier. *Bull. de la Soc. de Chir.*, mayo 1851, t. II, p. 141.

(2) J. Kuhn. *Ueber Bluterguesse in die breiten Mutterbœnder*, etc., Zurich, 1874.—A. Martin. *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1882, Bd. VIII, p. 476.

(3) Nélaton. *Gaz. des Hóp.*, 1851, p. 573, 578 y 581;—1852, n. 12, p. 45, y n.º 17, p. 66,—1853, n.º 100, p. 403.—Viguès (alumno de Nélaton). *Des Tumeurs sanguines*, etc. Tesis de París, 1850.

(4) Bourdon. *Tumeurs fluctuantes du petit bassin (Revue méd.*, julio, agosto, septiembre, 1841, t. III, p. 5, 161 y 321).

(5) Récamier. *Gaz. des Hóp.*, 1831, p. 93.

(6) Velpeau. *Annal. de la Chir. franc. et étrang.*, 1845, t. VII, p. 430.

(7) Bernutz. *Mémoire sur les Accidents produits par la Rétention du flux menstruel (Arch. gén. de Méd.*, junio, agosto, diciembre, 1848, 4.ª serie, t. XVII, p. 129, 433 y t. XVIII, p. 405 y febrero 1849, t. XIX, p. 186). En una nota de su *Clinique médicale*, 1860, t. I, p. 347, Bernutz protesta contra la injusticia que se le ha inferido, al hacer caso omiso de su nombre en los más de los trabajos relativos á esta materia.—Alph. Guérin (*Leçons clin. sur les Mal. des org. gén. internes de la femme*, 1878, p. 440) se ha asociado con mucha energía á reparar esta omisión.

Besnier, Poncet, Mac-Clintock, Barnes, Schrœder, Olshausen, Bandl, etc., á los más de los cuales deberé en lo sucesivo referirme (1). Según de esta serie de nombres se desprende, á pesar de las escrupulosas investigaciones practicadas en el extranjero, son principalmente nombres franceses los que figuran en la historia de esta enfermedad, cuyo cuadro, sin ambajes puede afirmarse, ha sido construído en todas sus partes en nuestra Francia.

Etiología
Patogenia

Etiología. Patogenia.—Es probable que el derrame de sangre en la cavidad pélvica deberá ocurrir con mucha frecuencia. Es preciso aceptar casi sin restricción que en el momento de las reglas las trompas deben ser asiento de una exhalación sanguínea análoga á la que se produce en el útero. Es muy verosímil que muchos de los desórdenes que en dicho período se observan bajo la acción perturbadora de una fatiga, de un esfuerzo, de un resfriado, etc., sean causados por la efusión de una pequeña cantidad de sangre en el peritoneo, donde no tarda en ser reabsorbida (2). Según lo han demostrado multitud de experimentos fisiológicos, y por lo que han arrojado varias observaciones recogidas en el curso de muchas laparotomías, es un hecho averiguado que la sangre puede desaparecer con suma facilidad siempre que el peritoneo se conserve en estado sano. Pero este poder de reabsorción desaparece, no bien la serosa ha sufrido alteración ó ha quedado destruída; de ahí la necesidad que hay de practicar el desagüe en un gran número de laparotomías, y ahí tenemos sin duda también la explicación de los hematoceles. En efecto, si, á la manera como ocurre después de la ruptura de un embarazo extra-uterino tubar, la sangre que ha sido extravasada en gran cantidad tarda en reabsorberse, los coágulos que entonces se forman vienen á obrar como otros tantos cuerpos extraños; como consecuencia de esto el peritoneo sufre alteración, y recurriendo á sus medios habituales de defensa, procura secuestrar esta causa de irritación con la formación de falsas membranas periféricas (3). La sangre que de este modo queda aprisionada sufre en esta bolsa adventicia un trabajo lento de desintegración molecu-

(1) Hé aquí la indicación de los trabajos más importantes acerca de esta materia, de los cuales no habrá ocasión de hacer mérito en lo sucesivo: Mac-Clintock *Diseases of women*, Dublin, 1863.—Schrœder. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1868, n.º 4 y 5, p. 36 y 46.—Olshausen. *Arch. f. Gyn.*, 1870, Bd. V, p. 24.—R. Barnes. *Traité clin. des Mal. des femmes*, trad. al franc., 1876. — Poncet. *De l'Hématocèle péri-utérine.* Tesis de agreg., París, 1877. — L. Bandl, *Die Krankheiten der Tuben.*, etc. (*Deutsche Chir.*, Lief, 59, Stuttgart, 1886, p. 186).

(2) Paul Fernely (discípulo de Nélaton). *De l'Hématocèle rétro-utérine*, tesis de París, 1855, p. 27) fué el que señaló primeramente la hemorragia tubar como causa de hematocele pélvico.

(3) Puech. *Ann. de Gyn.*, 1875, t. III, p. 268, y t. IV, p. 39 y 120.

lar, y en algunos casos, en virtud de influencias sépticas que derivan sin duda alguna de la vía tubar, podrá hasta descomponerse y mezclarse con pus.

Para que la sangre de una salpingorragia intra-peritoneal se extravase con lentitud y en cantidad relativamente pequeña, es preciso que medie una condición anterior, la cual se oponga á su reabsorción; ahora bien, esta condición preexistente no puede ser ninguna otra más que la inflamación de la serosa pélvica alrededor de las trompas enfermas, es decir, de aquellos mismos órganos que han sido el manantial de la hemorragia. Este origen ha sido demostrado por numerosas autopsias y por un gran número de exámenes que se han podido practicar durante el curso de las laparotomías. F. Imlach (1) refiere que en quince laparotomías practicadas por hematocele, encontró ambas trompas dilatadas por sangre negra, espesa y exactamente parecida á la que se había derramado en el abdomen. Siendo esto así, cuando la lesión de las trompas es bilateral, es imposible admitir un embarazo tubar y también es insostenible el reflujo de sangre del abdomen á las trompas. Del mismo modo E. Sinclair Stevenson (2), fundándose en preparaciones procedentes de una extirpación de los anejos, cree que la estructura de la trompa inflamada puede causar también hemorragias en el peritoneo en el momento de las reglas.

La inflamación de la trompa prepara con antelación el enquistamiento del foco, provocando alrededor del pabellón la formación de falsas membranas, cuyos vestigios se pueden encontrar todavía en los tabiques que se forman en la bolsa. Casi todas las observaciones de esta lesión comienzan por señalar las ligeras exhalaciones de peritonitis pélvica con repeticiones y recidivas.

Es evidente que el origen más común de las copiosas extravaciones sanguíneas debe buscarse en la ruptura precoz de un **embarazo extra-uterino tubar.** Para más detalles remito al lector al capítulo que trata de este último; al presente me limito á indicar que esta ruptura se produce en varios tiempos y por ataques sucesivos. Por lo que se refiere á los hematoceles de desarrollo solapado y progresivo, probablemente serán debidos á verdaderas **salpingorragias intra-peritoneales** y suponen, por lo tanto, una **salpingitis** anterior.

Esta cuestión patogénica ha sido muy debatida y es todavía

(1) Fréd. Imlach. *Brit. med. Journ*, 1886, t. I, p. 339.
(2) E. Sinclair Stevenson. *Edinb. med. Journ.*, marzo 1888, t. XXXIII, 2.ª parte, p. 809.

objeto de controversia. Voy á pasar revista de las teorías que con este motivo han sido sucesivamente emitidas. Cada una de ellas hace exclusión de las demás, y sin embargo, es muy probable que á cada una corresponda cierta serie de casos: únicamente un factor se presenta constante, y éste es la impermeabilidad del peritoneo pélvico, que ya es primitiva, ya consecutiva á una inflamación perisalpíngica anterior, ó causada por la misma abundancia del derrame, el cual produce la alteración de la serosa en fuerza de su contacto prolongado y de una especie de imbibición permanente.

Ruptura varicosa

Ruptura varicosa.—La ruptura de las varices del plexo venoso útero-ovárico, que ya en 1834 señaló Ollivier (de Angers), ha sido reproducida por el profesor Richet. El hematocele que se produce durante el curso de un embarazo tubar puede proceder, no de la ruptura del huevo, sino de la de una vena dilatada del ligamento ancho. He tenido ocasión de observar un caso de esta naturaleza. El exceso de presión que subsigue á la ligadura de los vasos tubo-ováricos, después de la salpingotomía, es causa algunas veces de ruptura intra-ligamentaria en las venas, que ó bien se produce por la acción de esfuerzos moderados, ó bien tiene lugar en el acto de la congestión que determina el período catamenial. Winckel ha demostrado que flebolitos contenidos en las venas varicosas pueden determinar ulceración de las paredes de éstas hacia el lado del peritoneo, como también hacia el interior de los ligamentos anchos (1).

Desórdenes de la ovulación

Desórdenes de la ovulación.—Según esta teoría la producción del hematocele debe atribuirse á un trastorno no bien definido de la ovulación; no hallándose la trompa exactamente aplicada contra el ovario en el preciso momento de la puesta, por necesidad tiene la sangre que derramarse en el peritoneo (2). Según Gallard (3), en todos los casos de hematocele, haya sido fecundado el óvulo ó no, debe haber una puesta extra-uterina.

Reflujo á través de las trompas

Reflujo á través de las trompas.—La mayor parte de los autores antiguos negaban toda actividad por parte de la trompa en la hemorragia catamenial; sin embargo, admitían que en el período de las reglas y á consecuencia de una acción perturbadora cualquiera, podía haber reflujo de la sangre partiendo del útero. Bernutz, que reconoce hematoceles sintomáticos del derrame catamenial, se

(1) F. Winckel. *Lehrbuch der Frauenkr.*, 2.ª edic., 1892, p. 719.
(2) Lenoir. *Bull. de la Soc. de Chir.*, junio 1851, t. II, p. 155.—Nélaton. *Gaz. des Hôp.*, 11-13 diciembre 1851, p. 573, y febrero 1852, p. 66.—S. Laugier. *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, febrero 1855, t. XL, p. 455.
(3) Gallard. *Bull. de la Soc. anat.*, abril 1858, p. 157, y *Gaz. hebd.*, 25 junio, 1858, p. 160.

apoya en la autoridad de Ruysch y de Haller. Alph. Guérin (1) pretende que el trastorno menstrual que tiene lugar en la dismenorrea membranosa puede provocar efusión de sangre en el peritoneo. «La membrana mucosa del útero que se hincha durante la menstruación, dice el citado autor, llena por completo la cavidad uterina. Cuando la crisis menstrual tiene que terminar por exfoliación y expulsión de esta membrana, la turgencia no impide la hemorragia pero constituye un obstáculo á la salida de la sangre por la vagina. Ahora bien, cuando la membrana mucosa se desprende de la capa sub-yacente, forma entonces un tapón, que durante cierto espacio de tiempo cierra herméticamente el cuello del útero, mientras que el orificio de las trompas queda abierto.» En este estado las contracciones uterinas serían suficientes para expeler hacia la cavidad peritoneal toda la sangre contenida en la matriz, á través del *ostium abdominale*. En apoyo de esta tesis cita Guérin una observación de dismenorrea membranosa complicada de hematocele y asegura haber observado muchos otros casos de esta índole. Nada de particular tienen estos casos, pues, como se sabe, la dismenorrea membranosa es debida en último término á un proceso de endometritis aguda, que puede muy bien coincidir con una salpingitis hemorrágica.

Apoplejía ovárica

Apoplejía ovárica.—La degeneración microquística, resultante de ovaritis crónica, los quistes foliculares y los quistes del cuerpo amarillo son asiento á veces de apoplejías, y la ruptura de éstas puede ser causa de un derrame de sangre en el peritoneo (2).

Paquiperitonitis

Paquiperitonitis.—Como es notorio, las hemorragias meníngeas son producidas por la ruptura de los vasos dilatados y friables de las falsas membranas de una paquimeningitis anterior. Este hecho interesante de patología general fué demostrado primero por Dolbeau (3) y más tarde por Virchow (4), siendo este último el que generalmente pasa por su único autor. ¿No podría igual proceso explicar la formación de los hematoceles? Es muy natural que surgiera esta idea, á la vista de las falsas membranas debidas á la pelviperitonitis. Ferber (5), Besnier (6) y Bernutz (1) han desarrollado esta teoría, de la cual se ha abusado ciertamente.

(1) A. Guérin. *Leçons clin. sur les Maladies des organes génitaux de la femme.* p. 439 (15 lección).

(2) E. Bœckel. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1861, p. 79.—Rollin. *Ann. de Gyn.*, 1889, t. XXXII, p. 354.

(3) Dolbeau. *Gaz. des Hôp.*, 1860, n.º 35, p. 138 (folletín).

(4) Virchow. *Die krankh. Geschwuelste*, 1863, Bd. I, p. 150.

(5) Ferber. Schmidt's *Jahrb.*, 1864, Bd. CXXIII, p. 223; Bd. CXXV, p. 321, y 1870, Bd. CXLV, p. 39.

(6) Besnier. *De la Pachy-pelvi-péritonite hémorrhagique* (*Ann. de Gyn.* 1877, t. VII, p. 401, y t. VIII, p. 110 y 297).

Ruptura de embarazo extra-uterino

Ruptura de embarazo extra-uterino.—Huguier ha aplicado á los casos de este género el nombre de *pseudo-hematoceles*. Si la ruptura determina una hemorragia considerable y va seguida de muerte súbita, es evidente que no puede convenirle legítimamente el nombre de hematocele. Pero, ¿no será muy adecuada esta denominación si el derrame sanguíneo es circunscrito y llega á enquistarse? De seguro que estos hechos ocurren con mucha más frecuencia de lo que se cree (2), y que pasará con los abortos intraperitoneales, si es lícito expresarse en estos términos, lo mismo que ocurre con los abortos por las vías naturales, los cuales á menudo suelen pasar desapercibidos, cuando dicho accidente tiene lugar en las primeras semanas de la concepción.

Además de las condiciones patogénicas precedentes, hay que notar también que todas las **enfermedades generales** que son causa de hemorragias, pueden producir asimismo un derrame sanguíneo en el peritoneo. Con todo, cometeríamos un singular abuso de la voz *hematocele* si quisiéramos designar con este nombre las efusiones sanguíneas que hallamos en la pelvis menor en casos de escorbuto, ictericia grave, envenenamiento por el fósforo, etc.

Una influencia queda todavía para citar á propósito de la etiología, influencia que de ningún modo debemos olvidar; me refiero á la **menstruación** como causa determinante. Efectivamente, en el momento de las reglas es cuando suele darse á conocer el hematocele, lo cual se concibe muy bien si consideramos el estado de congestión en que se hallan los órganos pélvicos en dicho período. Cualquier causa, ya sea la fatiga, ya una sacudida, el coito, etc., que en esta ocasión concurre á exagerar el eretismo normal, obra en idéntico sentido.

Recopilando los varios datos etiológicos que acabamos de exponer, y sin negar que las numerosas causas enumeradas podrán tomar más ó menos parte en la etiología del hematocele pélvico intraperitoneal, podemos muy bien afirmar que el origen de la mayor parte de los casos está representado por una lesión tubar: salpingitis hemorrágica con peri-salpingitis para los hematoceles de curso progresivo y moderado volumen; quiste fetal para los

(1) Bernutz. *De l'Hématocèle symptomat. de Pachy-pelvi-péritonite hémorrhagique* (*Arch. de Tocol.*, 1880, p. 129 y 205).

(2) Veit. *Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.*, 1877, n.º 34, p. 377.—Alb. Doran. *Brit. med. Journ.*, 10 oct. 1891.

hematoceles muy grandes y de aparición súbita ó *cataclísmica* (Barnes).

Anatomía patológica

Anatomía patológica.—El asiento ordinario del *tumor* suele ser el fondo de saco de Douglas, por ser este el punto más declive de la pelvis: fué en virtud de esta localización que Nélaton había escogido el nombre de hematocele **retro-uterino.** Puede suceder, sin embargo, que á consecuencia de un trabajo plástico anterior haya quedado obliterado dicho fondo de saco; en este caso la sangre, siguiendo la acción de la gravedad, va á acumularse hacia la parte anterior entre la vejiga y el útero, formándose de este modo un hematocele **ante-uterino.** G. Braun (1) y Schrœder (2) han citado ejemplos de esta clase; otros ejemplos, en número mucho mayor, se refieren á hematoceles ante-uterinos extra-peritoneales.

Al iniciarse el hematocele, la sangre es líquida y forma una especie de laguna que puede cambiar de sitio, debido á que es muy raro que ya desde un principio constituyan una bolsa las falsas membranas pre-existentes. No tarda, sin embargo, á completarse el enquistamiento, y á partir de este momento la bolsa queda separada, en todas sus partes, de la masa intestinal. En lo sucesivo puede hasta ser muy difícil distinguir la bóveda neo-membranosa de una elevación de la serosa, y diferenciar un hematocele intra-peritoneal de otro extra-peritoneal. De todos modos téngase en cuenta que en este último caso el tumor resulta alojado más hacia al lado, por ser principalmente el ligamento ancho el que ha sido desdoblado.

La bolsa está adherida por su cara anterior á la pared posterior del útero, el cual se halla repelido hacia la sínfisis, el color de la bolsa es negruzco. Los ovarios y las trompas están más ó menos desfigurados y se confunden con las paredes del tumor. En algunos casos las trompas están llenas de sangre y dislaceradas (3). Si se trata de un quiste fetal, la lesión interesa solamente una de las trompas. Los intestinos aglutinados pueden hallarse adheridos á la bolsa. Al ser ésta abierta, descúbrese un vasto foco en el cual, según exista la lesión más ó menos largo tiempo, la sangre se presenta, ora coagulada, ya semi-líquida ó con la consistencia de jarabe. Su color es negro, parecido al del arrope; algunas capas de fibrina, que por haber perdido ya el color se han vuelto blanquecinas, se presentan también algunas veces en la parte más externa. Las paredes de la

(1) G. Braun. *Wien. med. Wochenschr.*, 1872, n.º 22, p. 545 y n.º 23, p. 577.
(2) Schrœder. *Mal. des org. gén. de la femme*, trad. al franc., p. 492.
(3) Alph. Guérin. *Loc. cit.*, p. 459.

bolsa son gruesas en algunos puntos, en otros muy delgadas, amenazando ruptura. El recto se halla comprimido y desviado (fig. 62).

No se debe confundir con hematocele la hemorragia que sobreviene en un quiste ovárico, cuyas paredes ofrecen una estructura característica. Constituye también un abuso de lenguaje la calificación de hematocele que algunos han aplicado al acúmulo temporal de coágulos que se forma en un absceso pélvico, después de haber practicado en él la punción (1).

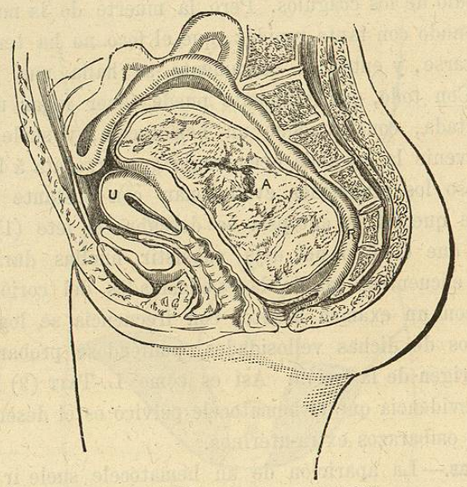

Fig. 62.—Hematocele retro-uterino
U. Útero; R. Recto; A. Hematocele intra-peritoneal enquistado por falsas membranas

Es bastante variable el volumen que puede alcanzar el tumor; su desarrollo puede ser tal que por su grosor puede simular un útero de término. Cuando el tumor persiste durante mucho tiempo, es muy común que tenga lugar la compresión de los uréteres, la cual es causa de lesiones renales, como sucede con los otros tumores del abdomen. A menudo se ha observado supuración; otras veces la autopsia ha demostrado indicios de una tentativa de curación espontánea, tales como la reabsorción del líquido y la retracción de la bolsa, mostrándose ésta llena de una neoplasia conjuntiva coloreada por el pigmento sanguíneo (2).

Por lo general, por haberse disgregado y reabsorbido el feto,

(1) Playfair, citado por Barnes, *Traité clin.*, etc., p. 315.
(2) R. Barnes (*Loc. cit.*, p. 500, fig. 100) ha representado un hermoso ejemplar, tomado del Museo del *Guy's Hospital*.

será en vano tratar de descubrir vestigios suyos, que ni aún se logran encontrar en los casos en que hay motivos de sospechar que una ruptura de embarazo tubar ha sido el punto de partida de la lesión. Por lo demás esta ruptura se produce muy rápidamente, hacia el segundo ó tercer mes. En los casos en que se ha podido practicar la autopsia al corto tiempo de haberse iniciado los accidentes y en que el feto no había sucumbido mucho tiempo antes de la aparición de estos últimos, será fácil descubrir el feto en medio de los coágulos. Pero la muerte de la mujer sobreviene á menudo con tanta rapidez, que el foco no ha tenido tiempo de enquistarse, y entonces únicamente se halla una hemorragia interna. Con todo, primeramente puede tener lugar una hemorragia limitada, constituyendo un hematocele, y suele más adelante sobrevenir la segunda hemorragia que arrebata á la enferma; en este caso los fenómenos evolucionan con bastante rapidez y es probable que en la autopsia se descubra el feto (1). Si bien es verdad que el feto no deja subsistir huellas duraderas, en cambio se encuentran las de las vellosidades del corión, de manera que con un examen atento, con frecuencia se logra descubrir vestigios de dichas vellosidades, pudiéndose probar por este medio el origen de la lesión. Así es como L.-Tait (2) ha demostrado con evidencia que el hematocele pélvico es el desenlace ordinario de los embarazos extra-uterinos.

Síntomas

Síntomas.—La aparición de un hematocele suele ir precedida casi siempre de síntomas morbosos por parte de los anejos del útero: **dolores, trastornos de la menstruación, reflejos gástricos.** Tales son los nuncios de la salpingitis ó de la preñez extra-uterina. Rara vez faltan **accidentes agudos**, como señales de la irrupción del derrame sanguíneo, pero es muy variable la intensidad de estos accidentes. Pueden presentarse éstos con carácter fulminante, y, siguiendo la expresión de Barnes, **cataclísmico**: lipotimia, síncope, enfriamiento, muerte inminente. Cuando la enferma no sucumbe á esta hemorragia interna, los síntomas del tumor abdominal recrudecen, pero en cambio se disipan paulatinamente los accidentes generales.

En casos menos graves, el comienzo de la lesión se anuncia sencillamente por el **dolor local** y por una sensación de debilidad acompañada de aumento de volumen del vientre.

(1) Matthews Duncan. *Edinb. med. Journ.*, 1884; Observ. citada por Barnes. *Loc. cit.*, p. 519.
(2) L.-Tait. *Edinb. med. Journ*, julio 1889, p. 103.

Por último, el rezumo sanguíneo intra-peritoneal puede producirse de un modo casi insensible, insidioso.

En los días siguientes á la primera manifestación de los fenómenos morbosos, preséntanse **accesos de peritonitis plástica**, que, circunscribiendo el derrame, ocasionan náuseas, hinchazón del vientre, dolor y fiebre.

Los signos objetivos que arrojan el tacto y la palpación bimanual son los de un **tumor** fluctuante en el fondo de saco de

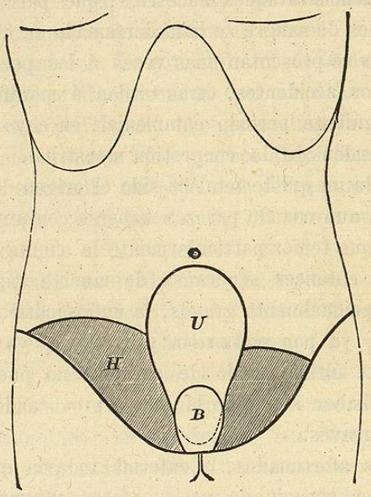

Fig. 63.—Hematocele retro-uterino
U. Utero; B. Vejiga; H. Hematocele

Douglas, que repele el útero hacia arriba, por lo cual el cuello resulta de acceso difícil. Si el dedo explorador puede alcanzarlo, lo halla aplastado contra el pubis. Sólo subsiste corto tiempo la fluctuación del tumor, porque éste adquiere muy pronto una consistencia que recuerda la de la nieve; esta consistencia, sin embargo, es muy varia; así en algunos puntos se encuentran partes muy duras, mientras que otras se pueden fácilmente comprimir. Con la exploración bi-manual es fácil circunscribir el cuerpo del útero, que está como encerrado en un marco en medio del tumor, y se descubre que este último llena del todo la pelvis menor, desbordándose á menudo fuera de la misma (fig. 63). El tacto rectal suele ser muy difícil en esta lesión por haberse borrado el intestino á fuerza de la compresión que sufre. Dicha compresión